

## **Achtergronddocument Actie Ivonne van de Ven Stichting**

### **Structureel opleiden artsen en hulpverleners voor suïcidepreventie**

Maart 2019

Professor Ad Kerkhof

#### **Wat willen we realiseren**

Wij roepen u op, namens de patiënten, hun naasten en nabestaanden, en mede namens wetenschappers, artsen en hulpverleners om studenten in het initiële en cursisten in het postacademische onderwijs op te leiden tot een goede Ausgangssituatie bij het afstuderen (master, of gatekeeper niveau) om uit te groeien tot een professioneel niveau, d.w.z. tot het kunnen toepassen van de multidisciplinaire richtlijn na afloop van de BIG opleidingen. Daartoe willen we dat suïcidepreventie een structurele plaats krijgt in de eindtermen van de opleidingen.

Op grond van de studies uit NL en de UK over het effect van betere opleiding van hulpverleners op het suïcidecijfer en het toepassen van evidence based richtlijnen mogen we er van uitgaan dat als alle opleidingen substantiële aandacht aan suïcidepreventie gaan besteden, dat er toe zal leiden dat op korte termijn in Nederland vele tientallen suïcides per jaar zullen worden vermeden, honderden suïcidepogingen niet hoeven te worden ondernomen en duizenden patiënten sneller en meer adequaat zullen worden behandeld.

Het beleid voor suïcidepreventie (Landelijke Agenda Suïcide preventie, VWS) benoemt weliswaar het belang van de opleiding van artsen en hulpverleners maar de vertaling naar de bachelor- en masteropleidingen, naar hbo opleidingen en naar postacademisch onderwijs laat nog te wensen over. Dat vormt een groot risico.

In het streven naar betere suïcidepreventie hebben de afgelopen jaren wel (korte) trainingen plaats gevonden van artsen en hulpverleners maar dat was steeds op vrijwillige basis en niet structureel. Een structurele inbedding in de landelijke eindtermen en vertaling naar de curricula van relevante initiële- en postacademische opleidingen ontbreekt nog. Dat leidt er toe dat sommige artsen of hulpverleners wel deze kennis en vaardigheden verworven hebben terwijl dat bij velen niet het geval is. Zij leren met vallen en opstaan in de praktijk pas hoe met suïcidale cliënten om te gaan. En dat terwijl onderzoeken in Nederland en het UK een positief effect op het suïcidecijfer laten zien van betere opleiding van hulpverleners.

De beroepsverenigingen vervullen een belangrijke rol in het ontwerpen van de eisen die aan afgestuurde artsen en hulpverleners gesteld worden. Zij hebben echter nog onvoldoende kans gezien om suïcidepreventie op te nemen in deze eisen. Het stelsel is zo ingericht dat nadat de beroepsverenigingen hun voorstel voor (aanpassing van) de opleidingseisen ontwikkeld hebben, veelal een landelijke instantie (bij artsen is dat bijvoorbeeld het College Geneeskundige Specialismen) deze eindtermen checkt waarna ze voorgelegd worden ter vaststelling aan de Minister van VWS. Pas als de Minister de eindtermen formeel vastgesteld heeft kan de betreffende kwalificatie opgenomen worden in het BIG register. Afgestudeerde professionals aan een erkend opleidingsinstituut kunnen

zich dan bij de BIG registreren en op basis daarvan vergoedt een zorgverzekering bijvoorbeeld hun behandelingen.

De Minister heeft in dit stelsel dus een beperkte maar wel essentiële rol als vaststeller van de eindtermen. Daarom richten wij ons met onze petitie tot de Staatssecretaris en de Minister van VWS met het verzoek om met spoed het proces van aanpassing van de opleidingen ingang te zetten.

### **Het belang van opleiding bij suïcidepreventie**

Er gaan te veel mensen dood door suïcide. Onnodig. Als de juiste hulp op het juiste moment voorhanden zou zijn geweest dan had het niet zo ver hoeven komen. En onvrijwillig. Want de meeste mensen die suïcide plegen willen helemaal niet dood. En onbegrepen, want vaak begrijpen familieleden, vrienden en hulpverleners niet wat de betrokkene heeft bewogen. Dat het geen vrije keuze was, maar dat hij of zij aan zichzelf moest ontsnappen. Door de laatste nooduitgang. In alle eenzaamheid. Wij kunnen meer doen om onnodige, onvrijwillige, onbegrepen en eenzame suïcides te voorkomen.

Het aantal suïcides in Nederland is de laatste tien jaar dramatisch gestegen. In 2017 maakten 1917 mensen een einde aan hun leven (CBS, zie figuur 1). De aantallen mensen die suïcidepogingen ondernemen (15.000 jaarlijks behandeld in ziekenhuizen) of aan suïcide denken als een laatste nooduitgang (afgelopen jaar 1% van de bevolking), zijn enorm. De ziektelast van suïcidaliteit is groot, voor de betrokkenen zelf, maar ook voor naasten en nabestaanden. Meer dan 8% van de volwassen bevolking heeft ooit suïcidegedachten gehad, 3% heeft ooit een plan gemaakt, en 2% heeft ooit een suïcidepoging ondernomen (1-3). In 2017 steeg het aantal suïcides onder jongeren (< 20 jaar) van 48 naar 81, een ongelooflijke stijging.

De Minister van VWS heeft in samenwerking met de Tweede Kamer, en samen met het veld, de Landelijke Agenda Suïcidepreventie gelanceerd, een breed gedragen initiatief om de stijging in het aantal suïcides te doen stoppen, en een substantiële vermindering van het aantal suïcides te bewerkstelligen (4).

Zoals het aantal verkeersdoden in Nederland de laatste decennia is teruggedrongen door een veelheid aan maatregelen, zo vergt suïcidepreventie een groot aantal maatregelen, van de beperking van de grootte van medicijnverpakkingen, verminderen van toxiciteit van medicijnen bij overdosis, afscherming van het spoor, een goede opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen, een goede geestelijke gezondheidszorg, tot aan zorgvuldige berichtgeving in de media om imitatie te voorkomen. Gatekeeperstrainingen richten zich op deurwaarders en op personeel van het UWV. Op al deze terreinen heeft de Landelijke Agenda Suïcidepreventie gerichte activiteiten ontplooid.

Een van de belangrijkste onderdelen van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, waar naar onze mening het meeste effect van te verwachten valt, is het verbeteren van de hulpverlening aan suïcidale patiënten in de gezondheidszorg. Mede op initiatief van VWS is in 2012 de Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag verschenen (5). Daarin wordt alle evidentie ten aanzien van diagnostiek en behandeling samengevat. Deze richtlijn is door het veld goed ontvangen, en fungeert nu als standaard en als toetsingskader voor de Inspectie. Alle beroepsverenigingen waren vertegenwoordigd in de richtlijnwerkgroep en onderschreven de richtlijn.

Implementatie van de multidisciplinaire richtlijn gaat echter niet vanzelf. Een pilot met gerichte trainde-trainer strategie waarbij teams van artsen en hulpverleners werden getraind door getrainde collegae bleek effectief te zijn in het versterken van de competentie van hulpverleners, en op patientniveau tot snellere afname van suïcidaliteit te leiden (6). In de UK bleek dat toepassing van multidisciplinaire richtlijnen en gerichte opleiding van artsen en hulpverleners in suïcidepreventie leidden tot het afnemen van het aantal suïcides in de GGZ (7). De conclusie luidt dat richtlijnen en opleiding en nascholing van hulpverleners helpen om het aantal suïcides te voorkomen. Maar de conclusie uit deze studies is ook dat veel hulpverleners de richtlijnen nog niet kunnen toepassen omdat ze onvoldoende zijn opgeleid.

Op grond van de bevindingen van deze onderzoeken, moeten we concluderen dat de meeste artsen, psychologen en verpleegkundigen / SPVers in het initiële academische, postacademische, en HBO-onderwijs onvoldoende zijn opgeleid om professioneel met suïcideproblematiek om te gaan. Dat betekent dat in de praktijk hulpverleners vaak met vallen en opstaan, en door schade en schande hun professionaliteit moeten verwerven. Met alle risico's van dien. En door nascholingsactiviteiten. De ervaring leert echter dat nascholingstrajecten lang niet voldoen aan de behoefte, deels ook vanwege financiële beperkingen. Wel is de ervaring algemeen dat cursisten na het volgen van nascholing in suïcidepreventie verzuchten dat ze dit eigenlijk in de initiële HBO-, universitaire en postacademische opleiding hadden willen leren.

Schrijnend komt het gebrek aan opleiding naar voren in de opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. Artsen en verpleegkundigen geven al tientallen jaren aan dat het hen aan goede opleiding ontbreekt om de opvang van suïcidepogers te verzorgen en recidive te helpen voorkomen. In verschillende onderzoeken, te beginnen in 1983, in 2006, en onlangs in 2018 opnieuw werd gevonden dat verpleegkundigen en artsen zich incompetent vinden om professioneel met suïcidepogers om te gaan. Daarbij mogelijkheden tot het voorkomen van recidive onbenut latend. Dit gebrek aan opleiding is al tientallen jaren bekend, wordt door iedereen gedeeld, maar de beroepsverenigingen en de beroepsopleidingen hebben nog steeds geen prioriteit gegeven aan een gedegen opleiding in dit opzicht.

De vaak afwijzende houding naar mensen met suïcidaal gedrag van medische hulpverleners weerspiegelt een verkeerd begrip van suïcidepogingen en de aanleidingen daartoe en daarmee samenhangend een gebrek aan opleiding. De grootste fout is dat deze hulpverleners denken dat suïcidepogingen uit vrije keuze worden ondernomen: ze kiezen er immers toch zelf voor. En dan irriteren ze zich aan de mensen die zichzelf het letsel of de vergiftiging hebben toegebracht, vaak nog vanwege schijnbare flutaanleidingen, zoals een vriendje dat het uitmaakt. Dat is voor hen vaak niet te verteren. Kortom, nogal wat verpleegkundigen en artsen begrijpen er weinig tot helemaal niets van. En dat leidt tot onprofessioneel handelen. Dat is niet bevorderlijk voor een goed herstel. Daarom zouden ziekenhuismedewerkers die met suïcidale patiënten werken geschoold moeten worden en zou suïcide preventie een plaats dienen te krijgen in deze opleidingen en daarmee in erkenningsvoorwaarden van SEH en IC afdelingen.

In ziekenhuizen (maar ook daarbuiten) wordt de nodige handelingsverlegenheid gezien bij hulpverleners vanwege gebrekkige vaardigheden in de diagnostiek bij deze patiënten. Overigens zullen niet alle problemen in de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen door betere opleiding kunnen worden verholpen. Zo blijven er nog de nodige beperkingen in het vinden van passende

nazorg bijvoorbeeld bij crisis-opname in de jeugdgezondheidszorg. De geringe beschikbaarheid van plaatsen voor nazorg na ontslag uit het ziekenhuis laat hulpverleners in het ziekenhuis soms geen andere mogelijkheid dan onprofessioneel handelen.

Huisartsen hebben een belangrijke taak bij suïcidepreventie. Veel mensen die suïcide pleegden zijn in de weken voorafgaande aan de poging bij de huisarts geweest. Al tientallen jaren wordt herhaaldelijk geconstateerd dat huisartsen niet voldoende zijn opgeleid om het suïciderisico te signaleren. Pas onlangs zijn enkele huisartsenopleidingen overgegaan tot het aanbieden van een vaste eendaagse scholingsactiviteit. In het na- en bijscholingscircuit van huisartsen worden slechts onregelmatig en incidenteel suïcidepreventieprogramma's aangeboden, met als gevolg dat veel huisartsen ongetraind blijven.

Psychiaters zijn in principe grondig opgeleid in de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Toch zijn zij lang niet allemaal voldoende geschoold om de Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag te kunnen toepassen. Vooral waar het gaat om het betrekken van naasten bij het diagnostisch proces en bij de behandeling van acuut suïcidale patiënten worden nog regelmatig fouten gemaakt. In het verleden werden psychiaters geacht vooral na hun formele opleiding in de praktijk hun kennis en vaardigheden in suïcidepreventie op te doen. Meestal als eerste tijdens diensten in het algemene ziekenhuizen bij de consultatieve dienst bij de opvang van suïcidepogers. En daarna afhankelijk van de plaats waar ze kwamen te werken. Systematische kennis en scholing werd echter in het verleden niet altijd structureel geboden. De wat oudere psychiaters beamen deze stand van zaken. Tegenwoordig wordt in de initiële opleiding van psychiaters meer systematische aandacht besteed aan kennis en vaardigheden, maar nog steeds is de vraag of dat wel voldoende is, want: in de praktijk van de hulpverlening zien we grote verschillen in vaardigheid, kennis en behandeling tussen psychiaters, waarbij naasten en nabestaanden niet zelden twijfels hebben aan de deskundigheid van de psychiater als hoofdbehandelaar. Er worden veel te vaak fouten gemaakt bij het voorschrijven of ophogen van antidepressieve medicatie bij acuut suïciderisico, waarbij de patiënt noch hun naasten worden gewaarschuwd voor de mogelijke verslechtering van het toestandsbeeld. Te vaak wordt uitsluitend medicamenteus behandeld bij suïciderisico. Naasten en nabestaanden rapporteren met grote regelmaat dat de behandelaren hen niet betrokken bij het diagnostisch proces, noch bij de behandeling van hun suïcidale dierbare, noch dat zij hulp kregen bij de omgang met het suïciderisico van hun dierbaren buiten kantooruren. Ernstige verwijten betreffen de situatie dat behandelaren hun geheimhoudingsplicht laten prevaleren boven hun zorgplicht waardoor nabestaanden pas na het overlijden met verbijstering moeten horen dat hun dierbare al langere tijd suïcidaal was. Een verzoek om suïcidaliteit geheim te houden voor familie en partners is een indicatie van het meest risicovolle suïcidale denken (perceived burdensomeness) en zou juist expliciet tot gezins- en relatiegesprekken aanleiding moeten geven. Niet professioneel is soms de wijze waarop met nabestaanden wordt omgegaan als zij inzage vragen in het behandeldossier van hun overleden dierbare. Daarmee onnodig leed toevoegend aan de rouwende nabestaanden. Uiteraard zijn veel psychiaters deskundig genoeg en hebben zij veel geïnvesteerd in hun eigen postdoctorale kennis en beroepsvaardigheden. Maar als naaste en potentiële nabestaande kun je het slecht treffen met je minder goed in suïcidepreventie opgeleide psychiater. Het zou derhalve beter zijn als al in de eerste aanleg tijdens de initiële opleiding structureel een duidelijker en systematischer opleiding zou plaatsvinden.

Wij merken veel te vaak dat ook psychologen niet voorbereid zijn op de problematiek die zij aantreffen, en voorwetenschappelijke opvattingen erop nahouden, (Bijvoorbeeld: *Mensen die erover praten doen het niet. Als ze echt willen houd je ze toch niet tegen. Je moet ze niet op een idee brengen, etc.*). Maar ook de cursisten die een Postacademische opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog, Klinisch Psycholoog, Psychotherapeut of Klinisch Neuropsycholoog volgden zijn lang niet altijd voldoende opgeleid om suïcidale patiënten te helpen. Het gaat dan om onvoldoende kennis en vaardigheden in de diagnostiek, gespreksvoering en behandeling, uitmondend in handelingsverlegenheid. Dit leidt er overigens ook niet zelden toe dat psychologen getraumatiseerd raken bij de suicide van een patiënt, vanuit het besef niet voldoende competent te zijn geweest. Brede diagnostiek op grond van observatie, anamnese, heteroanamnese, psychologisch en psychiatrisch onderzoek is essentieel bij iedere persoon met suïcidaal gedrag. Er is een wereld te winnen als hulpverleners leren hoe met de meest waarschijnlijke diagnose de juiste indicatie voor opvang, zorg en behandeling te kunnen stellen.

Dit is navrant omdat de kennis wel voorhanden is (in de Multidisciplinaire Richtlijn) en de vaardigheidstrainingen bekend en effectief zijn. Het is vooral navrant omdat de omvang van de problematiek zo enorm groot is. Naar schatting kampt minstens 40% van alle GGZ-patiënten in meer of mindere mate met suïcide-ideatie (in het bijzonder bij depressieve patiënten al dan niet met comorbide angst, en patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, afhankelijkheid van middelen, maar ook bij patiënten met Autisme). In het bijzonder zijn psychologen degenen die betrokken zijn bij de opvang en zorg van partners, ouders en andere familieleden na de suïcide van een dierbare.

Degenen die het meest intensief contact hebben met suïcidale patiënten (inclusief patiënten met zelfbeschadiging), verpleegkundigen / SPV-ers, zijn naar verhouding het minst opgeleid in suicidepreventie. Dat gebrek aan opleiding maakt het werk onnodig moeilijk voor hen. In een pilotstudie (1) waren zij ontzettend dankbaar voor de geboden eendaagse bijscholing. Zij profiteerden daar enorm van, en sterker nog, de patiënten van de afdelingen die getraind werden profiteerden daarvan door sneller minder suïcidaal te worden en sneller te herstellen.

Voor alle relevante professies zijn wij van mening dat de verplichting tot onderwijs in suïcidepreventie voor artsen en hulpverleners in de gezondheidszorg die betrokken zijn bij kwetsbare mensen, even vanzelfsprekend zou moeten zijn als de verplichting een EHBO cursus te volgen door alle mensen die beroepshalve te maken hebben met potentieel gevaarlijke situaties voor kinderen.

## Referenties

Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J.de, Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208

Dekker, W.P.H., Vergouwen, A.C.M., Buster, M.C.A., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry*, 17:332 DOI 10.1186/s12888-017-1491-z.

Groot, M., De Winter, R.F.P., Van der Plas, W. & Kerkhof, A.J.F.M. (2016) Pilotstudie naar kwalitatieve evaluatie van het handelen rond suïcide (KEHR); datagestuurd evalueren en leren, TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE ,58(2016)5, 351-360.

Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J.F.M., & Van Rooijen, E. (1992). Opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen. Ned. Tijdschr. Geneeskunde, 136, 8, 376-381.

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B. Boven C. van, Hummelen, J.W., Groot, M. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A., Glind, G. van de (2012). Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (NVP, NIP, en V&VN). Utrecht: De Tijdstroom (322 pp).

Hoeymans, N., & Schoemaker, C.G. (2010). De ziektelast van suicide en suicidepogingen. Bilthoven: RIVM rapport 270342001 Van den Hout, M.; Engelhard, I. How does EMDR work? J. Exp. Psychopathol. 2012, 3, 724–738.

Mérelle, S.Y.M., Boerema, I., Linden, C. van der, Gilissen, R. (2018). Knelpunten in SEH zorg voor suicidepogers. Ned. Tijdschr. Geneeskunde (www.ntgv.nl 13-07-2018).

Schouten, M., & Kerkhof, A.J.F.M. (1991). How to deal with suicide attempters and their relatives. A course for intensive care nurses. Italian Journal of Suicidology, 1, 83-88.

Spijker, B.A.J. van, Straten, A. van, Kerkhof, A.J.,F.M., Hoeymans, N., & Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. Journal of Affective Disorders, 134, 341-347. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.020.

Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: a Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. Cognitive and Behavioral Practice, 19, 256-264.

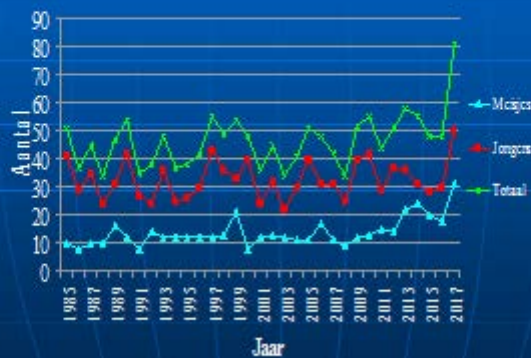
Verwey, B. (2007) Don't Forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital. Academisch Proefschrift Universiteit Leiden. ISBN 978 9021 368 2

## Suicide in Nederland : 1980 - 2017 absolute aantallen



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek

## Suicide onder jongeren tot 20 jaar in Nederland 1985 - 2017 absolute aantallen



Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek 2015