

Reactie op 'Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in de Nederlandse ggz-instellingen' en 'Matig beleid inzake suïcidepreventie'

Verwey e.a. (2007) hebben onderzocht in welke mate in ggz-instellingen en ziekenhuizen richtlijnen vigeren rond suïcidepogers. Een minderheid van de instellingen beschikte over schriftelijke richtlijnen en de beschikbare richtlijnen bleken op belangrijke onderwerpen lacuneus. In de discussie stellen de onderzoekers zich mild op als zij stellen: '... dat wil nog niet zeggen dat deze patiënten daar niet goed zouden worden opgevangen'. Op basis van hun onderzoek is dit een juiste constatering, maar Kerkhof (2007) betwijfelt dit echter op goede gronden wanneer hij refereert aan de bejegening op de afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen, de continuïteit van zorg na ontslag bij deze doelgroep en de waarde van non-suïcidecontracten.

Gebaseerd op mijn ervaringen in de ruim 25 jaar dat ik cursorisch onderwijs geef in diagnostiek, bejegening en behandeling van suïcidale mensen aan studenten geneeskunde, aios'en psychiatrie, verpleegkundigen, psychologen die werkzaam zijn bij justitie, geestelijk verzorgers en maatschappelijk werkers, moet ik constateren dat de situatie nog zorgelijker is dan in beide artikelen wordt geschetst. Immers, het onderwerp suïcidaliteit komt nauwelijks tot niet voor in de curricula van artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners in de (geestelijke) gezondheidszorg. Voor zover het wel aan bod komt in het onderwijs, is het meestal fragmentarisch. De grootte van het probleem, ongeveer 15.000 suïcidepogingen per jaar, staat in schril contrast met de omvang en de inhoud van het onderwijs.

Verwey e.a. adviseren verdere ontwikkeling van de richtlijnen en Kerkhof verwijst hiervoor naar de APA-richtlijn en benadrukt de noodzaak van toezicht op naleving van de richtlijn. Dit ondersteun ik van harte, maar ik vrees dat het effect hiervan onvoldoende zal blijven. Kwalitatief goede

zorg aan suïcidale mensen vereist brede kennis van en ervaring in zowel de diagnostiek van affectieve, emotionele en psychotische stoornissen als het taxeren van crisogene factoren, maar ook parate kennis van de lijst van gevaarsfactoren. Wie suïcidale mensen begeleidt zal meerdere vormen van gespreksvoering tot zijn beschikking moeten hebben om te kunnen invoegen bij ontredde, hopeloosheid, intoxicatie en de impact van persoonlijkheidsfactoren; specifieke motiveringsstrategieën zijn hierbij onontbeerlijk (Jenner 2005). De ggz- en ziekenhuispraktijk staat hiermee op gespannen voet. Veel van het werk op de spoedopvang wordt verricht door anios'en die net uit de collegebanken zijn of door de jongste aios'en. Deze met de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) strijdige praktijk wordt toegestaan door de directies van deze instellingen en de inspectie, die dit zelfs stimuleren om hen moverende redenen. Hetzelfde geldt de andere professies. Zo wordt nauwelijks tot niet getoetst of een vaak solitair outreaching werkende (sociaalpsychiatrische) verpleegkundige voldoende geëquipeerd is in psychiatrische diagnostiek. Depressiediagnostiek op intuïtie in plaats van op kenmerken kom ik bij trainees met een zekere regelmaat tegen.

Kortom: het beeld dat Verwey e.a. (2007) schetsen is slechts het topje van de ijsberg. De kwalitatieve realiteit van de zorg aan suïcidale mensen is somberder en in schrille tegenspraak met de beeldvorming over kwaliteit en kwaliteitsbevordering die ziekenhuizen en ggz-instellingen naar buiten toe uitdragen.

## LITERATUUR

- Jenner, J.A. (2005). *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie* (4de druk). Assen: Van Gorcum.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Matig beleid inzake suïcidepreventie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 167-168.
- Verwey, B., van Waarde, J.A., van Rooij, I.A.L.M., e.a. (2007). Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 157-165.

J.A. JENNER

## ANTWOORD aan Jenner (1)

Wij zijn collega Jenner erkentelijk voor zijn reactie op ons artikel. Vanuit zijn persoonlijke ervaring uit hij zijn bezorgdheid voor de zorg die door psychiaters en anderen aan suïcidale patiënten wordt gegeven. Zoals hij terecht citeert hebben wij de kwaliteit van deze zorg niet onderzocht. Een uitspraak over hoe deze zorg in de praktijk is kan uit ons onderzoek niet worden afgeleid. De resultaten van ons onderzoek dienen er ons inziens toe te leiden dat er onderzoek gedaan wordt hoe in de praktijk suïcidepogers worden opgevangen, beoordeeld en behandeld. En meer dan dat. Het is dringend nodig dat het onderwerp suïcidepreventie hoog op de agenda van beroepsbeoefenaren en beleidsmakers komt. De aantallen suïcides en suïcidepogingen zijn onaanvaardbaar hoog. Suïcidaliteit, suïcidepogingen en suïcide zijn een enorm maatschappelijk probleem en gezondheidszorgprobleem. De oplossing vraagt dus inspanningen van maatschappelijke instituties en gezondheidszorginstellingen.

Binnenkort zal het Trimbos-instituut advies uitbrengen aan de Minister inzake suïcidepreventie. Het is te hopen dat de overheid het als haar taak zal zien een nationaal beleid te realiseren. Alleen een integraal plan dat gericht is op verbetering van registratie van, voorlichting over, onderwijs over en onderzoek naar suïcides en suïcidepogingen zal op den duur helpen. Zonder volledig te kunnen zijn: daar horen dan ook nog bij training en opleiding van allen die er in de praktijk mee te maken hebben. Een dergelijk plan is alleen dan robuust genoeg wanneer er een coördinator met een toereikend budget wordt aangesteld. Een staatssecretaris van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zou dit in zijn of haar pakket moeten krijgen. Dat laat onverlet dat beroepsbeoefenaren zich de urgentie van het probleem dienen te realiseren en zelf het nodige kun-

nen ondernemen. Collega Jenner wijst terecht op de bescheiden plaats die het onderwerp in onderwijs en opleiding inneemt.

B. VERWEY

J.A. VAN WAARDE

## ANTWOORD aan Jenner (2)

De bijval van Jenner voor de constatering van Verwey e.a. (2007) over de gebrekkige richtlijnen voor de behandeling van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen en in de ggz, en voor mijn constatering (Kerkhof 2007) dat het vermoedelijk niet alleen schort aan richtlijnen maar ook aan de uitvoering van suïcidepreventie in de praktijk, is zeer welkom.

Jenner verbreedt het thema naar de gebrekkige basale opleiding van de beroepsgroepen in de gezondheidszorg die met suïcidaliteit te maken hebben en concludeert dat mede daardoor de zorg aan suïcidale mensen kwalitatief beneden de maat is. Ik ben het geheel met Jenner eens. Ik deel zijn ervaringen waar het gaat om het opleidingspeil van hulpverleners omtrent risicotaxatie, kennis over suïcidaliteit, gespreksvaardigheden, en de psychotherapeutische behandeling van suïcidaliteit. Evenals Jenner geef ik al 25 jaar (cursorisch) onderwijs in suïcidepreventie aan huisartsen, psychologen, psychiaters, ggz-hulpverleners, verpleegkundigen et cetera, en evenals Jenner zie ik dat het basale opleidingsniveau nog steeds onvoldoende is. In de reguliere opleidingen komt het thema suïcidaliteit gewoonweg onvoldoende aan bod. Iedereen moet het maar in de praktijk leren, daar komt het op neer. En door schade en schande. In de psychologieopleiding komt het thema onvoldoende aan bod, en dat komt vooral omdat het curriculum veel te kort is om goede psychologen af te leveren. Voor andere opleidingen gelden soort-

gelijke overwegingen, en over alle opleidingen tezamen geldt dat weinig belang gehecht wordt aan suïcidaliteit als gezondheidszorgprobleem. In het postdoctorale circuit valt op dat enkele organisaties (bijvoorbeeld Cure and Care) af en toe (cursorisch) onderwijs verzorgen ten aanzien van suïcidepreventie. Maar daarbij geldt dat het merkbaar is, aan de aantallen inschrijvingen, dat de ggz-instellingen maar een beperkt budget hebben voor dit soort bijscholingsactiviteiten (en niet te vergeten het productieverlies dat telt wanneer een hulpverlener een cursus volgt). Een inventarisatie (verschijnt binnenkort) van het Trimbos-instituut naar de opleidingen van hulpverleners in suïcidepreventie bevestigt dit sombere beeld. Her en der zijn er nog enkele incidentele losse initiatieven voor lezingen en workshops, maar het blijft dwielen met de kraan open.

Dit is kortom de stand van zaken zoals ik die zie. Wrang daarbij is dat nogal wat hulpverleners kampen met ernstige schuldgevoelens omdat ze pas na hun eerste suïcide beseften hoeveel ze niet wisten en wat ze wel hadden kunnen weten en wat ze hebben nagelaten dat ze wel hadden kunnen toepassen als zij maar voldoende training zouden hebben gehad. En veel hulpverleners zijn simpelweg bang voor de volgende suïcidale patiënt. Evenals Jenner zie ik nu niet zo veel verbetering optreden alleen door het versterken van bijscholingsmogelijkheden (*summer schools, e-learning modules, etc.*). Ik zie in dit verband op korte termijn eigenlijk maar één echte mogelijkheid om deze stand van zaken snel te verbeteren en dat is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar lijst van prestatie-indicatoren expliciet opneemt: het percentage personeelsleden van ggz-instellingen dat de laatste twee jaar een systematische scholing in suïcidepreventie heeft genoten (Kerkhof 2005, 2006).

## LITERATUUR

- Kerkhof, A.J.F.M. (2005, juni). Suïcide als prestatie-indicator. Symposium indicatoren van veilige zorg. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Rotterdam.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2006, november). Prestatie-indicatoren voor de preventie van suïcide. Congres van de Inspectie voor de Gezondheidszorg n.a.v. de presentatie van de basisset prestatie-indicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, Koninklijk Instituut voor de Tropen. Amsterdam.
- Kerkhof, A.J.F.M. (2007). Matig beleid inzake suïcidepreventie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 167-168.
- Verwey, B., van Waarde, J.A., van Rooij, I.A.L.M., e.a. (2007). Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse ggz-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 157-165.

A.J.F.M. KERKHOF