

Het non-suicidecontract: een riskant ritueel

P. DE VRIES, A. HUISMAN, A.J.F.M. KERKHOF, P.B.M. ROBBEN

SAMENVATTING Over de preventieve waarde van het non-suicidecontract bestaat nog veel onduidelijkheid. Het sluiten van een dergelijk contract kan als een riskant ritueel worden beschouwd omdat het kan leiden tot onderschatting van het risico op suicide. Vermoedelijk minder riskante alternatieven zijn systematische risicoanalyse, het commitment to treatment statement en de uitstel- of bezinningsovereenkomst.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 667-671]

TREFWOORDEN non-suicidecontract, suicidepreventie

Ondanks het wijdverbreide gebruik van non-suicidecontracten in de klinische praktijk (McConnell-Lewis 2007) is er weinig empirisch bewijs voor de preventieve waarde van deze contracten. Ook in de Nederlandse psychiatrische praktijk worden vaak non-suicidecontracten afgesloten. Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) komen jaarlijks gemiddeld 600 suïcidemeldingen binnen. In lopend onderzoek naar de werkwijze van de IGZ door één onzer werden in totaal 505 suïcidemeldingen aan de inspectie bestudeerd (1996-2006). In totaal werd bij 23,2% van de onderzochte dossiers expliciet melding gemaakt van een non-suicidecontract in de periode voor de suicide (A. Huisman, nog niet gepubliceerde data). In de kwalitatieve analyse van de suïcidemeldingen viel op dat betrokken behandelaars nogal eens verbaasd waren dat de patiënten zich ondanks de goede afspraken suïcideerden. Men had kennelijk de indruk dat het afsluiten van een non-suicidecontract het suïciderisico verminderde.

DEFINITIE

Het non-suicidecontract werd ruim dertig jaar geleden in de literatuur geïntroduceerd (Drye e.a. 1973). De auteurs beschrijven een door hen

ontwikkelde methode van de non-suicide-‘beslissing’ als een manier om de ernst van suïcidaliteit te onderzoeken. Een patiënt moet daarbij de beslissing uitspreken: ‘Wat er ook gebeurt, ik zal geen zelfmoord plegen, niet per ongeluk en niet expres, op enig moment’. Vervolgens moet hij of zij aangeven welke gevoelens dit oproept. Deze reactie zou een goede indicator zijn van het suïciderisico.

Nadat deze overeenkomst was geïntroduceerd, is deze in verschillende vormen een eigen leven gaan leiden als therapeutische interventie en is ze bekend geworden onder de verzamelterm ‘non-suicidecontract’. Een dergelijk contract kan schriftelijk of mondeling zijn afgesproken. Het bevat in ieder geval de volgende gemeenschappelijke elementen:

- een duidelijke verklaring zichzelf niet te doden;
- details over de geldigheidsduur van de afspraak;
- een noodplan in geval de toestand van patiënt verslechtert;
- de wederzijdse verantwoordelijkheden van patiënt en behandelaar.

EMPIRISCH ONDERZOEK

Hoewel er in de literatuur felle voor- en tegenstanders van het gebruik van non-suicidecontracten zijn, is empirisch onderzoek naar de werkzaamheid schaars. Daarbij zijn bestaande studies veelal gebaseerd op interviews naar ervaringen van behandelaren en patiënten. Zo bleek uit een schriftelijk onderzoek onder 267 psychiaters in Minnesota dat de helft van hen gebruikmaakte van non-suicidecontracten. Van deze psychiaters had 41% ten minste één patiënt behandeld die ondanks het contract een ernstige poging ondernam of suicide pleegde (Kroll 2000). Meer ervaren psychiaters gebruikten minder vaak non-suicidecontracten, maar hadden ook meer suicides meegemaakt.

Interviews naar de ervaringen van verpleegkundigen met het non-suicidecontract geven tegenstrijdige uitkomsten. In een studie waren de meeste verpleegkundigen positief over het non-suicidecontract; het werd gezien als een goed hulpmiddel bij het vaststellen van het suiciderisico en het aangaan van een therapeutische relatie (Farrow e.a. 2002). De contracten hadden echter soms ook de functie om schuld- en angstgevoelens bij verpleegkundigen te verminderen of werden ingezet bij gebrek aan tijd of adequate middelen (Farrow 2002).

Onderzoek naar de attitude van suicidale patiënten laat eveneens tegenstrijdige resultaten zien. In een studie onder 135 opgenomen patiënten werd het contract over het algemeen positief beoordeeld (Davis e.a. 2002). Patiënten die in het verleden meerdere suicidepogingen hadden ondernomen, zagen het contract echter als minder nuttig dan patiënten die één of geen pogingen hadden gedaan. In het genoemde onderzoek onder verpleegkundigen gaven patiënten aan dat het non-suicidecontract open communicatie over suicidaliteit belemmerde en de indruk wekte dat zij onder alle omstandigheden zelf verantwoordelijk waren voor hun veiligheid (Farrow e.a. 2002). Van de patiënten die recent een suicidale crisis hadden doorgemaakt en met wie een contract was afgeslo-

ten, voelde het merendeel zich hiertoe gedwongen; ook waren zij bang voor de consequenties van een weigering om een contract aan te gaan.

In een onderzoek naar de dossiers van 76 opgenomen patiënten die suicide hadden gepleegd (Busch e.a. 2003), bleek dat de meerderheid van de patiënten suicidaliteit ontkende voor de suicide (78%). Desondanks werd met 28% een non-suicidecontract afgesloten. De auteurs concludeerden dat, hoewel het contract mogelijk voor andere patiënten nuttig is, er bij deze patiënten niet vertrouwd kon worden op het vermogen een non-suicidecontract af te sluiten. Bij bestudering van 650 medische dossiers van opgenomen patiënten vond men dat met 33% een non-suicidecontract was afgesloten (Drew 2001). Van alle patiënten die waren opgenomen in verband met suicidaliteit had de helft een dergelijk contract en de andere helft niet. Patiënten met een contract hadden een 5 maal zo hoge kans om suïcidaal gedrag te vertonen als patiënten zonder een dergelijk contract.

RICHTLIJNEN

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft geen richtlijnen voor de behandeling van suicidaliteit. De American Psychiatric Association (APA 2003) beveelt in haar richtlijn aan terughoudend te zijn met het afsluiten van non-suicidecontracten. Ze vormen geen alternatief voor risicotaxatie en er is geen evidentie voor de werkzaamheid. Ook waarschuwt de APA ervoor dat het contract onterecht kan dienen als geruststelling en zo de waakzaamheid voor suicide kan laten verslappen. Het afsluiten van dergelijke contracten wordt afgeraden bij patiënten met wie geen therapeutische relatie is opgebouwd, zoals degenen die gezien worden door crisisdiensten en psychotische, geagiteerde, impulsieve of geïntoxiceerde patiënten. Kortom, het non-suicidecontract lijkt te worden afgeraden bij patiënten die acuut suïcidaal zijn.

ALTERNATIEVEN

Er zijn ten minste drie alternatieven voorhanden die bruikbaar kunnen zijn bij de professionele omgang met suïcidaliteit. Ook voor deze alternatieven geldt dat het preventieve nut nog niet wetenschappelijk is onderbouwd.

Systematische risicotaxatie

Suïcidaliteit fluctueert in de loop van de tijd. Afhankelijk van de aard van de patiënt en diens toestand kan dit heftiger en frequenter zijn dan gemiddeld. Verder is van belang dat de kans op suïcide voor een deel afhangt van langdurige risicofactoren. Ook is de ernst van de suïcidegedachten een belangrijke maat voor het suïciderisico. Naarmate de gedachten vaker aanwezig zijn, wanhopiger van aard en gedetailleerder uitgewerkt zijn, neemt het risico toe.

De eerste weken na klinische opname en overplaatsing zijn bekende risicomomenten. Verder moet men inschatten met welke kracht het sociale netwerk de suïcidale patiënt kan bijstaan (Huisman e.a. 2007). Suïcidaliteit is een voortschrijdend proces waarbij men met de patiënt de intensiteit ervan en de mate van bescherming hiertegen met enige regelmaat moet inschatten.

Commitment to treatment statement

Sommige auteurs pleiten voor een *commitment to treatment statement* (CTS) (Rudd e.a. 2006). In een CTS leggen de patiënten hun betrokkenheid vast bij zowel hun leven als hun behandeling en hierin worden rollen, verplichtingen en verwachtingen van beide partijen aangegeven. In tegenstelling tot in het non-suïcidecontract wordt in het CTS echter niet expliciet melding gemaakt van het schrappen van de suïcide als optie. Een belangrijk onderdeel van het CTS is net als bij het non-suïcidecontract het crisisplan, waarbij duidelijke afspraken worden vastgelegd voor het geval de toestand van patiënt verergert. De patiënt zal zelf in de situatie dat hij of zij zich niet meer aan de

overeenkomst kan houden bepaalde acties ondernemen om zijn of haar toestand te verlichten of hulp zoeken.

De uitstel- of bezinningsovereenkomst

Van Oenen e.a. (2006) beschrijven een werkwijze die zij toepassen op een acute crisisdienst. Kern is de vraag hoe de patiënt geholpen kan worden de suïcideplannen uit te stellen totdat een grondiger evaluatie heeft plaatsgevonden. Aan de hulpvragers wordt gevraagd of zij bereid zijn hun suïcideplannen tot na het volgende gesprek uit te stellen. De risico's en het waarborgen van de veiligheid worden besproken, bij voorkeur ook met de huisgenoten. Zowel de patiënt als diens naasten moeten tussentijds kunnen bellen voor overleg, ook buiten kantooruren. Zo spoedig mogelijk bezint de patiënt zich samen met de hulpverlener grondig op zijn of haar suïcideplannen en de patiënt gaat actief aan de slag met het opmaken van de balans.

Het aantrekkelijkste element van deze werkwijze is dat er een afspraak wordt gemaakt om de kern van het suïcideverlangen grondig te bespreken.

DISCUSSIE

Ondanks de frequente toepassing ervan is er tot nu toe geen onderzoek bekend dat aantoonde dat het non-suïcidecontract effectief is in het voorkomen van suïcide. Suïcidegedachten komen bij psychiatrische patiënten wijdverbreid voor en wanneer men ook bij patiënten met een relatief laag risico non-suïcidecontracten afsluit, is de kans groot dat hulpverleners in de loop der jaren in de veronderstelling gaan verkeren dat het contract daadwerkelijk preventief werkt. Echter, de kans dat een patiënt zich kort na een beoordeling suïcideert, is verhoudingsgewijs klein, zelfs bij de groepen met het hoogste risico. Het is daarom moeilijk aan te tonen dat het non-suïcidecontract niet werkzaam is.

Daarbij komen uit een aantal studies aanwij-

zingen dat het gebruik van het non-suicidecontract mogelijk schadelijke effecten met zich meebrengt, zoals verminderd oog voor het feitelijke suïciderisico en het gevoel van dwang bij patiënten. Een ander risico is dat het contract slechts betrekking heeft op suïcidaliteit en maar in beperkte mate verbinding legt met de achterliggende redenen voor de wanhoop. De dreiging van suicide komt dan los te staan van de aanleiding en de dreiging wordt niet meer in de context behandeld. Op grond hiervan kan het non-suicidecontract beschouwd worden als riskant.

Het beschikbare onderzoek laat zien dat het afsluiten van een non-suicidecontract geen garantie is dat een patiënt zich niet zal suïcidieren. De APA benadrukt daarom het belang van risicotaxatie. Bij belangrijke beleidsbeslissingen, zoals ontslag of verlenen van vrijheden, zou aan de bereidheid van een patiënt om een non-suicidecontract aan te gaan een relatief ondergeschikt belang moeten worden gehecht.

CONCLUSIE

Er bestaan vermoedelijk minder riskante alternatieven voor het non-suicidecontract, zoals een regelmatige risicotaxatie, een commitment to treatment statement en een bezinnings- of uitselovereenkomst. Hierbij ontbreekt het meest paradoxale aspect van het non-suicidecontract, namelijk dat het een bindingscontract is dat juist voor de meest suïcidale patiënten die worstelen met wanhoop het moeilijkst na te komen is. Net als bij het non-suicidecontract is verder onderzoek naar de effectiviteit van deze alternatieven nodig. Gezien de waarde die velen in de huidige klinische praktijk aan non-suicidecontracten toekennen, ondanks het ontbreken van een wetenschappelijke onderbouwing, bevelen wij aan om prospectief onderzoek op te zetten naar de preventieve waarde van het non-suicidecontract en terughoudend te zijn in de toepassing van deze methode.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2003). Practice Guideline for the Assessment of and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1-60.
- Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Davis, S.E., Williams, I.S., & Hays, L.W. (2002). Psychiatric inpatients' perceptions of written no-suicide agreements: an exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 51-66.
- Drew, B.L. (2001). Selfharm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Psychiatric Nursing*, 15 (3), 99-106.
- Drye, R.C., Goulding, R.L., & Goulding, M.E. (1973). No-suicide decisions: patient monitoring of suicidal risk. *The American Journal of Psychiatry*, 130, 171-174.
- Farrow, T.L., Simpson, A.I.F., & Warren, H.B. (2002). The effects of the use of 'no-suicide contracts' in community crisis situations: the experience of clinicians and consumers. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2, 241-246.
- Farrow, T.L. (2002). Owning their expertise: why nurses use 'no-suicide contracts' rather than their own assessments. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 214-219.
- Huisman, A., Kerkhof A.J.F.M., & Robben, P. (2007). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten. In C.S. Schene (Red.), *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kroll, J. (2000). Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1684-1686.
- McConnell Lewis, L. (2007). No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 37, 50-57.
- Oenen, F.J. van, van Dam, A., Bernardt, C.M.L., e.a. (2006). Spoedeisende ambulante hulp bij suïcidepogingen en levenstwijfel. In C. van Heeringen (Red.), *Handboek suïcidaal gedrag* (pp. 189-230). Utrecht: de Tijdstroom.
- Rudd, M.D., Mandrusiak, M., & Joiner, T.E. Jr. (2006). The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 243-251.

AUTEURS

P. DE VRIES is psychiater en senior-inspecteur voor de gezondheidszorg.

A. HUISMAN is promovendus aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam.

A.J.F.M. KERKHOF is hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

P.B.M. ROBBEN is directeur van het Kenniscentrum van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Correspondentieadres: P. de Vries, Inspectie voor de Gezondheidszorg, locatie Amsterdam, Postbus 20.584, 1001 NN Amsterdam.

E-mail: ri.amsterdam@igz.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-1-2008.

SUMMARY

The no-suicide contract: a risky ritual – P. de Vries, A. Huisman, A.J.F.M. Kerkhof, P.B.M. Robben –

In spite of former research the preventive value of the no-suicide contract is still uncertain. Making up a no-suicide contract should be considered as a risky ritual because there is a chance for underestimation of the actual risk. Less risky alternatives are: systematic risk assessment, the commitment to treatment statement and the delay or reconsideration agreement.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 667-671]

KEY WORDS no-suicide contract; suicideprevention