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)**

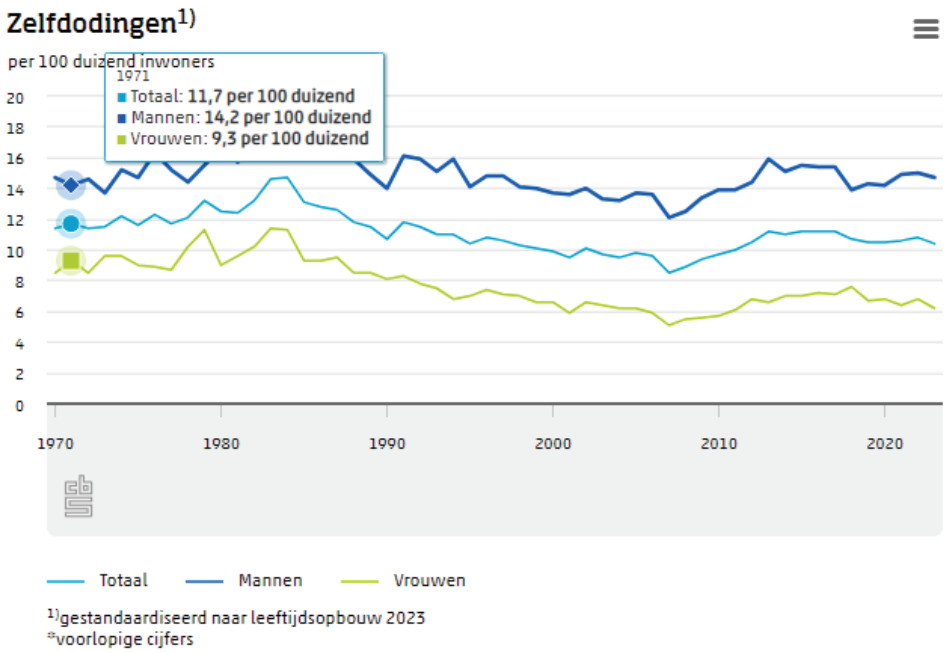
algemeen	
• voorafgaande suïcidepogingen • suïcidepoging en letaliteit van de poging • suïcidegedachten, intentie, plannen	• zelfdestructief gedrag • onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)
demografische kenmerken	
• leeftijd (ouder) • geslacht (man) • beroep	• woonplaats • etniciteit
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.

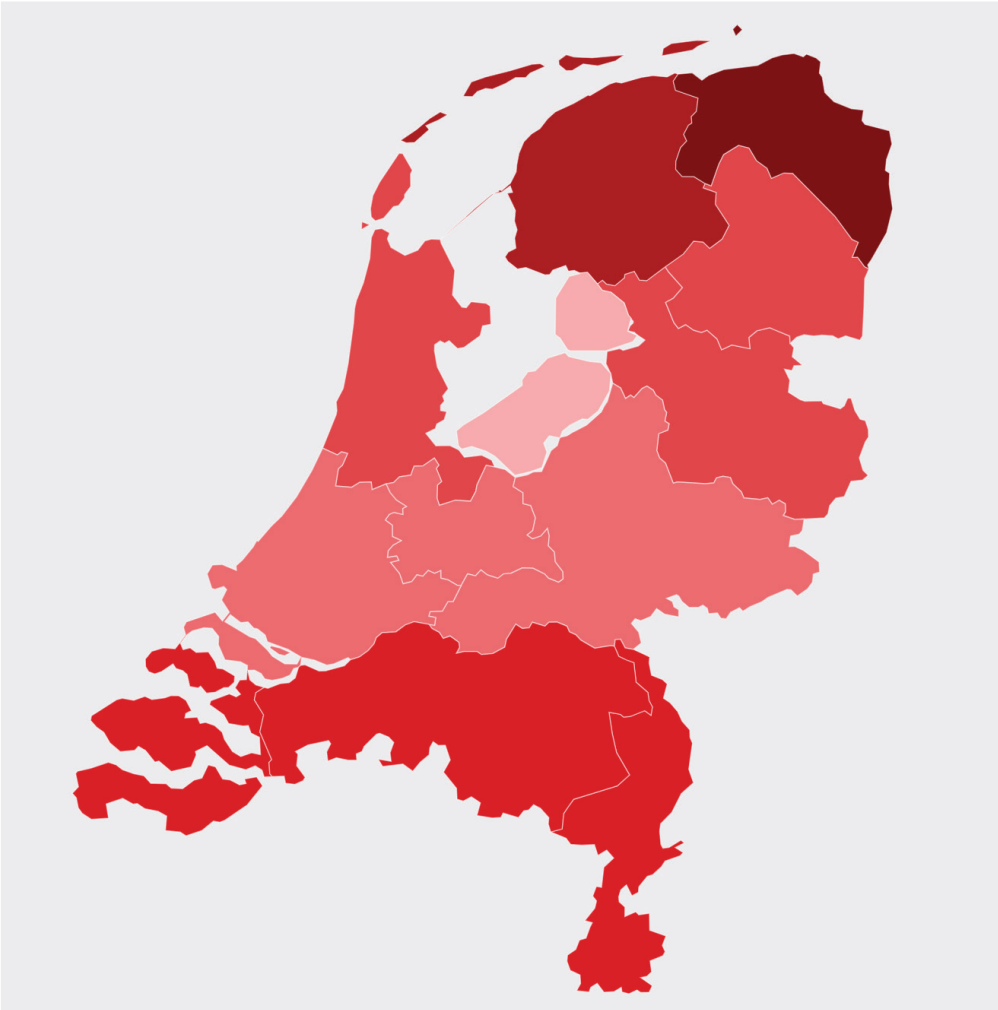
Er wordt van uitgegaan dat er een onderrapportage is van het totaalaantal geregistreerde suïcides. Er zijn immers sterfgevallen waarbij de oorzaak onbekend lijkt en er mogelijk ten onrechte geen suïcide wordt geregistreerd. Overigens kunnen nabestaanden zich vaker vinden in een 'natuurlijk overlijden' 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.

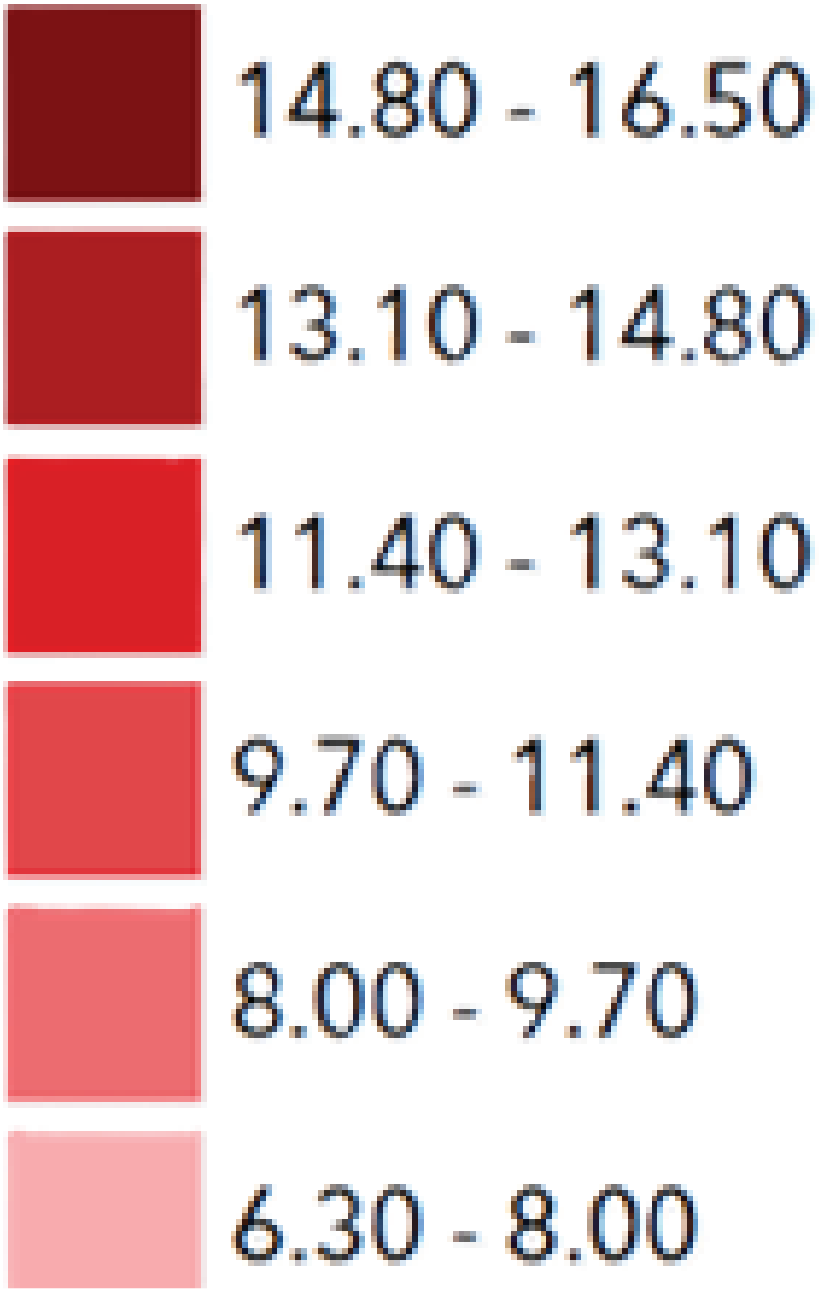
Nederland had in Europa gedurende een lange periode een relatief gunstig aantal suïcides met een suïcidecijfer onder het Europees gemiddelde. Vanaf 2007 is in ons land het aantal suïcides fors toegenomen en heeft Nederland samen met Griekenland de hoogste stijging in Europa en benaderen we het Europees 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

