

beroepsuitoefening

SUÏCIDEPREVENTIE

'Contact maken, vragen durven stellen en veel laten vertellen'

Waarom specialiseren psychiaters zich in suïcidepreventie? Welke adviezen hebben ze vanuit die specialisatie en ervaring voor hun collega's? Remco de Winter en Marijke Josephus Jitta over suïcidaal gedrag, de contactvaardigheden van de psychiater en een *Zero Suicide mindset*.

'Op redderfantasieën of oplossingen zitten deze mensen vaak niet te wachten'



Remco de Winter is psychiater, manager zorg, kennisdomeinleider acute psychiatrie bij de Parnassia Groep, onderzoeker aan de VU Amsterdam en de Nederlandse vertegenwoordiger bij IASP (International Association for Suicide Prevention).

'In 2007 deed ik een biologisch georiënteerd psychiatrisch promotieonderzoek. Ik werkte op een gesloten opnameafdeling en had vaak te maken met suïcidale mensen. Dat onderzoek hielp me niet om deze mensen beter te kunnen helpen. In de praktijk weten we nog weinig van suïcidaal gedrag. We hebben geen medicijn dat mensen uit suïcidaal gedrag haalt, geen krachtige psychotherapieën, er is relatief gezien nog maar weinig over bekend.

Parallel aan het onderzoek speelde een heel heftige suïcide op de afdeling. Er was een jongen van 21 binnengebracht die zich binnen een paar uur ophing. Ik had 'm weliswaar niet gezien, maar deed wel de afhandeling. In eerste instantie reageerde ik redelijk defensief naar de ouders. Dit is me slecht bevallen en ik had daar slape-loze nachten van. De motivatie om iets te doen rond dit onderwerp en om te leren beter met de familie om te gaan na een suïcide werd enkel groter.

Na dit tragische voorval ontwikkelde ik naast mijn promotieonderzoek een methode die maakt dat alle neuzen dezelfde kant op staan bij de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag op een afdeling. Naarmate ik me meer verdiepte in dit onderwerp intrigeerde het me ook steeds meer. Ik sloot me aan bij netwerken over dit onderwerp, nationaal en internationaal. Gaandeweg werd onderzoek naar suïcidaal gedrag een soort rare hobby, met als doel een betere behandeling van suïcidale mensen.

Ik was zelf niet goed opgeleid om met zulke situaties om te gaan. Als opleider heb ik er veel aandacht voor, maar dat gebeurt helaas niet overal. Toch zijn er al dingen verbeterd. We hebben nu een multidisciplinaire richtlijn die samen gaat met de uitgebreide PITSTOP-training voor alle hulpverleners, waarvan ook de arts-assistenten op de hoogte moeten zijn. Er is ook wat aandacht in het cursorisch onderwijs, maar wat mij betreft nog niet genoeg. Als het aan mij lag, dan zou ik in de opleiding tot psychiater interviewtechnieken en de basisprincipes van de richtlijn toevoegen. Ik vind namelijk dat iedere psychiater in staat moet zijn om op een goede manier contact te leggen, de veiligheid te garanderen, naasten erbij te betrekken, continuïteit van zorg te bieden en een structuurdiagnose →

te schrijven en over te dragen aan een collega. In zo'n diagnose beschrijf je wat het systeem is van deze patiënt, wat in het verleden heeft geholpen, wat beschermende factoren zijn, enzovoort. Zo kunnen we letterlijk levens redden.

Die praktische communicatietrainingen zijn zo belangrijk omdat niet alle psychiaters van nature een warme empathische grondtoon hebben waardoor mensen meer vertellen. En daar begint het mee. Iedereen die in de ggz komt zou gevraagd moeten worden naar suïcidale gedachten. Dit gebeurt niet altijd. Er is terughoudendheid, maar ook weinig kennis. Overigens vind ik niet dat psychiaters per se beter zijn in het beoordelen van suïcidaal gedrag dan bijvoorbeeld een verpleegkundige.

We hebben gemerkt dat in het gesprek met suïcidale mensen de case methodologie goed helpt: achterover leunen, vragen en veel laten vertellen, zodat iemand zich in ieder geval in z'n pijn gehoord voelt. Vaak komen ze via de methodologie vanzelf met iets dat hen in het verleden heeft geholpen. Onderzoeker Marieke de Groot en ik zijn bezig om CAMS te introduceren in Nederland, *Cooperative Assessment Management of Suicidality*; de enige nu bekende en evident bewezen behandelingsmethode die suïcidaliteit als aparte entiteit aanpakt. Dit betekent dat als er sprake is van suïcidaliteit naast andere ziektebeelden, beide naast elkaar aangepakt kunnen worden. Wat het suïcidale deel betreft gaat het er dan in eerste instantie om de drijfveren helder te krijgen, de redenen waarom iemand dood wil en dit als focus voor de behandeling te nemen.

Het beoordelen van suïcidaliteit is overigens lang niet altijd gemakkelijk. Er is niet één soort suïcidaal gedrag.

Het maakt veel uit of iemand suïcidaal is vanuit een heel

Uit de praktijk: opname of niet?

Het aantal bedden neemt de laatste jaren drastisch af en daarmee de mogelijkheid om mensen te laten opnemen. Stuur je dan toch eerder aan op ambulante beleid?

Marijke Josephus Jitta: 'Een klinische opname zou je alleen moeten gebruiken als het niet anders kan. In alle andere gevallen probeer je mensen thuis beter te laten worden met de inzet van familie en naasten. Het kan betekenen dat er elke dag een huisbezoek door de verpleegkundige of arts moet worden afgelegd. Misschien ook meerdere telefoontjes per dag. Een opname kan het risico op suïcide overigens ook verhogen.'

Remco de Winter: 'Een opname betekent vaak schijnveiligheid. Intensieve behandeling thuis is eigenlijk veel beter. Dat betekent een andere mindset; naasten betrekken, ook al denken die vaak - ten onrechte - dat een opname veiliger is. Patiënten zelf ervaren een opname ook nogal eens als traumatiserend en willen dat niet opnieuw beleven.'

Remco de Winter geeft op het Najaarscongres de workshop Samen beoordelen van en omgaan met suïcidaal gedrag: de CAMS procedure. Introductie van een veelbelovende evidente behandeling bij suïcidaal gedrag in Nederland. Meer informatie over het Najaarscongres vindt u op pagina 8 in dit nummer en op www.nwvp.net/ledennet.

Uit de praktijk: goed contact maken

Psychiaters hebben vaak pas contact met een suïcidale patiënt als die al gesproken heeft met een andere hulpverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige of arts-assistent. Staat dit het 'goed contact maken' niet in de weg?

Marijke Josephus Jitta: 'Bij aanvang van een contact bij de crisisdienst wordt uitgelegd hoe we werken. Meestal beginnen een SPV en een arts-assistent het consult en sluit een psychiater als achterwacht aan bij het gesprek. Als ik aansluit begin ik vaak met een samenvatting van wat ik heb gehoord van mijn collega's. Patiënt en naasten begrijpen dan dat ze niet opnieuw hoeven te beginnen met hun verhaal en het biedt ook de gelegenheid om misverstanden uit de weg te ruimen.'

Remco de Winter: 'Ik ervaar het niet als een probleem. Vaak zitten er nog wat hiaten in het verhaal dat bekend is en is het zinvol om het verhaal nog eens aan te horen. Bovendien voelt de patiënt zich dan in mijn ervaring juist extra serieus genomen.'

zware depressie met psychotische kenmerken, of vanuit een heel inadequate coping terwijl die persoon intussen wel erg lijdt. Hoe triest is het als de enige manier om aandacht te krijgen zo'n copingstrategie is, te zeggen dat je dood wilt? Iedereen om hen heen schiet in de kramp. Op redder-fantasieën of oplossingen zitten deze mensen echter vaak niet te wachten. Ze willen vooral gehoord worden.' ←

Vorige maand verscheen de tweede, herziene druk van het handboek *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* van Ad Kerkhof en Bert van Luyn (red.). Inspiratiebron voor de herziening was de in 2012 verschenen *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. In de grondig herziene uitgave is meer aandacht voor chronische suïcidaliteit en zijn bijdragen toegevoegd over autisme en suïcidaliteit, interventies in de klinische praktijk, do's en don'ts voor de ggz, biologische interventies bij suïcidaal gedrag en behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren. Daarnaast is er een nieuw hoofdstuk voor de basis-ggz, de huisarts en de POH-ggz. Het boek is uitgegeven bij Bohn Stafleu van Loghum, ISBN 97890368809719, € 39,50

Psychiater en 113Online-directeur Jan Mokkenstorm lichtte in het julinumnummer van *De Psychiater* de plannen toe van Stichting Supranet GGZ, een lerend netwerk van, voor en door ggz-professionals. De deelnemende ggz-instellingen zullen vanaf 2017 informatie en gegevens in een gemeenschappelijke database bundelen, analyseren en uitwisselen om van elkaar te leren en de zorg voor suïcidale mensen te verbeteren. Lees het interview online op www.depsychiater.nl.

‘Contact kunnen maken is cruciaal bij het omgaan met suïcidaal gedrag’



Marijke Josephus Jitta werkt als psychiater bij GGZ inGeest, bij de crisisdienst in Haarlem. Zij werkt verder bij Stichting 113Online, de organisatie voor suïcidepreventie die een aanjagende en coördinerende rol heeft in de uitvoering van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie van het ministerie van VWS.

‘Ruim twintig jaar geleden overleed een oom door zelfdoding. Dat kwam volledig onverwacht. Ik was toen een periode in het buitenland en kon niet bij het afscheid zijn. Later pas begreep ik dat zijn kinderen, toen nog jong, niet wisten hoe hij was overleden. Dat is hun pas veel later verteld. Dat maakte dat er dus ook niet over gesproken werd, we hadden tenslotte een geheim te bewaren.

Dit was iets waar ik me niet prettig bij heb gevoeld. In mijn werk bij de crisisdienst in Haarlem spreek ik dagelijks mensen met suïcidale klachten. Bij zeker de helft van de patiënten die bij de crisisdienst worden aangemeld speelt suïcidaliteit een rol en is dat ook vaak de reden om met spoed beoordeeld te worden. Bij de paar patiënten die ik langdurig zie, is suïcidaliteit een belangrijk thema in de contacten.

Contact kunnen maken is cruciaal bij het omgaan met suïcidaal gedrag. Zonder contact weet ik niet hoe ik suïcidaal gedrag kan interpreteren. Ik weet niet welke functie het heeft. Contact is nodig om met elkaar – patiënt, behandelaren, familie en vrienden – perspectief te kunnen bieden, interventies te bedenken en veiligheid te borgen. Als er geen contact meer mogelijk is, dan betekent dit voor mij dat deze persoon ook niet meer in staat is om voor zijn eigen veiligheid te zorgen.

Tijdens de studie geneeskunde ben ik – als ik het me goed herinner – niet voorbereid op dit soort situaties. In ieder

geval hebben we niet geoefend wat je zou moeten zeggen of doen. Tijdens mijn opleiding tot psychiater kwam het wel aan bod. Dat wil zeggen: we hebben tijdens de introductieweek besproken wanneer je nu de verantwoordelijkheid van iemand overneemt. Er zijn situaties waarbij mensen suïcidale klachten hebben en waarbij je het vervolgens helemaal bij die persoon laat. Maar bij iemand die vanuit zijn psychotische beleving meent de wereld te redden door van een gebouw af te springen, neem je de verantwoordelijkheid over.

Pas later tijdens de opleiding tot psychiater volgde ik een contactvaardigheidstraining op het gebied van suïcidaliteit, met een theoretisch gedeelte en vooral met uitgebreide simulaties. Daar heb ik veel handvatten gekregen. Ik ben er voorstander van om die training naar voren te halen in de studie tot psychiater.

Suïcidaliteit vinden we een moeilijk onderwerp en dit betekent dat we dan eigenlijk al onze contactvaardigheden vergeten; wat je in gewone gesprekken doet, vergeten we op dat moment. We raken een beetje stram, star, als het over suïcidaliteit gaat. In deze training werd benadrukt dat als een gesprek niet loopt, je dus even een stapje terug moet doen. Eerst het contact herstellen, dan pas weer door met diagnostiek en interventies. De suïcidepreventietraining heeft me heel goed geholpen om hier op een gestructureerde manier mee om te gaan.

Gesprekken over suïcidaliteit, daar moet je echt de tijd voor nemen. Pas als je echt goed geluisterd hebt, ga je proberen met elkaar oplossingen te vinden. Mij gaat het erom dat niemand eenzaam en wanhopig sterft. Patiënten hoeven niet koste wat het kost te blijven leven. Euthanasie kan onderwerp van gesprek zijn. Soms blijkt dan dat iemand wel dood wil door zelfdoding, maar geen euthanasie wil. Iemand wil dan bijvoorbeeld geen afscheid hoeven nemen. Voor mij spelen de belangen van naasten echter ook mee. Voor hen is euthanasie van een vriend of familielid minder moeilijk om mee om te gaan dan zelfdoding. Suïcidale gedachten komen heel veel voor. Erover praten helpt om zelfdoding te voorkómen. Toch voelen nog niet alle hulpverleners, ook psychiaters, zich bekwaam genoeg om suïcidaliteit aan de orde te stellen. Want wat moeten we als we vragen naar suïcidale gedachten en we weten ons geen raad met het antwoord?

Training kan hier goed bij helpen. Zolang we er niet over praten en naar vragen, zullen patiënten zich niet veilig voelen suïcidaliteit met ons te bespreken. Hier iets aan doen past binnen de *Zero Suicide mindset* die ik ondersteun. Pas als je vindt dat suïcides te allen tijde voorkomen moeten worden, doe je alles om je werk zo te veranderen dat we het risico op suïcide werkelijk tot een minimum beperken.’ ←

Uit de praktijk: hoge werkdruk

De hoge werkdruk kan betekenen dat de beoordeling van crisissituaties in het gedrang komt, omdat de psychiater ook zijn eigen (productie)agenda heeft.

Marijke Josephus Jitta: ‘Ik herken dit wel uit de periode dat ik polikliniek, met een starre agenda, probeerde te combineren met de flexibiliteit vragende crisisdienst. Ik ben daarom gestopt op de poli. Er is werk genoeg in de crisisdienst om aan voldoende productie te komen. Op rustige momenten plan ik RM-beoordelingen in.’

Remco de Winter: ‘We doen het vooral samen. De psychiater is in mijn ogen niet per se beter in de beoordeling van suïcidaliteit dan een verpleegkundige. Bij een ingewikkelde situatie probeer ik tijd vrij te maken. Overleg met teamgenoten kan eventueel ook telefonisch. Ik vind het belangrijk dat we samen de verantwoordelijkheid dragen en er een “wij-gevoel” is er als sprake is van ingewikkelde risicotaxatie bij suïcidaal gedrag.’