



DEPRESSIE
STICHTING

Kaderdocument Nationaal Actieplan Suicide Preventie

Juni 2003

Inhoudsopgave

1.	Waarom is een Nationaal Actieplan Suïcidepreventie nodig?	3
2.	Uitgangspunten	5
3.	Mogelijke algemene maatregelen	6
3.1.	Sociale mobilisatie	6
3.2.	Rol eerste- en tweedelijns gezondheidszorg bij suïcidepreventie	7
3.3.	De rol van de media	8
3.4.	Kenniscentrum Suïcidepreventie	8
3.5.	Het recht	9
4.	Mogelijke specifieke beleidsmaatregel	10
4.1.	Eerste doel: Het terugdringen van suïcidaliteit bij groepen met een hoog risico	10
4.2.	Tweede doel: De verbetering van de primaire preventie bij suïcide	10
4.3.	Derde doel: De beperking van concrete situaties en factoren die de uitvoering van suïcide faciliteren	10
4.4.	Vierde doel: Actieve betrokkenheid media bij suïcidepreventie	11
4.5.	Vijfde doel: Oprichting Kenniscentrum Suïcidepreventie	11
4.6.	Zesde doel: Instelling van een juridisch bureau voor de belangenbehartiging van suïcidale personen	11

Colofon

1. Waarom is een Nationaal Actieplan Suïcidepreventie nodig?

In Nederland plegen jaarlijks bijna 1500 mensen zelfmoord. Dat is ongeveer vijfhonderd meer dan het jaarlijkse aantal dodelijke slachtoffers in het verkeer. Zelfmoord eist ook meer levens dan Aids. Per jaar doen, zover dat bekend is, ongeveer 30.000 mensen een suïcidepoging zonder daar aan te overlijden.

Achter elke suïcide gaat een persoonlijke tragedie schuil. De gevolgen voor de familie en vrienden - geestelijke, maar ook dikwijls economische - zijn groot. Dit geldt ook voor de samenleving als geheel. In scherp contrast met andere belangrijke problemen, zoals verkeersveiligheid en Aids, bestaat er geen integrale, structurele aanpak van zelfmoord en zijn voor deze belangrijke taak weinig financiële middelen beschikbaar. Het is tijd dat deze situatie verandert.

Nederland loopt achter op andere landen. Gegevens van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) maken duidelijk dat verhoudingsgewijs het aantal suïcides in Nederland hoger is dan in Groot-Brittannië, Portugal, Italië, en Spanje, vergelijkbaar met de Verenigde Staten, maar lager dan in Duitsland, Frankrijk, en België¹.

Engeland, de Verenigde Staten, Finland, Nieuw Zeeland, Turkije en diverse andere landen hebben nationale actieplannen voor suïcidepreventie. Het bestaan van deze plannen houdt een erkenning in

¹ http://www5.who.int/mental_health.

van het feit dat zelfdoding één van de belangrijke doodsoorzaken is; in diverse landen voor jonge volwassenen zelfs dé belangrijkste doodsoorzaak. In Nederland is het aantal suïcides door jonge mannen in de leeftijdsgroep 15-19 jaar gestegen van 5,1 per 100.000 tot 6,3 per 100.000². Het is tijd dat Nederland zich aansluit bij de door de WHO opgestelde lijst van landen met nationale actieplannen suïcidepreventie.

Een algemene oorzaak en een meer specifiek Nederlandse oorzaak verklaren het tot heden uitblijven van een Nederlands suïcidepreventieplan. De eerste oorzaak is het traditionele beeld in grote delen van onze samenleving dat suïcide een vrije keus is, zodat een maatschappelijke interventie om het aantal zelfdodingen terug te dringen misplaatst zou zijn. Aan dit beeld ligt echter een ernstig gebrek aan kennis en inzicht in de feitelijke situatie ten grondslag. Een nationaal actieplan suïcidepreventie tornt niet aan het ultieme recht van zelfbeschikking, maar is een erkenning van het feit dat het overgrote merendeel van de suïcides niet de uitdrukking van een vrije wil, maar een wanhoopskeuze is, die tot stand komt in een staat van emotionele ontredering.

² Ad Kerkhof, 'Chronische Depressie en Suïcide', in M.B.J. Blom, e.a., (red.), Behandelingsstrategieën bij Chronische Depressie, Houten: Cure and Care, 2003, p. 46.

De tweede, meer specifieke, oorzaak is dat in 1986 onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris Dees een suïcidenota is vastgesteld met als uitgangspunt dat suïcide een probleem van de GGZ is en niet van de publieke overheid. Het doel van een nationaal actieplan suïcidepreventie is om deze opgetrokken grens te doorbreken. Suïcide is een probleem voor iedereen en aan de preventie kan ook iedereen een bijdrage leveren.

De grote interesse van de media voor het gezamenlijk door de Depressie Stichting en de Ivonne van de Ven Stichting genomen initiatief om een plan voor suïcidepreventie tot stand te brengen, en de hierop volgende weerklank in de bevolking, maakt duidelijk dat ook in de Nederlandse samenleving de noodzaak van een structurele aanpak van suïcide brede erkenning heeft verworven.

Er is geen enkele reden om het huidige hoge aantal suïcides te aanvaarden als een vanzelfsprekend gegeven. Dat veel mensen in een situatie terechtkomen, waar zelfmoord wordt gezien als de enige uitweg om een einde aan problemen te maken, zegt ook iets over de kwaliteit van onze samenleving. Een nationaal suïcidepreventieplan heeft kans van slagen. Het feit dat in Nederland zelfdoding onder ouderen de afgelopen 15 jaar is gedaald, terwijl bij jonge mannen juist sprake is van een stijging, maakt duidelijk dat suïcide niet een natuurlijk gegeven is. Het aantal suïcides onder mannen en vrouwen die ouder zijn dan zestig is sterk gedaald

sinds de jaren tachtig. Tot 1985 ging echter het aantal suïcides onder de twintig- tot zestigjarigen fors omhoog. Alhoewel in de laatste twintig jaar toch ook weer in deze groep een langzaam dalende trend in het aantal suïcides is waar te nemen, blijft deze leeftijdsgroep nog steeds de meest kwetsbare.³

Zelfs simpele maatregelen kunnen effectief zijn. De vermindering van de als standaard voorgeschreven hoeveelheid van risicovolle medicijnen, het plaatsen van hekken bij 'suicide hotspots' op het railnetwerk, de introductie van katalysatoren bij auto's en een veiligere omgeving in gevangenissen en ziekenhuizen zijn goede voorbeelden, waarvan de positieve effecten door onderzoek worden ondersteund. Epidemiologisch onderzoek van de laatste decennia heeft duidelijk gemaakt welke bevolkingsgroepen het meest kwetsbaar zijn door verhoogde risicofactoren voor suïcide.

Er is gelukkig in ons land een reeks aan goede incidentele projecten op het gebied van suïcidepreventie met bemoedigende resultaten⁴. Reeds bestaande initiatieven kunnen worden voortgezet. Gecombineerd met ervaringen van landen die reeds beschikken over preventieplannen, de gegevens die zijn verzameld door de WHO, is er kortom voldoende basis om een begin te maken met het formuleren van een beter beleid.

³ Ibid, 46.

⁴ De aanwezigheid van regionale protocollen, het CBO-protocol voor de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen, etc.

Dit kaderdocument geeft eerst aan welke mogelijke uitgangspunten van een nieuw beleid er zijn en zet vervolgens uiteen welke algemene en specifieke beleidsmaatregelen gewenst zijn. Onze aanname is dat de in dit document verwoorde suggesties door een door de overheid in te stellen adviesgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van beroeps- en belangengroepen, verder uitgewerkt wordt in een definitief Actieplan.

2. Uitgangspunten

De basisfilosofie van het Actieplan is dat suïcide een complex fenomeen is, dat begrepen moet worden in zijn economische, sociale en culturele context en dat niet herleid kan worden tot één dominante factor. Erfelijke factoren spelen wellicht een rol bij suïcidaliteit, maar het is niet zo dat iemand door zijn of haar ‘genetische blauwdruk’ tot zelfdoding wordt gedreven. De klinische praktijk wijst uit dat velen, die soms zelfs tegen hen wil zijn afgehouden van een suïcide, later dankbaar zijn dat zij uiteindelijk de levenswil hebben teruggevonden en een nieuw bestaan hebben kunnen opbouwen. De hoogte van het aantal suïcides en suïcidepogingen weerspiegelt de sociaal-economische en culturele stabiliteit van een samenleving. Het ontwikkelen en uitvoeren van een Nationaal Actieplan voor Suïcidepreventie moet worden opgevat als een gezamenlijke verantwoordelijkheid die een normaal onderdeel van ons leven in al zijn aspecten moet worden. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kan onmogelijk het gehele probleem bestrijken. Het huidige, nog steeds te hoge, aantal suïcides maakt dit duidelijk.

Suïcide is een zaak van iedereen. De preventie is niet alleen een taak van de GGZ. De praktijk toont aan dat er geen wondermiddel is en dat alle delen van de samenleving moeten samenwerken. Scholen, universiteiten, de Nederlandse Spoorwegen, sportverenigingen, religieuze instellingen, de farmaceu-

tische industrieën, bedrijven, de media, telefonische hulpdiensten, families, vriendenkringen, politieke partijen, en de overheid kunnen allemaal een bijdrage leveren. Net zoals bij verkeersveiligheid, kindbescherming, en brandveiligheid is suïcidepreventie iets waarvoor iedereen een, weliswaar onderscheiden, maar toch gedeelde verantwoordelijkheid draagt en waaraan iedereen op daarbij passende wijze invulling kan geven.

Het actieplan moet een integrale opzet hebben zodat alle relevante doelgroepen en instituties worden betrokken bij de primaire doelstelling: het terugdringen van het aantal zelfdodingen. Het beleid kan duidelijk en transparant zijn wanneer het zich richt op het uitvoeren van praktische en meetbare doelen,—zodat de voortgang van het actieplan controleerbaar is. Betrokken instanties moeten regelmatig over hun bijdrage rapporteren, en de overheid zelf zal jaarlijks publiekelijk verantwoording dienen af te leggen. In Engeland is in het suïcidepreventieplan de doelstelling geformuleerd het aantal zelfdodingen met twintig procent te verlagen in 2010. Dat biedt een goede maatstaf.

De rijksoverheid zou de centrale regie over het Actieplan moeten voeren. Zij zou een Adviesgroep, bestaande uit deskundigen, vertegenwoordigers van de belangrijkste behandelingsinstituten, (locale)

overheden en particuliere belangenorganisaties kunnen samenstellen. De taak van deze Adviesgroep kan zijn het Nationale Actieplan Suïcidepreventie gedetailleerd uit te werken, het integrale karakter van de uitvoering te waarborgen, en een passend wetenschappelijk onderzoeksplan te ontwikkelen. In de beginfase kan dit onderzoek zich het beste richten op de inventarisatie van het probleem, de prioritering van bestaande aanpakvoorstellen, en evaluatie van specifieke acties.

Voorafgaande aan de definitieve vaststelling van het plan zal de overheid een uitvoerige en zorgvuldige consultatie dienen te houden bij behandelingsdeskundigen, experts, overlevenden en nabestaanden, en diverse maatschappelijke factoren zoals scholen, universiteiten en religieuze instellingen. Na deze consultatiefase kunnen afspraken tussen de overheid en betrokken partijen worden vastgelegd (convenanten), een heldere structuur voor de monitoring van de voortgang worden geïnstalleerd en de procedure voor de periodieke publieke verantwoording worden vastgesteld. Binnen de uitvoering van het preventieplan zal de overheid ook particuliere en sociale initiatieven die een bijdrage kunnen leveren aan de voortgang van het plan dienen te ondersteunen.

3. Mogelijke algemene maatregelen

Veel specialisten, belangstellenden, en nabestaanden hebben deelgenomen aan het gezamenlijk door de Depressie Stichting en Ivonne van de Ven Stichting georganiseerde symposium ‘Suicide: Wie is verantwoordelijk?’ (Veldhoven, 28 november 2002). Op grond van de resultaten van dit symposium en van de ervaringen in het buitenland lijkt het duidelijk dat de volgende algemene principes de basis moeten zijn voor een gedegen plan voor suicidepreventie.

3.1. Sociale mobilisatie

Om tot een breed gedragen aanpak van suicidaliteit te komen, zal het bewustzijn moeten worden vergroot dat we hier daadwerkelijk te maken hebben met een ernstig probleem dat op directe of indirecte wijze ons allemaal aangaat. De erkenning van de urgentie van het probleem biedt vervolgens een goede basis om bestaande structuren te benutten om vroege en effectieve ondersteuning te bieden aan suicidale personen. Dit kan bijvoorbeeld binnen het onderwijssysteem. Het is van belang dat leerlingen binnen de schoolomgeving standaard contactmogelijkheden hebben, die geen directe relatie hebben met de progressie op school, maar die hun wel in staat stellen zorgen te delen met een persoon buiten de eigen, ‘intieme kring’. Op diverse middelbare scholen probeert men een praktijk te ontwikkelen, waarbinnen professionals uit het onderwijs, de

jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg participeren in een ‘social team’, dat leerlingen die om extra zorg vragen regelmatig bespreekt. Deze professionals moeten adequaat getraind zijn zodat leerlingen met een verhoogde kans op suicidaliteit een snelle, laagdrempelige, binnen de schoolgemeenschap geaccepteerde ondersteuning krijgen en zonodig snel naar hulpverleningsinstanties verwezen kunnen worden. In zichzelf gekeerde, teruggetrokken leerlingen dienen actief benaderd te worden (‘outreaching screening’). In Rotterdam wordt hiervoor aangesloten bij de nieuwe ontwikkelingen van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Wet op de Jeugdzorg, waardoor het actief monitoren van (psychische) gezondheid bij jongeren nagevoel verplicht is geworden. De jeugdgezondheidszorg in Rotterdam neemt bij elke jongere op geregelde tijden een screeningsvragenlijst af en voert met de jongere een gesprek over de uitkomsten van deze lijst. Deze methodiek zou elders en breder ingezet moeten worden.

Personeelsdiensten binnen het bedrijfsleven, koepelorganisaties en/of besturen van sportverenigingen en verenigingen voor andere vormen van vrije tijdsbesteding, religieuze instellingen, e.d., kunnen ook een bijdrage leveren aan suicidepreventie. Zij moeten worden uitgenodigd om op een bij hun niveau van functioneren passende wijze plannen te ontwikkelen die eventueel een bijdrage aan de suicidepreventie kunnen leveren. Een goed recent voorbeeld van eigen initiatief op dit gebied,

biedt de voorgestelde aanpak van de Nederlandse Spoorwegen in het rapport ‘Zelfdoding op het spoor’⁵ om de desastreuze effecten van suicide op het spoor terug te dringen.

De rol van familie en vrienden van personen met psychiatrische aandoeningen als depressies - de belangrijkste groep met een verhoogd risico voor suicide - is doorslaggevend en tegelijkertijd precair. Partners, familie en vrienden zijn in de praktijk de belangrijkste hulpverleners. Ook hun leven wordt diep aangetast door de psychiatrische ziekte van partner, familielid of vriend. Tegelijkertijd is het ook zo dat verstoorde intieme partner-, familie- en vriendschapsrelaties een directe impact kunnen hebben op de aard en intensiteit van psychische problemen. Het welslagen van een effectieve preventiestrategie zal voor een belangrijk gedeelte afhangen van een betere mobilisatie en ondersteuning van de directe omgeving. Dit kan op praktische manieren, bijvoorbeeld door ervoor te zorgen dat zij ondersteuning krijgen in de praktische zorg die zij bieden, maar ook door vermindering van de financiële lasten die kunnen voortvloeien uit een crisissituatie of een voortdurende zorgbehoefte. Wanneer mogelijk moeten families en vrienden ook beter betrokken worden bij de professionele hulpverlening. O.a. door ook een stem te hebben bij het opstellen

⁵ ‘Zelfdoding op het spoor. Treindodingen en het verminderen van de gevolgen.’ J. van Luijpers, e.a., Railinfrabeheer, Utrecht 2002.

van behandelingsplannen. Verder is het wenselijk dat telefonische hulpdiensten en lotgenotencontacten (financiële) ondersteuning krijgen voor hun belangrijke werk. De muur tussen de professionele gezondheidszorg en familie en vrienden moet worden afgebroken.

Meer speciale aandacht is nodig voor kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek of van wie een ouder suïcide heeft gepleegd en voor nabestaanden. Voor hen kan de situatie zeer verwarrend en bedreigend zijn en dit kan eventueel de eigen geestelijke gezondheid ernstig schaden. Deze effecten kunnen een leven lang aanwezig blijven. Beperking van de schade onder kinderen en nabestaanden is daarom één van de beste garanties dat ook de ernst van de sociaal-psychiatrische problematiek in de samenleving kan worden vermindert. Het beter bespreekbaar maken van suïcide, een belangrijk doel van dit plan, zal hier toe bijdragen. Hulp voor hen moet voorhanden zijn en betaalbaar.

3.2. Rol eerste- en tweedelijns gezondheidszorg bij suïcidepreventie

Beschikbare kennis over suïcide moet bekend worden gemaakt aan alle instellingen die binnen de gezondheidszorg opereren. Het is zorgwekkend dat dit nog onvoldoende het geval is. De gewenning aan het voorkomen van suïcide, het gevoel van onmacht, en het idee exclusieve verantwoordelijkheid te dragen, zijn ervaringen binnen de gezondheids-

zorg – als institutie in het bijzonder belast met de taak suïcides te voorkomen - die een probleem vormen maar tegelijkertijd moeilijk zijn weg te nemen. Een ‘cultuuromslag’ in attitudes is nodig. De betekenis van goede zorg, ook voor mensen die langdurig suïcidaal zijn, moet niet onderschat worden. Het zou niet zo moeten zijn dat suïcidaliteit ervaren wordt als een bedreiging voor de eigen hulpverleningscompetentie. De professionele houding die een voorwaarde is voor goede zorg, houdt in dat actief gezocht wordt naar nieuwe hulpverleningsperspectieven en dat daarbij ook naar nieuwe bondgenoten wordt gezocht.

De gezondheidszorg heeft ook een belangrijke rol te spelen bij de verspreiding van kennis over zelfdoding bij diverse maatschappelijke groepen. Hier denken wij bijvoorbeeld aan het onderwijs, de politie, penitentiaire instellingen, het verenigingsleven, religieuze instellingen, vrijwilligers bij telefonische hulpdiensten, vertegenwoordigers van de media e.d.. De gezondheidszorg, en daarbinnen in het bijzonder de GGZ, kan zich verder ontwikkelen als een professioneel steunpunt dat gebruikt kan worden door alle groepen die activiteiten op het gebied van suïcidepreventie ontplooiën en in samenwerking met de GGZ evenementen organiseren en campagnes uitvoeren.

Psychiatrische ziekenhuizen bieden nogal eens een onaangename leefomgeving. De ‘inrichting’ in brede zin kan echter zodanig zijn dat het respect voor de individuele patiënt uitgangspunt is. Meer aandacht voor de kwaliteit en de leefbaarheid van psychiatrische ziekenhuizen zal bijdragen aan een sneller herstel. Professionele advisering van diverse

deskundigen, ook voor de fysieke inrichting (architecten, ontwerpers), is hierin cruciaal.

In het kader van het extramuraliseringsbeleid, gaat de GGZ meer naar buiten. Dit is een positieve ontwikkeling die verder doorgezet kan worden. Bekend is dat het risico van suïcide hoog is bij de start van de behandeling of opname in een inrichting, of direct na ontslag. De GGZ moet daarom actief patiënten buiten psychiatrische instellingen opzoeken. Regelmatige bezoeken thuis, speciaal met aandacht voor de intieme kring, kan de kwaliteit van de zorgverlening verhogen en crises voorkomen. Essentieel is dat crisisopvang binnen uren of hooguit enkele dagen beschikbaar is, en niet weken of maanden. Het is onacceptabel dat er voortdurend een tekort is aan crisisbedden. Opheffen van dit tekort kan een belangrijke reductie van het aantal suïcides met zich meebrengen.

Continuïteit in hulpverlening is belangrijk voor psychiatrische patiënten. Voor betekenisvolle en effectieve hulpverlening is het noodzakelijk een langer durend contact te hebben met één of slechts een beperkt aantal hulpverleners. De in de huidige situatie dikwijls voorkomende vluchtige, veelvuldig wisselende contacten met diverse hulpverleners dient een uitzondering te worden. De bureaucratisering van de zorg (overvloed aan papierwerk) moet teruggedrongen worden.

Een voordeel van de huidige gezondheidszorg is dat zij reeds op regionale wijze is georganiseerd. In potentie biedt dit goede kansen zorgnetwerken voor suïcidaliteit te realiseren op een menselijke maat. In de praktijk blijkt dit nu nog niet het geval. De coördinatie tussen de inrichtingspsychiatrie en de am-

bulante zorg is onvoldoende. De noodzakelijk afstemming van alle relevante activiteiten binnen de regio tussen de diverse (professionele) groepen laat nog te wensen over. Het verbeteren van deze situatie is een expliciet doel van het voorgestelde nationale preventieplan.

3.3. De rol van de media

De media vervult een cruciale rol in een preventiestrategie. In de huidige situatie lijkt er sprake van een onderschatting van zowel de positieve invloed die de media kan hebben bij een beter inzicht in suicidaliteit en de mogelijkheden van hulpverlening als van de negatieve effecten die uitgaan van tendentieuze of op sensatie gerichte berichtgeving over gevallen van zelfdoding. Onderzoek heeft aangetoond dat dit type berichtgeving het suïcidecijfer negatief kan beïnvloeden (een verhogend effect).⁶ Media-instanties en organisaties zullen daarom op de hoogte gesteld moeten worden van de aangevoerde effecten van de media-weergave van suïcide. Zij kunnen worden gevraagd om in samenwerking met deskundigen en belangengroepen, zoals de Depressie Stichting en de Iivonne van de Ven Stichting, een protocol te ontwikkelen voor het verantwoord rapporteren over suïcide.

De positieve invloed van een actieve en ter zake kundige media-aandacht voor suïcide zal een centraal onderdeel van de preventiestrategie moeten

⁶ Keith Hawton, 'The Connection between media and Suicidal Behaviour Warrants Serious Attention', *Crisis* XXII (2001).

zijn. Daarvoor is nodig dat vertegenwoordigers van de media een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een bredere mediastrategie ten behoeve van het Actieplan, opdat b.v. ook de mogelijkheden van een scala aan nieuwe media (internet, sms, e-mail, e.d.) optimaal benut kunnen worden.

3.4. Kenniscentrum Suïcidepreventie

In de laatste twintig jaar heeft epidemiologisch onderzoek goed inzicht gegeven in de risicofactoren voor suïcidaal gedrag. Ook is farmacologisch onderzoek op een hoog niveau gekomen, zodat nu veel bekend is over de voor- en nadelen van bepaalde medicijnen. Relatief gezien wordt er weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de sociale, culturele, en economische aspecten van suïcide en suïcidepreventie; met name onderzoeken naar achtergronden en beweegredenen van suïcide-slachtoffers, de gevolgen voor de intieme kring en de sociale en economische consequenties zijn ondervertegenwoordigd.

Onderwerpen waarover nog weinig bekend is, zijn zelfdoding bij personen met leerproblemen, de relatie tussen automutilatie en suïcidaal gedrag, de rol van verslaving en de relatie tussen gewelddadig gedrag en suïcide. Een urgente problematiek die vraagt om nader onderzoek is de effecten van suïcide op zorgverleners zelf en de rol van hun eigen psychologische toestand. Er dient meer kennis beschikbaar te komen over de behandeling van 'borderline-patiënten' met een hoog suïciderisico, de behandeling van suïcidaal-depressieve patiënten en

eventueel aanwezige indicatoren (markers) voor terugval van suïcidale patiënten. Een onderwerp waarbij verder onderzoek van urgent belang is⁷, betreft het hoge percentage van depressieve personen die niet goed reageren op hulpverlening. Depressie is één van de belangrijkste risicofactor voor suïcide.

Op dit moment blijft het aantal publicaties uit Nederlands onderzoek achter bij de internationale onderzoeksinspanningen. Er is daarom een serieuze intensivering nodig in het onderzoek naar suïcide in relatie tot de economische, culturele en sociale context en in verband hiermee naar de effectiviteit van behandel- en preventiestrategieën. Uit onderzoek van o.a. Brunenberg blijkt dat een meer gedegen inzetten van de methodiek van 'psychologische autopsy' hierin ook behulpzaam kan zijn.

Onderzoek met een meer fundamenteel en theoretisch karakter zal de samenhang tussen de onderdelen van het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie moeten aangeven. Het hieruit af te leiden toegepaste onderzoek kan theoretische verbanden operationaliseren ten behoeve van preventieve maatregelen en een concrete bijdrage leveren aan het effectonderzoek van maatregelen en het monitorprogramma in het algemeen. De oprichting van een kenniscentrum voor suïcidepreventie biedt de beste garantie dat zowel het onderzoeksprogramma als de monitoring van de resultaten van het nationale ac-

⁷ Louis Appleby, 'Department of Health Suicide Prevention Strategy for England---College Response', <http://www.rcpsych.ac.uk/college/parliament/responses/resp502.htm>.

tieplan suïcidepreventie effectief aangestuurd kunnen worden. Het kenniscentrum kan verder actief een rol spelen in de verspreiding van kennis over suïcidaliteit en mogelijkheden van preventie, het geven van voorlichting en trainingen en het bieden van informatie en advies.

3.5. Het recht

Personen met ernstige psychologische problemen behoren tot de meeste kwetsbare groepen in onze samenleving. De instelling in 1999 van Patiënten-VertrouwensPersonen, ten gevolge van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, maakt het mogelijk voor patiënten in psychiatrische instellingen om klachten in te dienen over hun behandeling.⁸ Dit initiatief kan verder uitgebreid worden, bijvoorbeeld door het instellen van een juridisch bureau dat zicht houdt op de zorg voor en de verplichtingen jegens personen met ernstige psychologische problemen binnen bedrijven, scholen, en particuliere instellingen. Het bureau kan een rol spelen in de verbetering van de wettelijke positie van suïcidale personen, maar kan ook een functie hebben bij de bescherming van de rechten van hulpverleners die actief zijn in suïcidepreventie. Deze activiteiten kunnen daadwerkelijk ook een preventief effect hebben.

⁸ <http://www.ggzdenhaag.nl/clienten/pvp.html>.

4. Mogelijke specifieke beleidsmaatregelen

Op basis van de hierboven beschreven uitgangspunten en bestaande nationale plannen voor suïcidepreventie (in het bijzonder de recent vastgestelde *National Suicide Prevention Strategy for England*) stellen wij de volgende beleidsmaatregelen voor. Deze beleidsmaatregelen zullen gekoppeld moeten

worden aan een heldere kwantitatieve taakstelling in termen van een percentage afgenomen suïcidedcijfer in een vastgestelde periode. De doorwerking van deze algemene doelstelling in de afzonderlijke doelen zal per doel moeten worden bepaald.

De verdere uitwerking van de beleidsmaatregelen en de hieraan verbonden kwantitatieve taakstellingen is één van de eerste opdrachten aan de Adviesgroep van het Nationale Actieplan.

4.1. Eerste Doel: Het terugdringen van suïcidaliteit bij groepen met een hoog risico

Op basis van epidemiologisch onderzoek is het mogelijk groepen met een hoog risico te identificeren, zoals psychiatrische patiënten (depressie, borderline, schizofrenie), gedetineerden, boeren, jongvolwassen mannen, oudere mannen boven de 80 jaar, verslaafden, asielzoekers, allochtonen, suïcidepogers (eerdere poging tot suïcide), mensen met traumatische jeugdervaringen (incest, verwaarlozing). Lokale hulpverleners moeten worden geassisteerd om speciaal ontwikkelde protocollen in te voeren met de hieraan gekoppelde specifieke preventieve en ondersteunende maatregelen. Verscheidene kleine projecten ter bevordering van het geestelijke welzijn kunnen worden gestart met het doel om preventiestrategieën te ontwikkelen voor de kwetsbare groepen in de algemene bevolking.

4.2. Tweede Doel: De verbetering van de primaire preventie van suïcide

Een overheidsnetwerk met vertegenwoordigers uit alle relevante beleidsorganen wordt ingesteld om maatregelen voor te stellen en tot uitvoering te brengen m.b.t. de economische en sociale omstandigheden die een directe impact op suïcide hebben. Voorbeelden hiervan zijn: de emotionele (over)belasting op de werkplek, de situatie in het onderwijssysteem (zie par. 3.1 voor een mogelijk aanpakvoorstel), werkloosheid, huisvestingssituatie, alcohol- en drugsverslaving, verwerken van teleurstellingen en verlies. Het op goede wijze toerusten en equiperen van de gezondheidszorg en de individuele instellingen daarbinnen op hun preventietaken en de omvorming van de GGZ tot professioneel steunpunt voor het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie, volgens de lijnen zoals geschetst onder paragraaf 3.2, valt ook onder deze verbeteringsdoelstelling.

4.3. Derde Doel: De beperking van concrete situaties en factoren die de uitvoering van suïcide faciliteren

Alle overheidsinstellingen zullen worden gevraagd om suïcide ‘hotspots’ te identificeren en de toegankelijkheid daarvan te verminderen (het railnetwerk, bruggen, hoge flats, enz). De Adviesgroep formuleert, voor zover een inventarisatie de urgentie hiervoor in Nederland aantoont, verdere stappen om tot een veilige praktijk in het voorschrijven van in de psychiatrie gebruikte medicatie te komen.

4.4. Vierde Doel: Actieve betrokkenheid media bij suïcidepreventie

De positieve invloed van een actieve en ter zake kundige media-aandacht voor suïcide zal een centraal onderdeel van de preventiestrategie moeten zijn. Daarvoor is nodig dat vertegenwoordigers van de media een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van een bredere mediastrategie ten behoeve van het Actieplan, opdat b.v. ook de mogelijkheden van een scala aan nieuwe media (internet, sms, e-mail, e.d.) optimaal benut kunnen worden. De Adviesgroep ontwikkelt in samenspraak met vertegenwoordigers van de media een media-actieplan. Dit plan beschrijft de mogelijkheden van de inzet van de media in de preventiestrategie en geeft richtlijnen voor verantwoorde rapportage over suïcide en suïcidepogingen.

4.5. Vijfde Doel: Oprichting Kenniscentrum Suïcidepreventie

Er wordt een nationaal Kenniscentrum Suïcidepreventie opgericht, dat de taak heeft een onderzoeksprogramma te ontwikkelen dat het preventieplan ondersteunt (samenhang, effectiviteit, voortgang). Het centrum is tevens verantwoordelijk voor het opzetten van een systeem van monitoring om de resultaten van het nationale actieplan suïcidepreventie te kunnen meten. Het kenniscentrum heeft verder een actieve rol in de

verspreiding van kennis over suïcidaliteit en de mogelijkheden van preventie, het geven van voorlichting en trainingen en het bieden van informatie en advies.

4.6. Zesde Doel: Instelling van een juridisch bureau voor de belangenbehartiging van suïcidale personen

Naast de primaire taak van juridische belangenbehartiging wordt dit bureau eveneens belast met de opdracht voorstellen voor wettelijke maatregelen te doen die de situatie van suïcidale personen, of in breder opzicht psychiatrische patiënten, en van hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van suïcidale personen of preventie, kunnen verbeteren.

Colofon

Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcidepreventie.

Amsterdam: Ivonne van de Ven Stichting

Eindhoven: Depressie Stichting

2003

Het Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcidepreventie is een gezamenlijk initiatief van de Ivonne van de Ven Stichting en de Depressie Stichting. De volgende personen hebben op verzoek van de beide Stichtingen zitting genomen in de initiatiefgroep voor het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie en een bijdrage geleverd aan de tekst:

- Ella Arensman
psycholoog RUL, afd. klinische en gezondheidspsychologie;
- Aly van Geleuken
psycholoog, directeur Depressie Stichting;
- Age Niels Holstein
projectcoördinator, secretaris Ivonne van de Ven Stichting;
- Maaïke van Houtert
AMW, stafmedewerker Stichting EX6;
- Ad Kerkhof
hoogleraar klinische psychologie VU Amsterdam;
- Mandré Koops
trainer-adviseur op gebied van Communicatie, Ingrijpende

- Gebeurtenissen en Media, o.a. bij De Essenburgh. Theoloog;
- Jos Manders (persoonlijke titel)
psycholoog, Landelijke Huisartsen Vereniging;
- Jan Neeleman
psychiater-epidemioloog, UMC;
- Hans van de Ven
sinoloog Cambridge, voorzitter Ivonne van de Ven Stichting;
- Erik Jan de Wilde
psycholoog, Hoofd Onderzoek sector jeugd van de GGD Rotterdam e.o.;
- Piet Willems
andragoloog, voorzitter Stichting EX6;
- Ans Withaar
directeur De Essenburgh.

Ivonne van de Ven Stichting

De Ivonne van de Ven Stichting is opgericht met als doel:

- suïcide als urgent maatschappelijk probleem aan de orde te stellen
- de verbetering van de suïcidepreventie
- het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek naar suïcide
- het verhogen van de kwaliteit van hulpverlening aan nabestaanden

Activiteiten:

o.a. tweejaarlijkse uitreiking van de Ivonne van de Ven Prijs, organiseren en/of ondersteunen conferenties, symposia en bijeenkomsten over suïcide en

suïcidepreventie, en initiëren en/of ondersteunen van diverse activiteiten die aansluiten bij de doelstellingen van de stichting.

Informatie:

Voor meer informatie, een donatie of het aanbieden van diensten kunt u contact opnemen met

Ivonne van de Ven Stichting
p/a A.N. Holstein / secretaris
Paramaribostraat 85hs
1058 VH Amsterdam

T: 020 6853135 (p) 020 8898467 (w)

Internet: www.ivonnevandevenstichting.nl

E: info@ivonnevandevenstichting.nl

Depressie Stichting

Behartigt de belangen van mensen met een depressie en hun naasten. Door het geven van actuele informatie en advies over (h)erkenning, oorzaken en behandeling van depressie, via de Informatie- & Advieslijn, de website, foldermateriaal en informatiebijeenkomsten. Daarnaast initieert de stichting onderzoek naar (terugval)preventie, diagnose, behandeling en controle van depressie en organiseert daar symposia over.

Contactpersoon: mw. drs. Aly J.M.L. van Geleuken

Adres: Postbus 99, 5600 AB Eindhoven

Tel: 040 2135214 (secretariaat), **Fax:** 040 2135219

Informatie- & Advieslijn: 0900 9039039 (15ct/min)

Email: info@depressiestichting.nl

Internet: www.depressiestichting.nl,
Gironummer: 1866