

REACTIE OP

'Risicofactoren en beschermende factoren inzake suïcide in Nederland en Vlaanderen'

Met veel belangstelling heb ik het artikel van Reynders en collega's gelezen (2016). Het is een studie waarbij de auteurs onderzoek hebben gedaan, in Nederland en Vlaanderen, met een gestructureerde postenquête. Er was een respons van 40,7% voor Vlaanderen en 27,1% voor Nederland.

De auteurs vroegen naar psychisch welbevinden, suïciditeit in het verleden, verkregen hulpverlening en intenties daartoe voor psychische problemen, kennis van het zorgaanbod, tevredenheid over de verkregen zorg en attitudes tegenover suïcide. In de studie werd gezocht naar een aantal verschillen tussen beide landen en daarbij werd een oorzaak gesuggereerd voor het hogere aantal suïcides in Vlaanderen in vergelijking met Nederland.

Auteurs stellen dat er sprake is van 82% meer suïcides in Vlaanderen over de periode 2005-2010. Graag wil ik opmerken dat in de periode 2005-2007 het suïcidecijfer in Nederland relatief laag was en daarna fors is gestegen. Naast Griekenland heeft Nederland zelfs de grootste stijging van suïcides in Europa gekend binnen een overlap van deze periode en erna (Fountoulakis e.a. 2014).

De laatste suïcidecijfers die ik voor Vlaanderen kan vinden, komen uit 2013. Er was toen sprake van, afgerond, 17 suïcides op 100.000 mensen, terwijl dat voor Nederland op 11 suïcides lag. In Vlaanderen was er een lichte daling, terwijl er in Nederland nog steeds een stijging te zien was (Agentschap voor Zorg en Gezondheid, Centraal Bureau voor Statistiek via www.cbs.nl). Het aantal suïcides is in Vlaanderen dus nog steeds veel meer, maar 55% is beduidend lager dan 82%.

Interessant is om te bedenken waardoor dit cijfer meer naar elkaar is gegroeid?

In het artikel komt naar voren dat er diverse verschillen zijn in psychiatrische hulpverlening tussen beide landen waarbij Nederland er beter vanaf komt. Daarbij is een belangrijke vraag in welke periode de postenquête is verricht: het maakt immers nogal uit gezien de veranderde suïcidecijfers en de veranderingen in de Nederlandse ggz, waar na 2010 door diverse bezuinigingen zijn doorgevoerd.

De organisatie van de gezondheidszorg is immers in Nederland ingrijpend veranderd, zoals bijvoorbeeld de eigen bijdrage die na 2010 is ingevoerd, veranderde toegankelijkheid van de gespecialiseerde ggz en de beddenafbouw, en er is na 2010 dan ook een afname van mensen die in behandeling zijn in de Nederlandse ggz (Ngo & Brink 2014).

LITERATUUR

- Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, e.a. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry* 2014; 205: 486-96.
- Ngo D, Brink M. Sectorrapport ggz 2012 feiten en cijfers over een sector in beweging, GGZ Nederland 2014. <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Sectorrapport%202012-web.pdf>.
- Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Risicofactoren en beschermende factoren inzake suïcide in Nederland en Vlaanderen. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 105-13.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Evolutie van sterfte door zelfdoding. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-opgehaald-16/02/2016>.

AUTEUR

REMCO DE WINTER, psychiater en regio-opleider Volwassenenpsychiatrie, Parnassia Groep; senior onderzoeker, VU Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. R.F.P. de Winter, Parnassia Academie, Parnassia Groep, Kivistraat 42, 2552 DH Den Haag.
E-mail: r.dewinter@parnassia.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on 'Risk factors and protective factors relating to suicide in the Netherlands and Flanders'

Reynders e.a. suggereren vijf causale relaties die het hogere suïcidecijfer in Vlaanderen kunnen verklaren. Vier daarvan betreffen aspecten rondom de zorg waarbij Nederland er beter vanaf komt en uiteraard is het van essentieel belang om de periode van het onderzoek te weten om de resultaten op waarde te kunnen schatten. Gezien de veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg met daarbij het naar elkaar groeien van het suïcidecijfer, was er plaats geweest voor meer discussie rondom het belang van goede beschikbare psychische hulpverlening. Verschraling van de zorg zou immers, gezien de discussie



ARTIKEL



in dit artikel, invloed kunnen hebben op de groei van het aantal suicides in Nederland. Zonder daarbij uiteraard van een werkelijke causaliteit te kunnen spreken: als we dat konden aantonen, dan waren we een stuk verder op het gebied van suïcidepreventie.

ANTWOORD AAN

De Winter

Wij danken collega De Winter voor zijn interesse in ons artikel, waarin wij erop wezen dat het suïcidecijfer over de periode 2005-2010 in Vlaanderen gemiddeld 82% hoger is dan in Nederland. Onze studie toont verder aan dat Nederlanders vaker hulp hebben ontvangen voor psychische problemen, vaker de intentie hebben om psychologische hulp te zoeken, vaker tevreden zijn over de verkregen hulp en een betere kennis hebben van het zorgaanbod in vergelijking met Vlamingen. Zonder te wijzen op een causaal verband, argumenteren wij dat deze beschermende factoren mogelijk geassocieerd zijn met het verschil in suïcidecijfers.

In de discussie bouwen we voort op deze argumentatie door de verschillen in de organisatie van zorg te bespreken. We wijzen hierbij onder meer op de multidisciplinaire benadering van de eerstelijnszorg, de erkenning en terugbetaling van psychotherapie en de poortwachterfunctie van de huisarts, die kenmerkend zijn voor de Nederlandse situatie en die door wij eveneens als beschermende factoren voor suïcide omschrijven.

Terecht stelt De Winter vast dat er een convergentie van de Vlaamse en de Nederlandse suïcidecijfers plaatsvindt. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan de gestage toename van de Nederlandse suïcidecijfers sinds 2007. Zijn eerste vraag hierbij betreft het moment van de dataverzameling. Onze dataverzameling werd in Nederland eind 2010 afgerond en in Vlaanderen was dit eind 2009. Vandaar ook de vergelijking met de suïcidecijfers over de periode 2005 tot en met 2010. Op het moment van de dataverzameling waren de Nederlandse suïcidecijfers reeds twee jaar aan het stijgen, maar was de 'verschraling van de zorg' na 2010, waar De Winter naar verwijst, nog niet begonnen. Desalniettemin blijft de vraag of er een verband is tussen de verschraling van de zorg en toenemende suïcidecijfers uitermate relevant.

De Nederlandse overheid heeft niet gekozen voor een specifiek suïcidepreventiebeleid zoals Vlaanderen, maar eerder voor een sterk geestelijke gezondheidsbeleid. Wanneer men bezuinigt op de geestelijke gezondheidszorg en men neemt aan dat deze zorg een beschermende factor is voor suïcide, dan zou men op louter theoretische basis veronderstellen dat deze tendens geen positieve invloed kan

LITERATUUR

- Reynders A. Understanding differences between regional suicide rates [proefschrift]. Leuven: KU Leuven; 2015.
- Reynders A, Kerkhof A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 231-9.
- Reynders A, Kerkhof A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Stigma, attitudes and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suicide Life Threat Behav* 2015; 46: 67-78.

AUTEURS

ALEXANDRE REYNDERS, docent en senior onderzoeksmedewerker, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen - Odisee Hogeschool, Brussel.

AD KERKHOF, hoogleraar Faculteit Klinische Psychologie en Pedagogie, VU Amsterdam, EMGO+ Institute, Amsterdam.

GEERT MOLENBERGHS, buitengewoon hoogleraar Faculteit Geneeskunde, KU Leuven en Faculteit Wetenschappen, UHasselt, coördinator I-BioStat, KU Leuven.

CHANTAL VAN AUDENHOVE, buitengewoon hoogleraar Faculteit Geneeskunde, KU Leuven, directeur LUCAS Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Alexandre Reynders, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, H. Hamoirlaan 136, 1030 Schaarbeek, België.
E-mail: alexandre.reynders@odisee.be

hebben op de incidentie van suïcide. In Vlaanderen kent men daarentegen een uitgebreid en onderbouwd Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Gelijktijdig zet men in België in op de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg met nadruk op de vermaatschappelijking van de zorg, een verbeterde eerstelijnszorg (bijv. eerstelijns psychologische interventies) en erkenning van de psychotherapeut. We willen hierbij duidelijk stellen dat de organisatie van de zorg slechts een gedeeltelijke verklaring biedt voor de verschillen tussen regionale suïcidecijfers of trends in suïcidecijfers. Andere determinanten spelen hierin eveneens een rol, zoals socio-economische factoren (bijv. de kredietcrisis van 2007-2009), de kwaliteit van de doodsoorzakenstatistieken, culturele factoren, etc. (Reynders 2015). Zo wees onderzoek op dezelfde data uit dat Nederlanders minder vaak schaamte en zelfstigmatisering ervaren en vaker positieve attitudes hebben in relatie tot psychologische hulp zoeken in vergelijking met Vlamingen. Deze factoren zijn sterk geassocieerd met de intentie om hulp te zoeken voor psychische problemen (Reynders 2014).

Een andere analyse vond een positieve associatie tussen regionale niveaus van zelfstigmatisering, schaamte om hulp te zoeken en zwakkere intenties om informele hulp te zoeken enerzijds en regionale suïcidecijfers anderzijds (Reynders 2015).

Een boeiende vraag is hoe de interactie verloopt tussen de organisatie van de zorg en deze attitudinale factoren en hoe dit gelieerd is aan het voorkomen van suïcide. Om deze vraag te beantwoorden is longitudinaal onderzoek vereist.