Suïcidaliteit

Arianne Beckers-Bruls

Remco de Winter

result.indd 1 2025-07-09 15:36:31

Colofon

Missie	AccreDidact streeft ernaar kennis en inzicht bij medische beroepsbeoefenaren te verhogen en de ontwikkeling van het professioneel handelen te bevorderen door middel van onafhankelijke, geaccrediteerde nascholing.
Verschijningsfrequentie	De AccreDidact-programma's voor doktersassistenten verschijnen viermaal per jaar.
Accreditatie	Dit programma is door KABIZ geaccrediteerd voor 3 punten onder nummer ID XXXXXX. In je persoonlijke nascholingsdossier is terug te vinden tot welke datum dit programma geaccrediteerd is.
Redactie	Floris van de Laar, hoofdredacteur Alice Haaitsma Arjan Hoekstra Louise Kierkels Marc de Leeuw Hanneke Rijkels-Otters Wil Toenders Karin van der Velde-Wismans Harold Wenning
Auteurs	Arianne Beckers-Bruls Dr. Remco F.P. de Winter
Didactische adviesraad	Dr. A.N. Goudswaard Dr. F. A. van de Laar Drs. C.J. in 't Veld
Productmanager	Karin Sok
Productcoördinator	Peter Knudsen

© 2025 AccreDidact, Utrecht
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Algemene voorwaarden	Leveringen en diensten geschieden volgens de Algemene Voorwaarden van AccreDidact, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht op 12 mei 2014 onder nummer 30232746. Een exemplaar van deze voorwaarden zal op verzoek worden toegezonden. De voorwaarden zijn te raadplegen via www.accredidact.nl.
Disclaimer	(Para)medische en farmaceutische kennis is voortdurend aan verandering onderhevig. Wanneer nieuwe informatie beschikbaar komt, zijn veranderingen in behandeling, procedures, materialen en (genees-)middelen nodig. Redactie, auteurs en uitgever hebben er zo veel mogelijk voor gezorgd dat de informatie in dit nascholingsprogramma correct is. De lezer wordt echter sterk aangeraden te controleren of de informatie voldoet aan de meest recente wetgeving en behandelingsrichtlijnen.

result.indd 2 2025-07-09 15:36:31

Inhoudsopgave

Inleiding 4

BLOK A Suïcidaliteit en suïcide

A1 Algemene kenmerken 9
A2 Beoordeling en diagnostiek 18

BLOK B Behandeling en nazorg

B1 Differentiatie van suïcidaliteit 27
B2 Begeleiding van suïcidaliteit 30
B3 Nazorg en evaluatie na suïcide 33

Actie en verantwoording

Nadere bespreking van vragen en casuïstiek 36
Literatuur 39
Overleg met collega's en de huisarts(en) 40
Opdrachtblad 'Opnemen in het takenpakket' 41
Begrippenlijst 42
Toets voor Doktersassistenten 2025/2 44

result.indd 3 2025-07-09 15:36:31

Inleiding

Een huisartsenpraktijk krijgt met enige regelmaat met suïcidaliteit te maken. Dit is een symptoom dat zich uitstrekt over diverse psychiatrische aandoeningen. In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), het diagnosehandboek van de psychiatrie, staat suïcidaliteit alleen beschreven bij een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een depressieve stoornis. Het kan echter ook voorkomen zonder dat er sprake is van een 'harde' psychiatrische aandoening.

Suïcide is een eindpunt van suïcidaliteit dat we niet goed kunnen voorspellen. Het handelen van hulpverleners is in het algemeen gericht op het verminderen van risico's en is vaak gebaseerd op gezond verstand. Een suïcide is een zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag.

Wekelijks is er sprake van een herkende of niet-herkende patiënt met suïcidaliteit en er is een paar keer per jaar sprake van een patiënt die een suïcidepoging doet.

Een suïcide heeft grote impact op nabestaanden en hulpverleners. Het is na een suïcide vaak moeilijk te bepalen hoe er moet worden gehandeld, omdat zowel de nabestaanden als de behandelaar, of het behandelteam met tegenstrijdige gevoelens worden geconfronteerd. Na een suïcide kan de rouw bij een behandelaar samengaan met het incasseren van zowel de rouw als de woede van nabestaanden. Ook voor het personeel van de huisartsenpraktijk is het vaak ingewikkeld. Huisartsen kunnen zich machteloos en handelingsverlegen voelen. Ze maakten zich grote zorgen om een patiënt, maar het lukte niet goed de patiënt te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ. Soms omdat de GGZ geen goede ingang gaf of weerstand bood, maar het kan ook zijn dat de patiënt iedere vorm van hulpverlening afhield en er geen goede ingang leek te zijn voor een andersoortige beoordeling. Dit gevoel kan uiteraard ook impact hebben op de doktersassistent.

In 2012 is de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* verschenen en in 2018 is de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* gepubliceerd. Verder is de NHG-Standaard *Depressie* een goed te gebruiken tool. Het zijn gedetailleerde documenten bestemd voor iedere hulpverlener die te maken kan krijgen met suïcidaliteit. In eerdere richtlijnen werd over suïcidaal gedrag gesproken en dit is, om meer aan te sluiten bij internationaal gebruikte termen, aangepast naar suïcidaliteit. In deze nascholing wordt veelvuldig naar deze richtlijnen verwezen en er wordt uit geciteerd.

Deze nascholing beoogt een (beknopte) vertaling voor de huisartsenpraktijk te maken gericht op de doktersassistent. Iedere huisarts krijgt te maken met risico's bij suïcidaliteit. En dit begint al bij de triage door de doktersassistent. Er is echter weinig hard wetenschappelijk bewijs beschikbaar en daardoor zijn (klinische) ervaring, kennis en ontwikkelde intuïtie van extra belang. Het pluis/niet-pluisgevoel is een belangrijke graadmeter. Verder is een goede communicatie met de patiënt en zijn naasten van belang. (Ervaren) doktersassistenten kennen patiënten en hun familie vaak goed. Bij een niet-pluisgevoel van de doktersassistent wordt er dan ook

result.indd 4 2025-07-09 15:36:31

geadviseerd te overleggen met de aanwezige huisarts. Beoordeling van suïcidaliteit is uiteindelijk geen harde wetenschap.

Deze nascholing voor de doktersassistent bespreekt de algemene principes van suïcidaliteit. Ook de beoordeling van suïcidaliteit wordt besproken. Verder wordt ingegaan op verschillende vormen van suïcidaliteit en het handelen rondom het vóórkomen ervan. Acute en chronische (persisterende) suïcidaliteit komen kort aan bod en er wordt gekeken naar enkele mogelijkheden voor begeleiding dan wel communicatie rondom suïcidaliteit. Er wordt kort aandacht geschonken aan suïcidaliteit voor de triagist op de huisartsenpost (HAP). Ten slotte wordt ingegaan op de handelwijze na een suïcide en de omgang met nabestaanden.

Waarom: gemiddeld vijf personen plegen per dag suïcide en het is doodsoorzaak nummer 1 in de leeftijd tussen de 10 en 30 jaar!

Doelstellingen van dit nascholingsprogramma

Na afronding van dit nascholingsprogramma:

- heb je meer kennis over en inzicht in suïcidaliteit en suïcide;
- weet je globaal welke richtlijnen in Nederland beschikbaar zijn en weet je ze te vinden;
- kun je bij een patiënt met suïcidaliteit een globale beoordeling maken;
- heb je kennis van en een visie op de verschillende vormen van suïcidaal gedrag;
- weet je beter hoe te handelen na een suïcide.

Opmerking

Dit nascholingsprogramma is in twee gedeelten, BLOK A en BLOK B, door te werken. Je zult daar tweemaal ongeveer anderhalf uur voor nodig hebben. Mogelijk onthoud je de stof beter als je het programma in twee gedeelten doorwerkt.

Afsluitende toets

Deze nascholing is voor 3 punten geaccrediteerd. Je krijgt de punten toegekend als je de afsluitende toets succesvol (minimaal negen van de veertien vragen goed) hebt afgerond. De toets kun je online maken in het besloten gedeelte van de website www.accredidact.nl.

Houd de tijd bij

Voor de eindredactie van AccreDidact en voor de accrediterende instantie, de Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de zorg (KABIZ), is het nuttig te weten hoelang je met dit programma bezig bent. Wij vragen je bij te houden hoeveel tijd je nodig hebt om het programma te lezen, de opdrachten uit te voeren, de vragen te beantwoorden en de toets te maken. Vul de totaal bestede tijd in bij de betreffende vraag in de online toets.

Begrippenlijst

Voor het gemak is er een begrippenlijst opgenomen met termen uit deze nascholing die je misschien niet kent. Deze kun je achter in deze nascholing vinden.

result.indd 5 2025-07-09 15:36:31

Over de auteurs

Arianne Beckers-Bruls is sinds 2013 werkzaam als arts bij het Ministerie van Defensie. Sinds 2020 is zij majoor-huisarts. Zij heeft ruime ervaring met militairen met (ernstige) psychische problemen en ziet regelmatig mensen met psychische stoornissen in de praktijk. Sinds september 2023 volgt zij de kaderopleiding GGZ aan het UMCG, die zij in juni 2025 hoopt af te ronden.

De auteur heeft geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangt geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en heeft geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.

Dr. Remco F.P. de Winter is psychiater en regio-geneesheer-directeur bij GGZ Rivierduinen. Hij is lid van de werkgroep voor de nieuwe richtlijn *Suïcidaliteit* en is bestuurslid bij SUPRANET. Zijn persoonlijke website is suicidaliteit.nl. De Winter heeft een evidente behandeling voor suïcidaliteit (CAMS) in Nederland geïntroduceerd en divers onderzoek verricht op het gebied van suïcidaliteit gerelateerd aan de GGZ. Verder heeft hij een subtype model ontwikkeld voor suïcidaliteit. Hij is als senior onderzoeker en docent verbonden aan de Universiteit van Maastricht en leider van de onderzoekslijn suïcidepreventie in de GGZ.

Belangenconflicten: auteur kreeg betaald voor een presentatie zonder productbenoeming op congres in Brussel, december 2022, georganiseerd door Janssen-Cilag, en is onbezoldigd bestuurslid van SUPRANET.

result.indd 6 2025-07-09 15:36:31

{A



Suïcidaliteit en suïcide

A1 Algemene kenmerken

Opdracht
Test de kennis die je nu hebt. Beantwoord de volgende vragen voordat je verder gaat.

Vragen

1 Sterven mannen vaker door suïcide dan vrouwen?

2 Welke provincie wordt het vaakst getroffen door suïcide?

Dit nascholingsprogramma is bedoeld voor doktersassistenten die te maken (kunnen) krijgen met suïcidaliteit. De multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* uit 2012, de *NHG-Standaard Depressie* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* uit 2018 zijn belangrijke naslagwerken, die voor een groot gedeelte ook de basis vormen voor deze nascholing. De beoordeling van suïcidaliteit berust op een combinatie van kennis van risicofactoren en de aspecten van suïcidaliteit. Daarnaast zijn er de klinische ervaring en intuïtie nodig. Intuïtie wordt altijd weer beïnvloed door de eerdergenoemde zaken.

Definities
Er zijn verschillende definities van suïcidaliteit. In de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* en de generieke module *Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit* wordt suïcidaliteit gedefinieerd als: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen

result.indd 9 2025-07-09 15:36:33

en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden, met inbegrip van zowel handelingen als gedachten. Daar horen dus ook vluchtige suïcidale gedachten bij, terwijl mensen gewoon even rust willen. Uiteraard zit er ook een gradering in suïcidaliteit met daarin een verschil in risico's.

Het kunnen dus gedachten zijn, werkelijke gedachten en plannen rondom een (voorgenomen) poging, een poging of zelfs suïcide. In deze definitie wordt ook zelfbeschadigend gedrag opgenomen. Tabel 1 geeft een onderverdeling van suïcidaliteit met een toelichting van de begrippen.

Tabel 1 **Onderverdeling suïcidaliteit met een toelichting**

begrip	toelichting
levensbeëindiging	Levensbeëindiging is het vrijwillig en weloverwogen kiezen voor de dood vanwege ondraaglijk lijden in een uitzichtloze situatie met de intentie het lijden te bekorten.
zelfbeschadiging	Zelfbeschadiging is het bewust en onbewust toebrengen van lichamelijk letsel als een strategie om stress te reguleren zonder de intentie het leven te willen beëindigen.
suïcidaliteit	Een overkoepelende term waaronder alle gedachten en gedragingen vallen die te maken hebben met het beëindigen van het eigen leven. In deze richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen suïcide, suïcidepogingen en suicide-ideatie. Dit zijn de drie meest gebruikte uitkomstmaten in effectonderzoek.
persisterende suïcidaliteit	In deze richtlijn spreken we van persisterende suïcidaliteit wanneer suïcidaliteit aanhoudt ondanks behandeling, eventueel in de tijd variërend in ernst. Specifieker: - als de suïcidaliteit meer dan twee jaar aanhoudt; en - gedurende die tijd meer wel dan niet aanwezig is op een klinisch relevant niveau (dus in substantiële mate interfereert met het functioneren en/of welbevinden van de patiënt).
suïcide	Een daad waarbij de overledene zichzelf opzettelijk van het leven heeft beroofd.
suïcidepoging	Een handeling met niet-fatale afloop waarbij een individu opzettelijk, weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere hoeveelheid dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde verandering(en) te bewerkstelligen.
suïcidale ideatie	Betreft alle gedachten waarbij men suïcide overweegt. Het gaat over algemene gedachten, suïcidewensen en concrete suïcideplannen. Het gaat dus over het denkproces dat bij suïcidaliteit plaatsvindt.

result.indd 10 2025-07-09 15:36:33

De achterliggende reden voor suïcidaliteit is vaak meervoudig en kan ook veranderen, waarbij de wens om te sterven, of juist te willen leven, snel kan wisselen en ambivalent naast elkaar kan bestaan.
Suïcidaliteit kan onder andere een uiting zijn van wanhoop. Een uitgesproken wens om te sterven. Een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen. Een intrusie met opdringende beelden. De wens om uit een ondraaglijke situatie te ontsnappen. De angst de controle te verliezen of een communicatiemiddel naar een ander mens. Suïcidaliteit kan impulsief en zonder duidelijke voorafgaande overwegingen optreden.

Elke vorm van suïcidaliteit is, hoe ambivalent ook, geassocieerd met een verhoogd risico op suïcide. Iedere vorm van suïcidaliteit kan riskant zijn, want de gevolgen van een daad zijn voor een persoon vaak niet goed te overzien. Suïcidaliteit moet altijd serieus worden genomen. Zo kan het innemen van 20 stuks paracetamol door een individu zelf als ongevaarlijk worden gezien, terwijl het in de praktijk tot ernstige somatische complicaties kan leiden vanwege leverschade.
Bij ieder individu wordt suïcidaliteit veroorzaakt door een wisselende combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren.

Biologische factoren kunnen genetische aspecten zijn. Zo is er gevonden dat eeneiige tweelingen vaker samen suïcidaliteit vertonen dan twee-eiige tweelingen als een van beiden suïcidaal is. Er zijn relaties gevonden met bepaalde ontregelingen in het stresssysteem, bijvoorbeeld een samenhang tussen suïcidaliteit en een verhoogd cortisol.
Een voorbeeld van een psychologische factor is een misbruikverleden, dat een verhoogd risico geeft op suïcide.
Sociale factoren, zoals een plotseling faillissement, of sociale factoren gelegen in de cultuur, spelen eveneens een belangrijke rol.

Statistisch hangen suïcidaliteit en suïcide samen met een groot aantal risico- en beschermende factoren (tabel 2). Suïcide is een verschijnsel waarbij talloze risicofactoren, beschermende, drempelverhogende en drempelverlagende factoren, invloed hebben op elkaar. Het staat echter niet vast welke factoren er precies samengaan, elkaar versterken of juist afzwakken, en hoe het suïcidale proces uiteindelijk wordt beïnvloed.

Er zijn helaas geen instrumenten die het optreden van een suïcide met enige betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Vaak is er wel sprake is van zogenaamde *entrapment*. Dit wil zeggen, dat het individu het gevoel heeft dat er geen zicht meer is op een uitweg uit een onoverkomelijke, kwellende situatie.

result.indd 11 2025-07-09 15:36:33

Tabel 2 **Belangrijke stress-, kwetsbaarheids- en beschermende factoren bij suïcidaliteit en de associatie met suïcide (niet compleet)**

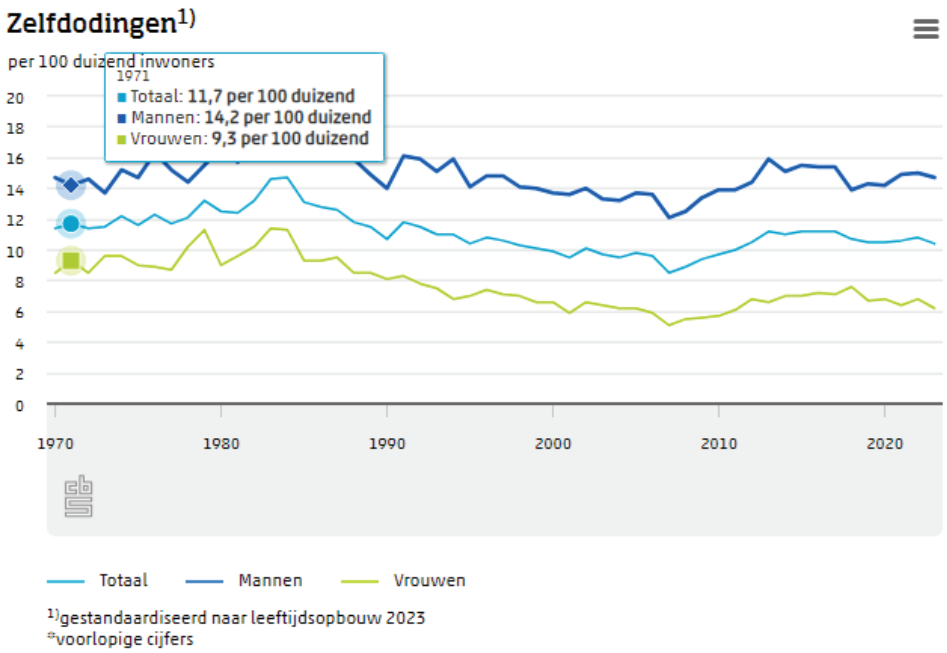
algemeen	
• voorafgaande suïcidepogingen • suïcidepoging en letaliteit van de poging • suïcidegedachten, intentie, plannen	• zelfdestructief gedrag • onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)
demografische kenmerken	
• leeftijd (ouder) • geslacht (man) • beroep	• woonplaats • etniciteit
psychiatrische aandoeningen	
• stemmingsstoornis (bipolair) • schizofrenie of psychotische stoornis • eetstoornis • persoonlijkheidsstoornis • verslaving	• intoxicatie (alcohol en/of drugs) • angststoornis • slaapstoornis (bij ouderen) • voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
somatische ziekten	
• centraal zenuwstelsel • erfelijke somatische aandoeningen	• maligniteiten • pijn
psychologische factoren	
• machteloosheid en wanhoop • negatief denken • denken een last te zijn voor anderen • angst • agitatie en/of agressie	• impulsiviteit • verlieservaringen • ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
psychosociale factoren	
• werkloosheid • detentie • schulden	• alleenstaand • overig
genetica en biologie	
• suïcide in de familie	
additionele factoren	
• beschikbaarheid van middelen	

result.indd 12 2025-07-09 15:36:33

beschermende factoren

- goede sociale steun
- verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen, partner, huisdieren
- actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- goede therapeutische relatie

Cijfers



Figuur 1 **Aantal suïcides per 100.000 inwoners in Nederland**
Bron: CBS

Het aantal zelfdodingen onder jongeren tot 30 jaar is de afgelopen jaren licht toegenomen. De Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS) constateerde in 2021 onder jongeren al een toename van 15% ten opzichte van voorgaande jaren. Nadere bestudering van de cijfers liet zien dat het vooral ging om jongvolwassen mannen tussen de 20 en 30 jaar. Helaas is er geen sluitende verklaring voor deze stijging gevonden. Verschillende culturele factoren, maar ook sociale media en andere media kunnen een rol spelen.
Als voorbeeld: in 2017 verscheen de onder jongeren populaire Netflix-serie *13 reasons why* en deze serie werd gezien als een risicofactor. Het idee is dat een bepaalde romantisering rondom

result.indd 13 2025-07-09 15:36:33

zelfdoding een besmettelijk effect kan hebben. Deze theorie wordt het 'Werther-effect' genoemd. Het is echter niet aangetoond.

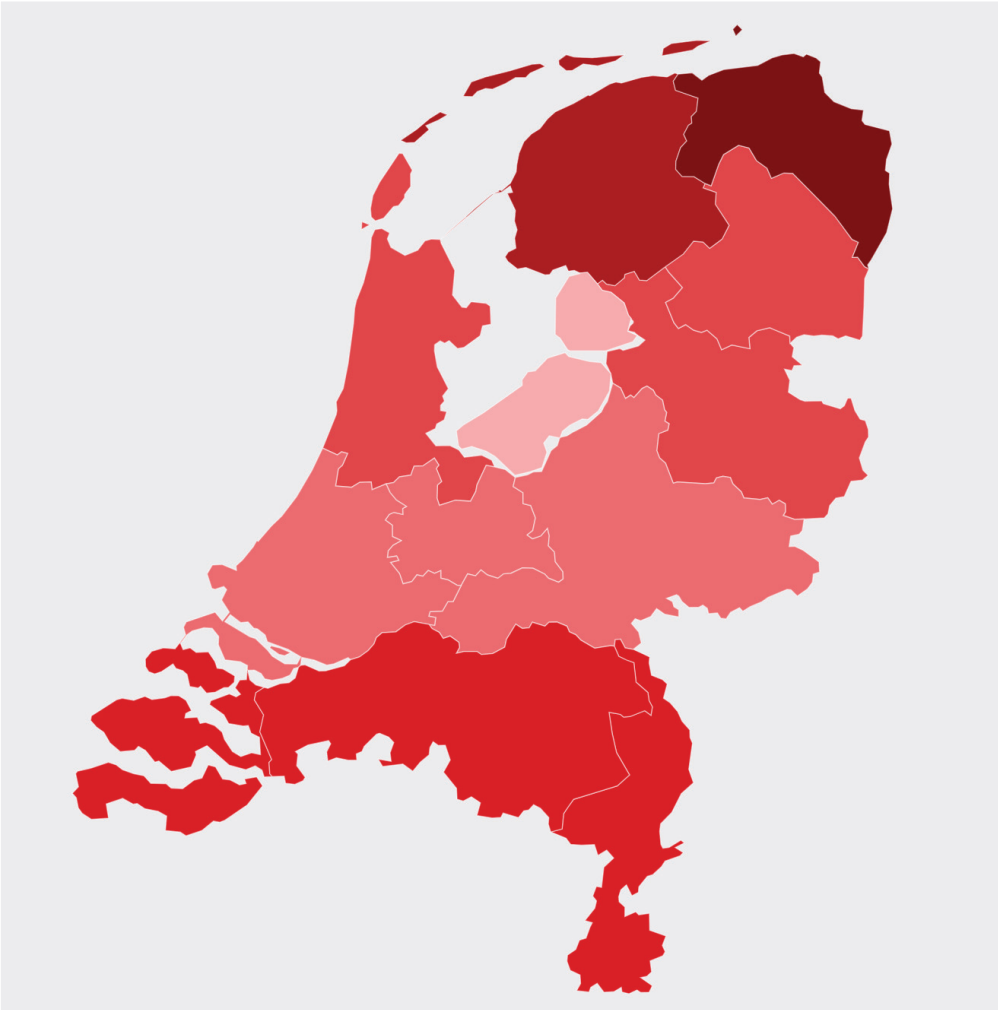
Er wordt van uitgegaan dat er een onderrapportage is van het totaalaantal geregistreerde suïcides. Er zijn immers sterfgevallen waarbij de oorzaak onbekend lijkt en er mogelijk ten onrechte geen suïcide wordt geregistreerd. Overigens kunnen nabestaanden zich vaker vinden in een 'natuurlijk overlijden' als doodsoorzaak dan in suïcide. Suïcides zijn vaak onbegrijpelijk en nabestaanden worden met woede en verdriet geconfronteerd, waarmee ze meestal geen raad weten. Ook zijn er vaak zelfverwijten en onuitgesproken schuldgevoelens. Dit kan leiden tot een ingewikkelde reactie, waarmee ook hulpverleners nog jaren na het gebeuren kunnen worden geconfronteerd.

Voor de internationale vergelijking van de incidentie van suïcide is het belangrijk dat landen betrouwbare en eenduidige cijfers registreren over het aantal suïcides. Het suïcidecijfer van een land zal eerder een onderschatting dan een overschatting zijn. Er zijn landen waar zeer lage aantallen worden opgegeven. In het verleden waren er bijvoorbeeld in Egypte nul suïcides. Er wordt gesuggereerd dat het taboe rondom suïcide vanuit onder andere het geloof van invloed kan zijn op de onjuiste registratie. Ook zijn er aanwijzingen dat suïcides door de overheid werden ontkend.
Een bekend voorbeeld is het op 31 oktober 1999 in de Atlantische Oceaan neerstorten van een vliegtuig van EgyptAir tijdens een vlucht van Los Angeles naar Caïro. Geen van de 217 inzittenden overleefde de ramp. Dat het suïcidale gedrag van de gezagvoerder het drama veroorzaakte, is altijd ontkend door de Egyptische overheid. Deze hield zich bij het standpunt dat Egyptische moslims zich nooit zullen suïcideren.
Zo zijn er diverse religies (islam, katholicisme etc.) die in principe beschermend zijn tegen diverse vormen van suïcide (behalve bij psychose). Zo was er voor de katholieke zelfmoordenaar volgens de leer geen andere plek dan de hel. Daardoor ligt er wel weer een groter taboe op het bespreekbaar maken van suïcide. Ook dit is iets voor de doktersassistent om (aan de telefoon) rekening mee te houden.

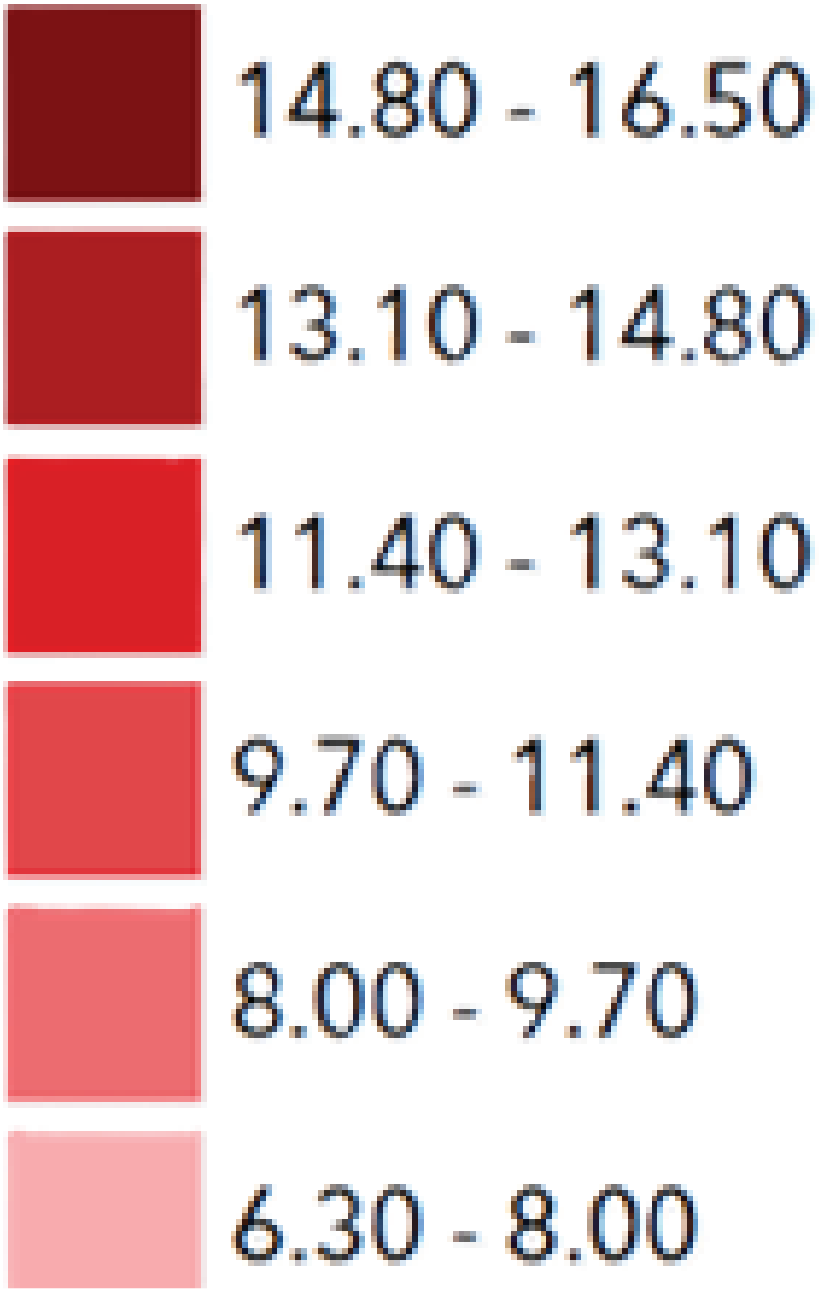
Nederland had in Europa gedurende een lange periode een relatief gunstig aantal suïcides met een suïcidecijfer onder het Europees gemiddelde. Vanaf 2007 is in ons land het aantal suïcides fors toegenomen en heeft Nederland samen met Griekenland de hoogste stijging in Europa en benaderen we het Europees gemiddelde. De oorzaak van de stijging is onbekend, maar er zijn wel verschillende verklaringsmodellen. Waarschijnlijk zijn meerdere factoren van belang, waarbij de recessie van 2007 en de nasleep ervan een belangrijke rol lijken te hebben. Vooral onder mannen was er een toename; de verhouding man : vrouw ligt in Nederland sinds een aantal jaren boven de 2:1.

In Nederland zijn er ook verschillen per provincie. Uit de laatste gegevens (2023) kwam naar voren dat er in Groningen relatief de meeste suïcides worden gepleegd en in Flevoland de minste (figuur 2).

result.indd 14 2025-07-09 15:36:33



result.indd 15 2025-07-09 15:36:34



Figuur 2 **Suïcide per provincie 2023 (aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners**
Bron: Stichting 113 Zelfmoord preventie

result.indd 16 2025-07-09 15:36:34

Ten opzichte van 1996 is het aantal suïcides gestegen. In 1996 maakten 1.577 mensen bewust zelf een einde aan hun leven. Sinds 2013 is dit cijfer stabiel met ongeveer 1.900 personen per jaar (tabel 3).

Tabel 3 **Niet-natuurlijke doodsoorzaken over 2023 (CBS)**

totaal uitwendige doodsoorzaken	11.191
totaal ongevallen	9.112
totaal verkeersongevallen	745
accidentele val	6.975
accidentele verdrinking	98
accidentele vergiftiging	273
overige ongevallen	1.021
zelfdoding	1.863
moord en doodslag	103
gebeurtenissen opzet onbekend	85
overige uitwendige doodsoorzaken	28

Uit al wat ouder onderzoek komt naar voren dat er 94.000 suïcidepogingen per jaar in Nederland worden gedaan. In later onderzoek is dat bijgesteld naar ongeveer 46.000 suïcidepogingen per jaar. Het is in ieder geval duidelijk dat er een gebrekkige registratie is en dat ook veel pogingen nooit bekend worden. Bij de Spoedeisende Hulp van algemene ziekenhuizen worden elk jaar ongeveer 16.000 patiënten na een suïcidepoging behandeld. Vrouwen doen vaker een poging dan mannen, terwijl ze minder vaak als gevolg van suïcide sterven. Mogelijk heeft dit te maken met de manier waarop ze een poging doen. Zo zouden mannen vaker een letale manier van zelfdoding kiezen, bijvoorbeeld met een wapen. Er zijn echter landen die deze theorie verwerpen. Het zou ook kunnen dat mannen minder vaak hulp zoeken na een poging, waardoor een onderregistratie ontstaat. Er wordt nog verder onderzoek gedaan naar de exacte reden waarom meer mannen dan vrouwen een geslaagde suïcidepoging doen.

Daarnaast zijn er jaarlijks meer dan 410.000 personen met gedachten aan suïcide. Suïcidaliteit is een belangrijk gezondheidszorgprobleem voor patiënten, professionals en instellingen in zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Het is belangrijk te weten dat de minderheid (40% van de suïcides) tijdens de suïcide in behandeling was in de GGZ.
Internationaal wordt het aantal personen met gedachten aan suïcide lager geschat en dit is onderzocht in een recente meta-analyse van Stene-Larsen en Reneflot. Internationaal heeft tussen de 25 en 30% in het jaar van overlijden contact gehad met de GGZ. De huisarts heeft echter 80% van de patiënten gezien in het jaar van suïcide. Overigens waren bij dit consult de meeste

result.indd 17 2025-07-09 15:36:34

klachten niet direct te relateren aan suïcidaliteit.

Culturele factoren en beschikbaarheid spelen dus een belangrijke rol. Daarnaast is gevonden dat als media aan een bepaalde methode aandacht besteden er een groter risico is op toename van sterfte door deze methode. Wanneer media uitgebreid ingaan op de suïcide van een beroemdheid, met een beschrijving van de details, heeft dit een negatieve invloed op suïcidaal gedrag. Het aantal suïcides neemt toe en daarbij is er een toename van de beschreven of getoonde methode (het eerdergenoemde Werther-effect). Stichting 113 Zelfmoordpreventie voert in Nederland een actief beleid om bij iedere vorm van media-aandacht voor suïcidaliteit bij het artikel of de reportage te laten vermelden hoe lezers in contact kunnen komen met hulpverlening. Er is aangetoond dat het aanbieden van hulp en het tonen van hulpmogelijkheden een beschermend effect hebben op suïcidaal gedrag. Dit wordt het Papageno-effect (preventief effect) genoemd.

Nationale preventie

Tijdens het afgelopen decennium is er in Nederland meer aandacht gekomen voor de preventie van suïcide; het werd als speerpunt gezien door onder andere het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het aantal verkeersslachtoffers is door een groot aantal projecten in de afgelopen 50 jaar fors gereduceerd. Dit laat zien dat ook het aantal suïcides omlaag kan door op veel vlakken te investeren. Betere scholing, betere zorg, betere herkenning en adequate behandeling door hulpverleners, mediavoorlichting, betere afscherming van gevaarlijke spoorwegemplacementen, voorlichting op scholen, nauwkeuriger zorgafstemming binnen de GGZ, et cetera.

Een belangrijke ontwikkeling voor de gewenste reductie van suïcides in Nederland is de oprichting van de Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Stichting 113 is begonnen als combinatie van een website, chatdienst en een telefonische hulpdienst voor suïcidale personen, hun naasten en nabestaanden. Het is belangrijk dat iedere hulpverlener het bestaan van 113 Zelfmoordpreventie kent, zodat ernaar kan worden verwezen. 113 Zelfmoordpreventie is te bereiken via 0800-0113 en sinds kort ook op het directe nummer 113. Er kan zowel worden gebeld als gechat en de hulpverlening is gratis. De stichting heeft van de overheid een belangrijke voortrekkersrol gekregen in de ontwikkeling van betere suïcidepreventie in alle lagen van de samenleving. Verder heeft 113 ervoor gezorgd dat Nederland per 1 januari 2026 een specifieke wet voor suïcidepreventie heeft: de Wet integrale suïcidepreventie.

A2 Beoordeling en diagnostiek

Opdracht

Beantwoord de vraag voordat je dit nascholingsprogramma verder doorwerkt. Test je parate kennis.

result.indd 18 2025-07-09 15:36:34

Vraag

1 Kun je een voorbeeld geven van een risicofactor voor suïcide?

Beoordeling

In tabel 2 (onderdeel A1) staan belangrijke stress- en kwetsbaarheidsfactoren. De belangrijkste risicofactoren zijn voorafgaande suïcidepogingen, de ervaring van een persoon 'klem te zitten', middelbare leeftijd, depressie (bipolair) en mannelijk geslacht. Het is vaak lastig goed onderzoek te doen naar de precieze oorzaak van suïcide. De meeste kennis hierover is verkregen uit psychologische autopsiestudies. Hierbij wordt, mede op basis van interviews met naastbetrokkenen, na de dood een diepgravend onderzoek gedaan naar de omstandigheden rondom het sterven door suïcide. Deze studies tonen aan dat de meerderheid van de mensen die zich suïcideren een psychiatrische stoornis heeft. Van de mensen met een bipolaire stoornis wordt geschat dat er uiteindelijk een op de zes tot zeven mensen overlijdt door suïcide. Meestal gebeurt dit in de depressieve fase, waarbij wordt gesuggereerd dat pogingen die zijn gedaan gedurende een manie, door verlieservaring een langdurig effect kunnen hebben op het sociaal en beroepsmatig functioneren.

Bij risicofactoren is het altijd belangrijk naar het geheel te kijken. Het lastige van risicofactoren is dat ze op groepsniveau van groot belang zijn, maar bij de individuele patiënt nog steeds weinig voorspellende waarde kunnen hebben. In de literatuur komt naar voren dat bij grote populaties een voorgeschiedenis van suïcidepogingen als grootste risicofactor voor suïcide kan worden gezien. Op individueel niveau is dit voor de uiteindelijke beoordeling vaak nietszeggend.

Als hulpverleners hebben we te maken met een selectie van suïcidale mensen. Minder dan de helft van het aantal patiënten dat zich suïcideert, is in behandeling bij de GGZ. We hebben bij suïcidaliteit te maken met mensen die het in ieder geval tot het moment van beoordeling hebben overleefd.

In de huisartsenpraktijk is kennis over suïcidaliteit belangrijk. Op het eiland Gotland in Zweden zijn alle (huis)artsen een aantal jaren geleden bijgeschoold in suïcidepreventie (onderkennen van depressie en herkennen van suïcidaliteit). Het resultaat was dat het aantal suïcides op het eiland afnam.

Uit Nederlands onderzoek komt naar voren dat 45% van de mensen die zich hebben gesuïcideerd in de voorafgaande 30 dagen zijn gezien door een huisarts. Van deze mensen is suïcidaliteit maar bij 31% herkend. Het betekent dus dat veel mensen zich melden met andere klachten dan suïcidaliteit. De grote vraag is hoe we deze mensen beter kunnen herkennen en daarmee ook betere hulp kunnen regelen.

result.indd 19 2025-07-09 15:36:34

Hulpverleners hebben vaak schroom om te vragen naar suïcidale gedachten. Het kan ook moeilijk zijn ernaar te vragen. 'Weten' betekent tevens dat er een gedeelde verantwoordelijkheid is en bovendien wordt een hulpverlener met zijn eigen onmacht geconfronteerd. Daarnaast leeft nog steeds de mythe dat door naar suïcidaliteit te vragen, mensen juist op het idee komen en dat ze door de vraag suïcidaal worden. Dit is goed onderzocht en er is nog nooit een verband aangetoond met negatieve gevolgen. Er is juist gevonden dat het professioneel ernaar vragen een positieve en beschermende kant heeft. In de praktijk zijn mensen met suïcidaliteit dikwijls erg eenzaam, worstelen zij met hun gevoelens en durven ze er anderen niet mee lastig te vallen. Vaak is het erover spreken een grote opluchting en vermindert de suïcidaliteit daardoor.

Je hoort wel eens de veronderstelling dat mensen die erover spreken het niet doen en mensen die erover zwijgen het juist wel doen. Het is dus van belang dat we altijd proberen met mensen in gesprek te gaan en degenen die erover zwijgen een gelegenheid bieden erover te spreken en de mensen die erover vertellen een luisterend oor te bieden. Helaas kunnen we niet elke suïcide(poging) voorkomen.

We kennen allemaal mensen die zich veelvuldig uiten over suïcidaliteit en ons hiermee klemzetten. Het is belangrijk in de gaten te houden of er een verandering in het patroon is. Bij chronische (persisterende) suïcidaliteit is er altijd het risico dat een actuele stressor wel degelijk een acuut suïciderisico kan inhouden. Ook voor een doktersassistent kan het nuttig zijn alert te blijven op plotselinge veranderingen of afwijkingen van een bestaand patroon.

Als doktersassistent ben je meestal de eerste die de patiënt spreekt en de patiënt bovendien goed kent. Inclusief de context. Jij kunt bij uitstek een verandering of een afwijking in een bestaand patroon herkennen. Zowel telefonisch als wanneer de desbetreffende persoon bijvoorbeeld bloed komt laten prikken.

Vaak wordt suïcidaliteit buiten kantooruren als acute reden bij de huisarts gemeld. De triagist van de huisartsenpost wordt er dan als eerste mee geconfronteerd. Dit is een stuk lastiger, aangezien je de patiënt en diens context niet kent. Je zult op het dossier/ Landelijk Schakelpunt (LSP) moeten varen (indien de desbetreffende persoon hiervoor toestemming heeft gegeven). Het is dan belangrijk te weten of iemand in behandeling is bij de GGZ en daarom door de GGZ moet worden overgenomen. Of dat het een nieuwe uiting betreft en de patiënt eerst door de huisarts moet worden beoordeeld. Uiteraard moet er wel goed doorgevraagd worden. Mocht iemand daadwerkelijk op een gebouw staan om ervan af te springen of belt een naaste in verband met acuut gevaar voor de desbetreffende/ of zichzelf dan dient de politie direct te worden ingeschakeld. Gelukkig is niet iedere suïcidale uiting zo ernstig dat er moet worden opgeschaald. Soms kan een gesprek met de huisarts al (tijdelijk) afdoende zijn.

Om tot een afspraak bij de huisarts te komen kan lastig zijn. Mensen bellen wel met een mededeling, maar hebben niet altijd een directe hulpvraag of willen niet komen. Het kan helpen een aantal stappen te volgen en gestructureerd aandacht te hebben voor een aantal zaken. Voordat je

result.indd 20 2025-07-09 15:36:34

een patiënt met suïcidaliteit ziet, zijn enkele zaken van essentieel belang bij de beoordeling:

- contact maken;
- organiseren van veiligheid;
- naasten betrekken;
- zorgen voor continuïteit.

Deze richtlijnpijlers zijn in casuïstiek uitgewerkt.

Contact maken

Casus 1 Mevrouw Roelofs

Mevrouw Roelofs, 29 jaar, is sinds haar twintigste bekend met meerdere depressies. Recent heeft haar vriend haar verlaten en ze belt voor een afspraak met de huisarts. Ze heeft gebeld met haar moeder, die in het buitenland woont, en haar moeder eiste dat haar dochter naar de huisartsenpraktijk zou gaan. Bij aanvang van het telefoongesprek vertelt ze dat ze gisteravond acht tabletten paracetamol heeft ingenomen. Ze weet niet goed wat ze moet doen en ze reageert ook boos op je vragen. Ze wil vooral geen inmenging van de GGZ en begint te mopperen over wat er allemaal fout is gegaan in haar leven en in de hulpverlening. Je laat haar foeteren en blijft vriendelijk. Je toont begrip voor de verschrikkelijke ellende die ze meemaakt. Daarna vraag je of ze vanmiddag op het spreekuur kan komen. Ze begint te huilen en biedt haar excuses aan voor haar eerder getoonde gedrag.

a Kun je een ander scenario bedenken waarin je je minder vriendelijk en invoelend opstelt?

Bij het maken van contact met een suïcidale patiënt, zoals mevrouw Roelofs, zijn een paar zaken van essentieel belang. Als doktersassistent is het altijd goed een houding aan te nemen waarbij een patiënt zich zo benaderd voelt dat er geen belemmering is en de patiënt niet blijft steken in het communicatieve proces rondom het suïcidale gedrag. Er moet een sfeer van vertrouwen zijn en een hulpverlener moet daarbij 'echt' zijn en niet 'een rol' spelen. Ook bij patiënten die bekendstaan om hun externaliserende (schuld bij een ander leggen) en claimende gedrag is een vriendelijke (empathische) en open grondtoon essentieel voor het maken van contact. Uiteraard heb je wel oog voor de eigen grenzen binnen het contact.

We weten dat als een hulpverlener beter is getraind in het omgaan met suïcidaal gedrag, deze ook meer zelfvertrouwen krijgt in het omgaan met de specifieke problematiek. Men voelt zich dan minder onzeker en daarbij is er meer ruimte om controle te houden over het gesprek. Het behoedt je ervoor dat je je aangevallen of machteloos voelt.

result.indd 21 2025-07-09 15:36:34

Uiteraard is er verschil tussen contact maken met een bekende of een (relatief) onbekende patiënt. Een bekende patiënt kun je meer confronteren met eventuele onredelijkheid en wijzen op de grenzen van de hulpverlening.

Organiseren van veiligheid

Casus 2 Meneer Dax

Meneer Dax is een man van Antilliaanse afkomst. Recent heeft hij gehoord dat zijn ex-partner met hun zoon terug is naar de Antillen. Verder is hij twee maanden geleden na een geweldsincident op non-actief gesteld als tramcontroleur en is hij in afwachting van juridische vervolging. Zijn zus is er niet gerust op. Ze heeft een onheilspellend sms'je gekregen en belt met de doktersassistent. Deze overlegt direct met de huisarts, omdat ze de ongerustheid deelt. De huisarts heeft contact opgenomen met de patiënt en hem uitgenodigd op het spreekuur.

a Kun je bij meneer Dax een scenario bedenken waarbij je snel voor veiligheid moet zorgen?

Eerst moeten we ervan overtuigd zijn dat er tijdens de beoordeling geen levensbedreigende situatie is. Een patiënt kan immers onder invloed van iets zijn, maar kan ook iets hebben ingenomen. Indien een patiënt van plan is zich te suïcideren, moeten we eerst een veilige situatie creëren, waarbij we ervoor zorgen dat we zelf (en de huisarts) geen gevaar lopen. Het maakt uit of het in de praktijk is of tijdens een huisbezoek van de huisarts. Het is dan ook noodzakelijk goed uit te vragen wat er aan de hand is en wat de omstandigheden zijn, voordat je de huisarts een visite laat afleggen. Gevaarlijk materiaal kan worden verwijderd, maar wanneer bijvoorbeeld het gas is opengedraaid dan is de situatie niet veilig en moet er direct met 112 gebeld worden. In de huisartsenpraktijk kan het voorkomen dat politieassistentie of andere hulp moet worden ingeroepen. Het kan zijn dat de veiligheid van een patiënt in het geding is, maar het kan natuurlijk ook voorkomen dat de huisarts in een lastige, onveilige situatie belandt waarbij hij hulp goed kan gebruiken. De veiligheid van de huisarts moet natuurlijk altijd vooropstaan. Dit kan echter wel ingrijpend zijn en ook betekenen dat het opgebouwde vertrouwen direct weg is.

Het is belangrijk dat naasten zo veel mogelijk ingezet worden. Als het risico van suïcide hoog wordt ingeschat, kan worden overwogen de crisisdienst in te schakelen. Op deze manier kan iemand snel in zorg komen of zelfs vrijwillig dan wel gedwongen worden opgenomen. Het is aan de huisarts om dan met de crisisdienst te schakelen. Uiteraard moet dit weloverwogen gebeuren en zo veel mogelijk in samenspraak met de patiënt en naasten (zie ook onderdeel B2).

result.indd 22 2025-07-09 15:36:34

Betrekken van naasten

Casus 3 Gerda

Gerda, 52 jaar, heeft de afgelopen periode al meerdere keren een afspraak gemaakt in verband met vage buikpijnklachten. Je weet dat de huisarts vooralsnog geen oorzaak kan vinden. Dat vertelt patiënte immers steevast als ze weer langs de balie loopt. Gerda leeft alleen en heeft twee kinderen die in het buitenland wonen. Haar echtgenoot is acht jaar geleden overleden. Recent zijn door een betalingsachterstand gas en licht afgesloten. Haar buurvrouw kwam onlangs bloedprikken en vertelde jou dat ze zich zorgen maakt om Gerda en dat ze haar zo ziet wegglijden. Ook vertelt ze je dat Gerda bijna niet meer buiten komt. Onlangs heeft zij nog boodschappen voor haar gedaan. Deze week heeft ze het over engelen die haar roepen. Gerda zegt zelf dat ze vooral rust nodig heeft. Wanneer je aan Gerda vraagt of haar kinderen recentelijk nog bij haar zijn geweest, zegt ze dat ze die niet wil lastigvallen en er niet bij wil betrekken.

a Hoe zou je kunnen proberen om (met toestemming van Gerda) toch naasten erbij te betrekken?

Naasten kunnen familieleden, vrienden, kennissen, buren et cetera. zijn. Het is belangrijk deze naasten te betrekken, zodat er een vangnet gecreëerd kan worden (lees veiligheid/ sociale controle). In principe is dit een taak voor de huisarts en de POH-GGZ, maar als doktersassistent ken je de omstandigheden waarin een patiënt verkeert vaak nog beter en ken je betrokkenen. Je zou ook kunnen vragen als een patiënt een afspraak maakt vanwege suïcidale uitingen of hij iemand zou willen meenemen. Twee horen meer dan één en bovendien kan er hierdoor meteen een eventuele heteroanamnese worden afgenomen door de huisarts. Als een patiënt problemen bagatelliseert, zorgen naasten voor belangrijke aanvullende informatie. Naasten kunnen waarborging van veiligheid (helpen) creëren.

Mocht een naaste, na een uitgebreid gesprek met de huisarts, bij de balie aangeven dat die toch geen vertrouwen heeft in de veiligheid dan is het noodzakelijk dit met de huisarts te bespreken. Er kan in dat geval alsnog gehandeld worden met een eventuele opname tot gevolg, wat dan bijna onvermijdelijk is. Mocht je geen toestemming krijgen om met derden over de situatie te praten wees dan voorzichtig. Blijf, zonder dwangmatig over te komen, proberen om toestemming te krijgen om contact met naasten te mogen leggen, maar doe het niet als je de toestemming niet hebt. Dit kan tot complexe en vervelende situaties leiden. Je wilt immers graag helpen, maar je mag niet altijd helpen. Dit geldt ook voor instanties met de beste bedoelingen zoals politie en jeugdzorg of Veilig Thuis. Zonder expliciete toestemming mogen er geen patiëntengegevens gedeeld worden, tenzij er een acuut levensbedreigende situatie is. Overleg bij twijfel met de huisarts.

result.indd 23 2025-07-09 15:36:34

Tot stand brengen van continuïteit van zorg

Casus 4 Meneer Janssen

Meneer Janssen tobt al jaren met allerlei lichamelijke ongemakken. Recent is hij bij de uroloog geweest en deze heeft gemeld dat hij moet worden geopereerd. Tegen zijn vrouw zegt hij dat het van hem allemaal niet meer hoeft. Zijn vrouw komt jou dit aan de balie vertellen en zegt ongerust te zijn. Je geeft aan deze ongerustheid te begrijpen en laat haar man een afspraak maken bij de huisarts. Dit gebeurt inderdaad. In een eerste gesprek voelt meneer Janssen zich goed gehoord door de huisarts. Toch maakt de huisarts zich ongerust, want hij lijkt dingen achter te houden en lijkt zich op een bepaalde manier ook te schamen. De patiënt wordt aangemeld voor psychiatrische spoedbehandeling bij de GGZ. Na drie weken heeft hij nog niets gehoord van de GGZ. De woensdag erna treft zijn vrouw hem in de kelder, waar hij zich heeft opgehangen.

a Hadden een adequate verwijzing en continuïteit van zorg bij meneer Janssen een andere uitkomst kunnen geven?

De casus lijkt extreem, maar in de praktijk zijn er genoeg voorbeelden te geven waarin er door omstandigheden geen continuïteit is. Veel doktersassistenten en huisartsen lopen tegen de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ aan en voelen zich soms met een kluitje in het riet gestuurd. Ook zijn er GGZ-aanbieders die suïcidaliteit als exclusiecriterium hanteren. Probeer bovendien maar eens in één keer een GGZ-medewerker telefonisch te pakken te krijgen. Dat kost vaak vele telefoontjes en veel bureaucratie. Het is duidelijk dat de ketenzorg en de verbinding tussen de eerste en tweede lijn nog flink kunnen worden verbeterd. Toch blijft het van belang bij aanmelding van een suïcidale patiënt na te gaan of de zorg ook daadwerkelijk van de grond komt en dat het voor de patiënt duidelijk is dat er snel een vervolg komt. Ook is het belangrijk dat de patiënt (of zijn naasten) weet hoe de instelling direct kan worden bereikt, mocht dit tussentijds nodig zijn. Continuïteit van zorg is van essentieel belang. Informeer hiernaar mocht je de patiënt of diens naasten toevallig voor iets anders zien. Het is bekend dat er bij zogenaamde transitiemomenten helaas een verhoogd risico op suïcide is. Bijvoorbeeld na ontslag na opname, bij wisseling van behandelaar, een hulpverlener die op vakantie gaat, tijdelijke vervanging et cetera.

Triage

In tabel 2 (onderdeel A1) staan de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren die altijd in de beoordeling worden meegewogen. In de praktijk is het gesprek het belangrijkste middel om de suïcidale gedachten en gebeurtenissen te inventariseren.
Het is in het algemeen zinvol hierbij onderscheid te maken tussen openingsvragen, waarmee het thema suïcidaliteit ter sprake wordt gebracht, en een onderzoeksstrategie waarmee de suïcidale

result.indd 24 2025-07-09 15:36:34

toestand wordt uitgediept.

Bij telefonische triage probeer je eerst helder te krijgen hoelang de klachten al spelen en waar de patiënt op het moment van bellen is. Bij een acute dreiging, zoals boven op een brug staan, bel je direct 112 (politie). Wanneer iemand thuis is en er op dit moment sprake blijkt te zijn van suïcidale plannen, vraag dan uit of er middelen of situaties tot de directe beschikking zijn. En of er naasten in de buurt zijn. Mocht er geen acuut gevaar dreigen, overleg dan meteen met de huisarts wanneer hij de patiënt zou willen beoordelen. Is er wel acuut gevaar, bel dan 112. Wanneer iemand al maanden zegt rond te lopen met suïcidale gedachten en je ook eerdere aantekeningen in het dossier hierover ziet staan, blijft het noodzaak alert te blijven. Want ook iemand met 'chronische' suïcidaliteit kan uiteindelijk overgaan tot actie. Zit er een 'knik' in het verhaal? Bijvoorbeeld een faillissement of scheiding? Overleg ook dan met de huisarts wat te doen. Mocht er geen 'knik' in het verhaal zitten dan is het tot op zekere hoogte veilig op (korte) termijn een afspraak bij de huisarts of POH-GGZ te plannen. Daarnaast blijven de hiervoor beschreven algemene principes van contact maken, veiligheid organiseren, naasten betrekken en zorgen voor continuïteit belangrijk.

Opdracht

Ga terug naar de vragen in de onderdelen van BLOK A en vergelijk de antwoorden die je daar gaf met de informatie die daarna in dit blok is gegeven. Welke leerpunten kun je nu voor jezelf formuleren?

Vragen

1 Wat is je speciaal opgevallen in de tekst van dit blok en wat wil je onthouden?

2 Welke punten wil je graag met het team bespreken waarmee je werkt?

3 Welke punten wil je graag met de huisarts(en)/POH('s) bespreken?

result.indd 25 2025-07-09 15:36:34

{B



Behandeling en nazorg

B1 Differentiatie van suïcidaliteit

Opdracht
Beantwoord weer eerst de volgende vraag, voordat je verder gaat.

Vraag

1 Kunnen suïcidale gedachten al langer bestaan, ook als er nog geen sprake is van een depressie?

Suïcidaliteit wordt in de regel als een uniform verschijnsel gedefinieerd en er is weinig onderzoek gedaan naar differentiatie bij suïcidaliteit. In de praktijk zien we verschillende vormen.

Suïcidaliteit kan niet alleen worden gezien als een 'GGZ-probleem'. De beoordeling van suïcidaliteit is vaak moeilijk en er wordt een grote verantwoordelijkheid gelegd bij de hulpverlener en de zorgketen. Ook kunnen er juridische gevolgen zijn als een beoordeling leidt tot suïcide en naasten van oordeel zijn dat er niet juist is gehandeld. Bij sommige vormen van suïcidaliteit kan het echter beter zijn om de zelfbeschikking bij de persoon te houden, waarbij de hulpverlening meer een begeleidende rol heeft. Bij andere vormen van suïcidaliteit mag er juist worden verwacht dat de hulpverlening een actievere en daarbij soms sturende rol aanneemt. Wel moet duidelijk blijven waar de verantwoordelijkheden liggen en er moet ook samen – met andere hulpverleners, de patiënt en zijn naasten – worden gezocht naar overeenstemming over de grenzen van behandelmogelijkheden.

De beoordeling van suïcidaliteit hoort als specialisme bij de GGZ, maar dit betekent niet dat de aanpak altijd moet voortkomen uit de GGZ. Bij patiënten die niet bij de GGZ bekend zijn of indien er voor de eerste keer suïcidale uitingen zijn, is het belangrijk een afspraak bij de huisarts

result.indd 27 2025-07-09 15:36:37

te plannen. De urgentie hangt af van de ernst van de uitingen, maar ook van je eigen onderbuikgevoel. Vertrouw op niet-pluisgevoelens en overleg laagdrempelig met de huisarts.

Ook voor het begrip van verantwoordelijkheid en eventueel juridische consequenties is het belangrijk te kunnen begrenzen en te sturen waar mogelijkheden kunnen liggen. Dreiging met suïcide wordt bijvoorbeeld soms als communicatiemiddel gebruikt; hiermee kan een individu, bewust of onbewust, aantonen hoe ernstig de wanhoop is. Dit mag er nooit toe leiden dat suïcidaliteit wordt gebagatelliseerd. Ook bij het vermoeden dat suïcidaliteit als communicatiemiddel wordt ingezet, is een goede beoordeling essentieel. Mensen kunnen sterven aan de gevolgen van het pathologische gedrag. Oftewel: ook mensen die veelvuldig dreigen kunnen uiteindelijk (een) suïcide(poging) plegen.

In de praktijk zijn er verschillende vormen van suïcidaliteit en verschillende vormen van handelen. Dit handelen is vaak meer gebaseerd op een klinisch oordeel dan op richtlijnen. Ook is er in de richtlijnen geen duidelijk onderscheid in vormen van suïcidaliteit. De aanpak kan verschillen van het niveau van contact maken tot het niveau van behandeling. Uiteraard zijn er allerlei andere factoren die invloed hebben op de vorm van suïcidaliteit. We zullen dit toelichten door middel van voorbeeldcasuïstiek.

Voorbeeldcasus 1

Een man van 25 jaar die sinds vijf jaar bekend is met schizofrenie wordt beoordeeld. Hij heeft de afgelopen tijd veel geblowd en de laatste weken hoort hij de stem van de duivel. Ongeveer vijf keer per dag zegt de stem dat hij stinkt en dat het een grote oplossing is als hij sterft door van de tweede verdieping te springen.

a Zou je in deze situatie handelen of zou je deze man geruststellen? Je kent hem en hij hoort wel vaker stemmen.

Voorbeeldcasus 2

Een man van 56 jaar is sinds drie maanden gescheiden. Op zijn werk is er sinds een aantal jaren veel stress door reorganisatieperikelen. Hij is dagelijks somber, slaapt slecht en wordt meestal om 4:00 uur wakker. Hij heeft geen interesse meer in zijn hobby's, kan het journaal niet meer aanzien en heeft het liefst geen tv aanstaan. Hij weet niet hoe hij dit nog moet volhouden en denkt soms aan de dood. Hij zegt geen concrete plannen te hebben.

result.indd 28 2025-07-09 15:36:37

a Zou je in deze situatie handelen of alleen het verhaal van de man aanhoren?

Voorbeeldcasus 3

Een vrouw heeft een leenauto, normaal rijdt ze in een automaat. Ze gaat haar twee jonge kinderen naar de crèche brengen. Ze parkeert, stapt uit en kijkt nog even op haar telefoon. Op dat moment rolt de auto de Rijn in. Ondanks haar pogingen de auto nog te openen door zelf in het water te springen, verdrinken haar twee kinderen. Hierna wordt een vrouw gezien die op geen enkele wijze meer wil leven.

a Zou je deze patiënte actief opbellen om te vragen of het gaat? Of denk je niet dat dit helpt?

Voorbeeldcasus 4

Een 28-jarige man verliest, niet voor de eerste keer, door ontslag zijn werk. Hij heeft het afgelopen jaar meerdere banen gehad, maar kreeg telkens ruzie en voelde zich miskend. Zijn stemming wisselt dagelijks. Als kind heeft hij een zeer onveilige hechting meegemaakt en hij heeft in meerdere kindertehuizen gezeten, waarbij er ook sprake was van misbruik. Hij is een aantal keren kortdurend opgenomen en gaat vaak met onvrede weg.
Hij voelt zich door iedereen in de steek gelaten en verlaten. Hij belt naar de politie en zegt dat hij met een touw op het balkon staat. Als de crisisdienst komt, is hij boos, scheldt hen verrot en verwijt hen dat ze toch nooit wat voor hem kunnen doen. Hij komt naar binnen. Er volgt een woordenwisseling en de patiënt wordt naar zijn huisarts verwezen. De volgende dag komt het bericht dat hij voor zijn komst naar de praktijk is overleden door ophanging. De crisisdienst had het beleid niet direct gemeld en de huisarts wist niets van het voorval.

a Hoe zou je hiermee omgaan? Zou je boos zijn op de crisisdienst? Verdrietig dat je zelf geen eerdere signalen hebt gezien en/of actie hebt ondernomen?

In deze casus is extra bedenkelijk, dat de communicatie en gegevensuitwisseling slecht zijn verlopen. Mogelijk had dit voorval zelfs voorkomen kunnen worden als er wel een goede over-

result.indd 29 2025-07-09 15:36:37

dracht had plaatsgevonden. Toch heeft het geen zin in 'wat als'-scenario's te denken. Wel is het goed met elkaar in gesprek te gaan. En in dit geval de tweede lijn erbij te betrekken, zodat dit soort trieste gebeurtenissen in de toekomst (zo veel mogelijk) voorkomen kunnen worden. Maak onderling afspraken en weet wat je moet doen.

Suïcide in de praktijk

Er is weinig onderzoek gedaan naar de betekenis van opname bij suïcidaliteit; defensievere geneeskunde leidt tot meer opnamen. Je kunt je waarschijnlijk voorstellen dat een klinische opname bij een psychotische depressie een suïcide mogelijk voorkomt. Bij andere vormen van suïcidaliteit kan een klinische opname juist zeer schadelijk werken en mensen een meer passende behandeling onthouden of zelfs door schaamte over de rand duwen. Studies laten zien dat een gesloten of open opname geen verschillen toont in suïciderisico cijfers. Het is echter de vraag of dit bij een betere differentiatie anders zou zijn geweest.

Ook is het belangrijk dat de impact van suïcidaliteit op een patiënt, de naasten, de hulpverlener en de maatschappij beter wordt begrepen en dat we beter in staat zijn de verantwoordelijkheid bij suïcidaliteit zorgvuldig af te bakenen. Ook bij suïcidaliteit geldt immers dat meer onderzoek of hulp niet altijd beter is.

B2 Begeleiding van suïcidaliteit

Opdracht

Beantwoord eerst de volgende vragen voordat je verder gaat met de nascholing.

Vragen

1 Wat kun je als doktersassistent doen bij telefonisch contact over suïcidaliteit?

2 Kun je een concreet voorbeeld noemen, waardoor jij als doktersassistent de patiënt op korte termijn op het spreekuur van de huisarts kunt krijgen als diegene dat eigenlijk niet wil?

Begeleiding van acuut suïcidaal gedrag

Diagnostiek in de breedste zin van het woord is een vereiste, voordat behandeling van suïci-

result.indd 30 2025-07-09 15:36:37

daliteit kan beginnen. Eerder is er ingegaan op de differentiatie van suïcidaal gedrag. Altijd moet worden overwogen of de huisarts eerst een somatische screening doet, waardoor een onderliggende lichamelijke kwaal kan worden uitgesloten. Er moet ook aandacht zijn voor eventuele intoxicatie (door bijvoorbeeld drugs- of alcoholgebruik), zelfs als iemand dit ontkent. Voorbeelden van somatische aandoeningen die psychiatrische symptomatologie met suïcidaliteit kunnen geven zijn: hypothyreoïdie, cushingsyndroom, een meningeoom, verschijnselen die samengaan met kanker et cetera. Het is daarom belangrijk bij (dreigende) suïcidaliteit met de huisarts te overleggen. Er moet niet automatisch met de crisisdienst worden gebeld. Als doktersassistent kun je dit onderscheid niet maken, maar er zijn wel enkele zaken waar je op kunt letten.

Bijvoorbeeld, iemand die met een dubbele tong praat (onder invloed van of al medicatie ingenomen?), terwijl diegene dat normaliter niet doet. Of iemand die vaker belt vanwege suïcidale uitingen en dan veeleisend is, maar nu eigenlijk poeslief en begripvol reageert wanneer hij hoort dat er nu geen hulp kan worden geboden. Vanwaar deze gedragsverandering?
Het signaal kan al eerder zijn afgegeven, waarbij je de patiënt misschien meermaals hebt gezien en er steeds slechter vond uitzien of minder zelfverzorgd. Mocht deze persoon bellen vanwege suïcidale gedachten, is dit zeker iets om mee te nemen in je beoordeling van urgentie/ ernst. En tot slot: vertrouw op je onderbuikgevoel. Je werkt vaak al enige tijd in de huisartsenpraktijk en kent de mensen. Als iets niet goed voelt dan moet je daaraan gehoor geven, ook al kun je dat niet altijd onderbouwen. Stel jezelf de vraag: 'Slaap ik vanavond goed als ik dit zo afhandel?'

Er moet een onderscheid gemaakt worden welke factoren op de korte termijn kunnen worden beïnvloed. De acute behandeling is gericht op verheldering van de problematiek en het bieden van veiligheid. Het is belangrijk dat er inzicht komt in hoeverre de hopeloosheid en toekomstverwachting zijn te beïnvloeden.

Het is erg belangrijk om, voor zover mogelijk, de naasten te betrekken bij het verkrijgen van informatie en daarna bij de behandeling. Als doktersassistent zou je alvast kunnen vragen of de patiënt iemand wil meenemen naar het spreekuur. Het acute risico op suïcide is soms groot, maar kan ook binnen enkele dagen weer afnemen. Vergelijk het met de onverdraagbare rouw de eerste dagen na het verlies van een dierbare, waarbij de tijd de pijn en verbijstering doet afnemen.

Is er sprake is van suïcidaliteit bij psychotische symptomen, dan is het essentieel de patiënt zo snel mogelijk een afspraak bij de huisarts aan te bieden, waarna vaak de crisisdienst wordt ingeschakeld.

Begeleiding persisterende (chronische) suïcidaliteit

Tussenvraag

3 Demoralisering is het verschijnsel dat een patiënt zich hulpeloos en incompetent voelt en veel stress ervaart met daarbij uitzichtloosheid. De patiënt ervaart steeds meer controleverlies,

result.indd 31 2025-07-09 15:36:37

waarbij hij de grip op het leven verliest. De hoop op het terugkrijgen van controle vervliegt; het leven wordt als zinloos ervaren en komt in het teken te staan van existentieel lijden. Dit gevoel van machteloosheid wordt ook overgedragen op onder anderen de hulpverlener die meegaat in de wanhoop en zich ook hopeloos gaat voelen. Wat is het risico van demoralisering voor de hulpverlener?

Bij chronisch of persisterend suïcidale patiënten is er sprake van langdurige, terugkerende suïcidale gedachten. Soms jarenlang en dagelijks gedurende een groot gedeelte van de dag. Het kan bij een breed scala van psychiatrische stoornissen voorkomen. Het merendeel heeft een persoonlijkheidsstoornis (met name borderline). Goede cijfers ontbreken, maar we zien deze vorm ook redelijk vaak bij mensen die binnen het autistisch spectrum vallen.

Bij persisterende suïcidaliteit is klinische opname in de regel gecontra-indiceerd. De behandeling moet vooral ambulant plaatsvinden, eventueel in dagbehandeling. Vindt toch opname plaats, dan moet die kort zijn (korter dan 48 uur) met als doel orde op zaken te stellen en het systeem of de therapeut kortdurend rust te geven. Geadviseerd wordt om in de ambulante setting een crisisplan uit te werken.

Helaas haken veel mensen af bij de specialistische GGZ en is er grote kans dat ze daarna weer bij de huisarts terechtkomen. Het is belangrijk het aangedragen lijden van de patiënt dan te verdragen en te erkennen dat niets doen, maar wel erkenning geven aan het lijden, soms het hoogst haalbare is. Een luisterend oor en verwijzen naar het opgestelde crisisplan is soms al voldoende en zou ook telefonisch kunnen. Maar blijf je bewust van een eventuele 'knik' in het verhaal. *Een persisterende suïcidaliteit kan omslaan in een acute suïcidaliteit!*
Veranderingen kunnen ontstaan door het optreden van psychiatrische comorbiditeit, reëel of dreigend verlies, verergering van traumaklachten of bij krenking.

Een ander risico is dat chronische (persisterende) suïcidaliteit van een patiënt tot demoralisering bij jou of de huisarts leidt en dat die patiënt in de communicatie steeds zwaarder moet inzetten om serieus te worden genomen. Een verandering in gedrag kan dan worden gemist, waardoor de hulpverlener er niets mee doet. Een nuttig hulpmiddel kan de *TriageWijzer* van het NHG zijn.

Begeleiding suïcidaliteit op de huisartsenpost (HAP)

Naast acute en chronische (persisterende) suïcidaliteit in de huisartsenpraktijk kun je ook op de huisartsenpost te maken krijgen met deze twee vormen van suïcidaal gedrag. Het is belangrijk er nog meer op bedacht te zijn waarom de patiënt nú naar de HAP belt. Gebeurt dit eigenlijk iedere week of is dit nieuw gedrag? Zit er een 'knik' in het gedrag? Is er eerder toestemming gegeven voor inzage in het LSP en kun je eventueel al wat informatie uit de huisartsenpraktijk

result.indd 32 2025-07-09 15:36:37

erbij betrekken? Of ben je genoodzaakt dit gesprek blanco te triëren? Probeer de hulpvraag boven tafel te krijgen en informeer of de patiënt wellicht al ergens in zorg is. Indien de patiënt een bekende is van de GGZ en een luisterend oor niet helpt, dan is direct schakelen met de crisisdienst verstandig. Is er een acute dreiging, doordat iemand bijvoorbeeld vanaf een flatgebouw belt, dan is het zaak om direct met 112 politie te bellen. Is de patiënt echter nog een onbekende voor de GGZ en is er geen acuut gevaar, dan zal de dienstdoende huisarts eerst een somatische oorzaak moeten uitsluiten. Het liefst laat je een patiënt met een sociaal vangnet naar het spreekuur komen (U2-triage), zodat de huisarts alle middelen bij de hand heeft (zo nodig bijvoorbeeld CRP-bepaling), maar ook de veiligheid voor het personeel gewaarborgd blijft. Zo nodig kan de crisisdienst ook op locatie komen. Mocht er sprake zijn van agitatie, zou de beveiliging alvast op de hoogte gebracht kunnen worden voor het geval dat. Eigen veiligheid staat voorop! Feit is dat de beoordeling op de HAP vaak moeilijker is dan in je eigen praktijk. Nog steeds helpt het om volgens de handvatten van deze nascholing te handelen, maar het is zeer invoelbaar dat je deze patiënten laagdrempeliger op de HAP laat komen dan in je eigen praktijk. Laat je echter niet manipuleren. De scheidslijn kan dun zijn.

B3 Nazorg en evaluatie na suïcide

Opdracht

Beantwoord eerst de vraag voordat je verder gaat met de nascholing.

Vraag

1 Heb je ooit te maken gehad met een suïcide of een ernstige poging en had je daarna een gesprek met nabestaanden? Als zij beschuldigend naar je waren, hielp het dan om defensief te zijn of hielp dat juist niet? Wat ging er goed en wat kon beter?

Na een suïcide moet de huisarts zo snel mogelijk de nabestaanden en andere betrokken hulpverleners informeren. Daarnaast is het belangrijk het gebeuren te bespreken met collega's van de huisartsenpraktijk en bij hen steun te zoeken. Er moet ook rekening mee worden gehouden dat er bij directbetrokkenen een verhoogd risico op suïcide is. Het is belangrijk voorzichtig om te gaan met informatie en deze bij voorkeur mondeling te verstrekken. Besef dat de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot na het overlijden van de patiënt.
Het is raadzaam de tijd te nemen en te beseffen dat boosheid en onmacht van de nabestaanden deel uitmaken van de reactie. Een defensieve houding werkt zelden, verdragen en steunen is het

result.indd 33 2025-07-09 15:36:37

beste. Ook hier geldt: bespreken met collega's van de huisartsenpraktijken bij hen steun zoeken. Het is achteraf bezien altijd gemakkelijk om aan te wijzen welke aspecten en risicofactoren niet zijn gezien, wat het gevoel van falen bij een hulpverlener bevestigt.

Een suïcide heeft grote impact op zowel nabestaanden als hulpverleners. Meer dan een derde van de hulpverleners ervaart ernstige stress, zoals shock, verdriet, schuld, verraad, woede, schuldgevoel, schaamte en gezichtsverlies. De steun van collega's helpt, terwijl het opstellen van een rapport voor de Inspectie en onderzoek doen naar de casus niet helpen voor de stressreductie. Er zijn allerlei factoren die bijdragen aan stress, zoals:

- het niet klinisch opnemen van een patiënt die hoog suïcidaal wordt ingeschat en zich daarna suïcideert;
- het gevoel dat een beslissing rondom de behandeling heeft bijgedragen aan de suïcide;
- de behandelaar die negatief heeft gereageerd op de patiënt;
- angst voor juridische vervolging door nabestaanden.

Het is belangrijk te beseffen dat de meeste nabestaanden behoefte hebben aan nazorg. Een veelgehoorde klacht is dat er maar één gesprek is, terwijl er juist na maanden nog grote behoefte kan zijn aan een gesprek, omdat er nog veel vragen onbeantwoord zijn. Als doktersassistent zie je deze familieleden vaker tussendoor voor iets anders. Toon interesse en vraag hoe het met ze gaat. Wees niet bang om 'verse wonden te openen'.

Suïcidaliteit komt veel voor, maar van alle mensen met suïcidaliteit is er slechts een zeer kleine kans dat er gedurende dat jaar ook suïcide plaatsvindt. Het blijft echter onvoorspelbaar. Van alle suïcides vindt 60% plaats buiten het zicht van de gespecialiseerde GGZ. Daarbij is het voorspellen van een suïcide vaak onmogelijk en zijn er veel, vaak wisselende factoren. Zo is ook het voorspellen van het weer voor een paar dagen gemakkelijker dan over een paar weken. Bovendien zijn er bij weersvoorspellingen veel meer wetmatigheden bekend waarop berekeningen kunnen worden gemaakt. Op dit gebied is menselijk gedrag echt moeilijker voorspelbaar. Toch wordt er vaak onmogelijk veel verwacht van de hulpverlener en kan de druk groot zijn. Geadviseerd wordt om buiten een strijd te blijven. Helemaal als doktersassistent. Vraag laagdrempelig aan de huisarts dit over te nemen en zo nodig extra hulpdiensten te laten inschakelen.

Maak je toch een suïcide mee, dan is het ontzettend belangrijk ook goed voor jezelf te zorgen. Erover praten en je eigen rouw herkennen zijn belangrijk om je onmacht een plek te kunnen geven.

Het zal altijd onbekend blijven hoeveel mensen van alle mensen met suïcidaliteit die je ziet, je werkelijk tegen de dood hebt beschermd. Zo blijft helaas vaak onbekend bij wie je dus 'goed' hebt gehandeld. Vergeet echter nooit dat je het verschil kunt maken en dat je een essentiële schakel kunt zijn in het redden van een leven.

result.indd 34 2025-07-09 15:36:37

Opdracht

Ga terug naar de vragen in de onderdelen van BLOK B en vergelijk de antwoorden die je daar gaf met de informatie die daarna in dit blok is gegeven. Welke leerpunten kun je nu voor jezelf formuleren?

Vragen

1 Wat is je speciaal opgevallen in de tekst van dit blok en wat wil je onthouden?

2 Welke punten wil je graag met het team bespreken waarmee je werkt?

3 Welke punten wil je graag met de huisarts(en)/POH('s) bespreken?

result.indd 35 2025-07-09 15:36:37

Nadere bespreking van vragen en casuïstiek

A1

Vragen

1 Vrouwen doen vaker een suïcidepoging, maar mannen plegen vaker een geslaagde suïcide. Met name mannen in de leeftijdscategorie 50-60 jaar zijn *at risk*.

2 Groningen.

A2

Vragen

1 Verlies, schulden, juridische berisping, etc.

Casus 1 Mevrouw Roelofs

a Bij een empathische, echte en open houding heb je meer kans op vertrouwen en daardoor een realistische overdracht van informatie. Hierdoor is er ook meer kans op de ontwikkeling van een coöperatieve werkrelatie. Dit bereik je niet als je bijvoorbeeld te snel in de tegenoverdracht schiet en daarbij niet professioneel handelt. Dit betekent echter niet dat je over je eigen grenzen moet gaan. Je hoeft je niet te laten kleineren of intimideren en mag mensen hier gerust op aanspreken.

Casus 2 Meneer Dax

a Meneer Dax is niet eerder bekend geweest met dit gedrag of met inadequate communicatie door suïcidaal gedrag. Zijn zus heeft een sms'je gekregen (extra informatie, niet in de tekst: waarin hij haar bedankt voor de liefde en dat ze niet boos op hem moet zijn en dat hij haar altijd heeft liefgehad). Er zit een 'knik' in het verhaal (ex-vrouw is terug naar de Antillen met zijn zoon) en dit lijkt een serieuze aankondiging voor suïcide. Meneer Dax moet snel worden gezien en de politie moet met spoed naar de patiënt om zo snel mogelijk diens veiligheid te garanderen.

result.indd 36 2025-07-09 15:36:37

Casus 3 Gerda

a In de praktijk willen patiënten in eerste instantie soms weinig bemoeienis en anderen niet lastigvallen. Toch is het erg belangrijk de naasten zo veel mogelijk te betrekken. Uiteraard conflicteert dit met het beroepsgeheim, maar als je de tijd neemt en er sprake is van contactgroei, wordt het erbij betrekken van naasten uiteindelijk zelden geweigerd.

Casus 4 MeneerJanssen

a Ja. Dan was de behandeling eerder gestart en waren er daarbij ook mogelijk goede veiligheidsafspraken gemaakt, waardoor de patiënt zich gesteund zou hebben gevoeld.

B1

Vragen

1 Ja. Bij depressie kan suïcidaliteit een van de symptomen zijn. Meestal bestaan deze suïcidale gedachten al langer, ook zonder de volledige criteria voor depressie.

Voorbeeldcasus 1

a Dat deze man bekend is met schizofrenie, de laatste tijd veel blowt (luxerende factor!) en de stemmen pas de laatste tijd (weer) aanwezig zijn, maakt dat het noodzakelijk is om hierop te handelen. Raadpleeg de huisarts, zodat deze de GGZ (crisisdienst) kan inschakelen. Meestal zijn mensen met schizofrenie hier al bekend.

Voorbeeldcasus 2

a Suïcide komt het meest voor onder mannen van middelbare leeftijd. Daarnaast kunnen externe factoren een gevoel van *entrapment* (klemzitten) veroorzaken. Deze casus is het schoolvoorbeeld van een man met een mogelijk hoog suïciderisico. Creëer nabijheid, vertrouwen en waar mogelijk een vangnet. Breng daarnaast de huisarts op de hoogte, waarbij een spoedconsult (beoordeling door crisisdienst) moet worden geadviseerd.

Voorbeeldcasus 3

a Dit is een life event van jewelste en lijkt haast wel een slechte soapaflevering. Als iemand zoiets heftigs meemaakt, kan dit wel degelijk een gevoel van uitzichtloosheid veroorzaken. Daarnaast spelen iemands copingstijl en draagkracht een rol hoe hiermee om te gaan. Het valt zeker aan te raden deze patiënte actief te bellen met de vraag hoe het gaat en haar een afspraak aan te bieden bij de huisarts/ POH-GGZ. Het is goed dat de huisarts tijdens dit consult vraagt naar mogelijk suïcidale gedachten. Hoe gevoelig dat ook lijkt te liggen. Verder moeten naasten worden gemobiliseerd om maximale steun te geven en als de suïcidaliteit toeneemt, moet een spoedconsult (crisisdienst beoordeling) plaatsvinden.

result.indd 37 2025-07-09 15:36:37

Voorbeeldcasus 4

a Alle gevoelens kunnen voorkomen. Boosheid, verdriet, angst. Vooropstaat dat het nooit jouw schuld is als iemand suïcide pleegt. Soms kan psychisch lijden gezien worden als een terminale ziekte. Je kunt niet iedereen beter maken. Hoe verdrietig ook, soms maak je dit soort situaties mee. Zaak is om er dan met elkaar over te praten en je gevoelens te uiten.

B2

Vragen

1 Een luisterend oor bieden en de klacht serieus nemen. Ken je de patiënt al langer? Belt deze patiënt regelmatig met suïcidale gedachten of is dit de eerste keer? Zit er een 'knik' in het verhaal? En denkt iemand aan de dood of heeft diegene ook echt plannen? Staat de beller bijvoorbeeld al op een flatgebouw? Bel dan direct 112. Neem suïcidale gedachten serieus en overleg laagdrempelig met de huisarts.

2 Eigen antwoord.

Tussenvraag

3 Bij demoralisering bij chronische suïcidaliteit van een patiënt loop je het risico het lijden 'niet meer serieus' te nemen. Maar pas op: chronische suïcidaliteit kan ieder moment omslaan in acute suïcidaliteit!

B3

Vragen

1 Eigen antwoord. Over het algemeen geldt: Wees geduldig en toon empathie. Dit soort situaties kent immers alleen maar verliezers. Irritatie en/of boosheid komt vaak voort uit machteloosheid en verdriet. Incasseer waar mogelijk, maar geef ook je grenzen aan. Bovendien is het raadzaam dit soort gesprekken niet alleen te voeren.

result.indd 38 2025-07-09 15:36:37

Literatuur

- 113 Zelfmoord preventie (Zelfmoordcijfers Nederland 2023 | 113 Zelfmoordpreventie).
- 113 Zelfmoordpreventie. Nascholing doktersassistente 113 zelfmoordpreventie (Nascholing doktersassistente | 113 Zelfmoordpreventie).
- CBS. 1 862 zelfdodingen in 2023 (1 862 zelfdodingen in 2023 | CBS).
- CBS. Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), regio (StatLine - Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), regio).
- GGZnieuws.nl. Waarom vrouwen een zelfmoordpoging vaker overleven dan mannen (https://www.ggznieuws.nl/waarom-vrouwen-een-zelfmoordpoging-vaker-overleven-dan-mannen/).
- GGZ Standaard. Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (3. Inleiding - Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag | GGZ Standaarden).
- Nederlands Huisartsen Genootschap. E-learning suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk (https://www.nhg.org/product/suicidepreventie-in-de-huisartsenpraktijk/).
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Vreemd gedrag of suïcidaal (Vreemd gedrag of suïcidaal | NHG-TriageWijzer).
- NHG-werkgroep. NHG-Standaard Depressie, 2019. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap (Depressie | NHG-Richtlijnen).
- NVvP Psychiatrie. Suïcidaal gedrag (Startpagina - Suïcidaal gedrag - Richtlijn - Richtlijnendatabase).
- Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health2019 Feb;47(1):9-17. Doi: 10.1177/1403494817746274.
- Trimbos-instituut. MDR Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag). Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Werkgroep richtlijn Suïcidaliteit. Richtlijn Suïcidaliteit: preventie, behandeling en begeleiding van mensen met suïcidaliteit. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2025 (https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit).
- Winter RFP. Suïcidaliteit in Nederland (www.suicidaliteit.nl).

result.indd 39 2025-07-09 15:36:37

Overleg met collega's en de huisarts(en)

Het is nuttig over de stof van dit nascholingsprogramma te praten met collega's en de huisarts(en). Daardoor zul je enerzijds de stof nog beter gaan begrijpen en anderzijds op één lijn komen met je collega's. Ook is het zeer nuttig om een beleid in de huisartsenpraktijk af te spreken dat bijdraagt aan het kwaliteitsbeleid en het imago van de praktijk en zijn assistenten.

Dit is een facultatief onderdeel, de tijdsbesteding is niet opgenomen in de vastgestelde studiebelastinguren.

Bespreking met collega's
Verzamel de punten die je met je collega's wilt bespreken en daarvoor hebt opgeschreven bij de betreffende vraag aan het einde van BLOK A en BLOK B. Schrijf hierna per blok op wat het resultaat is van de bespreking van:

BLOK A Suïcidaliteit en suïcide

BLOK B Behandeling en nazorg

result.indd 40 2025-07-09 15:36:37

Opdrachtblad ‘Opnemen in het takenpakket’

Met dit werkblad kun je de uitkomst van de besprekingen die je met de collega’s en de huisarts(en) hebt gevoerd vertalen in afspraken voor de toekomst. Probeer het geleerde daadwerkelijk in de praktijk te brengen.

Takenpakket voorlichting
Wat ga je met betrekking tot de voorlichting aan patiënten daadwerkelijk veranderen, nadat je de informatie in dit nascholingsprogramma hebt besproken met je collega’s en de huisarts(en)? Schrijf het hierna per blok op.

BLOK A Suïcidaliteit en suïcide

BLOK B Behandeling en nazorg

result.indd 41 2025-07-09 15:36:37

Begrippenlijst

Ambivalentie
Tegenstrijdigheid.

Copingstijl
De manier waarop je geneigd bent om te gaan met stressvolle omstandigheden en tegenslagen.

Cortisol
Stresshormoon.

Crisisdienst
De crisisdienst is een onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dat 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar is voor mensen die in een psychische crisis zitten.

Cushingsyndroom
Aandoening in de bijnieren, waardoor te veel cortisol (stresshormoon) wordt aangemaakt.

Defensieve geneeskunde
Terughoudende/ verwerende geneeskunde. Weinig ruimte voor een afwachtend beleid laten.

Demoralisering
Demoralisering is het verschijnsel dat een patiënt zich hulpeloos en incompetent voelt en veel stress ervaart met daarbij uitzichtloosheid.

Differentiatie
Het proces waarbij een geheel wordt verdeeld in delen met verschillende eigenschappen. Er blijft sprake van een geheel.

Entrapment
Beleving van hopeloosheid of uitzichtloosheid, het gevoel hebben vast te zitten in een hopeloze situatie. Klemzitten als proces en voorwaarde om suïcidaal te worden.

Externaliseren
Schuld bij een ander leggen.

Heteroanamnese
Een gesprek met iemand die de cliënt goed kent (vaak de partner, een collega of een ouder), waarin informatie over de situatie van de cliënt wordt ingewonnen.

Hypothyreoïdie
Te langzaam werkende schildklier, waardoor te weinig hormonen worden aangemaakt.

Intrusie
Een plots opkomende, meestal vervelende, herhaaldelijke dwanggedachte die gericht is op iets wat men niet prettig vindt.

Letaliteit
Dodelijkheid.

Meningeoom
Een tumor die uitgaat van het hersenvlies, meestal goedaardig.

Risicotaxatie
Inschatting van de kans op (herhaalde) suïcide(poging)

Tegenoverdracht
Reacties van de doktersassistent jegens de patiënt die eerder te maken hebben met de doktersassistent zelf dan met de patiënt.

Triade van Beck
De klassieke verschijnselen van hypotensie, uitgezette halsvenen en gedempte harttonen worden tezamen de triade van Beck genoemd.

result.indd 42 2025-07-09 15:36:37

Triage
Het beoordelen van de urgentie van de hulpvraag.

Werther-effect
Goethe's roman *Het lijden van de jonge Werther* (1774) zou imitatiegedrag onder jongemannen hebben veroorzaakt. Net als de romanfiguur waren ze ongelukkig verliefd en pleegden zelfmoord. Tweehonderd jaar later wees psycholoog David Phillips op het Werther-effect toen hij het verband aantoonde tussen berichtgeving over zelfmoord door bekendheden, en een golf van zelfmoorden onder jongeren. Wordt ook wel 'copycat'-zelfmoord genoemd.

result.indd 43 2025-07-09 15:36:37

TOETS

In je persoonlijke nascholingsdossier is terug te vinden tot welke datum dit programma geaccrediteerd is.

Beantwoord de volgende vragen nadat je dit nascholingsprogramma geheel hebt doorgewerkt. Je kunt de antwoorden online invullen onder *Mijn dossier* op de website www.accredidact.nl. Je vindt daar na het behalen van de toets de juiste antwoorden en feedback.

1. Mannen suïcideren zich vaker dan vrouwen.
   JUIST/ONJUIST

2. Persisterende suïcidaliteit is een vorm van suïcidaliteit die aanhoudt ondanks behandeling(en).
   JUIST/ONJUIST

3. Welke uitspraak over het bespreken van suïcidale gedachten is juist?
   - O Hulpverleners kunnen beter afwachten tot patiënten zelf over suïcidaliteit beginnen.
   - O Vragen naar suïcidaliteit kan een beschermend effect hebben en opluchting geven.
   - O Vragen naar suïcidaliteit leidt vaak tot het ontstaan van suïcidale gedachten bij patiënten.

4. Waarmee kunnen mensen met suïcidale gedachten zonder acuut gevaar direct contact opnemen?
   - O de crisisdienst
   - O de politie
   - O 0800-113

5. Een (inter)nationale crisis kan een ongunstig effect hebben op het aantal suïcides.
   JUIST/ONJUIST

6. Wat doe je als je als doktersassistent een suïcide in de praktijk meemaakt?
   - O Je probeert er zelf mee om te gaan, omdat iedereen daar op zijn eigen manier mee omgaat.
   - O Je staat er kort bij stil, maar focust je vooral op het blijven functioneren in de praktijk.
   - O Je praat er samen met je praktijkgenoten over en staat er bewust bij stil.

result.indd 44 2025-07-09 15:36:37

7. Wat is je taak als doktersassistent bij het signaleren van suïcidaliteit?
   - O Beperkt; het is vooral aan de huisarts om hierover het gesprek te voeren, maar je kunt signalen doorgeven.
   - O Afhankelijk van de situatie; als het toevallig ter sprake komt, dan maak je dit kenbaar bij de huisarts, maar je hoeft dit niet actief te onderzoeken.
   - O Belangrijk; je hebt vaak laagdrempelig contact en kunt signalen vroeg opvangen, wat waardevol is voor de praktijk.

8. Het is niet jouw taak als doktersassistent om te signaleren dat iemand alweer om een recept benzodiazepinen vraagt.
   JUIST/ONJUIST

9. Zodra een instantie belt, omdat ze zich zorgen maken om iemands gemoedstoestand (bijvoorbeeld Veilig Thuis) dan mag je zomaar informatie verstrekken.
   JUIST/ONJUIST

10. Suïcidaliteit komt alleen maar voor bij een depressieve stoornis.
    JUIST/ONJUIST

11. Wat is de rol van de huisartsenpraktijk bij de nazorg voor de nabestaanden na een suïcide?
    - O De rol van de huisartsenpraktijk is vaak beperkt, de nazorg gebeurt meestal door andere instanties.
    - O Het wordt meestal zeer op prijs gesteld als er na enige weken en maanden nogmaals wordt geïnformeerd bij de nabestaanden.
    - O Een kort contact na het incident is vaak voldoende; verder contact wordt soms als lastig ervaren.

12. Of iemand suïcide gaat plegen kun je betrouwbaar met instrumenten inschatten.
    JUIST/ONJUIST

13. Wat is van toepassing op een persisterende suïcidaliteit?
    - O kan niet omslaan in een acute suïcidaliteit
    - O is minder ernstig dan een acute suïcidaliteit
    - O kan alsnog omslaan in een acute suïcidaliteit

14. Wat is suïcidaliteit op de huisartsenpost?
    - O iets waarbij je vaak meteen de crisisdienst betrekt, omdat de mogelijkheden op de HAP beperkt zijn
    - O iets waarbij je zorgvuldig triage doet en zo nodig een consult bij de huisarts plant
    - O iets wat relatief weinig voorkomt, maar waarop de HAP wel voorbereid moet zijn

result.indd 45 2025-07-09 15:36:37

result.indd 46 2025-07-09 15:36:37

result.indd 47 2025-07-09 15:36:38

result.indd 48 2025-07-09 15:36:38