

Suïcidepreventie in Amsterdam

Lyna Polikar, Marcel Buster

Inleiding

Sinds 2007 stijgt het aantal suïcidedoden in Nederland en in andere Europese landen, wat mogelijk in verband te brengen is met de economische recessie. In 2012 zijn in Nederland 1.753 mensen overleden als gevolg van zelfdoding, een aantal dat neerkomt op 10,5 slachtoffers per 100.000 inwoners. Na een aanvankelijke daling van het zelfdodingscijfer is er vanaf 2007 een toename van 26%.

Het aantal personen dat na een suïcidepoging bij de Spoedeisende Hulp (SEH) terechtkomt, bedraagt jaarlijks naar schatting 15.000 (Ten Have, Van Dorsselaer, Tuithof, & De Graaf, 2011). Bij elke suïcide worden ten minste zes mensen in de omgeving direct beïnvloed; bij een suïcidepoging zijn dat zeker evenzovele naasten (Clark & Goldney, 2000).

Die aantallen en het persoonlijke leed waarmee een suïcide(poging) gepaard gaat, hebben ertoe geleid dat de Nederlandse minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2014 een 'Landelijke Agenda Suïcidepreventie' heeft opgesteld (Ministerie van VWS, 2014). In Amsterdam, een stad met 800.000 inwoners waar de suïcidecijfers iets hoger zijn dan het landelijk gemiddelde (12,5 per 100.000 inwoners voor de periode 2010 tot en met 2012), is al eerder (2010) een suïcidepreventieproject van start gegaan.

Achtergrond van het Amsterdamse project

Dit suïcidepreventieproject is opgezet door de Amsterdamse Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). Aanleiding was onder andere het beleidsadvies voor suïcidepreventie van het Trimbos-instituut (Bool, Blekman, De Jong, Ruiters, & Voordouw, 2007). Op basis van dat advies heeft de minister van VWS in 2008 een beleidsagenda (Klink, 2008) voor vermindering van suïcidaliteit opgesteld. Suïcidepreventie wordt gezien als een zaak van verschillende partijen. De lokale overheid is een belangrijke partij op het gebied van openbare gezondheidszorg. Juist op gemeentelijk niveau zijn de instellingen die betrokken zijn bij suïcidepreventie, het best samen te brengen. Voor de gemeente Amsterdam is suïcidepreventie een van de speerpunten van het lokale gezondheidsbeleid.

Het doel van het Amsterdamse suïcidepreventieproject is het verminderen van het aantal suïcides en suïcidepogingen in Amsterdam. Een afgeleide doelstelling is de bevordering van een regionaal samenhangend zorgaanbod. Tijdens de uitvoering worden ook de lacunes en knelpunten in het zorgaanbod en eventuele problemen bij verwijzing en vervolghulp geïn-

ventariseerd. Die knelpunten worden onder de aandacht van de lokale partners gebracht waardoor ze gestimuleerd worden om bij te dragen aan een sluitende zorgketen. Daarnaast wordt geïnvesteerd in het opbouwen van lokale netwerken rondom dit thema.

De leidraad hierbij is het *Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit* (Hermens, Van Wetten, & Sinnema, 2010), waarin de verantwoordelijkheden van de belangrijkste partijen beschreven zijn, en de in 2012 verschenen *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (Van Hemert et al., 2012).

Inhoud van het project

In de voorbereidingsfase van het project moesten bepaalde keuzes gemaakt worden. Het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van afzonderlijke interventies op het gebied van suïcidepreventie is niet eenduidig. Voorlopig wordt een combinatie van verschillende strategieën op verschillende niveaus van preventie het meest aanbevolen (Andriessen, 2007; Mann et al., 2005). Het Trimbos-instituut (Romijn & Bool, 2010) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (Bramer, van 't Zelfde, & Sturkenboom, 2010) concluderen dat een gezamenlijke, planmatige en brede aanpak van de regionale GGD en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) onder regie van de gemeente de meeste kans op succes biedt. Op basis van die bevindingen uit de literatuur, de oriëntatie op de uitvoeringspraktijk en de inventarisatie van de bestaande voorzieningen heeft de GGD gekozen voor een integraal plan van aanpak suïcidepreventie. Het project omvat vier speerpunten, uitgewerkt in vier subprojecten.

Gatekeeperstraining

De gatekeeperstraining is een training in het vroegtijdig herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 blijkt dat een kwart van de mensen met suïcidale gedachten later een suïcidepoging onderneemt en dat driekwart van de pogingen kort na het ontstaan van suïcidale gedachten wordt ondernomen (Ten Have et al., 2011).

De training is bedoeld voor beroepskrachten of vrijwilligers die via hun werk in aanraking kunnen komen met suïcidale mensen. Dat zijn bijvoorbeeld huisartsen, maatschappelijk werkers, schoolverpleegkundigen en schooldecanen, maar ook politiemedewerkers, bewonersadviseurs, sleutelfiguren uit verschillende etnische gemeenschappen en andere partijen in de periferie van de hulpverlening. De training beoogt de 'gatekeepers' meer vertrouwen te geven in de eigen effectiviteit om in gesprek te gaan met suïcidale mensen, waardoor ze eerder en beter in staat zijn om te gaan met de wanhoop en suïcidale gedachten of het suïcidale gedrag van de ander. Gatekeepers leren de situatie als een toeschouwer te bekijken en niet te snel oplossingen te bedenken.

De trainingen worden gegeven door veertien behandelaars uit verschillende Amsterdamse instellingen voor GGZ. Sinds april 2011 zijn meer dan 800 gatekeepers getraind in Amsterdam. De deelnemers hebben ook informatie gekregen over de Stichting 113Online, waar mensen met (acute) suïcidale klachten op een anonieme wijze geholpen kunnen worden.

De training voor de gatekeepers is gebaseerd op het Question, Persuade and Refer-model (QPR) (Kerkhof & Van Luyn, 2010). De QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention is oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten door Paul Quinnett en sinds 2013 is die vermeld in het National Registry of Evidence-based Practices and Policies (<http://nrepp.samhsa.gov/>).

De interventie is al toegepast en onderzocht in verschillende populaties. Uit dit onderzoek blijkt dat door gatekeeperstrainingen vooral de kennis van suïcidaliteit en de vaardigheden om daarmee om te gaan toenemen (Isaac et al., 2009; Keller et al., 2009; Wyman et al., 2008). De Amsterdamse trainingen worden geëvalueerd op effectiviteit en kosteneffectiviteit. Dat gebeurt in samenwerking met de GGZ uit de provincie Friesland (waar dezelfde trainingen ook in de praktijk worden gebracht), de Vrije Universiteit Amsterdam en het Trimbos-instituut.

Actieve toeleiding van suïcidepogers van de Spoedeisende Hulp (SEH) naar nazorg

Suïcidepogers zijn een van de specifieke doelgroepen in het Amsterdamse suïcidepreventieproject. Een suïcidepoging is immers de belangrijkste risicofactor voor een recidief suïcidepoging en overlijden door suïcide (Mosckicki, 1997). Met een passende behandeling of ondersteuning kan de ziekte- of problemenlast worden verminderd en de weerbaarheid versterkt. Deze risicogroep komt na een contact op de SEH lang niet altijd aan bij de geadviseerde nazorg. Diverse factoren kunnen hierbij een rol spelen: schaamte en taboes, geheugenproblemen na een suïcidepoging waardoor het verwijzingsadvies niet onthouden wordt, gebrek aan vertrouwen in of onbekendheid met hulpverlening, geadviseerde hulpverlening die niet aansluit bij de behoefte of onvoldoende toegankelijk is. Hoewel niet elke studie wijst op een positief verband (Morthorst, Krogh, Erlangsen, Alberdi, & Nordentoft, 2012; Van Heeringen et al., 1995), levert een recente grootschalige studie in Taiwan overtuigend bewijs dat de inzet van een casemanager bijdraagt aan de totstandkoming van passende hulp (Chen et al., 2012).

Vanuit de GGD wordt een casemanager ingezet voor de actieve benadering van mensen die na een suïcidepoging worden opgenomen op de SEH. Vóór ontslag uit het ziekenhuis krijgen die patiënten een psychiatrisch consult en een advies voor nazorg. Aan patiënten bij wie op de SEH duidelijk wordt dat zij nog niet (goed) in zorg zijn en/of de arts een 'niet pluis'-gevoel heeft, wordt toestemming gevraagd voor benadering door de casemanager. Die casemanager maakt (eerst telefonisch) contact met deze personen en bekijkt in hoeverre het nazorgadvies is opgevolgd. Op basis van dat gesprek kan er een face-to-face contact worden gepland of wordt op een minder arbeidsintensieve manier een vinger aan de pols gehouden. Bemoeienis door de casemanager duurt maximaal een half jaar na het SEH-contact.

Naast het bevorderen van de continuïteit van zorg wordt door de gestructureerde werkwijze inzicht verkregen in de samenstelling van de groep suïcidepogers, de mate waarin de huidige zorgketen toereikend is en welke lacunes er zijn bij het tot stand komen van de nazorg.

Tijdens het eerste jaar bleek een groot gedeelte van de suïcidepogers (60%) al in behandeling te zijn bij de verslavingszorg of de GGZ. Om de interventie efficiënter te maken, is ervoor gekozen om de groep te beperken tot de mensen bij wie nieuwe zorg nodig is of bij wie er zorgen zijn omtrent de continuïteit van de hulpverlening.

Bevorderen van een gevarieerd en toegankelijk lokaal hulpaanbod voor nabestaanden

De nabestaanden van mensen die suïcide hebben gepleegd, hebben zelf ook een verhoogd risico om hierdoor te overlijden. Verder is de kans op gecompliceerde rouw en depressie bij die mensen groter. Daarom is het belangrijk dat er een toegankelijk en gevarieerd hulpaanbod voor nabestaanden in Amsterdam en de regio aanwezig is.

Vertegenwoordigers van de belangrijkste (en potentiële) aanbieders van begeleiding en ondersteuning aan nabestaanden zijn in een werkgroep bij elkaar gebracht om het zorgaanbod op elkaar af te stemmen. Deelnemers zijn hulpverleners van de GGZ-instellingen en vrijwilligers van de lotgenotenorganisatie Ypsilon.

Het aanbod bestaat uit gestructureerde gespreksgroepen bij GGZ-instellingen en directe, laagdrempelige (online en telefonische) begeleiding door hulpverleners en vrijwilligers van 113Online.

Om het hulpaanbod voor nabestaanden in Amsterdam bekender te maken, is een informatiefolder met een overzicht van de verschillende zorgaanbieders uitgegeven en verspreid onder de politie en verschillende begrafenisondernemers.

De toegang tot dodelijke middelen beperken

Door continue monitoring van suïcidelocaties, suïcidepogingen en -methoden worden risicovolle locaties en middelen in beeld gebracht. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de registraties van de forensisch artsen van de GGD Amsterdam. Het doel is om bij opvallende bevindingen te adviseren over veiligheidsmaatregelen.

Een opmerkelijk verschil tussen de methode in Amsterdam en omstreken en het landelijke beeld is dat suïcide vaker plaatsvindt door een sprong van een hoogte (over de periode 2009 tot en met 2011: 16% versus 8%). Vaak betreft dat het gebouw waar de suïcidant zelf woonachtig is.

Daarnaast wordt er, hoewel klein in aantal (zeven suïcides in 2012, acht in 2013; 5% van het totaal), een stijging waargenomen van suïcides met behulp van de zogenaamde heliummethode: verstikking met een zak die met helium (of een ander gas) wordt gevuld.

Tot dusver zijn er door de GGD in het kader van het suïcidepreventieproject op dat terrein geen specifieke interventies uitgevoerd.

Lacunes en knelpunten

Tijdens de uitvoering van het suïcidepreventieproject in Amsterdam werden structurele lacunes en knelpunten in de zorg voor suïcidale mensen geconstateerd. In gesprekken met behandelaars, sleutelfiguren en patiënten werden verschillende problemen genoemd. Verwijzers missen regelmatig de terugkoppeling vanuit de GGZ-instellingen. Ze zouden beter op de hoogte gehouden willen worden van het verloop van de behandeling. Er zijn signalen dat de wachttijden voor behandeling na een suïcidepoging bij de GGZ soms te lang zijn. Na ontslag uit een zorginstelling is er soms weinig nazorg. Patiënten melden dat ze regelmatig met verschillende behandelaars te maken krijgen en elke keer opnieuw hun verhaal moeten doen. Die wisselingen kunnen de motivatie om door te gaan met de behandeling vermin-

deren. Een andere lacune is een passend antwoord op de suïcidepogingen onder met name jonge allochtone vrouwen met problemen gerelateerd aan het leven in twee culturen.

Stimuleren van suïcidepreventie in Amsterdam en samenwerking van de betrokken partijen

De GGD heeft de regierol in de suïcidepreventie in Amsterdam gekregen. Om die rol succesvol te kunnen uitvoeren, is een intensieve samenwerking met verschillende partijen in de stad en in de regio essentieel. Het beoogde resultaat is continuïteit van zorg voor mensen met suïcidaal gedrag.

De verschillende actoren in de zorgketen worden geïnformeerd over de geconstateerde knelpunten in de zorg. Het belang van een tijdige terugkoppeling is gecommuniceerd naar de GGZ-instellingen. Ook is aanbevolen om patiënten bij wie suïcidaliteit op de voorgrond staat en het risico op een herhaalde poging hoog is, prioriteit te geven zodat die zo snel mogelijk in zorg komen. Een ander advies is zo min mogelijk te wisselen van behandelaars bij suïcidale patiënten.

In wijken met veel allochtone cliënten moet meer aandacht voor cultuur in samenhang met suïcide komen. Dat kan gebeuren in de vorm van voorlichting en gatekeeperstrainingen voor sleutelfiguren van de verschillende gemeenschappen. Een andere mogelijkheid is een gatekeeperstraining voor de leden van de Zorg Advies Teams op scholen met veel allochtone leerlingen.

Voor huisartsen is een belangrijke rol als gatekeeper weggelegd. Uit onderzoek blijkt dat in de maand voorafgaand aan de suïcide of de suïcidepoging ruim de helft van de patiënten nog contact heeft gehad met de huisarts (Marquet & Donker, 2009). Toch blijkt het moeilijk te zijn om huisartsen bij het Amsterdamse project Suïcidepreventie te betrekken.

Ondanks alle berichten, gesprekken met de Eerste Lijn Amsterdam (ELA), Huisartsenkring Amsterdam en andere contacten is het de GGD tot nu toe niet goed gelukt om de belangstelling van die beroepsgroep op te wekken. Er is weinig animo voor de aangeboden trainingen in suïcidepreventie. Huisartsen beroepen zich op de lage prevalentie van suïcide en het lijkt dat veel van hen niet op de hoogte zijn van de 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag' (Van Hemert et al., 2012). Verder maken de in 2014 geplande veranderingen in de structuur en de organisatie van de GGZ en de onduidelijkheid over de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende beroepsgroepen de situatie onoverzichtelijk en dragen zo bij aan de terughoudendheid bij de huisartsen.

Landelijke implementatie 'Richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag'

Samen met andere partijen is het Trimbos-instituut begonnen met de uitvoering van het landelijke implementatieplan multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag. Dat biedt professionals aanknopingspunten en aanbevelingen om in het werkproces goede en zorgvuldige hulp te bieden aan cliënten met suïcidale gedachten. De activiteiten in dit plan zijn gericht op het verspreiden van educatieve producten, het trainen van zorg-

professionals en het maken van ketenafspraken. Bij de uitvoering zijn relevante beroepsverenigingen, cliëntorganisaties (Ivonne van de Ven Stichting en Landelijk Platform GGZ) en 113Online betrokken.

In het kader van dit landelijke implementatieplan wordt het Nederlands Huisartsen Genootschap gestimuleerd om de gatekeeperstraining in het landelijke scholingsaanbod op te nemen.

Ten slotte

In tegenstelling tot de landelijke cijfers is het aantal suïcides in Amsterdam in 2012 gedaald (van 106 in 2011 naar 93 in 2012). Er kunnen geen uitspraken over causaliteit gedaan worden, maar voor de GGD is die daling nog een bewijs dat suïcidepreventie een belangrijke plaats op de landelijke en regionale beleidsagenda in Nederland moet innemen.

Het Amsterdamse GGD-projectteam Suïcidepreventie wordt regelmatig benaderd door andere Nederlandse GGD's die ook geïnteresseerd zijn in het ontwikkelen van beleid op het gebied van suïcidepreventie. Onze aanbeveling is om te kiezen voor een integraal plan van aanpak waarbij interventies op verschillende niveaus van preventie en voor verschillende doelgroepen geïntegreerd zijn.

Op het niveau van selectieve preventie kan gedacht worden aan een brede aanpak door de keuze voor gatekeeperstrainingen in verschillende settings en intermediaire doelgroepen.

Voor bepaalde beroepsgroepen, zoals huisartsen, lijkt een landelijke aanpak via beroepsverenigingen een betere benadering.

Op het niveau van geïndiceerde preventie verdient de hoogrisicogroep van suïcidepogers bijzondere aandacht. Het inzetten van een casemanager die deze mensen actief naar zorg toeleidt, is een mogelijke optie. Voor de groep van nabestaanden van suïcide moet een toegankelijk lokaal aanbod voor opvang en ondersteuning aanwezig zijn.

Literatuur

- Andriessen, K. (2007). Kan suïcide worden voorkomen? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37, 5-13.
- Boel, M., Blekman, J., De Jong, S., Ruiter, M., & Voordouw, I. (Red.) (2007). *Verminderen van suïcidaliteit: beleidsadvies: actualisering van het advies inzake suïcide*, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bramer, M., van 't Zelfde, P., & Sturkenboom, M. (2010). *Suïcidepreventie: aangrijpingspunten voor de publieke gezondheid*. Bilthoven: RIVM Centrum Gezond Leven.
- Chen, W.J., Chen, C.C., Ho, C.K., Lee, M.B., Lin, G.G., & Chou, F.H. (2012). Community-based case management for the prevention of suicide reattempts in Kaohsiung, Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 48, 786-791.
- Clark, S.E., & Goldney, R. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467-484). Chichester: Wiley.
- Hermens, M., Van Wetten, H., & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit: aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S.L., Deane, F.P., Enns, M.W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 260-268.

- Keller, D.P., Schut L.J.A., Puddy, R.W., Williams, L., Stephens R.L., McKeon, R., & Lubell, K. (2009). Tennessee lives count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research & Practice*, 40, 126-133.
- Kerkhof, A.J.F.M., & Van Luyn, B. (2010). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Klink, A. (2008). *Beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beatrais, A., Currier, D., Haas, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- Marquet, R., & Donker, G. (2009). Praten over suïcidegedachten. *Huisarts & Wetenschap*, 52, 267.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Kamerbrief over de landelijke agenda suïcidepreventie en jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013*. Den Haag: Auteur.
- Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: Randomised controlled trial. *E-journal of British Medical Journal*, 345, e4972. Geraadpleegd via <http://www.bmj.com>.
- Mosckicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- Romijn, G., & Bool, M. (2010). *Regionale aanpak van suïcidepreventie: een kader voor opzet en voorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ten Have, M., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & De Graaf, R. (2011). *Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., De Bacquer, D., & Van Remoortel, J. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: A controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25, 963-70.
- Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.F.J.M., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Van Hummelen, J.W., ... Van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Wyman, P.A., Brown, C.H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J.B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76, 104-115.

Personalia

Drs. Lyna Polikar is coördinator suïcidepreventie in Amsterdam.

E-mail: lpolikar@ggd.amsterdam.nl.

Dr. Marcel Buster is epidemioloog bij de GGD Amsterdam.

E-mail: mbuster@ggd.amsterdam.nl.