

Bestuursdienst

Onderwerp 'Onderzoek naar zelfdoding in Groningen'/ informatief

Steller T. Sytsma



De leden van de raad van de gemeente Groningen
te
GRONINGEN

Telefoon (050) 367 40 50 Bijlage(n) 2

Ons kenmerk HV 12.3372876

Datum - **6 DEC 2012** Uw brief van

Uw kenmerk -

Geachte heer, mevrouw,

Tijdens uw Raadsbespreking van de kadernota 'Samen Gezond in Stad' op 22 februari 2012 kwam naar voren dat er onder Stadjsers vaker zelfdoding voorkomt dan elders in Nederland. Naar aanleiding daarvan heeft u een motie van Groen Links aangenomen waarin u het college van B & W vraagt onderzoek te verrichten naar de oorzaken en gevolgen van ernstige eenzaamheid en zelfdoding onder inwoners van Groningen en de uitkomsten aan u voor te leggen. De motie is als bijlage toegevoegd.

Wij hebben met behulp van een externe expert onderzoek verricht naar de oorzaken en gevolgen van zelfdoding en daarin eenzaamheid meegenomen. Bijgevoegd feitenblad is daar de uitkomst van. Hieronder volgt een samenvatting van het feitenblad en een conclusie.

Kader

In de afgelopen drie decennia overleden in Nederland jaarlijks ongeveer 1.500 mensen door suïcide. Vanaf 1986 tot 2007 bleef het aantal stabiel. In 2007 was sprake van een plotselinge daling van 11%, maar daarna nam het aantal weer toe tot 1.647. Deze ontwikkeling komt overeen met ontwikkelingen van suïcidecijfers in andere landen in Europa en de Verenigde Staten. Suïcide komt in (grote) steden naar verhouding vaker voor dan in andere regio's. Echter in de Stad Groningen komt er onder de Stadjsers naar verhouding nog vaker suïcide voor dan in grote steden elders in Nederland. In de jaren 2000- 2012 ging het om gemiddeld 25 personen per jaar.

De complexiteit van suicide

Suïcide is een maatschappelijk probleem en het voorkomen ervan is complex. Er is veel bekend over factoren die met zelfdoding samenhangen, maar de huidige kennis reikt niet zo ver dat voorspeld kan worden wie wel en wie niet



suïcide zal plegen. Harde bewijzen voor maatregelen die suïcide voorkomen zijn uiterst schaars en eenduidige antwoorden zijn niet voorhanden. De oorzaken van suïcide zijn niet gemakkelijk te duiden. Er is bijna nooit een directe relatie met één oorzaak zoals eenzaamheid of pesten. Er zijn altijd meerdere risicofactoren die in combinatie met kwetsbaarheid voor suïcide van de persoon (constitutie) suïcide of een suïcidepoging tot gevolg kan hebben.

Gegevens

We weten naar aanleiding van het onderzoek dat er naar verhouding meer personen overlijden in Groningen door suïcide dan elders in het land en dat dit verhoogde sterftecijfer door suïcide toe te schrijven is aan een verhoogd suïcide risico voor mannelijke Stadgers. Voor vrouwen in de stad Groningen is het risico niet verhoogd.

In de meeste gevallen betreft het personen jonger dan 50 jaar; dit komt doordat in Groningen veel jonge mensen (studenten) wonen.

Naar mate mensen echter ouder worden stijgt het suïciderisico, ouderen blijken kwetsbaarder voor suïcide. In de stad Groningen is het risico dan ook het hoogst onder Stadgers van 80 jaar en ouder, gevolgd door de leeftijdsgroep van 50 tot 65 jaar. Verder zijn mensen die een nabij familielid verliezen door suïcide extra kwetsbaar voor suïcide.

Mogelijke oorzaken

In de stad Groningen maken naar verhouding veel mensen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en van de verslavingszorg. Dit is een aanwijzing dat psychische problemen en verslavingsproblemen vaak voorkomen, maar kan ook betekenen dat de drempel om hulp te zoeken lager is. Het feit dat Groningen centrumgemeente is, is hier ook debet aan. De gemeente Groningen heeft als centrumgemeente, een ruim aanbod aan voorzieningen waar mensen uit de regio ook een beroep op doen. Psychiatrische stoornissen vormen wél een grote risicofactor.

Het fenomeen is niet nieuw en bestaat al langer; vele decennia lang is de suïcidesterfte in de provincie Groningen verhoogd. Mogelijk is er sprake van een relatief groot aantal inwoners, waarbij risicofactoren voor suïcide samenkomen. Dit kan in het bijzonder gelden voor bepaalde groepen (ouderen, alleenstaanden, werklozen, personen met psychische – en verslavingsproblemen) voor wie factoren die beschermen tegen suïcide zijn weggevallen. Niet uit te sluiten valt dat het verhoogde suïciderisico verband houdt met de bevolkingsopbouw.

Uit de literatuur is bekend dat suïcidaal gedrag clustert binnen bepaalde sociale contexten, bijvoorbeeld binnen geografische gebieden, binnen families en op scholen. In hoeverre het kopiëren van gedrag door individuen die een kwetsbaarheid hebben voor suïcide hieraan bijdraagt is niet uit de



cijfers af te leiden. Het is echter wel aannemelijk op grond van beschrijvingen in de literatuur en eerder onderzoek naar suïcide in de drie noordelijke provincies.

Relatie tussen eenzaamheid en suïcide

Cijfers laten zien dat (zeer) ernstige eenzaamheid onder Stadgers van 75 jaar en ouder vaker voorkomt dan elders in Nederland. Er zijn echter geen duidelijke aanwijzingen dat er een verband bestaat tussen (zeer) ernstige eenzaamheid en een verhoogd suïcide risico. Eenzaamheid is een van de factoren die samenhangt met overige risicofactoren voor suïcide.

Suïcide en jongeren

Suïcide onder Stadgers jonger dan 20 jaar is zeldzaam en dit geldt ook voor de rest van Nederland. Het aantal ligt landelijk rond de 45 gevallen gemiddeld per jaar. In de stad Groningen gaat het om één of twee gevallen per jaar. Suïcide van een jongere heeft in het algemeen wél ingrijpender gevolgen voor de sociale omgeving dan suïcide van een oudere.

Maatregelen instellingen

Beleid en uitvoeringsmaatregelen die gericht zijn op het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag ligt op het terrein van maatschappelijke- en welzijnsorganisaties en zorginstanties. Het systematisch onderzoeken van suïcidaal gedrag ligt op het terrein van de (GGZ) instellingen en vraagt specifieke deskundigheid. Voor professionals in de gezondheidszorg is sinds 2012 een richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag beschikbaar. Ook biedt het Kwaliteitsdocument ketenzorg bij Suïcidaliteit een stappenplan om op regionaal niveau tot succesvolle afspraken over ketenzorg tussen instellingen te komen. De komende jaren worden over beide maatregelen bij verschillende disciplines en instellingen afspraken gemaakt over implementatie, borging en evaluatie.

De GGD heeft in samenwerking met instellingen een specifieke rol en richt zich op:

- Het monitoren en analyseren van suïcidaal gedrag, zoals incidentie, prevalentie, trends;
- Het signaleren van voorkeurslocaties en clustersuïcide (meerdere suïcides in een kort tijdsbestek);
- Het verspreiden van algemene voorlichting over suïcide(preventie), ketenzorg, publieke (online) hulp aan suïcidale personen;
- Het signaleren van risicovolle uitingen in de media over suïcide en ondersteuning bij persvoorlichting;
- Het ondersteunen bij het realiseren van nazorg naar aanleiding van suïcidaal gedrag en suïcides, bij jongeren worden de sociale netwerken betrokken.



Maatregelen gemeentelijk terrein

Op gemeentelijk terrein worden inspanningen geleverd die gericht zijn op het verminderen van risicofactoren en het vergroten van beschermende factoren, vooral onder risicogroepen, zoals oudere, alleenstaande mannen. Het WMO-meerjarenplan keert bijvoorbeeld sociale uitsluiting en zorgt ervoor dat iedereen mee kan doen aan de samenleving en niet aan de kant hoeft te staan. Het uitvoeringsprogramma 'Samen Gezond in Stad' biedt o.a. preventieve maatregelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg.

Conclusie

Het college van B&W heeft zorgvuldig onderzoek laten verrichten naar zelfdoding in Groningen en de relatie met eenzaamheid daarin meegenomen. Suïcide is een complex probleem en bij suïcide is vaak sprake van een combinatie van risicofactoren. Binnen het gemeentelijk beleid is het niet mogelijk om specifiek beleid te voeren dat het aantal suïcides onder Stadgers kan helpen terugdringen. Dit vraagt expliciete deskundigheid en ligt op het terrein van de GGZ- instellingen. Wel is het van belang om nadrukkelijk te blijven investeren in de kwetsbare groepen - zoals oudere alleenstaande mannen - met maatregelen uit het WMO-beleid, het armoedebelief, het jeugdbeleid en het gezondheidsbeleid. De GGD heeft in het publieke domein een taak uit te voeren ter voorkoming (secundaire preventie) van suïcide.

Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders van Groningen,

de burgemeester,
dr. J.P. (Peter) Rehwinkel

de secretaris,
drs. M.A. (Maarten) Ruys

feitenblad

Onderzoek naar suïcide in Groningen

Mogelijke oorzaken en aanbevelingen

Concept

November 2012

1. Inleiding

Suicide is een maatschappelijk probleem en het voorkomen ervan complex. Veel is bekend over factoren die met suicide samenhangen. De huidige kennis reikt echter niet zo ver dat op basis van deze factoren kan worden voorspeld wie suicide zal plegen. Harde bewijzen voor maatregelen die suicide voorkomen zijn uiterst schaars. Eenduidige antwoorden zijn niet voorhanden.¹

In de afgelopen drie decennia overleden in Nederland jaarlijks ca. 1.500 mensen door suicide. Vanaf 1986 tot 2007 bleef het aantal stabiel. In 2007 was sprake van een plotselinge daling van 11%, maar daarna nam het aantal weer toe tot 1.647 in 2011.² Deze ontwikkeling komt overeen met ontwikkelingen van *suicidcijfers in andere landen in Europa en in de Verenigde Staten*, waar sinds het uitbreken van de economische crisis het *suicidcijfer sterk is gestegen*.³

Suicide komt in (grote) steden naar verhouding vaker voor dan in andere regio's. Echter, volgens de kadernota 'Samen Gezond in Stad' komt er onder de Stadgers naar verhouding nog vaker suicide voor dan in grote steden elders in Nederland.⁴ Mede met het oog hierop heeft de Groninger gemeenteraad het college van B&W op 22 februari 2012 verzocht om onderzoek te doen naar de oorzaken van suicide, waarom het aantal suicides in de Stad Groningen hoger is dan in de rest van Nederland en of er een relatie bestaat tussen eenzaamheid en suicide. Het voorliggend feitenblad geeft inzicht in het fenomeen suicide en formuleert aanbevelingen voor preventieve maatregelen.

2. Afbakening van begrippen¹

Suicide verwijst naar de omstandigheid waarin een persoon is overleden als gevolg van een door hem zelf uitgevoerde, fatale handeling. In vrijwel alle gevallen vindt suicide plaats in een situatie waarin geen sprake is van een vrije keuze in de gerichtheid om te sterven. Suicide is bijna altijd een wanhoopsdaad, waarbij de persoon zich gedreven voelt door omstandigheden en/of onmacht. Overlijden door

euthanasie of als gevolg van hulp bij zelfdoding vallen buiten deze context, omdat in deze gevallen sprake is van een weloverwogen besluit waar derden bij betrokken zijn en waarin voorafgaand een toetsing aan juridische kaders heeft plaatsgevonden.

Suïcidaal gedrag verwijst naar het spectrum van gedragingen dat verband houdt met de bedoeling zichzelf te doden. Suïcidaal gedrag kent diverse verschijningsvormen: gedachten aan de dood, gedachten aan suicide, een plan maken om suicide te plegen, voorbereidingen treffen en een poging doen. Zelfbeschadigend en/of risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden c.q. het risico van overlijden niet uit de weg gaat zijn daarbij inbegrepen.

De oorzaak van suïcidaal gedrag

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat sommige mensen een zekere gevoeligheid hebben om suïcidaal te worden. Deze gevoeligheid kan tot uitdrukking komen in stressvolle omstandigheden. Minimaal 90% van de mensen die suicide plegen lijdt op dat moment aan één of meer psychische stoornissen en ongeveer 70% daarvan heeft op dat moment een depressie.⁵ Psychische stoornissen worden beschouwd als de belangrijkste stressfactor die kan leiden tot suïcidaal gedrag. Naast de aanwezigheid van deze gevoeligheid en stress, ervaart de suïcidale persoon zijn situatie als oneindig, onveranderbaar en onoplosbaar. Dit kan leiden tot een toestand waarin de persoon zich zo wanhopig voelt dat hij ervan overtuigd is dat hij hier enkel en alleen uit kan ontsnappen door te sterven. Deze toestand wordt aangeduid als *entrapment* (in een val opgesloten zitten) en kan ontaarden in een (fatale) suïcidepoging.

3. Risicofactoren en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag¹

Van een groot aantal risicofactoren is aangetoond dat ze suïcidaal gedrag voorspellen. Vaak is sprake van een combinatie van verschillende risicofactoren, maar dat hoeft niet. Daarnaast zijn er factoren die

beschermen tegen suïcide. Suïcidaal gedrag kan ontstaan op het moment dat beschermende factoren wegvallen.

Risicofactoren zijn:

- psychische stoornissen;
- eerder suïcidaal gedrag, vooral na suïcidepogingen waarbij een methode is gebruikt waarbij de kans op overlijden groot is en wanneer tevens sprake was van een depressie;
- overmatig gebruik van alcohol en/of drugs;
- lichamelijke klachten; vooral chronische aandoeningen en pijnklachten;
- persoonskenmerken: vaker mannen en het risico neemt toe met de leeftijd;
- suïcide en/of suïcidepogingen bij familieleden;
- psychologische factoren: wanhoop, het gevoel anderen tot last te zijn, impulsiviteit, verminderd probleemoplossend vermogen;
- verlieservaringen, zoals het verlies van een dierbaar persoon, verlies van werk, status, financiële draagkracht, gezondheid en/of toekomstperspectief;
- ingrijpende gebeurtenissen: huiselijk geweld, seksueel misbruik, werkloosheid, detentie;
- de beschikbaarheid van middelen (bijvoorbeeld het bezit van medicijnen om een suïcidepoging mee te doen, hoge gebouwen die gelden als zogenaamde suïcide hotspot^{1*});
- media-uitingen over suïcide of suïcide van personen waarmee kwetsbare personen zich identificeren; vooral jongeren en jongvolwassenen zijn gevoelig voor het kopiëren van suïcidaal gedrag.

Beschermende factoren

- maatschappelijke en/of sociale steun, sociale inbedding;
- verantwoordelijkheid voor anderen (kinderen);
- actieve betrokkenheid bij een religieuze of levensbeschouwelijke gemeenschap;
- een goede relatie met een hulpverlener.

De kennis over risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide is afkomstig uit onderzoek

onder grote groepen mensen. Niet bekend is welke combinatie van risico- en beschermende factoren een suïcide(poging) betrouwbaar voorspelt voor individuen. Het samenspel tussen risico- en beschermende factoren verschilt per individu.

Een voorbeeld

Suïcide komt vaker voor bij alleenstaanden dan bij mensen die samenwonen met een partner of een gezin. Dit kan op verschillende manieren worden verklaard.

Iemand die depressief is en samenwoont met een partner of een gezin wordt misschien sneller behandeld voor zijn depressie omdat de ervaren last voor anderen groter is en/of omdat zijn gezinsleden hierop aandringen, dan iemand die depressief is en alleen woont. Een andere verklaring is dat iemand die samenwoont met een partner meer reden tot leven heeft dan een alleenstaande. Daardoor is diegene misschien minder snel geneigd om suïcide te plegen dan de alleenstaande die eenzaam is.

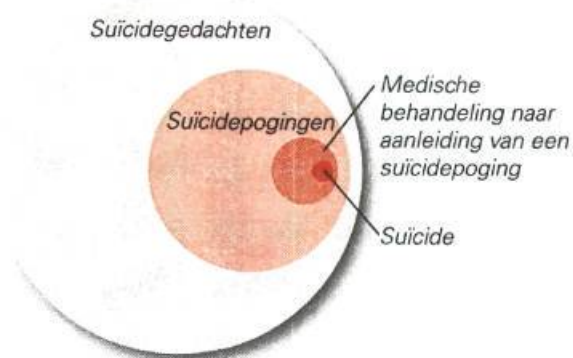
Om het beloop van suïcidaal gedrag bij een individueel persoon in te schatten is systematisch onderzoek nodig naar risico- en beschermende factoren. Dit onderzoek moet worden uitgevoerd door een deskundig persoon. Systematisch onderzoek houdt in dat gekeken wordt hoe bij de suïcidale persoon risico- beschermende factoren elkaar in positieve en/of negatieve zin beïnvloeden. Op basis hiervan wordt bepaald hoe de behandeling er uit moet zien zodat het suïciderisico vermindert.

4. Cijfers over suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag komt vaak voor; van de volwassen Nederlandse bevolking heeft 11% wel eens aan suïcide gedacht en 2.7% van de volwassen bevolking heeft ooit een suïcidepoging gedaan.⁶ Het gemiddelde aantal suïcides in Nederland in de jaren 2000-2012 lag op 1.518 gevallen per jaar.² Doordat veel

^{1*} *Locatie waar relatief vaak suïcide wordt gepleegd; verondersteld wordt dat dit kopieergedrag op deze locatie in de hand werkt.*

mensen niet over hun suïcidegedachten praten en/of geen hulp zoeken blijft suïcidaal gedrag vaak onzichtbaar. Figuur 1 illustreert hoe verschillende vormen van suïcidaal gedrag in Nederland zich in aantal tot elkaar verhouden.



Figuur 1 – De verhouding in aantallen tussen verschillende uitingsvormen van suïcidaal gedrag. Bron: Van Hemert e.a. (2012) en Ten Have e.a. (2006)

Tabel 1 toont absolute cijfers over verschillende vormen van suïcidaal gedrag in Nederland en de provincie Groningen. De cijfers over het aantal personen met suïcidegedachten en het aantal suïcidepogingen zijn gebaseerd op schattingen. Cijfers voor Groningen zijn afgeleid uit cijfers over de totale Nederlandse bevolking.

Uit figuur 1 en tabel 1 blijkt dat suïcidegedachten en –pogingen veel vaker voorkomen dan suïcide. Gedachten aan suïcide leiden dus niet altijd tot een poging, en een suïcidepoging leidt lang niet altijd tot de dood. Per 100.000 inwoners wordt jaarlijks 3.000

keer aan suïcide gedacht, vinden 1.000 suïcidepogingen plaats, worden 100 suïcidepogingen behandeld in het ziekenhuis en overlijden tien personen door suïcide. De cijfers in tabel 1 laten zien dat naar schatting 1 op de 57 suïcidepogingen een dodelijke afloop heeft. Suïcidepogingen door jongeren leiden minder vaak tot overlijden dan suïcidepogingen door ouderen. De verhouding tussen het aantal pogingen en suïcide wordt bij jongeren geschat op 25:1 en bij ouderen 4:1.7

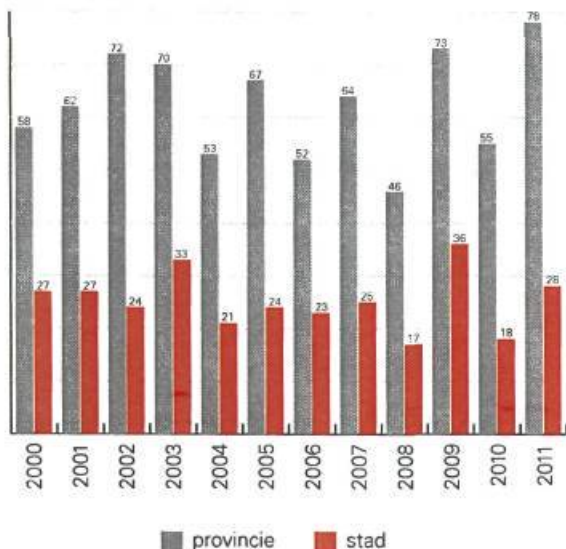
De duur van een suïcidale toestand, de aanleiding tot en de omstandigheden waarin deze optreedt verschillen van persoon tot persoon. Iemand kan jarenlang suïcidegedachten hebben, maar nooit plannen maken en nooit een poging doen. Een ander wordt plotseling suïcidaal en doet in een impulsieve bui een ernstige poging die bij toeval niet tot de dood leidt. De aanleiding hoeft niet altijd een ernstige gebeurtenis te zijn: een kleine ruzie of een ogenschijnlijk geringe tegenslag kan resulteren in een suïcidepoging. Sommige mensen zijn 'klaar met leven', maar vinden door aandacht voor hun situatie toch weer moed om door te leven. Soms is er achteraf geen enkel aanknopingspunt of motief. Doordat suïcidaal gedrag zich op veel verschillende manieren manifesteert is het voorkomen van suïcide ingewikkeld en moeilijk. Reageren op signalen, praten over suïcidegedachten, kennis over risicofactoren en tijdig gerichte hulp inschakelen zijn de enige 'instrumenten' waarvan bekend is dat ze suïcide helpen voorkomen, maar geven niet de garantie dat suïcide altijd voorkomen kan worden.

	Nederland	Groningen	
		Provincie	Stad
personen met suïcidegedachten	410.000	15.900	6.211
suïcidepoging	94.000	3.650	1.426
behandeling op spoedeisende hulp na suïcidepoging	14.000	545	213
opname in ziekenhuis na suïcidepoging	9.200	355	139
suïcide (CBS, 2008)	1.435	64	25

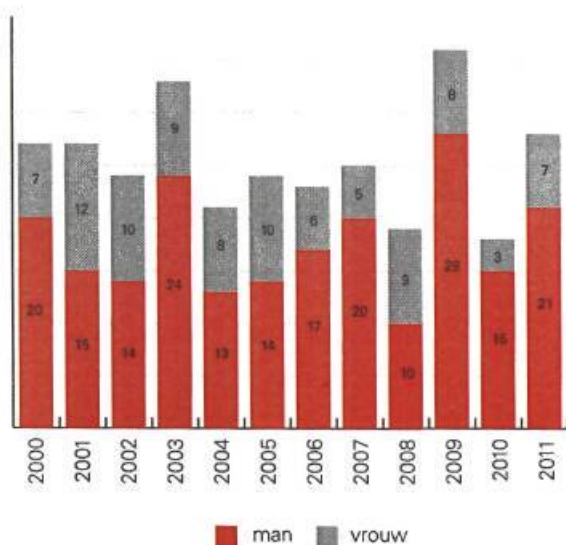
Tabel 1 – Cijfers en schattingen (in n=aantal) over verschillende vormen van suïcidaal gedrag in Groningen (uitgegaan van het absolute aantal suïcides), afgeleid uit cijfers over de Nederlandse bevolking in 2006.⁶

5. Cijfers over suïcide in de provincie en stad Groningen

Vanaf 2000 tot 2012 stierven jaarlijks gemiddeld 63 personen in de provincie Groningen door suïcide, waarvan gemiddeld 25 in de stad.² Figuur 1 toont de aantallen in de jaren 2000-2012. Figuur 2 toont het aantal mannen en vrouwen die in deze periode in de stad Groningen door suïcide overleden.^{2*}



Figuur 2 – Aantal suïcides per jaar in Groningen in 2000 tot 2012

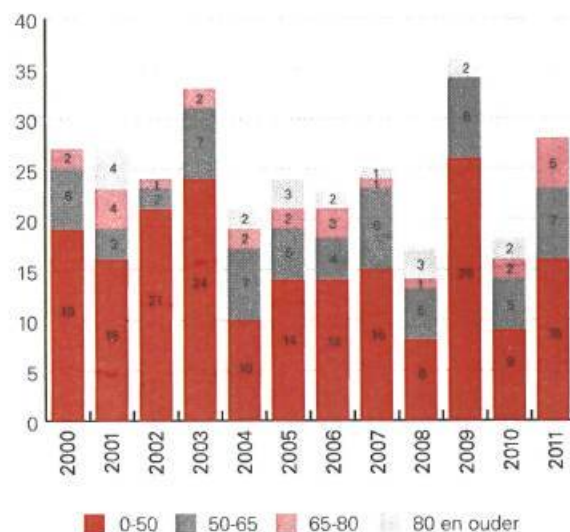


Figuur 3 – Aantal suïcides per jaar in de stad Groningen naar geslacht in 2000 tot 2012

Net als in Nederland en in de provincie Groningen overlijden in de stad Groningen meer mannen dan vrouwen door suïcide.

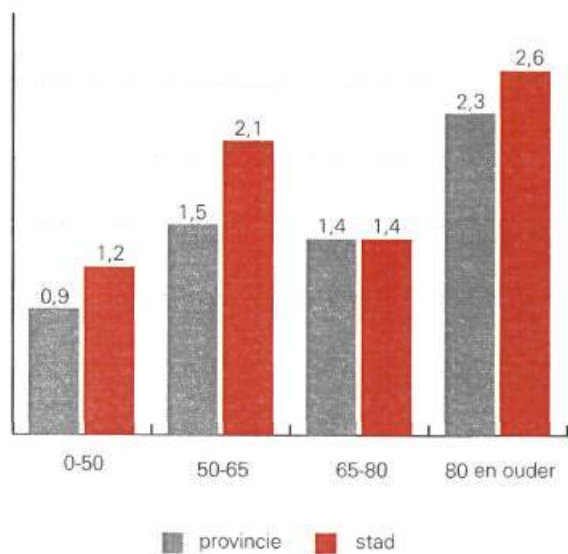
Leeftijd en risico op suïcide

Het grootste deel van de Stadgers die overlijden door suïcide is jonger dan 50 jaar. Dit komt doordat Groningen een stad is met relatief veel jonge inwoners; 73% is jonger dan 50 jaar tegenover 64% in de provincie. Figuur 4 laat zien dat het in de jaren 2000-2012 ging om gemiddeld 16 personen per jaar. Suïcide onder Stadgers jonger dan 20 jaar is zeldzaam en dit geldt ook voor de rest van Nederland. Het aantal ligt landelijk rond de 45 gevallen gemiddeld per jaar. In de stad Groningen gaat het om één of twee gevallen per jaar.²



Figuur 4 – Aantal suïcides in de stad Groningen naar leeftijdsgroep in 2000 tot 2012

^{2*} De cijfers van het CBS wijken iets af van de cijfers van de GGD Groningen doordat in een aantal gevallen die zich in de stad voordeden, de overleden persoon in een andere gemeente in de bevolkingsadministratie stond ingeschreven.



Figuur 5 toont het aantal overledenen door suïcide per 10.000 inwoners van de stad en provincie Groningen, gemeten in de jaren 2000 tot 2012. Uit de figuur valt af te leiden dat naarmate de leeftijd stijgt het suïciderisico toeneemt. Voor alle leeftijdsgroepen is het suïciderisico in de stad hoger dan in de provincie. Een uitzondering hierop is de groep ouderen van 65-80 jaar; het risico in de stad en de provincie is voor deze leeftijdsgroep gelijk, namelijk 1.4 per 10.000 inwoners. Het suïciderisico is het hoogst voor Stadgers van 80 jaar en ouder (2.6 per 10.000 inwoners) gevolgd door Stadgers van 50-65 jaar (2.1 per 10.000 inwoners).²

Figuur 5 – Het aantal suïcides per 10.000 inwoners in Groningen naar leeftijdsgroep in 2000 tot 2012

6. Landelijke en regionale cijfers over risico- en beschermende factoren voor suïcide

In deze paragraaf volgt een overzicht van landelijke en regionale cijfers over risico- en beschermende factoren voor suïcidaal gedrag. Waar mogelijk worden landelijke en regionale cijfers vergeleken.

	Nederland	Groningen	
		Provincie	Stad
Demografische factoren²			
Gehuwd of duurzaam samenwonend (alle leeftijden)	42%	40%	24%
Ongehuwde mannen ouder dan 65 jaar	5%	6%	7%
Gescheiden mannen ouder dan 65 jaar	7%	7%	12%
Verweduwde mannen ouder dan 65 jaar	12%	13%	14%
Geestelijke gezondheid³			
In zorg bij de geestelijke gezondheidszorg	6.2% ³	6.4%	6.9%
Hoog risico op depressie of angststoornis	nb [*]	4%	5%
Overmatig alcoholgebruik ^{3*}	11%	11%	11%
Zware drinker ^{4*}	10%	10%	12%
Contact met de verslavingszorg (aantal per 10.000 inwoners)	5.6	5.6	10
Psychosociale stressfactoren³			
(Zeer) ernstig eenzaam (volwassenen alle leeftijden)	10% ¹⁰	6%	6%
(Zeer) ernstig eenzaam 50-65 jaar	nb	8%	10%
(Zeer) ernstig eenzaam ouder dan 65 jaar	nb	7%	11% ^{5*}
Werkloos (volwassen beroepsbevolking) ²	5%	7%	8%
Meldingen van huiselijk geweld (aantal per 1.000 inwoners)	nb	10.6	12.9
Sociale inbedding			
Betrokken bij een kerkelijke gemeenschap ²	59%	41%	29%

Tabel 3 – Cijfers over risico- en beschermende factoren in Nederland en Groningen

* nb=geen vergelijkingscijfers gevonden

^{3*} vrouwen > 14 alcoholconsumpties per week; mannen > 20 alcoholconsumpties per week

^{4*} minstens een keer per week > 6 alcoholconsumpties per dag

^{5*} Stadgers > 75 jaar

7. Bespreking van cijfers over suïcidaal gedrag in de stad Groningen

Aantallen suïcides en demografische kenmerken van personen overleden door suïcide

De suïciderisico in de stad Groningen is hoger dan elders in Nederland. Uit cijfers van het CBS (2012) blijkt dat het suïciderisico voor mannen in de stad Groningen 71% hoger is dan het risico voor alle Nederlandse mannen.² Voor vrouwelijke Stadgers is het suïciderisico vergelijkbaar met het risico voor alle Nederlandse vrouwen.

In de stad gaat het in meeste gevallen om personen jonger dan 50 jaar. Het suïciderisico is echter het hoogst onder de Stadgers van 80 jaar en ouder, gevolgd door de leeftijdsgroep 50 tot 65 jaar.

Doordat relatief veel jonge mensen in de stad Groningen door suïcide overlijden is het verlies aan levensjaren door suïcide in de stad naar verhouding groter dan in de rest van Nederland. Suïcide van een jong(er) persoon heeft in het algemeen ingrijpender gevolgen voor de nabestaanden dan suïcide van een oudere. De ingrijpende gevolgen gelden in het bijzonder ouders, vooral moeders.¹¹ Suïcide in Groningen brengt dus relatief vaak gezondheidsrisico's met zich mee voor de achterblijvers. Daarnaast is bekend dat jongeren en jongvolwassenen gevoelig zijn voor het kopiëren van suïcidaal gedrag. Dit betekent dat suïcide in Groningen het risico op gekopieerd suïcidaal gedrag (bijvoorbeeld binnen onderwijsinstellingen) relatief hoog is.

Psychische problemen en suïcidaal gedrag

Uit Tabel 3 blijkt dat in de stad Groningen mensen iets vaker gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg dan in de rest van Nederland. Dit kan een aanwijzing zijn dat de psychische gezondheid van de Stadgers iets minder gunstig is. In 2010 had 5% van de volwassenen in de stad klachten die passen bij angst en depressie en dat is hoger dan elders in de provincie Groningen (4%).⁸ Daarnaast worden in Groningen suïcidepogers iets vaker behandeld in het

ziekenhuis dan in de rest van Nederland.⁸ Dit is een aanwijzing dat naast suïcide ook niet-fataal suïcidaal gedrag in Groningen vaker voorkomt.

Het is echter onbekend hoeveel Stadgers daadwerkelijk psychische problemen hebben en hoeveel daarvan wel en geen hulp ontvangen. Ook is uit de cijfers niet direct af te leiden dat het hogere aantal mensen dat na een suïcidepoging worden behandeld in het ziekenhuis komt doordat in Groningen vaker suïcidepogingen worden gedaan. Mogelijk worden suïcidepogers in Groningen vaker sneller voor behandeling verwezen naar het ziekenhuis. Het valt niet uit te sluiten dat de drempel om hulp te zoeken voor psychische problemen en/of suïcidaal gedrag in Groningen lager is dan elders in Nederland. Het iets verhoogde gebruik van geestelijke gezondheidszorg is mogelijk het gevolg van het feit dat zorgvoorzieningen in de stad ruim voorhanden zijn⁴ en/of dat zorginstellingen er goed in slagen mensen met chronische psychische problemen langdurig in zorg te houden.

Verslavingsproblemen

In de stad Groningen maken mensen bijna twee keer zo vaak gebruik van de verslavingszorg dan in de rest van Nederland. Dit kan betekenen dat Stadgers vaker verslavingsproblemen hebben. De grootste groep die hulp ontvangt van de verslavingszorg betreft personen die verslaafd zijn aan harddrugs.⁸ Wellicht speelt ook hier het feit dat mensen met verslavingsproblemen minder vaak terughoudend zijn in het ontvangen van hulp dan in de provincie en elders in Nederland.

Het verhoogde gebruik van geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg) in de stad Groningen hangt ook samen met het gegeven dat Groningen een centrumgemeente is.⁸ De gemeente Groningen heeft als centrumgemeente een ruim aanbod aan voorzieningen waar mensen uit de regio ook een beroep op doen.

De samenhang tussen psychische problemen en andere risico- en beschermende factoren

Psychische stoornissen komen vaker voor bij bevolkingsgroepen die in de stad Groningen relatief vaak zijn vertegenwoordigd: jongvolwassenen, alleenstaanden en werklozen.² Het is aannemelijk dat de verhoogde suïciderisico in Groningen het gevolg is van het feit dat er relatief vaak sprake is van factoren die samenhangen met een verhoogd risico op suïcide, zoals de combinatie van psychische problemen, overmatig alcoholgebruik, verslaving, eenzaamheid en werkloosheid bij het mannelijke deel van de Stadgers. In de stad Groningen zijn mensen minder vaak betrokken bij een kerkelijke gemeenschap; de beschermende werking die van deze betrokkenheid uitgaat is mogelijk mede debet aan het verhoogde suïciderisico.

De cijfers laten zien dat (zeer) ernstige eenzaamheid in de gehele provincie in het algemeen niet vaker voorkomt dan elders in Nederland. Echter, (zeer) ernstige eenzaamheid komt in de leeftijdsgroep 50 tot 65 jaar in de provincie vaker voor (8%) dan gemiddeld in alle leeftijdsgroepen (6%) en geldt nog sterker voor Stadgers van 75 jaar en ouder (11%) (zie Tabel 3). Daarnaast wonen zowel in stad als in de provincie veel alleenstaande, oudere mannen. De cijfers suggereren dat het verhoogde suïciderisico in de stad Groningen dus mede samenhangt met de bevolkingsopbouw; oudere, alleenstaande mannen vormen in het algemeen een groep met een verhoogd suïciderisico. Het is aannemelijk dat eenzaamheid een rol speelt door echtscheiding of overlijden van de partner met als gevolg een afname van sociale inbedding die tot eenzaamheid leidt.

Onder ouderen speelt bovendien vaker het 'klaar zijn met leven' dan bij jongeren, zonder dat sprake is van psychische problemen.¹² Onbekend is echter hoe vaak deze omstandigheid tot suïcide leiden, maar aangenomen mag worden dat dit dikwijls voorkomt aangezien suïcide onder ouderen is afgenomen sinds de euthanasiewet van kracht is.²

Opmerkelijk is dat het verhoogde gebruik van zorg voor psychische problemen, verslavingsproblemen en suïcidepogingen in Groningen niet leidt tot minder suïcide. Relevant is het gegeven dat de provincie Groningen traditioneel een verhoogde suïciderisico kent. Tot de jaren '90 van de vorige eeuw kwam suïcide vaker op het platteland voor dan in de stad.¹³ Halverwege de jaren '90 van de vorige eeuw verschoof de verhoogde suïciderisico in Groningen in de richting de stad.^{6*}

Uit de literatuur is bekend dat suïcidaal gedrag clusterd binnen bepaalde sociale contexten, bijvoorbeeld binnen geografische gebieden, binnen families en op scholen. In hoeverre het kopiëren van 'voorbeeldgedrag' door individuen met een duurzame kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag hieraan bijdraagt is niet uit de cijfers af te leiden, maar is aannemelijk op grond van beschrijvingen in de literatuur en eerder onderzoek naar suïcide in de drie noordelijke provincies.¹¹

^{6*} Bron: GGD Groningen

8 Conclusies

De uitkomsten van dit onderzoek leiden tot de volgende conclusies over suïcide onder inwoners van de stad Groningen.

- Naar verhouding overlijden meer personen in de stad Groningen door suïcide dan elders in Nederland.
- De verhoogde sterfte door suïcide is toe te schrijven aan een verhoogd risico voor mannelijke Stadgers. Voor vrouwen in de stad Groningen is het risico niet verhoogd.
- In de meeste gevallen betreft het personen jonger dan 50 jaar; dit komt doordat in Groningen relatief veel jonge mensen (studenten) wonen.
- Het suïciderisico neemt toe naarmate de leeftijd stijgt; het risico is het hoogst voor Stadgers van 80 jaar en ouder, gevolgd door de leeftijdsgroep 50 tot 65 jaar.
- Suïcide in de stad Groningen brengt vaker gezondheidsrisico's voor de nabestaanden met zich mee doordat er relatief veel jonge(re) mensen door suïcide overlijden.
- In de stad Groningen maken naar verhouding iets meer mensen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg dan in de provincie of elders in Nederland. Het gebruik van verslavingszorg is duidelijk hoger.
- (Zeer) ernstige eenzaamheid manifesteert zich in de stad in dezelfde leeftijdsgroepen waarin de sterfte door suïcide hoog is, namelijk in de leeftijdsgroep 50-65 jaar en 75 jaar en ouder. Er is geen directe relatie gevonden tussen verhoogde eenzaamheid en het verhoogde suïciderisico. Eenzaamheid is een factor die samenhangt met overige risicofactoren voor suïcide waarvan is aangetoond dat het verband met suïcide sterk is.
- De verhoogde suïciderisico in Groningen is voor een deel toe te schrijven aan de bevolkingsopbouw; in Groningen wonen veel oudere, alleenstaande mannen en bij deze groep is het suïciderisico in het algemeen verhoogd.
- Mogelijk is bij deze groep sprake van een clustering van risicofactoren, waaronder eenzaamheid, werkloosheid, psychische problemen en verslavingsproblemen. Het wegvallen of ontbreken van beschermende factoren speelt waarschijnlijk mede een rol.

9 Algemene aanbevelingen voor het voorkomen van suïcide

Effectieve preventie van suïcide bestaat in de eerste plaats uit het signaleren en bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag. Vervolgens is het van belang de negatieve effecten van risicofactoren weg te nemen of te verminderen en positieve effecten van beschermende factoren te versterken en/of te organiseren. Om dit te realiseren is samenwerking tussen de suïcidale persoon, naastbetrokkenen en betrokken (zorg)instanties nodig.

Signaleren van suïcidaal gedrag

Dit is in principe een taak waar alle Stadgers hun steentje aan kunnen bijdragen. In het bijzonder geldt dit voor personen en instanties die met suïcidale personen in aanraking komen, zoals hulpverleners bij instanties voor maatschappelijke- en welzijnzorg. Op het moment dat suïcidaal gedrag wordt gesignaleerd is het belangrijk om zorg in te schakelen en waar mogelijk personen uit het bestaande sociale netwerk te betrekken.

Verbeteren van de relatie tussen zorgverleners en suïcidale personen en hun naastbetrokkenen

Professionele zorgverleners moeten in staat zijn om suïcidaal gedrag te signaleren, te bespreken en systematisch te onderzoeken. Kennis van risico- en beschermende factoren en de wijze waarop deze op elkaar kunnen inwerken waardoor een hoog suïcidarisico ontstaat, is daarbij noodzakelijk. Onderzoek heeft aangetoond dat het trainen van hulpverleners in het bespreken van suïcidedgedachten met hun cliënten helpt om hun zelfvertrouwen op dit gebied te vergroten en de bewustwording ten aanzien van het nut van preventieve maatregelen bevordert. Dit kan tot gevolg hebben dat suïcidale personen sneller worden herkend en (sneller) professionele hulp krijgen.¹⁴ Zorgverleners van verschillende disciplines hebben daarin een verantwoordelijkheid die past bij hun kennisniveau en taakstelling. Zo heeft bijvoorbeeld een medewerker van de thuiszorg een andere verantwoordelijkheid dan een huisarts of een psychiater.

Voor de praktijk van de gezondheidszorg is sinds 2012 een Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag beschikbaar.¹ Dit is een landelijke richtlijn die primair geldt voor artsen, psychologen en verpleegkundigen, maar ook voor hulpverleners van andere disciplines, zoals welzijnswerkers en geestelijk verzorgers. In de richtlijn wordt onder meer aanbevolen een laagdrempelig (na)zorgaanbod voor nabestaanden te organiseren, waarin specifieke aandacht is voor suïcidaal gedrag in deze hoog risicogroep.

Verbetering van de samenwerking tussen betrokken (zorg)instanties: ketenzorg¹⁵

Een laagdrempelig zorgaanbod van 7x24 uur door de geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk om suïcidale personen en eventueel naastbetrokkenen in crisissituaties op te vangen. Transfermomenten van personen met suïcidaal gedrag naar, tussen en binnen zorginstellingen zijn risicovolle momenten voor suïcide. Knelpunten in de huidige organisatie van de zorgpraktijk zijn:

- gebrek aan continuïteit van zorg; door het ontbreken van sluitende afspraken binnen en tussen intra- en extramurale instellingen in de zorgketen krijgen suïcidale personen niet altijd de juiste (na)zorg;
- (onrealistische) verwachtingen over taken en verantwoordelijkheden van ketenpartners.

Een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden en duidelijke afspraken over bereikbaarheid, overdracht en terugkoppeling zijn voorwaarden voor een goede samenwerking in de zorgketen. Het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit¹⁵ biedt een stappenplan om op regionaal niveau tot succesvolle afspraken over ketenzorg te komen. Er moet specifieke aandacht zijn voor formele bekrachtiging van afspraken, implementatie en borging van afspraken, en regelmatige evaluatie. Disciplines die hierin een leidende rol hebben zijn huisartsen, spoedeisende hulp in algemene ziekenhuizen (SEH), acute en consultatieve psychiatrie, en de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

De GGD Groningen heeft in samenwerking met instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een specifieke rol en richt zich op:

- het monitoren en analyseren van suïcidaal gedrag, zoals incidentie, prevalentie, trends;
- het signaleren van voorkeurslocaties en cluster-suicide (meerdere suicides in een kort tijdsbestek);
- het verspreiden van algemene voorlichting over suicide(preventie), ketenzorg, publieke (online) hulp aan suïcidale personen;
- het signaleren van risicovolle uitingen in de media over suicide en ondersteuning bij persvoorlichting;
- het ondersteunen bij het realiseren van nazorg naar aanleiding van suïcidaal gedrag en suicides, bij jongeren worden de sociale netwerken betrokken.

Maatschappelijke zorg en universele preventie van suicide

Niet alleen hulp- of zorgverleners hebben een taak bij het voorkomen van suicide; ook op maatschappelijk terrein kunnen inspanningen worden geleverd door de gemeente. Het Programmaspoor Gezonde Stad en Gezonde Wijk uit het Uitvoeringsprogramma Samen Gezond in Stad¹⁶ biedt hiervoor tal van maatregelen, zoals:

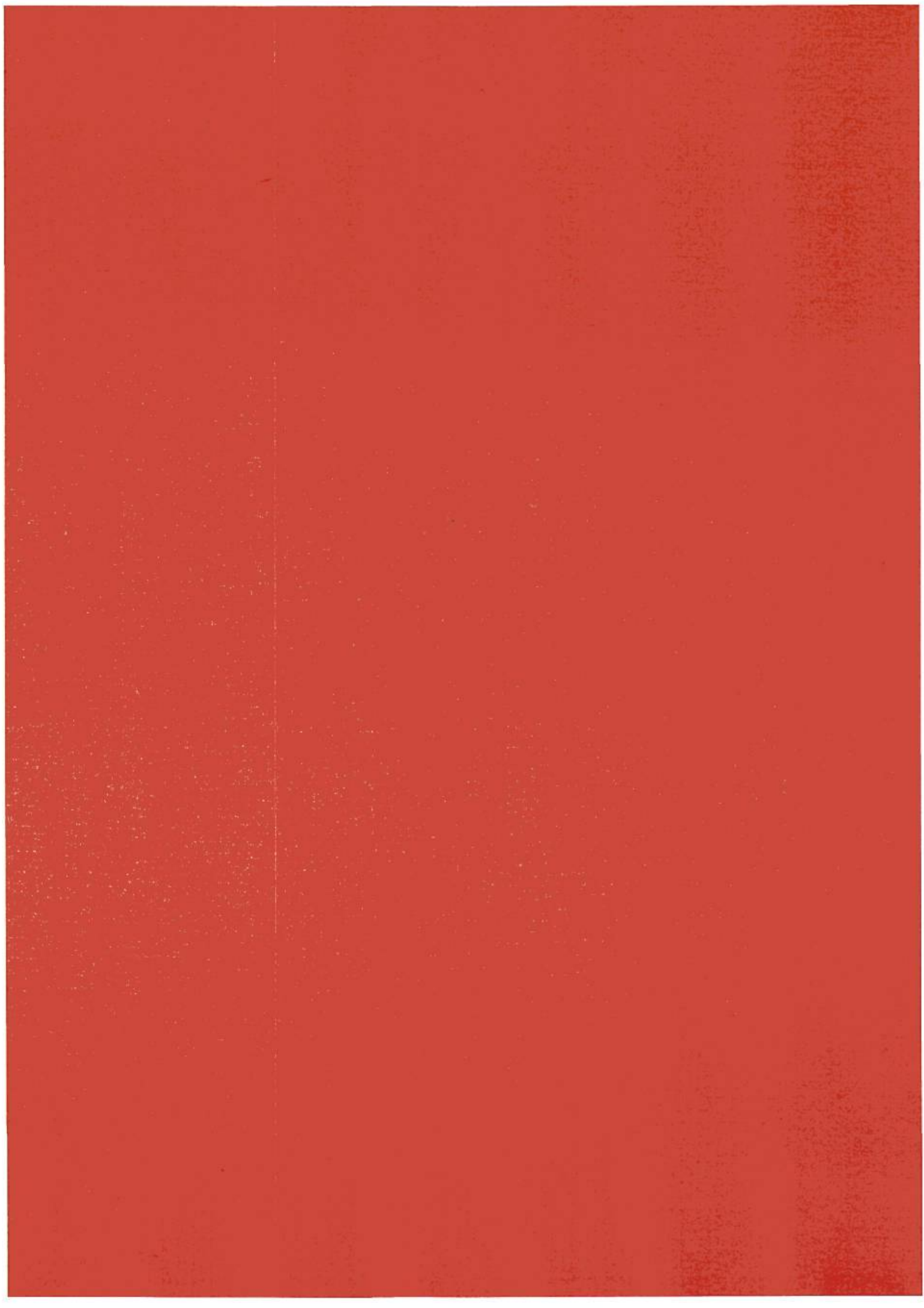
- het betrekken van andere sectoren die bijdragen aan het behalen van gezondheidseffecten zoals participatiebeleid, armoedebelid en de uitwerking van het WMO-meerjarenprogramma;
- het bevorderen van de (geestelijke) gezondheid;
- het vormen van coalities met kennisinstellingen, zoals 'Healthy Aging'. Dit kan licht werpen op specifieke risicofactoren voor suicide, in het bijzonder voor oudere mannen in de stad Groningen;
- het uitwisselen van kennis en expertise tussen (zorg)organisaties;
- het realiseren van collectieve preventie in samenspraak met zorgverzekeraar Menzis;
- het continueren en uitbreiden van het project 'Nait Soezen';
- het integreren van het nieuwe preventieve aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in de bestaande wijkstructuren;
- het maken van samenwerkingsafspraken over de aansluiting tussen het door de gemeente gefinancierde zorg- en welzijnsaanbod en de huisartsen.

Reference List

1. Van Hemert A, Kerkhof A, de Keijser J, Verwey B. *Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl>
3. Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61910-2. [Epub ahead of print].
4. Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid gemeente Groningen 2012-2015. *Samen Gezond in Stad*. Gemeente Groningen, 2012 .
5. Hawton K, van Heeringen K (2009). Suicide. *Lancet*;393:1372-1381.
6. Ten Have M, De Graaf R, Van Dorsselaer S, Verdurmen J, Van 't Land H, Vollebergh W. *Suïcidaliteit in de algemene bevolking. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2006.
7. Draper B. (1996). Attempted suicide in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*;11:577-587.
8. Broer J, Kuiper J, Spijker E. *Gezondheidsprofiel Groningen 2010*. Groningen: GGD Groningen, 2010.
9. De Graaf R, Ten Have M, van Dorsselaer S. *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
10. Van Tilburg T, De Jong Gierveld J. *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak the Netherlands*. Assen: Van Gorcum Uitgeverij, 2007.
11. De Groot, M. *Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses*. Universiteit Groningen, 2008.
12. Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. (2010) Ervaringen van huisartsen met ouderen die 'klaar-met-leven' zijn. *Huisarts en Wetenschap*; 48:215-219.
13. Kruijt CS. *Zelfmoord. Statistisch-sociologische verkenningen*. Assen: Van Gorcum & Co, 1960.
14. Isaac M, Elias B, Katz L, Belik S, Deane F, Enns M e.a. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*;54:260-268.
15. Hermans M, Van Wetten H, Sinnema H. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
16. Gemeente Groningen. *Uitvoeringsprogramma Samen Gezond in Stad 2012-2015*. Groningen: Gemeente Groningen, 2012.

Colofon

Uitgave: Gemeente Groningen, met medewerking van Bureau De Groot en GGD Groningen



GROENLINKS

MOTIE EENZAAMHEID & ZELFDODING

De gemeenteraad van Groningen, bijeen in vergadering van 22 februari 2012, besprekende de kadernota 'Samen gezond in stad',

constaterende dat

- eenzame mensen minder gezondheidsbevorderend gedrag vertonen
- eenzaamheid tot een depressie kan leiden en diverse onderzoeken verbanden aantonen tussen eenzaamheid en suïcide¹

overwegende dat

- dat het aantal mensen in Groningen dat kampt met gevoelens van ernstige eenzaamheid onder licht is gedaald
- in 2010 1600 inwoners van Nederland een einde aan hun leven hebben gemaakt waarmee het aantal zelfdodingen voor het derde achtereenvolgende jaar steeg
- dat inwoners van Groningen veel vaker overlijden door zelfdoding dan de rest van Nederland

verzoekt het college onderzoek te laten doen naar de oorzaken en gevolgen van ernstige eenzaamheid en zelfdoding onder inwoners van Groningen en de uitkomsten daarvan aan de raad voor te leggen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Ingediend door:

Kris van der Veen
GroenLinks

¹ Savelkoul M (RIVM), Tilburg TG van (VU). *Eenzaamheid samengevat*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 7 september 2010.