

- 5 Janssens RJ, Ten Have HA. The concept of palliative care in The Netherlands. *Palliat Med* 2001;15:481-6.
- 6 McLaren G, Preston C, Grant B. Evidence based palliative care: General palliative care should be evaluated. *BMJ* 1999;319:1573.
- 7 Cartwright A. Changes in life and care in the year before death 1969-1987. *J Public Health Med* 1991;13:81-7.
- 8 World Health Organisation. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 9 Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Understanding physicians' skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers. *J Gen Intern Med* 2001;16:41-9.
- 10 Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspective. *JAMA* 1999;281:163-8.
- 11 Grande GE, Todd CJ, Barclay SI. Support needs in the last year of life: patient and carer dilemmas. *Palliat Med* 1997;11:202-8.
- 12 Francke AL, Willems DL. Palliatieve zorg vandaag en morgen: Feiten, opvattingen en scenario's. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000.
- 13 Van den Muijsenbergh M. Palliatieve zorg door de huisarts: Ervaringen van huisartsen, patiënten en hun naasten [Proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 2001.
- 14 Field D. Special, not different: General practitioners' accounts of their care of dying people. *Soc Sci Med* 1998;46:1111-20.
- 15 Kaderopleidingen palliatieve zorg. De eerste ervaringen. *Huisarts Wet* 2001;44:552.
- 16 Anoniem. Kaderopleiding voor huisartsen. *Pallium* 2001;8-9.
- 17 Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly – a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997;337:1815-20.
- 18 Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004. Publication no. 2004/20E.
- 19 Salisbury C. The demand for out-of-hours care from GPs: A review. *Fam Pract* 2000;17:340-7.
- 20 Davies P. The non-principal phenomenon: A threat to continuity of care and patiënt enablement? *Br J Gen Pract* 2004;54:730-1.
- 21 Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker M, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003;326:1310.
- 22 Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623-7.
- 23 Worth A, Boyd K, Kendall M, Heaney D, MacLeod U, Cormie P, et al. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. *Br J Gen Pract* 2006;56:6-13.

Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit?

MJT Oud, DJW Mulder, J Schuling

Inleiding

Jaarlijks worden in Nederland 25.000 suïcidepogingen gedaan en vinden 1500 geslaagde suïcides plaats.^{1,2} Wij gebruiken de definitie van suïcidaliteit zoals die staat in Van Dale: 'geneigdheid tot suïcide'.

Suïcidaliteit manifesteert zich als gedachten over suïcide (suïcidale ideatie), suïcidale uitlatingen en suïcidepogingen. Suïcidepogingen zijn alle vormen van auto-intoxicatie en ernstige zelfbeschadiging, zoals snijden in de polsen of een poging doen tot verhangen.

Het suïciderisico is het hoogst bij patiënten die eerder een poging tot zelfdoding hebben gedaan en bij patiënten met een depressie.³ Gaat een depressie gepaard met angst dan stijgt het suïciderisico.⁴ Ook stressvolle ervaringen, een gestoorde agressieregulatie, lichamelijke handicaps, alcohol- en drugsgebruik en een hoge leeftijd zijn risicoverhogende factoren.⁵⁻⁸

Patiënten met een chronische psychiatrische ziekte zien vaker in zelfdoding de oplossing voor hun als hopeloos ervaren situatie.⁹ Hoe dichterbij de patiënt het besluit nadert om suïcide te plegen, hoe moeilijker het wordt om dit suïcidale proces van buitenaf te beïnvloeden. Behandelingstrategieën bij suïcidaal gedrag zijn daarom afhankelijk van het mentale stadium waarin de patiënt verkeert.¹⁰

Huisartsen krijgen te maken met een breed scala aan risicosymptomen. In de literatuur beschouwt men risico-inschatting en preventie van suïcide als een taak van de huisarts,^{11,12} maar gegevens over interventies die huisartsen toepassen bij suïcidale patiënten hebben wij niet kunnen vinden. In de eigen praktijk krijgen huisartsen regelmatig te maken met mensen in een crisissituatie of met mensen die een aanpassingsstoornis hebben. Dit zijn echter zelden levensbedreigende situaties. Doordat de huisartsenpost zorg biedt aan een veel grotere populatie krijgt de huisarts met meer crisissituaties te maken. Dienstdoende huisartsen moeten in korte tijd een zo goed mogelijke inschatting van het suïcidegevaar maken. Zij gebruiken dan ook geen tijdrovende psychiatrische interviews; hun diagnostisch denken is gebaseerd op ziektescripts of prototypen.¹³ Wij gingen ervan uit dat de huisarts in dergelijke crisissituaties vooral pragmatisch handelt. Enerzijds zal hij proberen de ernst van het suïcidegevaar in te schatten en anderzijds zal hij nagaan hoe hij voor de patiënt een acceptabele en veilige situatie kan scheppen, waarin kan worden gezocht naar een goede aanpak voor de langere termijn.

Doel van ons onderzoek was om te onderzoeken welke patiëntkenmerken samengaan met suïcidaliteit tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten, welke zorg dienstdoende huisartsen verlenen en in welke gevallen zij met spoed verwijzen naar de tweede lijn.

Methode

Onderzoekopzet

Wij kozen voor een retrospectief beschrijvend onderzoek van de journaalaantekeningen van dienstdoende huisartsen over hun contacten met patiënten die zich suïcidaal uitten of suïcidaal gedrag vertoonden. Daarvoor gebruikten we het geanonimiseerde patiëntenbestand van de Doktersdiensten Groningen (DDG). Dit is een grootschalige dienstenstructuur voor alle inwoners van de stad en provincie Groningen plus de kop van Drenthe, die tussen 17.00 uur en 8.00 uur en op weekend-/feestdagen een huisarts willen raadplegen.

Wij hadden de beschikking over alle contacten van hulpvragers met de DDG in de periode van 1 augustus 2003 tot 1 augustus 2004. We doorzochten de desbetreffende aantekeningen met de zoektermen: suïcidaal, suïcidaliteit, suïcidegevaar, zelfmoord en intoxicatie, waarbij we de stamtrefwoorden *suic*, *zelfmo* en *intox* gebruikten.

Contacten na geslaagde suïcides, waarbij de huisarts zorg verleen- de aan nabestaanden, sloten we uit van onderzoek. Ook sloten we alle oproepen uit waarbij er geen sprake was van een bewust gekozen vergiftiging. Minder ernstige vormen van zelfbeschadiging, zoals kras- en snijwonden, hebben we niet geselecteerd.

Gegevensverwerking

Bij de DDG gebruikt men het huisartsinformatiesysteem Adastra, waarin de huisarts zijn bevindingen en beleid als SOEP-registratie kan weergeven, maar ook als vrij geformuleerde tekstregels kan invoeren.

Het bestand bevatte drie 'harde' kenmerken: sekse, leeftijd en

Samenvatting

Oud MJT, Mulder DJW, Schuling J. Hoe gaan dienstdoende huisartsen om met suïcidaliteit? *Huisarts Wet* 2008;51(3):124-7.

Inleiding De huisartsenpost beslaat een veel grotere patiëntenpopulatie dan de eigen praktijk waardoor er zich ook meer (soms levensbedreigende) crisissituaties voordoen. De dienstdoende huisarts heeft de opdracht om in korte tijd een zo goed mogelijke inschatting van het suïcidegevaar te maken en een beleid te formuleren dat een acceptabele en veilige vervolgsituatie voor de patiënt schept.

Wij onderzochten welke patiëntkenmerken samengaan met suïcidaliteit tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten, welke zorg dienstdoende huisartsen verlenen en in welke gevallen zij met spoed verwijzen naar de tweede lijn.

Methode In een retrospectief beschrijvend onderzoek van het geanonimiseerde patiëntenbestand van de Doktersdiensten Groningen maakten wij gebruik van journaalaantekeningen van dienstdoende huisartsen over hun contacten met hulpvragers en de maatregelen die zij namen om het suïciderisico te beheersen.

Resultaten Over de periode van 1 jaar vonden wij 433 meldingen met suïcidaliteit als contactreden en dit betrof 0,3% van

Wat is bekend?

- ▶ Huisartsen nemen een sleutelpositie in bij het signaleren van suïcidaliteit.
- ▶ Belangrijke risicofactoren bij suïcide zijn: een eerdere suïcidepoging, depressie, psychosociale problemen, gevoelens van hopeloosheid en een gestoorde agressieregulatie.
- ▶ Risicogroepen zijn oudere mannen, mensen met een chronische psychiatrische ziekte of met ernstige lichamelijke beperkingen.

Wat is nieuw?

- ▶ In de huidige grootschalige dienstenstructuur schat de huisarts het gevaar voor suïcide in op basis van de bekende risicoprofielen en de mogelijkheid tot het inzetten van twee preventieve maatregelen: afspraken met de patiënt en diens familie, en vervolgspraken met professionele hulpverlening.
- ▶ Interventies van de huisarts omvatten: contact maken, steunende en structurerende interventies, voorschrijven van medicijnen, verwijzing naar de tweede lijn en afspraken maken voor de continuïteit van zorg.

aard van de verrichting. Bij elke oproep was de verrichting als volgt gecodeerd: A) telefonisch consult assistente; C) consult dokter; D) telefonisch consult dokter; V) visite dokter; M) ambulancedienst.

Van tevoren hadden de onderzoekers (MO en DM) geen diagnostische criteria geformuleerd: zij lazen en rubriceerden onafhankelijk van elkaar alle journaalaantekeningen. Hierin waren gegevens vastgelegd over:

alle hulpvragen. Vrouwen (54%) vormden daarbij een geringe meerderheid. Suïcidepoging en depressie waren de meest voorkomende diagnoses.

Interventies van de huisartsen bestonden uit luisteren en praten, voorschrijven van medicijnen, verwijzen naar de tweede lijn, overbruggingsafspraken maken en mantelzorg inschakelen. Patiënten bij wie sprake was van een suïcidepoging, ernstige psychotische stoornis of extreme angstaanval werden het vaakst direct verwezen naar de tweede lijn. Patiënten die niet direct werden doorverwezen kregen consequent een vervolgspraak aangeboden met de eigen huisarts of met de ggz.

Conclusie Huisartsen voeren een pragmatische analyse uit van het suïciderisico aan de hand van een korte inventarisatie van de actuele situatie, de voorgeschiedenis, de draagkracht van de patiënt en van diens familie/omgeving.

UMCG, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: M.J.T. Oud, huisartsonderzoeker en kaderhuisarts ggz; D.J.W. Mulder, student geneeskunde; dr. J. Schuling, huisarts en staf- lid huisartsenopleiding.

Correspondentie: m.j.t.oud@knmg.nl

Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

- actuele toestand van de patiënt;
- uitlokkende gebeurtenissen;
- medische en psychiatrische voorgeschiedenis;
- farmacotherapeutisch beleid;
- vervolgfafspraken;
- (directe) verwijzing naar de tweede lijn;
- afspraken met de familie/omgeving of mantelzorg.

Wanneer de dienstdoende huisarts een diagnose vermeldde, is deze door ons overgenomen. Op grond van de beschrijvingen van het patiëntgedrag onderscheidde we hierin twee categorieën: appellerend dreigend gedrag en impulsief agressief gedrag. Om de realiteit zo goed mogelijk te benaderen hebben we ervoor gekozen om ook dubbele diagnoses en combinaties van gedragsproblemen een plaats te geven in onze analyse. Wij classificeerden de risico-inschatting van suïcide als 'onzeker', behalve wanneer de dienstdoende huisarts anders vermeldde. Spoedverwijzingen hebben we steeds als 'hoogrisico' gecodeerd. Bij verschil van mening kwamen we via discussie tot beredeneerde consensus.

Resultaten

Op de huisartsenpost van de provincie Groningen kwamen gedurende de 12 maanden van ons onderzoek 433 meldingen binnen die betrekking hadden op suïcidaliteit. Dit betrof 0,3% van alle hulpvragen buiten kantooruren. Een meerderheid (62%) van de patiënten werd aangemeld via een ongeruste partner, familie of andere personen uit de nabije omgeving.

Patiëntkenmerken

De onderzoeksgroep bestond uit 199 mannen (46%) en 234 vrouwen (54%). De gemiddelde leeftijd van de mannen was 41 jaar (spreiding 15-87 jaar) en van de vrouwen 44 jaar (spreiding 14-90 jaar). De 433 aanmeldingen betroffen 430 verschillende personen.

De meerderheid (52%) van alle aanmeldingen betrof personen die zich suïcidaal uitte, 31% betrof suïcidale gedragingen en bij 18% van de aanmeldingen ging de huisarts nader in op aanwezige suïcidale gedachten en gevoelens. De patiëntkenmerken staan in *tabel 1*. De combinaties omvatten: depressie en impulsief agressief gedrag, depressie en psychotische kenmerken, depressie en angst, en een combinatie van appellerend dreigend gedrag en impulsief agressief gedrag.

Tabel 1 Toestand van de patiënt met suïciderisico (n = 433)

Suïcidepoging	94	22%
Depressieve stoornis	80	19%
Appellerend dreigend gedrag	55	13%
Acute stressreactie	54	13%
Impulsief agressief gedrag	25	6%
Psychotische stoornis	23	5%
Paniek aanval/angststoornis	19	5%
Dreigende desintegratie	9	2%
Combinaties van beelden	62	15%
Onbekend	12	3%

Zorgkenmerken

De huisarts handelde de meeste hulpvragen af met een huisbezoek (41%) of een telefoongesprek (30%). De overige meldingen werden afgehandeld door een consult met de huisarts op de post (18%), een telefonisch consult met de doktersassistente (8%) of door direct een ambulance te sturen (3%). Bij de telefonische contacten ging het vooral om patiënten van wie bekend was dat zij een psychiatrische voorgeschiedenis hadden.

De interventies van dienstdoende huisartsen waren: contact maken, luisteren en informeren, praten met de hulpvrager, voorschrijven van medicijnen om acute symptomen te verlichten, het op andere gedachten brengen van de patiënt, aanbieden van een vervolgbehandeling/vervolgcontact, verlenen van steun aan de familie en verwijzing naar de tweede lijn (ggz).

Verwijzing

In 137 gevallen (32%) vond er een spoedverwijzing plaats. Spoedverwijzing vond vooral plaats bij een suïcidepoging (54%), bij een psychotische toestand (48%) en bij personen met extreme angst voor desintegratie (44%).

Patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan, werden direct verwezen naar een afdeling interne geneeskunde in geval van vergiftiging, of naar een afdeling psychiatrie vanwege het actuele suïcidegevaar. De huisarts behandelde mensen met een acute stressstoornis, een hanteerbare paniek aanval, of met minder ernstige gedragsproblemen vaker zelf (*tabel 2*).

Tabel 2 Spoedverwijzingen per indicatie (n = 137)

Suïcidepoging	51	54%
Psychotische stoornis	11	48%
Dreigende desintegratie	4	44%
Combinaties	26	42%
Impulsief agressief gedrag	8	32%
Depressieve stoornis	18	23%
Appellerend dreigend gedrag	9	16%
Paniek aanval/angststoornis	3	16%
Acute stressreactie	7	13%

Beschouwing

Tijdens hun diensturen krijgen huisartsen te maken met mensen met acute psychiatrische problemen. Inschatting en inperking van het suïciderisico is een van de taken van de dienstdoende huisarts.

Zowel mannen als vrouwen in alle levensfasen, met een piek bij de veertigers, deden een beroep op de huisartsenpost. Slechts sporadisch meldde dezelfde persoon zich binnen één jaar twee keer op de huisartsenpost vanwege suïcidaliteit. Bijna altijd bleek er sprake te zijn van psychosociale problematiek en/of een psychiatrische aandoening. Van de toestandsbeelden scoorde de groep 'suïcidepoging' het hoogst, zoals met onze zoekstrategie te verwachten viel. Op de tweede plaats kwam depressie: de stoornis met de sterkste impact op het suïcidecijfer. Ook de verscheidenheid aan diagnoses en gedragsproblemen kwam overeen met in de literatuur vermelde risicodiagnosen.¹⁴

Op de Groningse huisartsenpost kregen de meeste suïcidale patiënten een visite of een telefonisch contact. De telefonische

contacten betroffen meestal mensen van wie bekend was dat zij een psychiatrische voorgeschiedenis hadden. Vermoedelijk was in deze gevallen een telefonisch steunend contact toereikend om de spanning te verminderen en de problemen hanteerbaar te maken. Tegenwoordig kan men deze 'oude bekenden' direct met een crisisverpleegkundige van de ggz doorverbinden.

Na een suïcidepoging had de zorg voor de somatische toestand voorrang: in kritieke situaties verwees de dienstdoende huisarts patiënten direct door en gunde hij zichzelf geen tijd om de reden voor de suïcidepoging te achterhalen. Personen die het contact met de werkelijkheid dreigden te verliezen en personen met extreme angstaanvallen verwees hij ook met spoed.

Een enkele keer vermeldde de huisarts dat het niet was gelukt om goed contact te maken met de patiënt. Intermenselijke communicatie is een belangrijke graadmeter om tot een adequate inschatting van het suïciderisico te komen. Als er geen wederkerigheid in het contact is, betekent dit waarschijnlijk dat er een hoog suïciderisico is waardoor het onmogelijk wordt om betrouwbare afspraken te maken. Huisartsen vermeldden de sociale context van de hulpvrager, in het bijzonder als er familie aanwezig is die een oogje in het zeil kan houden. Wij rekenen dit gegeven onder de beschermende factoren. Alleenstaanden lopen een hoger suïciderisico.¹²

De dienstdoende huisartsen bieden degenen die ze niet doorverwijzen overbrugging aan naar de zorg van ofwel de eigen huisarts of de ggz. Dit vooruitzicht op continuering van zorg biedt steun aan de hulpvrager en vormt een ingebouwde veiligheidsmaatregel voor de huisarts.

Agressief en manipulerend gedrag roepen soms negatieve emoties op bij de huisarts. Het is voor de huisarts belangrijk om dit te negeren en om zich te richten op de belevingswereld van de patiënt: een empathische houding van de huisarts helpt om een goed contact tot stand te brengen, waardoor er betere afspraken gemaakt kunnen worden.¹⁵

Methodologische beperking

Door onze screening op de stamtrefwoorden *suïc*, *zelfmo* en *intox* hebben wij mogelijk suïcidegerelateerde oproepen gemist waarin deze termen niet waren gebruikt. Maar omdat de journaalaantekeningen een overdrachtsfunctie hebben, verwachtten wij dat ook in die contacten de term 'suicide' niet vaak zou ontbreken. Doordat onze incidentiecijfers alleen betrekking hadden op diensturen lieten ze zich moeilijk vergelijken met andere incidentiecijfers.

Ook waren vanzelfsprekend de journaalaantekeningen van alle dienstdoende huisartsen zeer divers en bij tijd en wijle onvolledig. De door ons gevonden interventies lijken echter een tamelijk compleet beeld te geven van het huisartsgeneeskundig arsenaal.

Conclusie

Huisartsen nemen een sleutelpositie in bij hulpverlening in crisissituaties. Bij de inschatting van het suïciderisico nemen zij een korte psychiatrische anamnese af en beoordelen de situatie waar-

in de patiënt verkeert. Daarbij letten ze op de voorgeschiedenis, de sociale context en de mogelijkheid om betrouwbare afspraken te maken. Huisartsgeneeskundige interventies bestaan uit: luisteren en steun bieden, voorschrijven van medicijnen, beleidsafspraken en verwijzen. Mensen met een hoog suïciderisico worden met spoed verwezen naar de tweede lijn, voor de overige hulpvragers wordt meestal een overbruggingsafpraak gemaakt naar de volgende dag(en) om de continuïteit van zorg te waarborgen. Patiënten die een suïcidepoging hebben ondernomen en patiënten met een psychotische stoornis of extreme angst worden vaker met spoed verwezen.

Prospectief onderzoek naar het effect van interventies van huisartsen op het suïciderisico bij personen in crisissituaties is nodig om meer inzicht te verkrijgen in de beste handelwijze bij deze patiëntengroep.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken dr. J. Post, huisarts, voor zijn inzet bij de extractie van de gegevens van de dokterdiensten Groningen.

Literatuur

- 1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Jansen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier Bunge, 2003:116-7.
- 2 Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://statline.cbs.nl>.
- 3 Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 2001;30:154-62.
- 4 Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Asmundson GJG, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psych* 2005;62:1249-56.
- 5 Pfaff JJ, Almeida OP. Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting. *J Affect Disord* 2004;83:73-7.
- 6 Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Coc C, Seidlitz L, DiGiorgio A, et al. Competed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *JAGS* 2000;48:23-9.
- 7 Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatr* 1990;47:383-92.
- 8 Berglund M, Ojehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol abuse disorders on psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:333S-45S.
- 9 Harris C, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psych* 1997;170:205-28.
- 10 Neeleman J, De Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disord* 2004;82:43-52.
- 11 Milton J, Ferguson B, Mills T. Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis* 1999;20:171-7.
- 12 Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice* 2005;6:45.
- 13 Stolper CF, Rutten ALB, Dinant GJ. Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts. *Huisarts Wet* 2005;48:16-9.
- 14 Cooper-Patrick L, Crum RM, Ford DE. Identifying suicidal ideation in general medical patients. *JAMA* 1994;272:1757-62.
- 15 Van Staveren-Boer R. Empathie bij de psychiatrische patiënt. Contact maken bij weerstand. *Huisarts Wet* 2006;49:628-31.