18. Suïcidepreventie en de ggz

TON DHONDT

In dit artikel wordt een schets gegeven van wat er in Nederland gedaan wordt om het aantal suïcides niet toe te laten nemen en liefst af te laten nemen. Dit vanuit het motto dat niemand in Nederland eenzaam en radeloos zou moeten sterven door suïcide.

Suïcide in Nederland

Elke dag overlijden in Nederland gemiddeld vijf mensen eenzaam en radeloos door suïcide, jaarlijks zijn dat bijna 1900 mensen. Dit getal is al een aantal jaren redelijk stabiel maar er vindt daarin wel een verschuiving plaats: het aantal jongeren dat door suïcide sterft, neemt de laatste jaren toe. De Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS)[1] registreert en analyseert de suïcides in Nederland sinds de COVID-19-pandemie. In totaal waren er 1.878 suïcides in Nederland in 2024. Hoewel het suïcidecijfer per honderdduizend inwoners stabiel blijft, is er een daling te zien onder mensen van middelbare leeftijd. Het aantal suïcides onder mensen van middelbare leeftijd (40-69 jaar) is in de afgelopen tien jaar van 1.153 in 2014 tot 961 in 2024 gedaald. Deze daling is een positieve ontwikkeling, ook omdat in deze leeftijdsgroep de meeste zelfdodingen plaatsvinden. Vier op de tien suïcides betreft mannen tussen de veertig en zeventig jaar.
In dezelfde periode is het aantal suïcides onder jongeren tot dertig jaar echter toegenomen, van 212 in 2014 naar 312 in 2024. Rekening houdend met de bevolkingsgroei komt dit neer op een toename van 33%. De grootste stijging zit bij jongvolwassenen tussen de twintig en dertig jaar.

Aantal zelfdodingen onder jongeren en jongvolwassenen.
Bron: https://www.nji.nl/cijfers/zelfdoding.

Ter vergelijking, er overlijden in Nederland tweeënhalf maal zoveel mensen door suïcide dan dat er doden vallen in het verkeer. Iedere suïcide heeft een impact op de omgeving en raakt zo'n 135 mensen.

> Er overlijden in Nederland tweeënhalf maal zoveel mensen door suïcide dan dat er doden vallen in het verkeer

Van de mensen die overlijden door suïcide heeft de helft in de laatste maand voor het overlijden nog contact gehad met de huisarts. 60% van de mensen die overlijdt door suïcide is niet in beeld bij de ggz. Oorzaken dan wel aanleidingen voor suïcide moeten niet alleen in psychiatrische aandoeningen gezocht worden, maar ook in tal van andere psychosociale en maatschappelijke factoren. Zo is bekend dat bijna 25% van de mensen die het afgelopen jaar een suïcidepoging deed problematische schulden had.

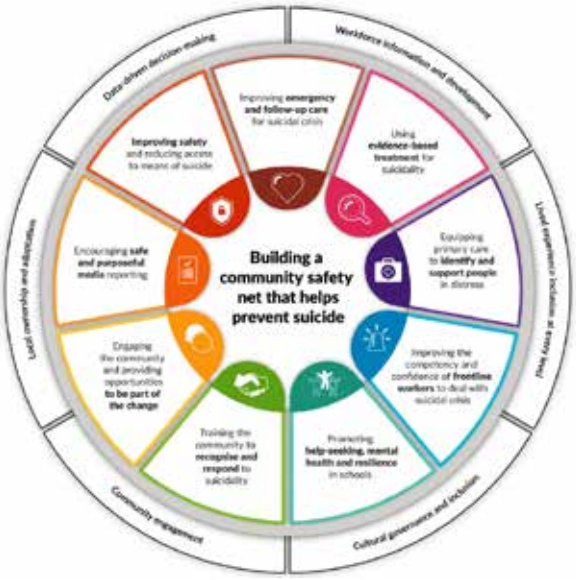
1 https://www.113.nl/cans.

Suïcidepreventie in Nederland

Zoals de toenmalig Staatssecretaris van VWS, Paul Blokhuis, aangaf: '*It takes a society to prevent a suïcide*. Een breedgedragen meerjarige aanpak is van belang om suïcides terug te dringen. Vanuit verschillende hoeken van de maatschappij moeten we de risico's en signalen leren herkennen en weten hoe we handelingsperspectief kunnen bieden en op moeten treden. Het terugdringen van suïcides is complex en vergt langere adem en inzet.'
Dat heeft geresulteerd in politiek breedgedragen Landelijke Agenda's Suïcidepreventie. De eerste Landelijke Agenda Suïcidepreventie is gestart in 2014, waarna de tweede Landelijke Agenda werd uitgevoerd in de periode 2018-2021. De derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 bouwt logisch voort op alles wat er landelijk is neergezet in verschillende domeinen: de zorg, het onderwijs, de sociaal-economische sector en de media. De vierde Landelijke Agenda Suïcidepreventie is in voorbereiding. Stichting 113 Zelfmoordpreventie is penvoerder van deze Landelijke Agenda's en werkt daarin samen met tal van organisaties waaronder de ggz-brancheorganisatie De Nederlandse ggz.
In de Landelijke Agenda's is ingezet op de volgende thema's:

- bewustmakingscampagnes om taboe te doorbreken;
- verantwoorde berichtgeving (sociale) media;
- restrictie toegang tot middelen;
- trainen van sleutelfiguren;
- actieve benadering, hulp en ondersteuning van risicogroepen;
- schoolprogramma's mentale weerbaarheid en suïcidaliteit;
- kwalitatief goede zorg en behandeling: richtlijnconform en gebaseerd op effectieve interventies;
- zorg na een poging;
- behandelen van suïcidaliteit als opzichzelfstaande problematiek;
- samenwerking met naasten, continuïteit van hulp.

De vierde Landelijke Agenda zal in 2026 van start gaan en gebruikt het Australische LifeSpan-model[2] als inhoudelijke kapstok. Dit model is in vier Australische regio's onderzocht en na twee jaar bewezen effectief gebleken in het verminderen van suïcides en suïcidepogingen. Het model omvat, naast inhoudelijke thema's, een aantal randvoorwaarden zoals inzet van ervaringsdeskundigheid en datagedreven monitoring.



Schematische weergave van het LifeSpan-model.

Suïcidepreventie in de ggz

40% van de mensen die overlijden door suïcide zijn in beeld bij de ggz. De ggz heeft een dubbelrol als het gaat om suïcidepreventie. Dat betekent dat ggz-instellingen zelf hun suïcidepreventie actief op orde moeten hebben voor hun patiëntenpopulatie, maar dat ze ook een verantwoordelijkheid hebben om buiten de muren van hun instelling hun expertise en netwerk, met alle relevante partijen in de regio, in te zetten om suïcides te voorkomen.
In voorgaande jaren werd er in het denken over suïcidepreventie uitgegaan van het 'Zero Suïcide Framework'.[3] Binnen instellingen ontstond er steeds meer weerstand tegen Zero Suïcide vanwege de connotatie dat het streven ernaar zou impliceren dat elke suïcide als verwijtbaar gezien zou worden en daarmee een morele en mentale belasting voor medewerkers zou betekenen. De term 'Zero Suïcide' is daarom naar de achtergrond verdwenen maar het gedachtegoed, dat als je een specifiek aantal factoren op orde hebt het aantal suïcides zal afnemen, is nog steeds de basis voor het suïcidepreventiebeleid. Binnen een leiderschapsprogramma voor ggz-bestuurders rondom suïcidepreventie is gekeken naar hoe dat er in de Nederlandse ggz-instellingen voorstaat.

2 https://www.blackdoginstitute.org.au/research-centres/lifespan-trials/.

3 https://zerosuicide.edc.org/about/framework.

Thema's uit het leiderschapsprogramma.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) sprak met twaalf grote ggz-instellingen over suïcidepreventie, met name over de interne organisatie en het naastenbeleid, scholing, de behandeling van suïcidaliteit en de samenwerking met ketenpartners. Ook daaruit komen een aantal aandachtspunten en benodigde acties voort die overeenkomen met die uit de zelfscan van de ggz-instellingen.
Allereerst is het belangrijk dat een ggz-instelling een (meerjaren)beleidsplan heeft voor suïcidepreventie. Daarin zijn onder meer de volgende onderwerpen als verbeterpunten van belang:

- scholing van medewerkers en controle op deelname;
- scholing van medewerkers die werken met hoogrisicodoelgroepen;
- aanwezigheid van een actueel veiligheidsplan of signaleringsplan;
- ontwikkelen van meer behandelingsmogelijkheden bij (chronische) suïcidaliteit;
- duidelijk vastleggen van gegevens over suïcidaliteit in het Elektronisch Patiënten Dossier;
- naasten (nog) beter betrekken bij de behandeling van een suïcidale patiënt;
- naasten of nabestaanden (nog) beter betrekken bij de evaluatie na een suïcide of suïcidepoging.

Het suïcidepreventiebeleidsplan wordt idealiter opgesteld in de vorm van een regionaal beleidsplan met de ketenpartners in de regio dan wel nauwgezet afgestemd met de beleidsplannen van gemeenten en andere ketenpartners. Voor die regionale samenwerking biedt de in 2024 vastgestelde Wet integrale suïcidepreventie een handvat. Die wet regelt verantwoordelijkheden op landelijk en gemeentelijk niveau en biedt een wettelijke grondslag voor de hulpverlening door 113. Invoering van de wet wordt in 2025-2026 verwacht.

Deze wet zorgt voor duurzame verankering en verspreiding van sectoroverstijgend, integraal en effectief suïcidepreventiebeleid binnen de landelijke en lokale overheid. Doel van deze wet is het wettelijk vastleggen in de Wet publieke gezondheid van het eerder ontwikkelde suïcidepreventiebeleid en zo de basis voor dit beleid te verstevigen. De primaire verantwoordelijkheid voor dit beleid komt bij de Minister van VWS te liggen.

In de wet wordt het bestaan van de gratis hulplijn van 113 wettelijk vastgelegd. Daarnaast zijn de volgende instrumenten opgenomen in de wet:

- een landelijke agenda voor suïcidepreventie gericht op een integrale aanpak van preventieve maatregelen;
- een communicatiestrategie, om gedachten aan suïcide bespreekbaar te maken en suïcidepreventie algemene bekendheid te geven;
- een onderzoeksprogramma voor het ontwikkelen en verspreiden van kennis op het gebied van suïcide en suicidepreventie.[4]

Daarbij moet aangetekend worden dat een beleidsplan of een richtlijn op papier geduldig is, het vraagt om leiderschap op alle niveaus binnen een organisatie, gemeenten, de regio en het land om het daadwerkelijk tot uitvoer te brengen.

In verschillende regio's, zoals Noord- en Midden-Limburg,[5] wordt al langer in actienetwerken samengewerkt om het aantal suïcides en suïcidepogingen terug te dringen. De nieuwe wet biedt daartoe nog meer mogelijkheden en verplichtingen. In die netwerken zetten ggz-instellingen zich in door bijvoorbeeld scholing te bieden aan beroepsgroepen die in hun werk geconfronteerd kunnen worden met suïci-

4 https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2024-189.html
5 https://alliantiezelfmoordpreventie-nml.nl/index.php/werkwijze/

dale medeburgers. Daarnaast zet de ggz zich in ten aanzien van consultatie, medebehandeling en nazorg na pogingen.

Suïcidaliteit is op zichzelf relevant én behandelbaar

Ggz-instellingen werken samen op regionaal en landelijk niveau rondom suïcidepreventie. Daarbij is een aantal instellingen zeer actief op dit gebied en is dat bij een aantal instellingen niet geheel duidelijk. Uitdaging is dan ook om tot een breedgedragen beleid te komen waarbij van elkaar geleerd kan worden, *best practices* gedeeld worden en olievlekwerking gestimuleerd wordt.
Inhoudelijk wordt er in de ggz gewerkt op basis van richtlijnen. De 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' uit 2012 was vernieuwend en heeft veel invloed gehad op het veld. Er zijn naar aanleiding van de richtlijn landelijk heel veel mensen getraind in het herkennen en behandelen van suïcidaliteit. Ook is het besef sterk gegroeid dat suïcidaliteit een onderwerp is dat op zichzelf relevant is én behandelbaar. Een herzieningstraject heeft in 2025 geleid tot een nieuwe richtlijn 'Suïcidaliteit'. Deze richtlijn gaat primair over de preventie, diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit in de acute geneeskunde, algemene specialistische ggz (tweede en derde lijn) bij jongeren vanaf twaalf jaar en volwassenen. De zorg rondom suïcidaliteit bij kinderen tot twaalf jaar valt buiten deze richtlijn.[6]

Datagedreven monitoring is in het LifeSpan-model een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvol suïcidepreventiebeleid. In Nederland werken momenteel negen instellingen samen in supranet-ggz[7] om onder andere vanuit gedeelde data te leren en de zorg te verbeteren. De ambitie van supranet-ggz is het verlagen van het aantal suïcides door:

- het verbeteren van de kwaliteit van zorg;
- het verhogen van de bekwaamheid en het vertrouwen van ggz-hulpverleners;
- het beter samenwerken met naasten in de ggz.

De Systematische Aanpak Suïcidepreventie (SAS-GGZ)[8] is een initiatief van de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie, gericht op het bevorderen van richtlijnconform werken in de geestelijke gezondheidszorg om suïcidaliteit te verminderen. Vijf instellingen werken samen aan dit project om materialen te ontwikkelen, inzichten te verzamelen en wetenschappelijk onderzoek te verrichten. De SAS-GGZ kent vijf pijlers:

1. signalering;
2. diagnostiek;
3. behandeling;
4. naasten en ervaringsdeskundigheid;
5. verslaglegging.

Ten slotte

Suïcide is een belangrijke doodsoorzaak in Nederland. Het voorkomen van suïcide vraagt een gezamenlijke, maatschappelijke inspanning. Suïcidepreventie is niet van iemand maar is van ons allemaal. De ggz heeft daar een rol in vanuit haar specifieke deskundigheid. De Landelijke Agenda Suïcidepreventie bundelt tal van initiatieven op dit gebied. Het aantal suïcides in Nederland blijft relatief stabiel, een absolute daling zien we nog niet, maar ook geen absolute stijging ondanks maatschappelijke ontwikkelingen en bevolkingsgroei. Zorg is er over de toename van het aantal suïcides bij jongeren. Het aantal suïcides in Nederland zal nooit nul worden. De gezamenlijke inspanning zal er op gericht moeten zijn al het benodigde gedaan te hebben om in de richting van de nul te bewegen.

Dit artikel is afgesloten op 24 april 2025.

Over de auteur

Dr. A.D.F. (Ton) Dhondt
Psychiater bij GGZ Noord-Holland-Noord. Hij is voorzitter van de initiatiefgroep suïcidepreventie van de Nederlandse ggz. De initiatiefgroep richt zich op de organisatie van zorg ten aanzien van suïcidepreventie.

6 https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina_-_su_cidaliteit.html.
7 https://www.supranetggz.nl.
8 https://samenmindersuicide.nl/implementatie-van-de-systematische-aanpak-suicidepreventie-in-de-ggz-sas-ggz/