

Suïcidaliteit bij volwassenen

REMC0 F.P. DE WINTER EN DEREK P. DE BEURS



FOTO: GRANDEDEUC/ISTOCK.COM

Het gaat niet goed met de economie en daardoor valt een stijging van de suïcidecijfers te verwachten. Welke preventiemaatregelen hebben we tot onze beschikking? En wat kan de overheid doen?

De coronacrisis is vrijwel naadloos overgegaan in een economische crisis. We achten de kans groot dat daardoor de komende tijd het aantal suïcides zal toenemen. Uiteraard is deze crisis anders dan eerdere crises; niet eerder in de recente geschiedenis legde een virus de hele wereld stil. Ook laten de eerste cijfers juist een daling zien van het aantal suïcides.¹ De piek die normaliter wereldwijd in de lente wordt gezien, lijkt er nu niet te zijn.² Toch moeten we er ernstig rekening mee houden dat het aantal suïcides zal stijgen wanneer de economische schade van de crisis zichtbaar wordt. Bekende risicofactoren voor suïcide zoals financiële onzekerheid, wanhoop, relatiestress, alcohol- en middelengebruik komen immers meer voor tijdens crises.³ Iedere economische recessie van de afgelopen decennia ging gepaard met een stijging van het aantal suïcides, vooral onder mannen van middelbare leeftijd.⁴ Ook weten we dat de SARS-uitbraak in Hongkong resulteerde in een stijging van suïcides onder oudere vrouwen.⁵

Vergelijkend onderzoek liet zien dat inwoners van welvarender gebieden als Hongkong, maar ook Nederland, heftiger reageren op crises.⁶ De onderzoekers stellen dat dat komt doordat de burgers hier gewend zijn aan stabiliteit, veiligheid en baan zekerheid, waardoor een crisis bij hen harder aankomt. Zo zagen we in Nederland tijdens de economische recessie die volgde op de kredietcrisis het aantal suïcides stijgen met 5% per jaar (zie figuur).⁷ Uiteraard fluctueren de suïcidecijfers van jaar tot jaar met een natuurlijke variatie. Toch was de stijging tussen 2007 en 2013 sterker dan te verwachten op basis van de trends in de jaren daarvoor.

Suïcidepreventie in Nederland

De afgelopen jaren zijn er in Nederland diverse initiatieven geweest op het gebied van suïcidepreventie. Zo is in 2012 de eerste multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag van kracht geworden. In 2018 volgde een generieke module voor hulpverleners, patiënten en naasten.^{8,9} Op ver-

SAMENVATTING

Suïcidecijfers lijken te worden beïnvloed door de economie. In Nederland zagen we de laatste 10 jaar vooral fluctuaties bij mannen. De covid-19-pandemie zal waarschijnlijk een negatieve impact hebben op deze fluctuaties. Er zijn nog geen betrouwbare voorspellers voor suïcidaliteit, maar er zijn ontwikkelingen die tot betere voorspelling kunnen leiden. Voorbeelden daarvan zijn de inzet van 'big data' en 'machine learning', in combinatie met een netwerkbenadering waarin psychopathologie als een complex dynamisch systeem wordt gezien. Beter differentiëren van suïcidaliteit kan de klinische praktijk helpen om behandeling en preventie op maat aan te bieden.

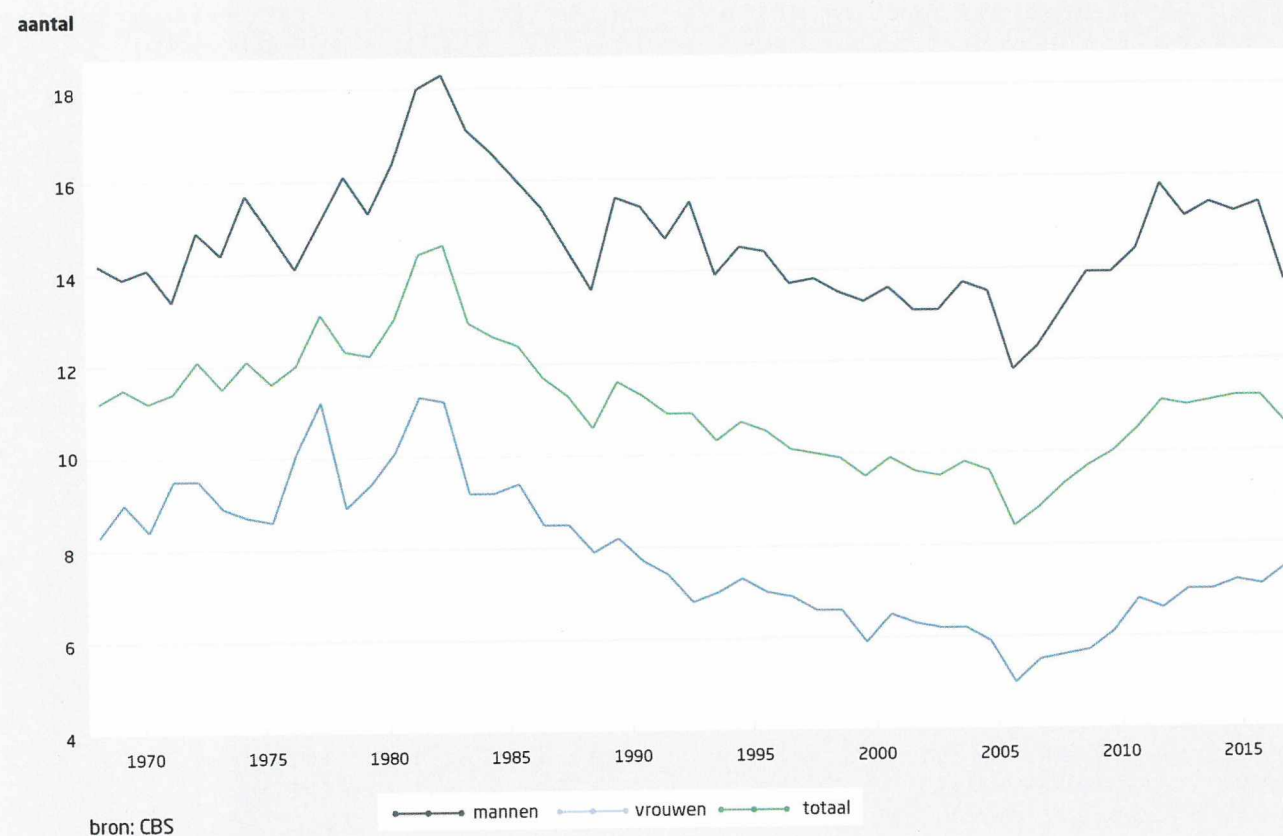
Suïcidaliteit is een multifactorieel, complex fenomeen dat zich ook buiten de ggz uitstrekt. De laatste jaren zijn verschillende preventiestrategieën en onderzoekslijnen gestart die zich richten op deze complexiteit, waardoor suïcidaliteit nu beter te behandelen en te begrijpen is. Stichting 113 zelfmoordpreventie heeft hierin een belangrijke bindende en aanjagende functie.

'HOE WELVARENDER EEN GEBIED, HOE HEFTIGER MENSEN REAGEREN OP EEN ECONOMISCHE CRISIS'

zoek van VWS heeft de onafhankelijke ggz-instelling 113 Zelfmoordpreventie een uitgebreide Landelijke Agenda Suïcidepreventie opgesteld en verschillende programma's ontwikkeld. Deze zijn erop gericht kennis en competenties op het gebied van suïcidaliteit te verspreiden, bepaalde beroepsgroepen te scholen, de samenwerking in de zorgketen te verbeteren en de rol van familie en naasten te vergroten. Ook werken 16 grote instellingen onder de naam Suïcide Preventie Actienetwerk GGZ (Supranet GGZ) samen aan een betere, onderling vergelijkbare registratie van

FIGUUR

Aantal zelfdodingen per 100.000 van de bevolking van 1970-2018



suïcidaliteit, met als doel te achterhalen welke acties de beste zorg opleveren.¹⁰

Ondanks deze maatregelen daalt het aantal suïcides niet. Een Britse implementatiestudie liet eerder al zien dat er, als het gaat om het terugdringen van suïcidecijfers, maar weinig echt effectieve interventies zijn.¹¹ Wat volgens deze studie bijvoorbeeld wél helpt, is een 24/7-crisisdienst en een stabiel personeelsbestand bij dergelijke diensten. Ook het terugdringen van de werkloosheid lijkt een effectieve maatregel, aangezien een stijging met 1% van de werkloosheid doorgaans wordt geassocieerd met een stijging van het aantal suïcides met 0,8%. Het aantal WW-uitkeringen in april 2020 lag 16,7% hoger dan het aantal WW-uitkeringen in maart 2020.¹² Een belangrijke kanttekening bij het gebrek aan bewijs is dat het heel lastig is om onderzoek te doen naar interventies.² Immers, het aantal suïcides is relatief klein, waardoor effecten vaak simpelweg niet gevonden kunnen worden. Ook is het om ethische redenen niet mogelijk onder suïcidale patiënten een gerandomiseerde studie uit te voeren. Dat zou goede zorg in de weg staan. Verder worden lang niet alle suïcides als zodanig geclassificeerd. Bij een eenzijdig ongeval met dodelijke afloop is het bijvoorbeeld lastig met zekerheid vast te stellen of het een suïcide betreft, en wordt het overlijden eerder als ongeval geclassificeerd. Pogingen tot suïcide worden al helemaal niet goed geregistreerd. Al deze punten maken het evalueren van preventieve maatregelen nagenoeg onmogelijk. Wat kan de overheid nu doen om de te verwachten stijging van het aantal suïcides tegen te gaan? Op basis van ervaringen uit eerdere crises adviseren wij om (a) aandacht te geven aan ouderen die nu het gevoel hebben een last voor anderen te zijn; (b) uitkeringen toegankelijk te houden; (c) ontslagen en faillissementen te voorkomen en (d) de ggz laagdrempelig te houden. Het is te verwachten dat al deze maatregelen een dempend effect zullen hebben op de stijging van het aantal suïcides, hoewel je achteraf nooit precies kunt achterhalen hoeveel suïcides er uiteindelijk voorkomen zijn.

Ontwikkelingen

Ondanks jarenlang onderzoek is het niet gelukt een eenduidige verklaring te vinden voor suïcidaliteit – één gen, risicofactor of biomarker. Dat geldt overigens voor de gehele psychiatrie; zo blijft ook een eenduidige verklaring voor depressie uit. Een ontzuiterende meta-analyse van 50 jaar onderzoek naar risicofactoren voor suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten toonde aan dat pogingen om suïcidaliteit te voorspellen op basis van risicofactoren nog steeds geen beter resultaat oplevert dan het opgooien van een munt.¹³ De prominente Britse psychiater Nav Kapur adviseert dan ook niet te veel waarde te hechten aan de uitslag van een risico-beoordeling, en vooral goede continuïteit van zorg te bieden.¹⁴

Toch is er ook reden voor optimisme. Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in trainingen om zorgprofessionals en 'poortwachters' als politieagenten en docenten te leren suïcidale mensen te herkennen, aanspreken en verwijzen, en de beschikbare studies laten zien dat poortwachters en professionals hierdoor inderdaad het gevoel hebben beter in staat te zijn deze mensen te benaderen.¹⁵ Helaas is er geen direct bewijs dat er door deze trainingen minder suïcides plaatsvinden. Uit een andere studie, de 'Professionals in Training to STOP suïcide' - oftewel PITSTOP-studie, bleek wel dat depressieve patiënten sneller herstelden van suïcidale gedachten wanneer ze behandeld werden door een getraind team.¹⁶ De wetenschap zit ondertussen evenmin stil. In

'HET TERUGDRINGEN VAN DE WERKLOOSHEID IS EEN EFFECTIEVE MANIER OM SUÏDECIFERS TE VERLAGEN'

een nieuwe benadering worden psychische problemen niet meer bekeken als gevolg van een geïsoleerde, in de hersenen aanwijsbare afwijking – vergelijkbaar met bijvoorbeeld een tumor – maar als gevolg van psychische ontregelingen die elkaar onderling beïnvloeden.¹⁷ In deze zogenaamde netwerkbenadering veroorzaken psychische klachten elkaar, en kunnen ze in een feedbackloop raken. Zo kan slapeloosheid via piekeren tot depressieve gevoelens leiden, die op hun beurt weer tot meer slapeloosheid en piekeren leiden. Met een smartphone-app kunnen patiënten hun eigen risicofactoren over de tijd monitoren, en zo hun eigen individuele netwerk in kaart brengen. Dit kan weer gebruikt worden in psycho-educatie, of om de effectiviteit van een behandeling te testen.

Daarnaast onderzoekt de afdeling klinische psychologie van het Amc, locatie VU of het mogelijk is om op basis van zelfmonitoring via de mobiele telefoon een naderende suïcidale crisis te herkennen.¹⁸ Eerder onderzoek toonde namelijk aan dat er voorafgaand aan een nieuwe crisis opeens meer én sterkere verbanden zichtbaar werden tussen de klachten van een depressiepatiënt. Dit verschijnsel wordt 'critical slowing down' genoemd en kan als waarschuwingssignaal dienen voor de patiënt, diens naasten en de behandelaar.¹⁹ Een andere ontwikkeling is de inzet van 'big data' en 'machine learning'. De belofte is dat analyse van registratiedata van ziekenhuizen

niveau kunnen ze wel het verschil maken. De Richtlijn Suïcidaal Gedrag geeft een ogenschijnlijk simpel advies aan artsen die vermoeden dat een patiënt suïcidaal is: maak contact!⁸ Durf er een gesprek over aan te gaan. Wie empathisch en niet veroordelend vraagt naar gedachten aan de dood, heeft de grootste kans op een eerlijk antwoord. Vervolgens is het van belang door te vragen: hoe lang heeft de patiënt deze gedachten al? Hoe intens zijn ze? Heeft de patiënt al concrete plannen gemaakt? Wat farmacologische interventies betreft: we weten dat lithium bij mensen met een stemmingsstoornis bewezen effectief is in het verminderen van suïcidaal gedrag.^{8,20} Clozapine blijkt effectief bij mensen met een psychose. Moderne antidepressiva (selectieve serotonineheropnameremmers, in het Engels SSRI's) kunnen de depressie verminderen, en daarmee ook de suïcidaliteit. Maar let wel, in de opstartfase van SSRI's kan de patiënt juist geagiteerd

raken, en dus suïcidaler worden. Ketamine en elektroconvulsie therapie zijn in kleine kortdurende studies effectief gebleken in het reduceren van suïcidale gedachten, maar meerdere studies zijn nodig om vast te stellen wat de langetermijneffecten op suïcidepogingen zijn.¹⁵

Mens of maatschappij?

Een breder maatschappelijk discussiepunt is of de ggz altijd de oplossing biedt bij suïcidaliteit. Wanneer er een (ernstige) depressie of psychose aan de suïcidaliteit ten grondslag ligt, is de ggz uiteraard de aangewezen plek voor behandeling.²¹ Maar wanneer een psychische kwetsbaarheid samengaat met

maatschappelijke stressoren als ongewenste zwangerschap, schulden of korting op de uitkering, zal een behandeling op het niveau van psychiatrische symptomen als somberheid niet altijd de oplossing zijn. Ook kan suïcidaliteit niet worden gezien als een uniform verschijnsel en kan een betere differentiatie van dit heterogene fenomeen leiden tot een meer gerichte en realistische aanpak. Zo worden mensen die suïcidaal zijn en in de ggz beoordeeld worden, vaak opgenomen terwijl het onbekend is of opname daadwerkelijk het suïciderisico vermindert.²² Het is onduidelijk in hoeverre defensieve geneeskunde hieraan ten grondslag ligt. Het herstel van suïcidale patiënten zit ook vaak meer in het weer kunnen functioneren in de maatschappij dan alleen in een reductie van klachten. Dit past in de beweging van de goede ggz waarin zorg gericht is op herstel, en breder is dan de psychiatrie alleen.²³

'SUÏCIDE IS EEN BREED MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM DAT SCHOLING EN ONDERZOEK BEHOEFT BINNEN EN BUITEN DE PSYCHIATRIE'

en huisartsen met behulp van zelflerende computersystemen zal leiden tot een verbeterde herkenning van suïcidale patiënten.¹³ De eerste studies geven inderdaad aan dat zo'n groot-schalige data-analyse beter in staat is suïcidaliteit te voorspellen dan de meer traditionele methoden.

Al deze technieken staan echter nog in de kinderschoenen en het zal waarschijnlijk nog jaren duren voor ze daadwerkelijk in de zorg toegepast kunnen worden.

Rol van de arts

Artsen hebben geen invloed op macro-ontwikkelingen als de huidige crisis, maar op micro-

TEN SLOTTE

De ambitie om tot 'zero suicides' te komen is prijzenswaardig, maar het is het goed te beseffen dat er altijd suicides zullen zijn. En ook dat juist in welvarende landen als Nederland het aantal suicides altijd relatief groot zal zijn. Doordat mensen hier minder overlijden aan infectieziekten of geweld, belandt suicide immers automatisch hoger op de lijst van doodsoorzaken. Om het taboe rond suïcidaliteit te verminderen, lijkt het ons verstandig dat te erkennen. De zorg doet alles om te voorkomen dat iemand in eenzaamheid sterft en om iedereen goede zorg te geven, maar suïcidaliteit is geen probleem van de psychiatrie alleen. Het is een breed maatschappelijk probleem, dat scholing en onderzoek op alle gebieden behoeft.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4632
- GGZ Rivierduinen, Leiden: dr. R.F.P. de Winter, psychiater en geneesheer-directeur (tevens: Vrije Universiteit Amsterdam, afd. klinische psychologie en Parnassia academie Den Haag).
- Trimbo's-instituut, Utrecht, afd. Epidemiologie: dr. D.P. de Beurs, psycholoog en hoofd epidemiologie (tevens: Vrije Universiteit Amsterdam, afd. klinische psychologie).
- Contact: Remco de Winter (r.dewinter@rivierduinen.nl)
- Derek de Beurs is auteur van het boek 'Mythen over zelfmoord' (Boom uitgeverij, 2020).
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 22 april 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4632

LITERATUUR

- 1 Geen toename in suicides in eerste weken coronacrisis. 113.nl, 21 mei 2020.
- 2 De Beurs D. Mythen over Zelfmoord. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2020.
- 3 Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61:73-81.
- 4 Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. 2015;5:243-54.
- 5 Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31:86-92.
- 6 Dückers MLA, Reijfels L, De Beurs DP, Brewin CR. The vulnerability paradox in global mental health and its applicability to suicide - corrigendum. *Br J Psychiatry*. 2019;215:588-93.
- 7 Minder zelfdodingen in 2018. CBS.nl, 25 juni 2019.
- 8 van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Trimbo's Instituut; 2012.
- 9 Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Trimbo's-instituut; 2012. www.ggzrichtlijnen.nl
- 10 Setkowski K, Mokkenstorm J, van Balkom AJ, et al. Feasibility and impact of data-driven learning within the suicide prevention action network of thirteen specialist mental healthcare institutions (SUPRANET Care) in the Netherlands: a study protocol. *BMJ Open*. 2018;8:e024398.
- 11 While D, Bickley H, Roscoe A, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379:1005-12.
- 12 160 duizend minder mensen met werk in april. CBS.nl, 20 mei 2020.
- 13 Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychol Bull*. 2017;143:187-232.
- 14 Steeg S, Quinlivan L, Nowland R, Carroll R., Casey D, Clements C, et al. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*. 2018;18:113.
- 15 Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-59.
- 16 De Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, van Duijn E, de Winter RFP, Kerkhof AJFM. Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2016;208:477-83.
- 17 Borsboom D, Cramer A, Kalis A. Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behav Brain Sci*. 2018; online 24 januari.
- 18 Nuij C, van Ballegooijen W, Ruwaard J, et al. Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interv*. 2018;13:16-23.
- 19 Wichers M, Groot PC; Psychosystems, ESM Group, EWS Group. Critical Slowing Down as a Personalized Early Warning Signal for Depression. *Psychother Psychosom*. 2016;85:114-6.
- 20 Aerts S, Dumon E, van Heeringen K, Portzky G. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Brussel; Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie; 2017.
- 21 De Winter RFP, de Groot MH, van Dassen M, Deen ML, de Beurs DP. Het voorkomen van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen bij de psychiatrische crisisdienst. *Tijdschr Psychiatr*. 2017;59: 140-9.
- 22 De Groot M, de Winter R. Beoordeling van het suicide risico. In: van Heeringen C, Portzky G, de Beurs D, Kerkhof A, eds. *Handboek Suïcidaal Gedrag 2*. Utrecht: Tijdstroom; 2019.
- 23 Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ. Nieuwe concepten, Aangepaste taal en betere organisatie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2018.

'ARTSEN, DURF PATIËNTEN TE VRAGEN OF ZE AAN SUÏCIDE DENKEN!'