

Klinische les

Is de huisarts machteloos bij suïcidale patiënten?

Ad J.F.M. Kerkhof, C.E. (Kees) van der Meer, A.M.A. (Marga) van der Meer–Medendorp, Derek P. de Beurs en Remco F.P. de Winter

Vrije Universiteit, afd. Klinische Psychologie, Amsterdam: prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof, klinisch psycholoog en psychotherapeut; dr. D. de Beurs, psycholoog (tevens Trimbos Instituut, afd. Epidemiologie, Utrecht); dr. R. de Winter, psychiater. (tevens geneesheer–directeur GGZ Rivierduinen, Leiden tevens Vrije Universiteit, afd. Klinische Psychologie).

Huisartsenpraktijk 't Joppie, Leiden: drs. C.E. van der Meer en A.M.A. van der Meer–Medendorp, huisartsen.

Contact: A.J.F.M. Kerkhof (ajfm.kerkhof@gmail.com)

GGZ; Psychiatrie; Psychologie; Huisartsgeneeskunde

D5058

Conflict of interest and financial support: none declared.

Samenvatting

Wat te doen wanneer een patiënt bij herhaling aangeeft suïcidale gedachten te hebben? Huisartsen voelen zich nogal eens machteloos tegenover een patiënt met suïcidale gedachten. In deze klinische les willen wij huisartsen laten zien dat zij niet helemaal machteloos zijn. Ook in complexe en schijnbaar uitzichtloze situaties kunnen huisartsen voorkomen dat een patiënt suïcide pleegt, vooral vanwege hun persoonlijke relatie met de patiënt en met diens naasten.

Dames en Heren,

Na privé-ongevallen (val) is suïcide is de meest voorkomende oorzaak van een niet-natuurlijke dood. Er overlijden 3 keer zoveel mensen door zelfdoding dan door verkeersongevallen. Toch wordt de huisarts relatief weinig geconfronteerd met suïcide. Naar schatting maakt een huisarts iedere 4 tot 8 jaar een patiënt mee die suïcide pleegt. Suïcidepogingen en de dreiging van suïcide komen echter veel vaker voor en gemiddeld heeft elke huisarts daar 3 tot 4 keer per maand mee te maken.¹

Wat te doen wanneer een patiënt bij herhaling aangeeft suïcidale gedachten te hebben? Huisartsen voelen zich nogal eens machteloos tegenover een patiënt met suïcidale gedachten. In deze klinische les willen wij huisartsen laten zien dat zij niet helemaal machteloos zijn. Ook in complexe en schijnbaar uitzichtloze situaties kunnen huisartsen voorkomen dat een patiënt suïcide pleegt, vooral vanwege hun persoonlijke relatie met de patiënt en met diens naasten.

Patiënt A, een alleenwonende, 39-jarige, gescheiden man, kwam bij de huisarts omdat hij suïcide wilde plegen.

De man was werkzaam als architect in loondienst totdat hij vanwege een depressie zijn werk niet meer kon doen. Sindsdien kreeg hij een ziekteverzuim. De huisarts had de man verwezen naar een vrijgevestigde psychotherapeut, die hem intensief behandelde voor depressie en suïcidaliteit. Na een jaar merkte hij echter geen verbetering van de klachten. Ook werd hij een korte tijd met antidepressiva behandeld, maar ook dat gaf geen verlichting van de klachten. Daarom vertelde hij de huisarts dat hij onbehandelbaar was en niet meer wilde leven. Hij had voldoende middelen in huis om een einde aan zijn leven te maken. Ook had hij al afscheid genomen van zijn vrienden. Recentelijk had hij zijn moeder, die hij al 6 jaar niet gezien had, ook verteld dat hij suïcide zou gaan plegen. De man ervaaarde zijn bestaan als een kwelling. Hij meende iedereen tot last te zijn: zijn familie, vrienden, exen, en iedereen die dicht bij hem kwam. Hij voelde dat zijn leven er niet toe deed en er nooit toe gedaan had. Hij was wanhopig en wilde snel zijn leven gaan beëindigen.

De huisarts voelde de wanhoop van patiënt en voelde zichzelf ook machteloos tegenover de doodswens van de patiënt. De huisarts kon niet voldoende tot de patiënt doordringen om hem op een ander spoor te brengen. Dit maakte de huisarts erg ongerust. Patiënt wilde absoluut niet door de crisisdienst beoordeeld worden, omdat hij vreesde dat hij dan opgenomen zou worden. De huisarts en de behandelend psychotherapeut besloten samen dat een beoordeling door de crisisdienst en een eventuele opname in een ggz-instelling niet wenselijk was omdat dat waarschijnlijk zou betekenen dat de man zich zou doden.

Voor de korte termijn was patiënt bereid om afspraken te maken met de huisarts en psychotherapeut. Hij zou zich bij hen melden als hij het niet meer redde in plaats van zelfmoord te plegen. Maar de huisarts vertrouwde de man niet. De huisarts had sterk het gevoel de patiënt niet in de steek te mogen laten. In overleg met de psychotherapeut contacteerde de huisarts een klinisch psycholoog in de buurt, die gespecialiseerd is in suïcideproblematiek. Deze klinisch psycholoog zag behandel mogelijkheden gericht op het gevoel van de man dat hij anderen tot last was. De klinisch psycholoog nam de behandeling over. De huisarts hield contact met de patiënt en sprak met hem af dat als het niet klikte met de klinisch psycholoog hij weer zijn psychotherapeut terechtkon.

Een jaar later was patiënt door de behandeling geheel vrij van depressie. Hij had geen spoor meer van suïcidaliteit en was weer hoopvol aan het werk. Ook had hij zijn herinnering aan zijn moeder en het gevoel er niet toe te doen fundamenteel bijgesteld. Hij genoot weer van het leven.

Patiënt B, een man die herhaaldelijk in psychiatrische klinieken was opgenomen en meerdere suïcidepogingen had ondernomen, werd bij de huisarts gemeld om het risico op suïcide in te schatten. De man had zich onttrokken aan hulp vanuit de ggz. Via het sociaal wijkteam werd hij ambulante begeleid voor zijn psychische en sociale problemen. De man had diabetes mellitus type 2, ADHD, een narcistische persoonlijkheidsstructuur, financiële problemen en alcoholmisbruik in het verleden. Hij was ook bekend bij de politie en bij daderhulpverlening. Via de huisarts werd hij behandeld met methylfenidaat, antidepressiva en antipsychotica. Zijn ambulante begeleidster meldde bij de huisarts dat hij recentelijk meermaals had verkondigd dat hij suïcide wilde gaan plegen. De ambulante begeleidster kon geen afspraken meer met de man maken en hij had zich tegen haar verbaal dreigend geuit toen zij voorstelde om de man GGZ-hulp te bieden. De ambulante begeleidster legde de situatie toch bij de huisarts neer, zonder dat aan de man te vertellen. De eigen huisarts was afwezig. De plaatsvervangend huisarts schatte het risico op suïcide bij de man hoog in. Omdat geen van de aanwezige huisartsen een band had met patiënt waren zij ervan overtuigd dat zij, net als de ambulante begeleidster, geen afspraken met de man konden maken. Zij verzochten de ggz-crisisdienst om met patiënt contact te leggen. De dienstdoende psychiater van de crisisdienst stelde echter dat de huisarts eerst zelf ter plaatse het risico op suïcide bij de man moest beoordelen. Ook moest de huisarts een somatische oorzaak van de toestand van patiënt uitsluiten, omdat hij al meer dan een jaar niet bij de GGZ was geweest.

Uiteindelijk werd de eigen huisarts van patiënt bereikt en die ging vervolgens, na telefonisch contact met patiënt, bij hem op bezoek. Patiënt was boos en verdrietig omdat zijn vriendin hem zonder waarschuwing had verlaten en dat zij hun hond had meegenomen. Zonder vriendin en zeker zonder hond had het leven voor hem geen zin en hij was vastberaden er uit te stappen. Hij wist ook al hoe hij zichzelf zou gaan doden, maar wilde daar verder niet over vertellen. Hij herhaalde dat hij het niet zou accepteren als de crisisdienst hem kwam beoordelen en uitte dreigende taal naar de huisarts. Bovendien zorgde hij wel dat hij weg was als de crisisdienst zou komen. De huisarts vreesde het contact met patiënt te verliezen als hij toch de crisisdienst zou inschakelen, maar voelde zich onzeker over deze strategie.

De huisarts bleef rustig en empathisch en bood aan om te bemiddelen tussen patiënt en diens vriendin om te vragen of zij in ieder geval de hond wilde teruggeven. De huisarts kende de vriendin al van eerdere crisissituaties. Om de huisarts niet in de problemen te brengen ondertekende patiënt een non-suïcidecontract. Vervolgens overlegde de huisarts met een klinisch psycholoog.

De volgende dag bleek dat patiënt de afgelopen avond alsnog de huisartsenpost had gebeld om te vertellen dat hij niet meer wilde leven en geen hulp meer wilde. Hij had alle medicatie die hij in zijn bezit had (methylfenidaat, quetiapine, citalopram, gliclazide en metformine) in één keer ingenomen. Hij had de voicemail van de huisartsenpraktijk ingesproken om zich te excuseren voor het feit dat hij zich niet aan het contract had gehouden. De dienstdoende huisarts schakelde de politie in en de man werd door de crisisdienst beoordeeld. Hij werd die nacht in het ziekenhuis opgenomen vanwege de cardiale gevolgen van de overdosis medicatie die hij had ingenomen. In de vroege ochtend verliet hij

uit onvrede, en tegen medisch advies in, het ziekenhuis. Patiënt zat die avond weer alleen thuis en had nog altijd een doodswens. De huisarts bemiddelde vervolgens tussen patiënt en zijn vriendin en een paar dagen later kreeg de man zijn hond terug. De suïcidedrang van de man temperde in de dagen erna.

Beschouwing

Betrokkenheid van de huisarts

Huisartsen kunnen zich machteloos voelen bij de behandeling van suïcidale patiënten, maar dat is soms niet helemaal terecht. Vanwege hun professionele betrokkenheid bij de patiënt en bij diens naasten hebben huisartsen een sterke, soms doorslaggevende invloed, ook in schijnbaar uitzichtloze situaties. Maar die betrokkenheid kan de patiënt alleen voelen als de huisarts in eerdere gesprekken over de doodswens van de patiënt adequaat heeft gereageerd. Wanneer suïcidaliteit aan bod komt moet de huisarts aangeven dat hij of zij de patiënt wil begrijpen. Dat kan door een paar vragen te stellen. 'Als je aan suïcide denkt, dan moet je wel wanhopig zijn. Klopt dat? Waarover ben je het meest wanhopig? Hoe vaak denk je aan suïcide? Heb je al plannen gemaakt?' Het is daarbij van belang dat de huisarts begrijpt dat de doodswens vooral een wens is om te ontsnappen aan eindeloze en onverdraaglijke, zelfkwellende gedachten en gevoelens, om eindelijk rust te vinden in de chaos. De nadruk moet dan ook liggen op die zelfkwellende gedachten en gevoelens en de behandeling daarvan. De patiënt moet na dat gesprek het gevoel hebben dat hij of zij door de huisarts is gehoord en begrepen. Dat scheidt een band en die kan later nog eens van pas komen.

Wanneer de huisarts overlegt met een psycholoog of psychiater over een patiënt dan zal de patiënt sneller geneigd zijn om hulp van een psycholoog of psychiater te accepteren. De huisarts kan zich door het overleg gesteund voelen en met meer gezag een behandeling voorstellen. De betrokkenheid van de huisarts kan wonderen verrichten, soms al door één enkel telefoontje, of enkele gesprekken. Heftige suïcidaliteit kan soms binnen enkele dagen fors verminderen. Het geeft de patiënt rust om te weten dat de huisarts hem of haar aanvoelt in de emotionele ontredde en dat de huisarts er is als hij of zij de controle dreigt te verliezen.

Overleg met een ggz-hulpverlener

Het zou goed zijn als iedere huisarts in contact staat met een onafhankelijke psycholoog of psychiater om af en toe mee te kunnen overleggen wanneer de huisarts zich machteloos voelt. Dat geeft de huisarts de mogelijkheid om even op het eigen handelen te reflecteren. Zo kan de huisarts nagaan of hij of zij iets vergeten heeft of misschien een onverantwoord groot risico neemt. Een aantal huisartsen heeft een psycholoog of psychiater die zij vaker consulteren als dat nodig is. In de praktijk kunnen huisartsen de psychologen of psychiaters consulteren die als begeleiders van hun intervisiegroep functioneren. Ook zijn er in sommige huisartsenpraktijken besprekingen waarbij psychiaters of psychologen aanwezig zijn. Ook los daarvan zijn er genoeg ervaren psychologen of psychiaters in staat en bereid om af en toe te overleggen met de huisarts over een suïcidale patiënt. En uiteraard kunnen huisartsen overleggen met de medewerkers van de acute crisisdienst. In de Leidse regio kunnen huisartsen bovendien een consult aanvragen bij een ggz-instelling om snel een advies in te winnen (www.transparant-next.nl/consultatie). De boodschap is: bij een patiënt met herhaalde en/of hulp vermijdende suïcidaliteit is het altijd goed om even te overleggen, dan staat de huisarts er niet alleen

voor. Als de patiënt toch suïcide pleegt, dan kan dat overleg het verdriet of de gevoelens van schuld en machteloosheid verzachten.

Non-suïcidecontract

Het ondertekenen van een non-suïcidecontract heeft niet zo veel zin, zoals ook bij patiënt B het geval bleek. Een non-suïcidecontract biedt een schijnzekerheid aan de huisarts. Het fungeert eerder als een bezweringsformule voor de machteloze hulpverlener, dan dat het behulpzaam is voor de patiënt. De patiënt is meestal voldoende geholpen met een snelle vervolgspraak. Door de patiënt te laten beloven dat hij of zij geen suïcide zal plegen ontkent men juist dat het reëel is dat de patiënt tijdens een crisis de controle kan verliezen. Dan overheersen dwang en ontredde en kan de patiënt zich helemaal niet aan die belofte houden. De huisarts moet daarom niet het onmogelijke vragen.² Ook in ziekenhuizen wordt wel eens met afspraken gewerkt, soms ook in de vorm van een getekend contract. Ook daar biedt het alleen schijnveiligheid. Het gaat er in essentie om dat de hulpverlener contact maakt met de patiënt, de naasten zo mogelijk betreft bij de behandeling en veiligheid en continuïteit van zorg garandeert. Daarbij moeten invoelbare afspraken worden gemaakt en dus niet een zakelijk contract worden opgesteld dat de behandelaar zou vrijpleiten van inspanning of aansprakelijkheid.

Beoordeling door de crisisdienst

Huisartsen kunnen bij de beoordeling van een suïcidale patiënt een triagetool gebruiken om te bepalen of de patiënt door crisisdienst beoordeeld moet worden.³ Zo moet een patiënt onder andere door de acute crisisdienst worden beoordeeld als hij of zij angst heeft voor de eigen impulsiviteit, veel liever doodgaat dan blijft leven, verschillende methoden van zelfdoding heeft overwogen, al uitgewerkte plannen heeft voor zijn suïcide, of denkt dat het beter is voor iedereen als hij of zij er niet meer is. Ook is het soms zinvol om patiënten laagdrempelig contact te laten hebben met [www.113Zelfmoordpreventie](http://www.113Zelfmoordpreventie.nl), telefonisch of via anonieme chat.

Zoals bij de patiënten in deze klinische les zullen er altijd vormen van suïcidaal gedrag zijn waarbij het risico zo hoog is dat een spoedbeoordeling door de crisisdienst onvermijdbaar is. En daar mag wat ons betreft nooit discussie over bestaan. Als de huisarts vindt dat een beoordeling door de crisisdienst acuut nodig is, dan moet dat niet betwijfeld worden. Eventuele discussie over de noodzaak van de bemoeienis van de crisisdienst moet niet tijdens de crisissituatie, maar achteraf plaatsvinden.

Opname in een ggz-instelling

Er is een reële kans dat een patiënt na beoordeling door de crisisdienst opgenomen wordt.⁴ In sommige regio's wordt meer dan 40% van de patiënten met suïcidaal gedrag opgenomen nadat zij door de crisisdienst zijn beoordeeld.

De laatste jaren worden suïcidale patiënten minder vaak opgenomen doordat er meer Intensieve-Behandeling-Thuis-teams zijn gekomen, die bekwaam zijn in de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag en een goed alternatief vormen voor een opname in een ggz-instelling.

Een patiënt met een hoog risico op suïcide kan gedwongen worden opgenomen in een ggz-instelling onder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz). Er moet dan sprake zijn van een

psychische stoornis en een relatie met ernstig nadeel, namelijk levensgevaar door het risico op suïcide. De gedwongen opname moet doelmatig en proportioneel zijn en als uiterste redmiddel worden toegepast.

Terug naar de patiënten

Patiënt A De huisarts had een vertrouwensband en een begripvol contact met de patiënt. Daardoor kon de huisarts patiënt motiveren voor een nieuwe behandeling. Het was gedurfd van de huisarts om patiënt niet door de crisisdienst te laten beoordelen. Wat uiteindelijk de doorslag gaf was dat de huisarts zijn aanpak besprak met een psychotherapeut en een klinisch psycholoog. De klinische psycholoog zag behandelmogelijkheden bij patiënt.

iiiv De suïcidaliteit van patiënt kwam voort uit ‘perceived burdensomeness’, de onterechte en soms waanachtige perceptie anderen tot last te zijn en daarom maar beter te kunnen sterven.⁵ Patiënt werd intensief psychotherapeutisch behandeld gericht op dat waanidee. Bij deze behandeling wordt de patiënt direct geconfronteerd met het idee dat hij of zij anderen tot last is en dat anderen opgelucht zouden zijn als hij of zij er niet meer was. Vaak wordt de familie bij de behandeling betrokken en wordt hen gevraagd of zij inderdaad blij zouden zijn als hun dierbare suïcide zou plegen, hoeveel overlast zij hebben van de patiënt, en of deze overlast zodanig groot is dat zij hem liever kwijt zouden zijn. Deze confrontatie doorbreekt vaak effectief de waanideeën van de patiënt.

Patiënt B Ondanks het feit dat patiënt afwijzend was naar alle hulpverleners, kon de huisarts op de belangrijkste momenten toch contact met hem krijgen. De interventie van de huisarts, door patiënt te bezoeken en aan te bieden om te bemiddelen tussen patiënt en diens vriendin, was cruciaal. Daarmee liet de huisarts zien dat hij de patiënt gehoord en begrepen had. Waarschijnlijk heeft de persoonlijke betrokkenheid van de huisarts het verschil gemaakt en ervoor gezorgd dat patiënt niet alsnog suïcide pleegde.

Dames en heren, huisartsen zijn vanwege hun persoonlijke betrokkenheid bij patiënten en hun naasten minder machteloos tegenover een suïcidale patiënt dan zij soms denken. Huisartsen kunnen veel invloed hebben op een patiënt als zij begripvol reageren in gesprekken over suïcidaliteit. Bij patiënten met suïcidaal gedrag is het veel effectiever om vervolgspraken te maken dan de patiënt een non-suïcidecontract te laten ondertekenen. Huisartsen kunnen zich gesteund voelen wanneer zij de behandeling van een suïcidale patiënt overleggen met een ggz-hulpverlener, zoals een psycholoog, psychiater of iemand van de crisisdienst. De krachtigste interventie van de huisarts is zijn of haar begripvolle betrokkenheid.

Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5058

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 13 mei 2020

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5058

Literatuur

1. De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. [Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de ‘Netherlands mental health survey and incidence study-2’ \(NEMESIS-2\)](#). Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
2. De Vries P, Huisman A, Kerkhof AJFM, Robben PBM. Het non-suïcide contract: een riskant ritueel. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2008;50:667-71.
3. [Handreiking Zelfmoordpreventie voor de huisartsenpraktijk](#). Amsterdam: 113 Zelfmoordpreventie; 2017.
4. De Winter RFP, Hazewinkel MC, van de Sande R, de Beurs DP, de Groot MH. Outreach psychiatric emergency service. Characteristics of patients with suicidal behavior and subsequent policy. Crisis. 2020. [doi:10.1027/0227-5910/a000651](#).
5. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005.

Kernpunten

- Huisartsen zijn vanwege hun persoonlijke betrokkenheid bij patiënten en hun naasten minder machteloos tegenover een suïcidale patiënt dan zij denken.
- Huisartsen kunnen veel invloed hebben op een patiënt als zij begripvol reageren in gesprekken over suïcidaliteit.
- Bij patiënten met suïcidaal gedrag is het veel effectiever om vervolgafspraken te maken dan de patiënt een non-suïcidecontract te laten ondertekenen.
- Huisartsen kunnen zich gesteund voelen wanneer zij de behandeling van een suïcidale patiënt overleggen met een ggz-hulpverlener..

i Wij hebben de ziektegeschiedenis van patiënt A herschreven in de *NTvG*-huisstijl. Daarbij hebben wij met name zinnen verplaatst. Wilt u de inhoud nog even controleren? Is de chronologie nog juist?
OK

ii Wij hebben de ziektegeschiedenis van patiënt B herschreven in de *NTvG*-huisstijl. Daarbij hebben wij name zinnen herschreven in onvoltooid verleden tijd, opgesplitst in meerde aparte zinnen of ingekort. Wilt u de inhoud nog even controleren? Is de chronologie nog juist? Twee kleine veranderingen aangebracht in tekst

iii Wij hebben deze alinea uit de ziektegeschiedenis van patiënt A naar de beschouwing verplaatst. Is de strekking van de alinea juist in deze context? OK, woordje *een* kan weg

iv Wij hebben deze zin in twee aparte zinnen gesplitst. Is de strekking nog juist? Staat de literatuurreferentie op de juiste plaats? OK, maar ref 6 moet ref 5 zijn.

v Wij hebben hier een slotalinea geschreven op basis van de kernpunten die u heeft aangeleverd. Gaat u akkoord met de formulering? Akkoord

Referentie: handreiking 113 is uit 2017 niet uit 2011.