

Postprint version :
Journal website : https://www.boompsychologie.nl/product/100-8547_Handboek-suïcidaal-gedrag?_ga=2.34796577.1659652467.1553607541-367128565.1552908771
Pubmed link :
DOI :

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

17 Suïcidaliteit in de praktijk van de huisarts

Martin Steendam, Derek de Beurs, Carl Steylaerts en Gé Donker

1. Richtlijnen en andere documenten
 - 1.1. Contact maken en oriënterend onderzoek
 - 1.2. Betrekken van naasten bij de zorg
 - 1.3. Zorgen voor veiligheid
 - 1.4. Zorgen voor continuïteit
2. Suïcidepreventie in de regio en de rol van de huisarts
3. Scholing en nascholing
4. Tot besluit Literatuur

De huisarts speelt zowel in Vlaanderen als in Nederland een belangrijke rol in de zorg voor patiënten met psychische problemen. Een recente studie onder drieduizend Vlaamingen en Nederlanders toont aan dat in beide landen 8 op de 10 patiënten de huisarts benaderen bij psychische problemen. Aangezien Nederlandse patiënten altijd eerst de huisarts moeten consulteren alvorens ze doorverwezen kunnen worden naar gespecialiseerdere hulpverlening, speelt de huisarts daar een grotere rol als poortwachter dan in Vlaanderen. Een aanzienlijk deel van de patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk heeft suïcidale gedachten. Voor patiënten in Vlaanderen is hulp vragen bij psychische problemen nog meer beladen dan in Nederland, voor beide landen geldt dat ook huisartsen niet gemakkelijk het gesprek beginnen over mogelijke suïcidaliteit. En dat terwijl de problematiek wel degelijk zich voordoet in de huisartsenpraktijk.

Wanneer we gegevens uit Nederlands bevolkingsonderzoek (nemesis) extrapoleren naar de praktijk van een fulltime werkende Nederlandse huisarts met gemiddeld 1990 patiënten van 15 jaar of ouder, wordt een huisarts eenmaal per vijf jaar geconfronteerd met een suïcide in de eigen praktijk. Jaarlijks zijn er binnen een huisartsenpraktijk 65 patiënten met suïcidale gedachten en doen achttien patiënten een suïcidepoging. Als we kijken naar het aantal registraties van suïcidepogingen per normpraktijk, zien we dat dit er jaarlijks veel minder zijn, namelijk twee of drie.

De huisarts registreert dus een fractie van het aantal pogingen dat op basis van zelfrapportage wordt bepaald. Dit kan erop duiden dat de huisarts beperkt weet heeft van het suïcidale gedrag van de patiënten in de praktijk. Dat kan zijn omdat patiënten geen contact met de huisarts zoeken. We weten echter dat in de maand voorafgaand aan een suïcide of suïcidepoging bijna de helft van deze patiënten de huisarts heeft gezien. Dat betekent niet dat de suïcidaliteit bij dat laatste consult in beeld

was: terugkijkend gaf de huisarts aan dat bij 30% van deze patiënten suïcidaliteit een punt van zorg was.

Zowel de Nederlandse als de Vlaamse richtlijn voor suïcidepreventie geeft aan dat het maken van contact en het vragen naar suïcidaliteit centraal moeten staan in de zorg voor suïcidale patiënten. Het merendeel van de patiënten zal niet actief met klachten van suïcidaliteit komen. Vooral van mannen is bekend dat ze eerder met vage lichamelijke klachten komen.

Is het mogelijk dat je door te vragen naar suïcidaliteit een patiënt op ideeën brengt? De Wereldgezondheidsorganisatie en de Nederlandse en Vlaamse richtlijnen spreken zich heel duidelijk hierover uit: dat risico is er niet. Mensen met suïcidale gedachten durven niet te spreken over hun gedachten of weten niet met wie deze te bespreken. Hier belangstellend naar vragen kan ruimte geven aan andere opties en kan de tijd geven een suïcidale gedachte of suïcideplan te heroverwegen. Dat vragen naar suïcidale gedachten kun je doen vanaf jonge leeftijd, bij patiënten met een depressie, psychose, bipolaire stoornis, epilepsie, ontwikkelings- en gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten, dementie, verslaving of medisch onverklaarde klachten, chronische pijn of acute emotionele stress. Wat kun je dan vragen? Vraag naar gedachten, vage of concrete plannen en de beschikbaarheid van middelen. Let op ernstige stress, hopeloosheid, agitatie, geweld en sociale isolatie.

1 Richtlijnen en andere documenten

In 2012 verscheen in Nederland de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Deze richtlijn werd multidisciplinair opgesteld, geschreven mede vóór en dóór huisartsen. De doelgroep voor wie de richtlijn werd opgesteld, bestaat verder uit psychologen, psychiaters en psychiatisch verpleegkundigen. Ten behoeve van de huisarts werd een selectie van alle verspreid in de richtlijn opgenomen aanbevelingen gebundeld in bijlage 3, 'Aanbevelingen voor spoedeisende hulp (seh) en huisarts'. In Vlaanderen is, ook in samenwerking met huisartsen, in 2017 de Multidisciplinaire richtlijn Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag verschenen. Deze richtlijn komt overeen met de Nederlandse richtlijn, maar heeft een meer praktische insteek.

Zowel in de Nederlandse als de Vlaamse richtlijn worden vier algemene principes geformuleerd voor hulpverlening aan suïcidale patiënten.

1. Maak als huisarts contact met de patiënt en vraag door naar suïcidaal gedrag.
2. Betrek naasten erbij.
3. Zorg voor veiligheid.
4. Bewaak de continuïteit in de zorg en behandeling.

In de nu volgende subparagrafen wordt uitgewerkt op welke wijze een huisarts het eigen handelen ten aanzien van patiënten met suïcidale gedachten en plannen concreet kan laten bepalen door deze vier principes.

Contact maken en oriënterend onderzoek

Uiteraard moet de huisarts onderzoek doen naar suïcidaliteit bij iedere patiënt die zich duidelijk suïcidaal uitspreekt of een suïcidepoging heeft gedaan. Maar niet alle suïcidale patiënten brengen hun suïcidedgedachten in het contact met de huisarts onder woorden. Dat betekent dat ook andere symptomen, omstandigheden of klachtpresentaties aanleiding kunnen geven om actief navraag te doen naar suïcidale gedachten en plannen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de volgende situaties.

- Bij crisissituaties, bij depressieve symptomen en bij uitingen van wanhoop.
- Na ernstige verliezen, zoals verlies van gezondheid.
- Bij ingrijpende en traumatische gebeurtenissen.
- Bij verandering van behandelaar of bij ontslag na een klinische opname.
- Bij gebrek aan verbetering of bij verslechtering van de situatie.

Kortom, actief doorvragen naar suïcidaliteit is geïndiceerd in elke situatie waarin suïcidaal gedrag aanwezig zou kunnen zijn.

Uiting geven aan suïcidale gedachten is voor veel mensen niet gemakkelijk. Een huisarts die zich hiervan bewust is, kan bewust gaan werken aan verlaging van deze drempel door open en respectvol contact te maken met patiënten. Uit onderzoek blijkt dat veel patiënten de huisarts bezocht hebben voorafgaand aan de suïcide zonder daarbij de suïcidale gedachten of plannen in het consult te vermelden. Een reden hiervoor is dat het moeilijkste vaak niet direct wordt gezegd. Een open en vriendelijke attitude kan bijdragen aan een beter contact, maar ook het alert doorvragen. Interessant is een onderzoek dat liet zien dat de vraag 'Zijn er nog andere klachten?' wél tot meer nieuwe klachten aanleiding gaf,

in tegenstelling tot de vraag: 'Is er nog iets anders?' Het zou te maken hebben met het feit dat de eerste vraag uitnodigend is om verder te vertellen, en de tweede vraag ervan uitgaat dat het meeste al wel genoemd zal zijn.

Wanneer de huisarts in staat is contact te maken met de wanhoop en suïcidale gedachten van een patiënt, kan zij op basis daarvan een oriënterend onderzoek doen. Een oriënterend onderzoek naar suïcidaal gedrag houdt in dat empathisch gevraagd wordt naar wanhoop, suïcidale gedachten en plannen en naar factoren die bijdragen aan iemands kwetsbaarheid of factoren die stress geven. De factoren kunnen meer psychologisch, psychiatrisch of sociaal van karakter zijn.

Juist door goed door te vragen naar datgene waar de patiënt op dat moment mee worstelt of over piekert, maak je contact met hem. Niet door het er niet over te hebben. Is het wellicht verstandig er langzaam naartoe te werken, omdat het een beladen gespreksonderwerp is? De kans is groot dat je daarmee duidelijk maakt het zelf ook een lastig onderwerp te vinden om te bespreken. Gericht en alert doorvragen naar suïcidaal gedrag kan juist drempelverlagend werken en bijdragen aan een positieve werkrelatie.

Contact maken kan beginnen met het stellen van vragen, zoals: 'Hoe gaat het met u? Hoe ziet u de toekomst op dit moment?' Vraag vervolgens gericht door: 'Ziet u voor uzelf nog enige toekomst? Denkt u weleens dat u een einde aan uw leven zou willen maken?' Belangrijk is om bij aanwijzingen voor suïcidegedachten concreet door te vragen naar de inhoud van die gedachten (zie ook hoofdstuk 14).

Het gebruik van lijsten om risicofactoren af te vinken is minder gewenst. Een eerste reden hiervoor is dat suïcidaliteit zich in allerlei vormen kan manifesteren. Het snel willen zien van specifieke signalen is dan verraderlijk. Een tweede reden is dat aandacht voor een lijstje gemakkelijk kan bijdragen aan minder aandacht voor het verhaal van de patiënt en dat daarmee de wanhoop niet goed gehoord wordt.

De richtlijnen zetten in op goed luisteren naar de patiënt en naar de wanhoop die ontstaat wanneer iemand niet meer in staat is problemen, verlieservaringen en nare gevoelens het hoofd te bieden.

Betrekken van naasten bij de zorg

Een tweede algemeen principe bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is naasten erbij betrekken. Het belang hiervan is goed te begrijpen, wanneer je let op de veranderde rol van naasten in de suïcidale gedachten van een patiënt. Iemand die suïcidaal is, ziet de relatie met naasten niet langer als waardevol, wat samenhangt met zijn blik op zichzelf en zijn blik op de naasten. De patiënt heeft de overtuiging niet van waarde te zijn voor zijn naasten, dat deze beter af zijn wanneer hij er niet meer is. Ook is er de gedachte dat niet alleen de patiënt zelf niets aan zijn probleem kan veranderen, maar ook naasten niet in staat zijn het probleem op te lossen of de situatie te veranderen.

Feitelijk gezien kunnen naasten onderdeel zijn van de stress die tot suïcidaliteit kan leiden, maar ook de beschermende factor zijn die iemand van (fataal) suïcidaal gedrag weerhoudt. Suïcidaliteit hangt samen met kwetsbaarheid, die deels erfelijk is of bij het opgroeien verworven wordt. Daardoor komt suïcidaliteit in bepaalde families meer voor dan in andere. De huisarts is degene die vaak dicht bij

patiënten en families staat en zo zicht kan hebben op mogelijk familiale belasting. Redenen genoeg voor de huisarts om uitvoering te geven aan dit tweede principe, het erbij betrekken van naasten. Wat betekent dit concreet voor de huisarts?

Een belangrijke taak voor de huisarts is het uitvoeren van oriënterend onderzoek naar suïcidaal gedrag. Dit houdt in: contact maken met de patiënt en (door)vragen naar suïcidale gedachten, suïcidale plannen en achterliggende wanhoop, en naar factoren die bijdragen aan kwetsbaarheid, stress en bescherming. Bij dit oriënterend onderzoek kunnen naasten goed betrokken worden. Daarvoor zijn twee redenen. In de eerste plaats kan een suïcidale patiënt gepreoccupeerd zijn met de wanhoop en suïcidale gedachten, waardoor het lastiger is zich relevante informatie te herinneren of deze te vertellen. In de tweede plaats kan het zelfbeeld van een patiënt verschillen van het beeld dat anderen van hem of haar hebben: het perspectief van naasten kan zo een goede aanvulling zijn voor de diagnostiek van iemands stress en kwetsbaarheid.

Wanneer duidelijk wordt dat iemand denkt aan de eigen dood, mogelijk met gedachten zelf die dood te bewerkstelligen, is dat voor naasten vaak schokkend om te horen. Het kan gevoelens van angst, verdriet, ontredde of boosheid oproepen. Het kan gevolgen hebben op het gedrag van naasten, en ook bij hen kunnen zich klachten ontwikkelen. De ontstane stress in het systeem zal de stress voor de patiënt verder doen toenemen. Het is goed wanneer de huisarts direct vanaf het begin hier oog voor heeft en in gesprek gaat met de naasten. Steun aan de familie is goed voor de betrokkenen en daarmee voor de suïcidale patiënt. Belangrijke elementen in die steun van de huisarts zijn empathisch en begripvol luisteren, betrekken van naasten bij de behandeling (zo kunnen ze zich weer zien als waardevol) en het alert zijn op (de ontwikkeling van) klachten of problematiek bij deze naasten. Naasten kunnen worden ingeschakeld als steun voor de patiënt met suïcidale gedachten. Ze kunnen steunen door te vragen naar en in gesprek te gaan over de suïcidale gedachten. De huisarts kan dit aanmoedigen door uitleg te geven over het belang van dit gesprek en door zorgen weg te nemen over de risico's hiervan. Naasten kunnen ook steun geven door waar nodig mee te gaan naar afspraken. Suïcidale gedachten kunnen sterker worden, en wel zodanig dat de drang te ple- gen steeds moeilijker te weerstaan is. Dit betekent dat de veiligheid van een patiënt met suïcidale gedachten steeds in het oog moet worden gehouden. De huisarts heeft hier zelf een taak in (zie eerder). Ze kan taken delegeren aan de poh-ggz (praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg) of de eerstelijnspsycholoog, maar kan hierbij ook gebruikmaken van de inzet van naasten. Naasten kunnen eraan bijdragen dat medicatie niet voor het grijpen ligt, dat iemand niet alleen naar plekken gaat of langs plekken moet die risicovol kunnen zijn. Alcohol verlaagt de drempel voor impulsief (suïcidaal) gedrag. De huisarts doet er dan ook goed aan patiënt en naasten te informeren over de risico's van alcohol en met hen hier afspraken over te maken.

Het is goed om te bedenken dat 'naasten' een breed begrip is. In de eerste plaats wordt vaak gedacht aan gezins- of familieleden. Maar het kan ook gaan om burens, betrokken collega's, vrienden, de kerkelijke gemeente of het wijkteam. Wanneer er geen contacten of directe naasten (lijken te) zijn, kan gekeken worden wie die taak kan vervullen: wie kan bij de zorg betrokken worden? Uiteraard moet dit in goed overleg met de patiënt besproken worden.

Wanneer de huisarts naasten bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag betreft, zijn er enkele zaken waarmee rekening moet worden gehouden. Allereerst is er de noodzaak dat de patiënt zijn of haar akkoord moet geven om naasten erbij te betrekken. Wanneer naasten erbij betrokken worden, moet rekening worden gehouden met hun belastbaarheid. Zij zijn degenen die getobd hebben met de situatie thuis, die geschokt horen over de suïcidaliteit en die mogelijk eigen problematiek hebben. Al deze factoren zorgen ervoor dat naasten soms beperkt ingeschakeld kunnen worden. Bovendien moet steeds bedacht worden dat naasten geen professionals zijn, maar in de eerste plaats een rol als naaste hebben. Een derde factor om rekening mee te houden is de wet- en regelgeving rond het beroepsgeheim. Soms zal een arts zich gedwongen zien het beroepsgeheim te doorbreken, bijvoorbeeld wanneer sprake is van concrete plannen met een hoog risico op een letale

afloop. Waar mogelijk blijft het bewaren van het beroepsgeheim het uitgangspunt. De zorgplicht is echter belangrijker dan de plicht tot geheimhouding.

Zorgen voor veiligheid

Suïcidaliteit kan in ernst toenemen, waardoor het risico op het uitvoeren van gedachten en plannen groter wordt, mogelijk met de dood tot gevolg. Een huisarts heeft tot taak om in een acute situatie een inschatting te maken van de noodzaak van direct interveniëren, om zo de veiligheid van een patiënt te kunnen borgen. Hoe geeft de huisarts vorm aan dit derde algemene principe?

Het inschatten van de somatische toestand van de patiënt is een essentiële taak van de huisarts. Het kan daarbij gaan om de algehele lichamelijke conditie van de patiënt of specifiek om de gevolgen van intoxicaties of verwondingen samenhangend met een suïcide poging.

De veiligheid van een patiënt kan verhoogd worden door ervoor te zorgen dat een patiënt niet alleen is. Moet overleg met anderen plaatsvinden (bijvoorbeeld over een verwijzing) of even gewacht worden op een reactie van de specialist, laat dan de patiënt niet alleen achter in een wachtkamer. Ga bij bezoek aan huis niet weg voor overleg. Nabijheid van een ander kan een eerste doeltreffende maatregel zijn om de veiligheid voor de patiënt te vergroten. De familie kan hierin betrokken worden. Beschikbaarheid van middelen is een fors risicoverhogende factor. De huisarts kan alert zijn op de beschikbaarheid van middelen en de risico's met de patiënt bespreken. Ook kan overwogen worden medicatie in kleinere eenheden te verstrekken of in beheer te geven bij naasten.

Voor de huisarts is het van belang te letten op plotselinge veranderingen in het klinische beeld, de suïcidale uitingen of het suïcidale gedrag van iemand en op veranderingen die zij zelf, de praktijkondersteuner of de assistente opmerkt. Wanneer een patiënt pillen gaat sparen of juist ineens trouw om een herhaalrecept vraagt, stiller wordt of juist spraakzamer, zichzelf gaat verwaarlozen of juist extra aandacht aan uiterlijke verzorging gaat geven, somberder wordt of juist actiever en vrolijker, kan dit een signaal zijn dat om extra waakzaamheid vraagt. Soms zijn er niet direct (goed te benoemen) signalen te zien bij de patiënt, maar merkt de huisarts opvallende veranderingen bij zichzelf, die variëren van onrust en een niet-pluis-gevoel tot de behoefte extra contact te maken. Beide typen signalen zijn het waard serieus genomen te worden en kunnen een indicatie zijn van een risicovolle verandering in het klinische beeld.

Zorgen voor continuïteit

Het vierde algemene principe bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is zorg dragen voor continuïteit. Deze stelregel betekent voor de huisarts dat zij zich concentreert dient te houden aan de nu volgende punten.

Wanneer een patiënt suïcidale gedachten heeft, kan de situatie in de loop van dagen, maar soms ook van uren, drastisch verslechteren. Dit heeft als gevolg dat een patiënt die de huisarts bezocht heeft vanwege suïcidale gedachten en vervolgens naar huis gegaan is, alsnog in de avond of nacht wellicht een beroep moet doen op doktersdienst of 24 uurszorg. Het is van belang dat een huisarts daarom ervoor zorgt dat actuele informatie beschikbaar is bij de collega's.

Collega's moeten worden geïnformeerd, maar ook en vooral zal met de patiënt met suïcidale gedachten besproken moeten worden wat de mogelijkheden zijn om acuut hulp te zoeken wanneer de suïcidale gedachten in ernst toenemen. Uit onderzoek blijkt dat goede toegankelijkheid van zorg in belangrijke mate kan bijdragen aan het verminderen van suïcides. De huisarts doet er goed aan de patiënt te wijzen op de mogelijkheden van contact met de huisartsenpost, de crisisdienst ggz in Nederland of de Mobiele Crisisteams in Vlaanderen en 24/7-onlinehulp, zoals 113 Zelfmoordpreventie in Nederland of Zelfmoord1813 in Vlaanderen.

Wanneer een huisarts na contact maken, oriënterend onderzoek en afstemming met naastbetrokkenen moet verwijzen, al dan niet met spoed, is het van belang dat alle relevante informatie direct wordt meegestuurd. Bij beoordeling in de specialistische zorg zal nader onderzoek

gedaan moeten worden naar het suïcidale gedrag, de etiologie en factoren die het gedrag kunnen beïnvloeden. Alle biografische, systemische, somatische en psychiatrische informatie en alle informatie betreffende eerdere behandelingen en hun effectiviteit zijn van belang. Bij een suïcidale crisis is het zaak dat alle relevante informatie beschikbaar is.

Bij suïcidaliteit zal een patiënt vaak verwezen worden naar specialistische zorg. Dat is noodzakelijk om de patiënt de zorg te geven die passend is bij de ernst van de aandoening. Een verwijzing, en daarmee overdracht van zorg, houdt ook een risico in. Uit onderzoek is bekend dat een toename in ernst van suïcidaliteit zich vooral kan voordoen kort voor of na een transfermoment. Dit risico willen voorkómen door bij voorkeur niet te gaan verwijzen is geen optie. De huisarts kan wel zorgen voor een warme overdracht – contact blijven houden na de verwijzing – en dit vooraf met de patiënt bespreken. Bij behandeling in specialistische zorg moet een veiligheidsplan gemaakt worden. In een veiligheidsplan kan beschreven staan wat signalen zijn die aangeven dat de suïcidaliteit begint toe te nemen. In elk geval moet in een veiligheidsplan beschreven staan wat iemand zelf kan doen wanneer de problematiek verergert, en bovenal met wie de patiënt contact kan zoeken. Van belang is dat de huisarts zich ervan vergewist dat zij een rol heeft in dit plan en daar uitvoering aan geeft. Deze rol kan zijn: contact houden met de patiënt (zie eerder) en contact houden met de naastbetrokkenen van de patiënt om te zien welke zorg voor hen nodig is.

Zowel in de Nederlandse als de Vlaamse richtlijn staat nadrukkelijk beschreven dat de huisarts na afschaling een belangrijke rol speelt in de continuïteit van zorg en veiligheid, en dus goed geïnformeerd dient te worden door de specialistische zorg. Zowel in Vlaanderen als in Nederland is een appversie van het veiligheidsplan beschikbaar, via respectievelijk www.zelfmoord1813.be/backup en www.113.nl/ik-denk-aan-zelfmoord/backup. Wanneer een patiënt een behandeling in een kliniek of polikliniek heeft afgesloten en de suïcidaliteit en daarmee samenhangende psychiatrische problematiek adequaat behandeld zijn, is daarmee niet elk risico verdwenen. Suïcidale gedachten kunnen gemakkelijk recidiveren. Daarom is het van belang dat een huisarts na behandeling regelmatig navraagt of de patiënt opnieuw suïcidale gedachten heeft gekregen, om zo vroegtijdig een recidief te kunnen signaleren.

Suïcidepreventie in de regio en de rol van de huisarts

Versterking van samenwerking in de buurt en regio is een belangrijk doel in nationale suïcidepreventieprogramma's. In Nederland werden medio 2016 door 113 Zelfmoordpreventie, op verzoek van de verantwoordelijk minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws), zes pilotregio's gekozen die onder de naam supranet community uitvoering moeten geven aan dit beleid. supranet is de afkorting van SUicide-PREventie-Actie-NET-werk, werkzaam in en met de community: de buurt en regio. Het betreft een samenwerking onder regie van de ggd, gedragen door lokale bestuurders en uitgevoerd door partijen als de huisarts, ggz, thuiszorg, politie, kerk en het onderwijs.

Het supranet community-model (zie ook hoofdstuk 15) is ontwikkeld en onderzocht door de European Alliance Against Depression (eaad) en wordt inmiddels in meer dan vijftien landen toegepast. De rationale is dat mensen met suïcidale gedachten hun suïcidale klacht vaak niet uiten. Het mijden van zorg is onderdeel van de problematiek. Onderzoek laat zien dat suïcidale patiënten barrières ervaren om hulp te zoeken. Suïcidepreventie vraagt daarom om casefinding, het actief opsporen van en contact maken met medemensen in suïcidale nood.

De huisarts heeft hierin een centrale rol. De huisarts is immers degene naar wie gatekeepers in de eerdergenoemde communityprojecten gaan verwijzen. De huisarts moet ook zelf vaardig en alert zijn in het detecteren van patiënten met suïcidale gedachten of plannen.

Scholing en nascholing

In de meeste curricula van de opleiding tot huisarts is er in beperkte mate aandacht voor suïcidaliteit. Ook wordt suïcidaliteit vaak niet gezien of besproken in de huisartsenpraktijk, met als gevolg dat er ook weinig ervaringskennis opgedaan wordt. Dat betekent dat aanvullende scholing zeer wenselijk is. In Nederland is veel ervaring opgedaan met het trainen van huisartsen, onder andere via de StiP-suïcidepreventietraining van het Nederlands Huisartsen Genootschap (nhg, www.nhg.org/scholing/nhg-stip-cursus-suicidepreventie). Doel van deze training is dat huisartsen wanhoop en suïcidaliteit beter herkennen en mensen beter begeleiden in het omgaan met suïcidaliteit.

In Vlaanderen wordt door de suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg gelijkaardige vorming gegeven aan huisartsen inzake de detectie en aanpak van suïcidale patiënten.

Hoewel effecten op daadwerkelijke suïcides of het vaker herkennen van suïcidaliteit niet eenduidig aangetoond zijn, geven trainees wel aan dat ze na de training meer zelfvertrouwen hebben om suïcidaliteit te bespreken.

Tot besluit

Een suïcidepreventietraining kan huisartsen helpen signalen van suïcidaal gedrag eerder te herkennen, het gesprek hierover met een patiënt aan te gaan en de patiënt te motiveren en te ondersteunen bij het zoeken en aanvaarden van behandeling. Gezien de centrale rol van de huisarts in de keten en in regionale projecten gericht op vermindering van suïcidaliteit is dit voor de kwaliteit van de suïcidepreventie van groot belang.

Literatuur

1. Andersen, U.A., Andersen, M., Rosholm, J.U., & Gram, L.F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(2), 126-134.
2. Beurs, D.P. de, Hooiveld, M., Kerkhof, A.J., Korevaar, J.C., & Donker, G.A. (2016). Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open*, 6(5), e010868.
3. Bossuyt, N., & Casteren, V. van (2007). Epidemiology of suicide and suicide attempts in Belgium: results from the sentinel network of general practitioners. *International Journal of Public Health*, 52(3), 153-157.
4. Casteren, V., Veken, J., Tafforeau, J., & Oyen, H. (1993). Suicide and attempted suicide reported by general practitioners in Belgium, 1990-1991. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6), 451-455.
5. Crawford, M.J., Thana, L., Methuen, C., Ghosh, P., Stanley, S.V., Ross, J., e.a. (2011). Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 379-384.
6. Feltz-Cornelis, C.M. van der, Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., e.a. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*, 32(6), 319-333.
7. Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., & Vollebergh, W. (2006). Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Utrecht: Trimbos-instituut.
8. Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W.,

9. e.a. (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.
10. Hoeymans, N., & Schoemaker, C.G. (2010). De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen (RIVM- rapport 270342001). Bilthoven: RIVM.
11. Ilgen, M.A., Czyz, E.K., Welsh, D.E., Zeber, J.E., Bauer, M.S., & Kilbourne, A.M. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 115(1), 246-251.
12. Leavey, G., Rosato, M., Galway, K., Hughes, L., Mallon, S., & Rondon, J. (2016). Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry*, 16, 120.
13. Luoma, J.B., Martin, C.E., & Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
14. Magnée, T., Beurs, D. de, & Verhaak, P. (2015). Consulten bij de huisarts en de POH-GGZ in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014. Utrecht: NIVEL.
15. Marquet, R. L., Bartelds, A. I., Kerkhof, A. J. F. M., Schellevis, F. G., & Zee, J. van der. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003. *BMC Family Practice*, 6, 45. doi: 10.1186/1471-2296-6-45.
16. Milner, A., Witt, K., Pirkis, J., Hetrick, S., Robinson, J., Currier, D., e.a. (2017). The effectiveness of suicide prevention delivered by GPs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 294-302.
17. O'Connor, E., Gaynes, B.N., Burda, B.U., Soh, C., & Whitlock, E.P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158, 741-754.
18. Portzky, G., Autreve, S. Van, & Heeringen, C. van (2010). Suïcidaal gedrag: epidemiologie en risicofactoren. *Huisarts Nu*, 39(1), 12-20.
19. Raue, P.J., Brown, E.L., Meyers, B.S., Schulberg, H.C., & Bruce, M.L. (2006). Does every allusion to possible suicide require the same response? A structured method for assessing and managing risk. *Journal of Family Practice*, 55(7), 605-613.
20. Reynders, A., Kerkhof, A.J.F.M., Molenberghs, G., & Audenhove, C. Van (2016). Risicofactoren en beschermende factoren inzake suïcide in Nederland en Vlaanderen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(2), 105-113.
21. Steendam, M. (2010a). Angst voor je suïcidale patiënt. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 467–473.
22. Steendam, M. (2010b). Familie van suïcidale patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 515–523.