

De rol van huisartsen bij suïcidepreventie

*Een kwalitatief onderzoek onder
huisartsen in Den Haag*



De rol van huisartsen bij suïcidepreventie

Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Den Haag

David Grim
Robine Maat
Regina van der Meer

Den Haag, juni 2021

Met dank aan allen die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt: De geïnterviewde huisartsen, Hadoks (Rieuwk Visser), Parnassia Groep (Karin Slotema & Boudewijn Schols), Indigo (Ursula Dewkali), HMC (Christien van der Linden), SuNa (Diane Blommesteijn & Angelique Ravesteijn), Arts en Zorg, SHG, 113 zelfmoordpreventie (Elke Elzinga) en de gemeente Den Haag.

Inhoudsopgave

1	Aanleiding	6
2	Onderzoeksdoel	7
3	Onderzoeksvragen	7
4	Methode en aanpak	8
4.1	Onderzoekspopulatie	8
4.2	Onderzoeksmethode	8
4.3	Werving huisartsen	8
4.4	Analyse onderzoeksgegevens	8
4.5	Overige gesprekken	8
4.6	Privacy/toestemming	8
5	Resultaten	9
5.1	Contextuele informatie op basis van de gesprekken met de SuNa casemanagers en de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige van de Crisisdienst	9
5.2	Overzicht geïncludeerde huisartsen	10
5.3	Resultaten naar topics/thema's	11
6	Conclusies	19
7	Discussie	20
8	Overwegingen (voor in – en buiten – de praktijk)	21
9	Referenties	23

De huisarts heeft een belangrijke rol in de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Onder suïcidaal gedrag wordt het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen verstaan, die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.^{1,2}

Tussen denken aan de dood en het daadwerkelijk een poging doen zit een hele weg.³ Uiteindelijk bereikt maar een klein deel van de mensen die denken aan de dood het eind van deze weg.³ Voor de gehele Nederlandse bevolking geldt dat suïcide doodsoorzaak nummer 19 is en voor de 15- tot 65-jarigen nummer 2.⁴ Het aantal zelfdodingen in Nederland per jaar is tussen 2018 en 2020 stabiel met in 2020 1825 zelfdodingen.⁵ De NEMISIS-2 studie met gegevens uit 2007-2009 laat zien dat 2,2% van de volwassenen tussen 18 en 65 jaar ooit in het leven een suïcidepoging had gedaan en 0,1% had dat gedaan in het afgelopen jaar.⁶

Ongeveer de helft van de mensen zoekt in de weken voor de suïcide(poging) hulp bij de huisarts.⁷ Dit doen zij meestal met een andere hulpvraag.^{7,8} De huisarts wordt in staat geacht de problematiek te signaleren, diagnosticeren en te verwijzen naar specialistische zorg.^{1,8,9}

De schatting is dat een huisarts eenmaal per vijf jaar geconfronteerd wordt met een suïcide in de eigen praktijk.⁸ Jaarlijks zijn er gemiddeld binnen een huisartspraktijk in Nederland 65 patiënten met suïcidale gedachten en doen 18 patiënten een suïcidepoging.⁸ In de registraties van de huisartsen zijn dit er echter maar twee of drie.⁸ De huisarts registreert dus een fractie van het aantal pogingen. Dit zou er op kunnen duiden dat de huisarts beperkt weet heeft van het suïcidale gedrag van de patiënten in de praktijk.⁸

Een aantal huisartsen gaf bij een training van Parnassia over suïcidepreventie in Den Haag aan dat ze suïcidaal gedrag niet goed herkennen en niet goed weten wanneer, bij wie en hoe dit uit te vragen. Daarnaast gaven deze huisartsen aan dat ze ook niet goed weten naar wie ze kunnen doorverwijzen bij subacute suïcidaliteit. Vergelijkbare bevindingen zijn ook beschreven in een aantal internationale onderzoeken.¹⁰⁻¹³

Uit recent landelijk onderzoek blijkt dat huisartsen veel belemmeringen ervaren met betrekking tot hun rol in suïcidepreventie. Zij ervaren weinig competenties m.b.t. het herkennen en behandelen van suïcidale personen en ook de gebrekkige samenwerking met ketenpartners wordt genoemd als belemmering.¹⁴ Dit onderzoek werd echter uitgevoerd bij huisartsen die positief tegenover hun rol bij suïcidepreventie staan en die werden geïnterviewd nadat zij een suïcidepreventie training hadden gevolgd.

De verwachting is dat het versterken van de rol van huisartsen bij suïcidepreventie zal bijdragen aan het verbeteren van de vroeg signalering van suïcidaal gedrag en het tijdig doorverwijzen van personen naar de specialistische hulp.

Daarvoor is het eerst belangrijk om met de huisartsen in gesprek te gaan en te onderzoeken of zij vinden dat ze een rol hebben in suïcidepreventie. Welke rol dit is en wat hierbij mogelijke belemmeringen en facilitators zijn. Tot slot willen we weten wat huisartsen nodig hebben om hun rol goed uit te kunnen voeren.

Nieuw aan dit onderzoek is dat er wordt gesproken met huisartsen die in Den Haag werkzaam zijn en dat we daardoor kunnen inzoomen op de Haagse situatie. Daarnaast worden alle Haagse huisartsen benaderd om deel te nemen, zodat zowel huisartsen die positief als huisartsen die minder positief zijn over hun rol bij suïcidepreventie kunnen worden geïncludeerd.

Ook de rol en inzet van de POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijken wordt met dit onderzoek nader onderzocht. Deze professional heeft in potentie ook een belangrijke rol bij suïcidepreventie. Hoewel bij dit onderzoek alleen huisartsen zijn geïnterviewd is tijdens de interviews ook gevraagd naar de rol en de meerwaarde van de POH-GGZ bij suïcidepreventie in de huisartspraktijk.

2 Onderzoeksdoel

Het onderzoeksdoel is inzicht krijgen in hoe de huisartsen in Den Haag hun rol zien bij suïcidepreventie. We willen weten welke belemmeringen en facilitators zij ervaren bij het vragen naar suïcidaal gedrag bij hun patiënten, het begeleiden en doorverwijzen van patiënten en wat huisartsen nodig hebben om hun rol bij suïcidepreventie goed uit te kunnen voeren.

De beleids- en maatschappelijk relevantie van dit onderzoek is dat de resultaten kunnen bijdragen aan het verbeteren van de vroeg signalering van suïcidaal gedrag en het verbeteren van de ketenzorg rondom suïcidaliteit.

3 Onderzoeksvragen

De vragen die we met dit onderzoek beantwoorden zijn de volgende:

1. Hoe zien de huisartsen hun eigen rol in het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag?
2. Welke belemmeringen en facilitators ervaren huisartsen in het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag?
3. Wat hebben huisartsen nodig om hun rol in het herkennen, begeleiden en doorverwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag goed uit te kunnen voeren?
4. In hoeverre zijn huisartsen bekend met richtlijnen, waaronder de “Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag” en “het Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit”? ^{1,9}

4.1 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit huisartsen die werkzaam zijn in Den Haag, waarbij het voor het onderzoek wenselijk is dat de deelnemende huisartsen een afspiegeling zijn van de Haagse huisartsen. Daartoe hebben we ons ingezet zowel huisartsen met veel ervaring, als huisartsen die pas kort het vak beoefenen te benaderen. Ook zochten we variatie in de onderzoekspopulatie door zowel waarnemers, huisartsen in loondienst als huisartsen met een eigen praktijk te includeren. En we hebben huisartsen met verschillende wijze en locatie van vestiging weten te includeren.

4.2 Onderzoeksmethode

Gezien het verkennende en verdiepende karakter van de onderzoeksvragen is er gekozen voor kwalitatief onderzoek in de vorm van semigestructureerde individuele interviews met huisartsen in Den Haag. We interviewden huisartsen in de eigen praktijk of, vanwege coronamaatregelen, telefonisch. Deze methode bood ons ook de mogelijkheid om door te vragen en te verdiepen als de antwoorden daar aanleiding toe gaven. Na 12 interviews hebben we vastgesteld dat er sprake was van voldoende verzadiging om onze resultaten te duiden en conclusies te trekken.

4.3 Werving huisartsen

We hebben veel aandacht gehad voor de werving van huisartsen voor dit onderzoek. Begin 2020 heeft een drietal netwerk-/ koepelorganisaties voor Haagse huisartsen ons bij het werven geholpen, te weten: Hadoks, SHG en Arts & Zorg

Hadoks (Haaglandse Dokters) is een ondersteuningsorganisatie voor huisartsen waarbij ook veel huisartsen uit Den Haag zijn aangesloten. Hadoks heeft via nieuwsbrieven en door het medeondertekenen van een wervingsbrief aandacht gevraagd voor het onderzoek. Ook SHG en Arts & Zorg benaderden hun achterban met de oproep om deel te nemen aan dit onderzoek.

4.4 Analyse onderzoeksgegevens

Ieder interview is getranscribeerd, beluisterd en geanalyseerd door twee onderzoekers aan de hand van een thema lijst. Daarbij is een coderingssysteem gehanteerd dat uiteindelijk een overzicht oplevert waarbij zichtbaar is wat iedere respondent heeft gezegd op themaniveau.

4.5 Overige gesprekken

Naast de interviews met de huisartsen, zijn ook gesprekken met twee casemanagers van SuNa gevoerd, evenals een gesprek met een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige van de crisisdienst. Deze interviews zijn gevoerd om contextuele informatie te verzamelen over de Haagse situatie omtrent suïcidepreventie. Waaronder in ieder geval een overzicht van de belangrijkste actoren in de eerste en tweede lijn, inclusief verwijsopties op basis van mate van ernst en acutheid van het suïciderisico van een patiënt.

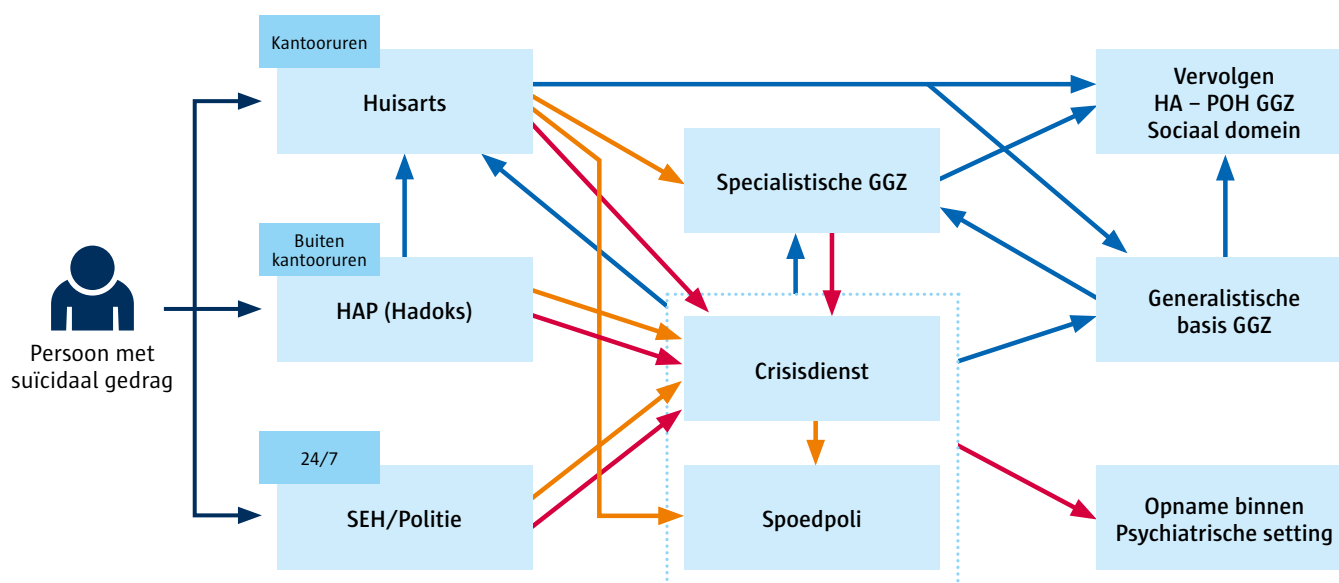
4.6 Privacy/toestemming

De interviews zijn opgenomen, indien de geïnterviewde daarmee akkoord ging. De interviews zijn in een map opgeslagen, waar alleen de betrokken onderzoekers toegang tot hebben. In de uitwerking van de interviews zijn geen persoonlijke en adresgegevens opgenomen.

5.1 Contextuele informatie op basis van de gesprekken met de SuNa casemanagers en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de crisisdienst

De belangrijkste actoren in de Haagse situatie bij de zorg voor personen met suïcidaal gedrag zijn tijdens kantooruren: huisartsen en de GGZ (generalistisch en specialistisch). Buiten kantooruren is toegang tot zorg en hulpverlening mogelijk via de Huisartsenpost (HAP)-dienst. En 24 uur, 7 dagen per week kunnen zorg- en hulpverleners bij acute situaties de spoedeisende hulp (SEH) en de crisisdienst inschakelen.

In onderstaand schema is getracht om de verwijz-, behandel- en vervolgopties per actor weer te geven. De verwijzingen zijn gebaseerd op 3 risiconiveaus. Het eerste niveau wordt weergegeven door de blauwe pijlen. Hier betreft het laagrisico en niet-acute dreiging van een suïcide bij een suïcidale patiënt. Deze persoon kan worden vervolgd bij de huisarts en eventueel worden doorverwezen naar de generalistische GGZ. Daarnaast kan iemand worden doorverwezen naar het sociaal domein. Dat kan zijn voor schuldhulpverlening, maatschappelijk werk of anderszins hulpverlening/begeleiding bij onderliggende sociale problematiek.



Figuur 1. De Haagse situatie met actoren en verwijsopties (pijlen) die plaatsvinden op basis van de risicoschatting en de acute dreiging van de suïcidaliteit van een persoon. **Blauw:** geen acuut risico op een suïcidepoging. **Oranje:** verhoogd suïcide risico, maar niet acuut. **Rood:** acuut risico.

De oranje pijlen representeren verwijsopties voor patiënten met een verhoogd risico om over te gaan tot een suïcidepoging, maar waarbij de inschatting is dat dit niet binnen enkele weken zal plaatsvinden, bijvoorbeeld omdat er nog beschermende factoren zijn, zoals iets of iemand om voor te blijven leven. Bij de risico analyse wordt ook meegenomen of er eerdere suïcide pogingen zijn geweest. Hiertoe kan de huisarts beslissen een patiënt door te sturen naar de specialistische GGZ en tussentijds de patiënt vervolgen in de praktijk tot aanmelding. Ook kan de huisarts rechtstreeks contact opnemen met de spoedpoli voor beoordeling van een patiënt met niet acute suïcidaliteit.

Tot slot is er de groep patiënten waarbij een acuut risico wordt gezien voor het overgaan tot een suïcidepoging. In die gevallen is het de crisisdienst die wordt aangeroepen om de patiënt te beoordelen. De crisisdienst schat het specifieke risico in op basis van de informatie die hem wordt aangereikt en bepaalt met welke mate van prioriteit (direct of binnen een aantal uur of binnen 2-3 dagen) iemand dient te worden beoordeeld. Op basis daarvan wordt de patiënt vervolgens verwezen naar de spoedpoli of opgenomen in een psychiatrische setting of bij een – inmiddels – verlaagd risico terugverwezen naar de specialistische of generalistische GGZ of de huisarts.

5.2 Overzicht geïnterviewde huisartsen

Voor het onderzoek zijn in maart en april 2020 in totaal 12 huisartsen geïnterviewd, waarvan 4 mannelijke en 8 vrouwelijke huisartsen. De gemiddelde werkervaring van deze huisartsen is 13,3 jaar (standaarddeviatie: 11,3 jaar). De huisarts met de minste ervaring heeft 1,5 jaar werkervaring, degene met de meeste werkervaring is 34 jaar werkzaam als huisarts. 5 huisartsen zijn zelfstandig gevestigd, 5 zijn huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA) en 2 zijn werkzaam als waarnemer. 2 huisartsen zijn werkzaam in een solopraktijk, 2 in een duopraktijk, 4 in een groepspraktijk en 4 in een gezondheidscentrum. Alle huisartsen hebben de beschikking over een POH-GGZ in de praktijk. 8 van hen maken ook daadwerkelijk gebruik van de POH-GGZ in het geval van suïcidaal gedrag bij patiënten. Hoe zij worden ingezet verschilt per huisarts. Soms gebeurt dit alleen in bepaalde situaties, bijvoorbeeld bij patiënten met een laag risico, of om meer tijd te (kunnen) nemen om de situatie in te schatten.

Tabel(len) 1: karakteristieken van de geïnterviewde huisartsen

Deelnemers	Aantal	Werkzaam als:	Aantal
Totaal	12	Zelfstandig	5
Man	4	HIDHA	5
Vrouw	8	Waarnemer	2

Werkervaring	In jaren	Praktijkvoering	Aantal
Gemiddelde	13,3	Solopraktijk	2
Standaarddeviatie	11,3	Duopraktijk	2
Minst ervaren	1,5	Groepspraktijk	4
Meest ervaren	34,0	Gezondheidscentrum	4

POH-GGZ	Bij .../12
Beschikbaar in de praktijk	12
Betrokken bij suïcidepreventie	8

5.3 Resultaten naar topics/thema's

Eerst presenteren we de resultaten met betrekking tot hoe de geïnterviewden hun rol als huisarts zien. We delen de resultaten verder op in belemmeringen, facilitators en behoeften. Aanvullend presenteren we eenzelfde (compacte) uiteenzetting voor de POH-GGZ. Ook voegen we quotes van de geïnterviewde huisartsen toe.

Omdat het semi-structureerde interviews betreft, en dus niet elke vraag elk interview (op dezelfde wijze) is gesteld, geven we hier geen cijfermatige uiteenzetting. We hebben voor de ruwe analyse wel een turflijst bijgehouden om te weten welke rollen, belemmeringen, facilitators en behoeften hoe vaak genoemd zijn. Bij het trekken van de belangrijkste conclusies (hoofdstuk 6) houden we wel enigszins rekening met hoe vaak een thema of topic voorkomt op de turflijst.

Als een thema of topic slechts één of twee keer is genoemd, dan trekken we daar geen conclusies uit voor dit onderzoek. Echter, voor de resultatensectie benoemen we alle thema's en topics met relevantie voor dit onderzoek. Zodat de resultatensectie een compleet beeld geeft van alle rollen, belemmeringen, facilitators en behoeften die tijdens de interviews zijn genoemd.

Rol huisartsen

Herkennen

Ten aanzien van het herkennen van suïcidaal gedrag geven huisartsen aan dat zij een **vertrouwenspersoon** (willen) zijn voor patiënten. Dat wil zeggen dat ze een luisterend oor willen bieden, zich inleven in de situatie van de patiënt en een eerste aanspreekpunt willen zijn. Ook het **herkennen van signalen** van suïcidaal gedrag wordt gezien als een belangrijke rol. Daarnaast willen ze **ruimte en tijd creëren** om een gesprek over suïcidaliteit te starten, de mate van ernst en het acute risico in te schatten en de **onderliggende hulpvraag** te **verkennen** en ophelderen. Op basis van die inschatting wordt het beleid bepaald.



“Ik denk zeker een signalerende functie. [...] want je bent als huisarts echt wel een soort vertrouwenspersoon. En dan is het als huisarts toch een beetje schipperen van kan ik afspraken met diegene maken en zorgen dat die op de juiste route geholpen wordt. En nee, hier kan ik geen afspraken meer mee maken en we moeten nou acuut ingrijpen. Dat is wel een beetje balanceren.”

Begeleiden

Personen waarbij suïcidaal gedrag wordt herkend worden op uiteenlopende manieren begeleid door huisartsen. Het type begeleiding dat wordt geboden lijkt voor de meeste huisartsen af te hangen van de ernst van het suïciderisico, de mate waarin dat risico als acuut wordt beschouwd en hoe vertrouwd ze zich voelen in de rol als begeleider. Ook de onzekerheid of twijfel over de situatie kan het type begeleiding beïnvloeden. Sommige huisartsen kiezen ervoor om patiënten met licht suïcidaal gedrag in de praktijk te **vervolgen**, ofwel bij henzelf, ofwel bij de **POH-GGZ**. Een deel van de huisartsen noemt het bestaan van beschermende factoren als basis(voorwaarde) voor het al dan niet in de huisartspraktijk (willen) begeleiden en/of vervolgen van patiënten. Een voorbeeld van een beschermende factor is de aanwezigheid van mensen in de nabije omgeving die de patiënt kunnen helpen en er voor hem zijn. Daarbij worden **non-suïcideafspraken** gemaakt en wordt met patiënten afgesproken dat ze regelmatig (telefonisch) contact onderhouden met de praktijk, om de voortgang te bewaken. Sommigen zien zichzelf als coach of therapeut, terwijl anderen juist vinden dat dat niet hun rol als huisarts is en blijven dus weg van een begeleidende rol. Een enkeling schrijft **medicatie** voor (antidepressiva). Tot slot bieden huisartsen geregeld aan om de patiënt in de praktijk te vervolgen, ter **overbrugging** naar de intake en behandeling binnen de GGZ.



(Vraag: Zie je ook een rol in het begeleiden? Los van alleen het doorsturen?)

“Nou, heel matig eerlijk gezegd, door gebrek aan ervaring daarmee en door gebrek aan expositie daarmee.”

“Nee, ik denk dat mensen het belangrijk vinden dat [...] ze weten dat je geïnteresseerd bent in hoe het met ze gaat. Dat je ze niet doorsluist [...] en ze helpt aan een goed behandelaar, maar dat je zelf ook betrokken blijft bij ze.”

Verwijzen

Alle huisartsen zien een rol voor zichzelf als **verwijzer**. Iedereen is bekend met het bestaan van de crisisdienst en maakt gebruik van de mogelijkheid om de **hulp van de crisisdienst** in te roepen, op het moment dat ze de situatie bij een patiënt niet vertrouwen. In het geval van een subacuut suïciderisico verwijzen huisartsen in veel gevallen naar de specialistische GGZ, soms naar de eerstelijns GGZ en afhankelijk van de onderliggende (sociale) problematiek naar schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, het wijkteam en/of de gemeente.



“En wat ook heel belangrijk als huisarts is, is dat je een goed netwerk hebt. Dat je niet alleen maar je zorgnetwerk kent, maar eigenlijk ook het hele welzijnsnetwerk. De schuldhulpverlener en noem maar op. De hele riedel van dingen waar mensen mee kunnen stoeien. Dat je daar goed contact mee hebt, dat je weet wat ze doen. Dat je mensen met warme hand kunt verwijzen, dat ze ook aankomen. Dat je ook terugkoppeling krijgt.”

Naast de wachttijden bij de GGZ – waardoor veel huisartsen het gevoel krijgen dat patiënten aan hun lot worden over gelaten totdat ze (eindelijk) aan de beurt zijn – worden ook andere belemmeringen ervaren in het herkennen, begeleiden en behandelen.

Belemmeringen

Herkennen

Meer dan de helft van de huisartsen geeft aan dat ze **tijdgebrek** ervaren in het consult met een patiënt om (door) te vragen naar (mogelijk) suïcidaal gedrag. **Persoonlijkheidsproblematiek** en **de patiënt niet goed kennen** wordt genoemd als een complicerende factor, waardoor het herkennen van suïcidaal gedrag en/of het op waarde schatten van het suïciderisico wordt bemoeilijkt.



“Het zijn juist de lichamelijke problemen. Als je dan terugkijkt dan heb je het eerst over lichamelijke problemen, dan is ongeveer je tijd op. En dan denk je shit het is niet alleen een lichamelijke probleem, maar ook nog eens dat depressieve of misschien angst of iets anders psychisch en als je dan nog verder terug gaat kijken dan zit de sociale problematiek er onder. Het is echt een soort appel mechanisme. Dat is denk ik waar het ook aan schort. Want ik ben met het lichamelijke probleem al door mijn tijd heen, mijn eerste tijd.”

“We lopen er vaak tegen aan dat mensen het niet met ons delen. In de eerste tien minuten, dat is vaak de minuten die we dan hebben.”

Een aantal huisartsen noemt ook dat suïcidaal gedrag vaak ontstaat als gevolg van **onderliggende (sociale en/of psychische) problemen**, die vaak al langere tijd aanwezig zijn of waren en die opeenvolgend en/of tegelijkertijd bestaan. Als deze factoren/problemen (schuldenproblematiek, verslaving, relatieproblemen, criminaliteit, persoonlijkheidsproblemen, psychische problemen, etc.) door de patiënt, zijn omgeving en professionals niet tijdig worden herkend en/of aangepakt, dan kan het suïcidaal gedrag tot gevolg hebben.



“Als je lang genoeg wacht dan wordt het een medisch probleem, terwijl dat niet had hoeven te gebeuren. Dat is een beetje het contrast. Maar als je er vroeg bij kunt zijn of dat mensen snappen dat ze met die problemen naar de gemeente kunnen dan heb je die aanloop naar suïcidaliteit al niet meer. Maar het is nu vaak te laat. Het is nu een medisch probleem geworden. Dat vind ik jammer, want het hoeft geen medisch probleem te zijn. We zitten allemaal als huisarts met onze handen in het haar met patiënten waar je geen betrouwbare afspraken mee kunt maken.”

Begeleiden

Omdat huisartsen geen 24/7 beschikbaar hebben, en suïciderisico bij patiënten niet beperkt is tot de openingstijden van de praktijk zijn er huisartsen die hun **beperkte beschikbaarheid** ervaren als een belemmering, net als de mate waarin de **overbrugging** kan worden gefaciliteerd in de praktijk tot het moment waarop de patiënt door een professional wordt beoordeeld. Tot slot vinden sommige huisartsen dat **protocollen een beperkend effect** hebben, omdat deze hen te weinig handelingsvrijheid en/of handvatten biedt.



“Ja het is druk en je wilt hier gewoon de tijd voor kunnen nemen, om een goed gesprek te kunnen voeren. Ook iemand zich gehoord laten voelen. Dat is wel een probleem, want je moet dat natuurlijk niet uitstellen.”

“Ja we zijn natuurlijk opgeleid voor 1e lijns problemen en niet voor 2e lijns problemen. Kijk als je dan een deel van de werkzaamheden moet overnemen. Ja dat kan wel, maar dan zit je werk van PsyQ te doen.”

Verwijzen

De **lange wachttijden bij de GGZ** worden veelvuldig genoemd als belemmering (en frustratie) bij huisartsen, omdat hun patiënten daardoor niet (tijdig) kunnen worden geholpen, wat zorgt voor onrust en zorgen over het welzijn en veiligheid van de patiënt. Naast de lange wachttijden wordt ook het **aannamebeleid binnen de GGZ** als belemmerend gezien; patiënten worden niet geaccepteerd in – met name – de eerstelijns GGZ als er sprake is van een suïciderisico, GGZ-professionals geven aan de behandelverantwoordelijkheid niet te willen overnemen. Ook dit is voor sommige huisartsen een bron van frustratie.



“Die wachttijden dat is gewoon het allerlastigste.

Je weet nu al iemand moet naar de tweede lijn en dan moet je nog vier maanden met diegene zitten en je bent ook wel een beetje uitgepraat. Je hebt iemand al vier maanden bij je en je denkt we komen echt niet verder, we gaan nu naar de tweede lijn. En dan zit je nog een keer vier maanden met iemand. Ja dat maakt het wel lastig.”

“Maar het lastige is dat ik een suïcidale patiënt niet naar een vrij gevestigde psychiater kan sturen. Ten eerste zijn goede vrijgevestigde psychiaters heel dun gezaaid, en hebben die een lange wachtlijst, maar die kunnen ook niet zeven x 24 uur opvang doen als zo'n patiënt niet stabiel is. Dus dat gaat gewoon niet, dus je bent aangewezen op die grote organisaties. En dat gaat lang niet altijd slecht hoor. Ik vind ook dat Parnassia goed werk doet. Maar het is wel een hele logge organisatie, en de terugkoppeling is soms afwezig of heel laat of onvolledig. Soms zijn er idiote administratieve belemmeringen. Zo was er iemand die had geen geldig ID ofzo, en die werd dan niet in behandeling genomen. Nou dat soort gekkigheden krijg je dan.”

Naast de bovengenoemde belemmeringen worden ook het **gebrek aan verwijsopties** en de **knelpunten bij aanmelding** bij de GGZ genoemd (waaronder tijdrovende aanmeldprocedures, administratieve rompslomp, onduidelijkheden over de aanmeldprocedures, traag handelen na doorverwijzing – belofte dat binnen enkele dagen contact met patiënt wordt opgenomen, wordt niet altijd nagekomen). Ook geven huisartsen aan dat patiënten uit beeld (kunnen) raken na verwijzing door **gebrekkige communicatie en/of terugkoppeling vanuit de GGZ**.

Overig

Een andere belemmering tot slot, is dat de **zorg te verkokerd** is, waardoor **samenwerking uitblijft** en zorg- en hulpverleners niet goed van elkaar weten wat ze (kunnen) doen in het begeleiden en behandelen van een persoon met suïcidaal gedrag.

Facilitators

Herkennen

Het op een **directe wijze (durven) vragen** naar suïcidaal gedrag is een belangrijke facilitator bij het herkennen en inschatten van het suïciderisico. Een **patiënt (goed) kennen** helpt om te kunnen aanvoelen of er iets aan de hand is en dus om suïcidaal gedrag te herkennen en/of verkennen. Het helpt ook om het lef te hebben/tonen om op een directe wijze te vragen naar suïcidaal gedrag en/of concrete plannen. **Verbindend communiceren, de tijd nemen**, of maken, om een gesprek te voeren helpt jezelf als huisarts en de patiënt om boven tafel te krijgen wat er speelt. En als een huisarts die tijd niet heeft, dan geven sommige aan dat ze daarvoor juist de **POH-GGZ** in schakelen, die heeft meer tijd en vaak een goed netwerk binnen de GGZ. Ook de inzet van bepaalde **instrumenten** wordt gezien als behulpzaam: richtlijnen, stroomdiagrammen of beslisbomen helpen, net als vragenlijsten voor de patiënt waarmee depressiviteit en suïciderisico kunnen worden uitgevraagd en ingeschat.



“Het helpt als je iemand kent. [...] Een band hebt opgebouwd.”

“De POH GGZ, in mijn praktijk [...] het zijn er twee. Eén ervan is echt waanzinnig ervaren en heeft die hele sociale kaart in haar hoofd zitten.”

Begeleiden

Het **persoonlijke steunsysteem** van patiënten biedt de mogelijkheid om ze beter te kunnen helpen. Zowel in het verkennen als begeleiden. Als een patiënt mensen in zijn omgeving heeft die hem kunnen helpen, die er voor hem zijn en die het gevoel geven dat hij er (voor hen) toe doet, dan kan dat beschermend werken. Huisartsen maken hier dankbaar gebruik van. Ook (het stimuleren van) een **volwassen houding** van de patiënt draagt bij aan de mate waarin een huisarts iets kan bereiken met en voor een patiënt. Bijvoorbeeld om de hulpvraag te verduidelijken en de patiënt te bekrachtigen zichzelf te beschermen en de juiste hulp te zoeken.

Verwijzen

Huisartsen geven aan dat ze zich gesterkt voelen door het **netwerk van zorgverleners** en organisaties met kennis, faciliteiten en hulpverlening voor patiënten met suïcidaal gedrag en de **mogelijkheid** die ze hebben om patiënten **door te verwijzen** en/of met hen **samen te werken**, bijvoorbeeld **ter consultatie**. Een aantal huisartsen heeft het gevoel door deze samenwerkingen en verwijsopties iets te kunnen betekenen voor patiënten, met name voor patiënten waarbij het suïcidale gedrag een onvoorspelbaar karakter heeft of lijkt te hebben.



“Wij hebben vanuit de Kracht voor Basiszorg in de praktijk 1 x per 6 weken een wijkteam overleg, waarbij iedereen ook aanwezig is. [...] En dat is dus ook wel mijn vangnet als ik denk wat moet ik nou met deze persoon, dat ik dan de telefoonnummers heb van hulpverleners uit de wijk, ‘kan je me helpen?’, wat kan ik nog bieden voor deze meneer of mevrouw.”

Overig

Het werken als team, met POH-GGZ en de patiënt, wordt door huisartsen als positief ervaren. Het maakt dat het werk goed kan worden verdeeld, de situatie openlijk kan worden besproken en gezamenlijk kan worden besloten wat de beste vervolgactie kan zijn.

Een aantal huisartsen geeft aan meerwaarde te ervaren van het **evalueren** van het handelen van de huisarts met patiënt en/of naasten. Dit kan zijn na doorverwijzing, maar ook – na een geslaagde suïcidepoging – met de familie om te bespreken of en wat er kan worden verbeterd aan het (niet) handelen van de huisarts en/of familie. Hiervan kan je leren als huisarts.

Eén huisarts gaf aan dat **matchmaking**, zoals dat door iPsy wordt aangeboden, helpt bij het vinden van een geschikte behandelaar bij een patiënt, met name gericht op cultuur- en taalverschillen. Een andere huisarts sprak over Splinter Care, als een nieuwe GGZ-organisatie die er in de eerste plaats op gericht is om iemand zich volkomen veilig te laten voelen, om pas daarna verdieping op te zoeken. Beiden vanuit het achterliggende idee: Een klik tussen patiënt en behandelaar kan de effectiviteit van de behandeling bevorderen.

Dat het faciliteren van overbrugging bij de huisarts als belemmerend wordt beschouwd, heeft als tegenhanger dat een huisarts aangaf blij te zijn met de **wachtkamer** die **MC Haaglanden** op de SEH heeft voor het overbruggen van de tijd tussen aanmelding bij de crisisdienst en de daadwerkelijke beoordeling van de crisisdienst.

Tot slot is het **bestaan van 113 zelfmoordpreventie** een faciliteit die sommige huisartsen (als ze bewust zijn van het bestaan en mogelijke nut ervan) gebruiken om patiënten te verwijzen voor meer informatie, waarop men een beroep kan doen tijdens uitzichtloze momenten

Behoeften

Herkennen

Over het algemeen ervaren huisartsen tijdgebrek en willen dus graag **meer tijd nemen** voor hun patiënten om suïcidaliteit te bespreken. Bijvoorbeeld via een **financiële compensatie** voor de extra tijd die voor een dergelijke patiënt nodig is.



“Ik neem nu wel de tijd die ik nodig heb. Dus het is niet zo dat je dat in tien minuten besluit, maar het zou wel iets makkelijker zijn dat als je weet dat de tijd die je daarvoor nodig hebt ook kunt gebruiken.”

Met name relatief onervaren huisartsen geven aan graag over een **instrument** te beschikken met informatie over **waar op te letten** en/of **risicofactoren** waarmee ze de **situatie en ernst** ervan eerder en beter kunnen **inschatten**.

Meerdere huisartsen geven aan de mogelijkheid te willen bieden aan de **mensen in de omgeving** (incl. eventueel leerplichtambtenaren) **van een patiënt** om hun **zorgen te uiten** over diens psychisch welbevinden en (mogelijk) suïcidaal gedrag. Niet alleen bij hen als huisarts, maar eventueel ook bij een centraal **loket**. Deze huisartsen hebben het gevoel dat ze daarmee de kans vergroten dat de patiënten waarvan de huisarts geen weet of vermoeden heeft dat er iets speelt, toch tijdig in beeld komen.



“Ja, een collega van mij gaf nog aan, misschien een soort loket waar je dan terecht kunt in plaats van een crisisdienst [...] Een soort van suïcide loket waar wij terecht kunnen maar ook alle mensen die zich zorgen maken.”

Veel huisartsen geven aan dat ze in sommige gevallen gebruik zouden willen maken van een **overleg-/consultatiemogelijkheid**, omdat ze zichzelf onvoldoende bekwaam achten om de situatie goed in te schatten. Hoewel de crisisdienst aangeeft deze faciliteit te bieden, zijn niet alle huisartsen hiervan op de hoogte, of ze vinden de crisisdienst op dit vlak als onvoldoende behulpzaam op basis van de ervaringen die ze ermee hebben.



“Nou, ik zou het wel fijn vinden, denk ik, om laagdrempelig te kunnen overleggen met een psychiater, nu sta je er tussen in, en dat gaat dan met name over mensen die al bekend zijn in de psychiatrie maar hun behandeling hebben gestopt. Ooit of in de afgelopen drie maanden. Of die ik kan bellen. Ik kan elke specialist in het ziekenhuis bellen. Ze nemen op en geven me advies, maar een psychiater zit er niet tussen.”

Begeleiden

Een aantal huisartsen is bewust van de onderliggende (vaak) sociale problematiek van patiënten met suïcidaal gedrag. Daarom geeft een aantal huisartsen aan graag de beschikking te hebben over een **maatschappelijk werker in (of dichtbij) de praktijk**. Hierdoor kunnen patiënten ook binnen de praktijk worden begeleid en raakt de patiënt niet uit beeld.

Om het suïcidaal gedrag voor te zijn geven huisartsen aan eerder te willen ingrijpen en werd **geïndiceerde preventie** genoemd als aanpak om signalen van sociale problematiek en de (psychische) gevolgen daarvan vroegtijdig op te sporen. Hoe dit in de praktijk zou moeten functioneren is niet nader besproken.

Verwijzen

Een aantal huisartsen wil een beroep doen op de GGZ, door hen te verzoeken of verplichten om ook **patiënten met een suïciderisico te accepteren** en de **behandelverantwoordelijkheid over te nemen** na het starten van het GGZ-traject.

Het **verbeteren van de crisisdienstverlening** wordt regelmatig genoemd als een behoefte van huisartsen. Het betreft dan zowel het **serieus nemen van een verzoek** tot beoordeling, het **snel handelen** na zo'n verzoek, het **proactief (blijven) communiceren** en eventueel een alternatief loket of een **tweede crisisdienst**, mocht de huidige crisisdienst suboptimaal blijven functioneren.



“Gewoon dat er binnen de ggz gewoon wat sneller plek zou zijn zou handig zijn denk ik. En wat makkelijker consultatie. [...] Dat mensen toch eerder beoordeeld worden, of op een spoed poli voor mijn part, dat ze ergens heen moeten komen. Maar ik vind dat er veel meldingen daarvanuit worden afgehouden. Dat is lastig. We doen hier al best heel veel. We hebben POH's, we kunnen mensen verwijzen, we doen zelf veel in begeleiding. Maar als mensen echt zeggen 'ja ik wil er een eind aan maken of ik zie het allemaal niet meer zitten'. Heel depressief zijn, of heel erg in de war, dan is het in Den Haag, ik weet niet hoe het elders is, lastig om mensen dan acuut beoordeeld te krijgen.”

Om te **weten welke verwijsopties** een huisarts zoal heeft wordt een (update van de) **sociale kaart** voor Den Haag gewenst, met een overzicht van alle zorg- en hulpverleners in de GGZ, sociaal domein en welzijn.

Overig

De helft van de huisartsen geeft aan dat ze behoefte hebben aan hun **professionele ontwikkeling** in de vorm van (na)scholing op het onderwerp suïcidepreventie en/of het opdoen van meer ervaring in de GGZ.

Een andere veelgenoemde behoefte is **betere samenwerking** en **samenwerkingsafspraken**. Zowel binnen het zorgdomein, het sociale domein maar ook met GGZ, gemeente, arbo- en verzekeringsartsen, wijkteams en wijkverpleegkundigen en andere organisaties/ondersteuners. Betere afspraken over **rol- en taakverdeling**

tussen verschillende organisaties en professionals, sluit aan bij de belemmeringen die eerder genoemd zijn, waaronder de verkokerde zorg en het gebrek aan en (on)bekendheid over verwijsopties.



“Ja, inderdaad de rol van hé wie doet de signalering? Wie doet de verdere begeleiding? Wie doet de opschaling? En bij spoed, wie komt er dan allemaal in actie?”

Onder die betere samenwerking verstaan huisartsen ook de noodzaak om **informatie-uitwisseling tussen de verschillende organisaties en professionals** te verbeteren, inclusief een **warmer overdracht** na ontslag bij de GGZ, om goed op de hoogte te zijn van de status van een patiënt.



“Wordt er gezegd ‘joh er is te veel administratiedruk, we moeten gewoon centen zien’. Dan krijg ik geen brief meer van veel behandelaars. Ik krijg geen dossier meer. Ik doe mijn best als iemand hier komt en zegt ‘joh ik ben bij die mensen geweest’. ‘Hoe heten die dan’?”

Tot slot spreken huisartsen over de behoefte aan een **centraal punt**, zoals een casemanager binnen het sociaal domein en/of een loket voor sociale problematiek waar patiënten op eigen initiatief gebruik van kunnen maken voor **sociaal-maatschappelijke ondersteuning**. Ook wordt gesproken over een (lokale) **hulplijn en/of contactmogelijkheid** voor suïcidale patiënten en 113 online waar zij terecht kunnen bij een terugval of een acute situatie.

Om te zorgen dat patiënten niet tussen wal en schip vallen na aanmelding bij de GGZ, wachtend op de start van een behandeling, zou zo’n hulplijn of contactpunt ook een plek zijn waar patiënten zich tussentijds kunnen melden.

POH-GGZ

De POH-GGZ wordt door huisartsen onder andere ingezet om hen te ondersteunen in het gezamenlijk bepalen van het beleid en/of de juiste verwijzing. Hij of zij heeft een signalerende functie, kan de situatie in kaart brengen, is inzetbaar bij de overbruggingsfase na verwijzing, totdat de behandeling start, is er (met name) voor lichte psychische klachten en kan een rol spelen bij het vervolgen van een patiënt na terug verwijzing of afronding van een traject bij een externe hulp-/zorgverlener.

Als belemmering zien huisartsen dat sommige POH’s-GGZ zich **onbekwaam voelen** en/of te **weinig tijd** hebben om zich in te zetten voor suïcidale patiënten.



“Ja tijd. 4-8 sessies geloof ik, kan ze met mensen doen. Veel in de coaching en zelfhulp kant. Ook wel een beetje cognitieve gedragstherapie. Problem solving therapy en zo. Ik denk voor echt diepe depressies, heb je gewoon meer nodig. Meer tijd en meer diepgang.”

Tegelijkertijd noemen andere huisartsen juist dat de POH-GGZ **meer tijd** heeft dan de huisarts, en dus kan worden ingezet om **de situatie in kaart te brengen**. Ook hebben zij (vaak) een **netwerk binnen de GGZ**, en dus zicht op de verwijsopties.

De enige behoefte die huisartsen expliciet uitspreken voor de POH-GGZ is een **nascholing “suïcidaal gedrag”**, zodat de bekwaamheid en het vertrouwen om de POH-GGZ in te zetten bij suïcidale patiënten toenemen.

Bekendheid met de richtlijnen

Aan het slot van de interviews hebben we de huisartsen gevraagd naar hun bekendheid met de richtlijnen/handreikingen.

Twee van de twaalf huisartsen waren bekend met de richtlijn “Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag” van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Geen van de huisartsen was bekend met het “Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit” van het Trimbos Instituut in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Tot slot was één huisarts bekend met de “Handreiking zelfmoordpreventie 113” van 113 Zelfmoordpreventie.



“Dat [handreiking zelfmoordpreventie 113] ga ik ook echt opzoeken, want dat is dus iets waar ik wel echt behoefte aan heb. Ik wist niet dat dat bestond.”

Tijdens de interviews hebben we niet actief gevraagd naar de bekendheid met de NHG standaard depressie, maar huisartsen gaven geregeld aan hiermee wel bekend te zijn. Slechts een enkeling gaf aan deze standaard in de praktijk te gebruiken bij het herkennen en verkennen van, en/of verwijzen bij suïcidaliteit.

In dit hoofdstuk geven we antwoord op onze onderzoeksvragen.

Rol:

1. Huisartsen zien duidelijk een rol voor zichzelf in het herkennen en doorverwijzen bij patiënten met suïcidaal gedrag. Veel huisartsen zien een rol voor zichzelf in het begeleiden bij niet acuut suïcidaal gedrag, maar dat geldt niet voor alle huisartsen.

Belemmeringen:

2. De lange wachttijden bij de GGZ is de vaakst genoemde belemmering. Deze wachtlijsten geven veel huisartsen het ongemakkelijke gevoel dat ze hun patiënten onvoldoende (tijdig) ondersteuning kunnen bieden.
3. Sommige huisartsen vinden het lastig (om de ware aard en dreiging van) het suïcidale gedrag te herkennen. Hier kunnen gebrek aan tijd en kennis, persoonlijkheidsproblematiek, het niet (goed) kennen van patiënten, de multifactoriële aard van de suïcidaliteit, zorgmijding, taal- en cultuurverschillen en/of de familie als verstoring factor een rol spelen.
4. De meeste overige belemmeringen hebben te maken met het niet kunnen verwijzen naar, serieus genomen worden en/of constructief samenwerken met andere professionals (m.n. in de GGZ). Waardoor huisartsen niet weten naar wie ze een patiënt (nog meer) kunnen doorverwijzen, en/of patiënten tijdig en door de juiste zorg- of hulpverlener op een adequate wijze worden geholpen. Hierdoor raken (sommige) huisartsen ongerust over het welzijn van hun patiënten en/of ze verliezen het vertrouwen in de wijze waarop de zorg als geheel functioneert.

Facilitators:

5. Het op een directe wijze (durven) vragen naar suïcidaal gedrag is een belangrijke facilitator bij het herkennen en inschatten van het suïciderisico.
6. Het beschikken over een breed netwerk, het kennen van de sociale kaart, en de nauwe samenwerking met zorg- en hulpverleners binnen en buiten het zorgdomein is essentieel voor het goed kunnen begeleiden en verwijzen van patiënten met suïcidaal gedrag.
7. Het kunnen benutten van het persoonlijke steunsysteem helpt om patiënten met suïcidaal gedrag te herkennen en het geeft huisartsen een veilig gevoel om te weten dat er mensen zijn die er (willen) zijn voor de persoon in kwestie.

Behoeften:

8. Er bestaat een sterke behoefte onder huisartsen aan laagdrempelige consultatiemogelijkheden, het verbeteren van de samenwerking met zorg- en hulpverleners binnen en buiten het zorgdomein, inclusief het verbeteren van informatie-uitwisseling en proactieve communicatie met externe zorg- en hulpverleners.
9. Huisartsen willen hun eigen rol bij het vroegtijdig herkennen en ingrijpen verbeteren en daarbij het niet-pluis-gevoel van de omgeving van patiënten benutten. Dat kan onder andere door meer tijd te (kunnen) nemen in de spreekkamer, (na)scholing, toepassen van geïndiceerde preventie, handreikingen/ instrumenten voor suïciderisicoschattingen en de mogelijkheid voor naasten om vermoedens van (pre)suïcidaal gedrag te melden bij de huisarts of een speciaal daarvoor ingericht loket.
10. De crisisdienstverlening dient volgens een aantal huisartsen op meerdere vlakken te worden verbeterd. Zowel in het serieus nemen van de oproep om iemand te beoordelen, als op het gebied van kortdadelijk handelen en communiceren.

Bekendheid met richtlijnen:

11. Huisartsen zijn – afgezien van de NHG standaard – in zeer beperkte mate bekend met de (multidisciplinaire) richtlijnen over suïcidepreventie. Er bestaat zelfs een afkeer tegen protocollen en standaardisering, maar tegelijkertijd een behoefte aan praktische instrumenten die helpen.

Dit exploratieve onderzoek heeft als primaire doel om zo breed mogelijk op te halen welke belemmeringen, facilitators en behoeftes huisartsen ervaren in hun rol en handelen bij patiënten met suïcidaal gedrag. Dat levert een hoop inzichten op, maar het geeft geen kwantitatief beeld. Het trekken van harde conclusies over welke veranderingen of beleid met welke mate van prioriteit en/of urgentie nodig zijn is vanwege het exploratieve karakter lastig. Toch willen we een aantal overwegingen meegeven, zodat op basis van dit onderzoek al wel stappen kunnen worden gezet in het creëren van een beter klimaat voor het herkennen, verkennen, begeleiden en verwijzen van personen met (mogelijk) suïcidaal gedrag. Zowel vanuit het perspectief van de huisarts, als vanuit het gehele Haagse netwerk aan zorg- en hulpverleners. We geven overwegingen mee aan onze opdrachtgever, de gemeente Den Haag. Bij deze overwegingen richten we ons tot het handelingsperspectief van de gemeente zelf en tot andere actoren met een handelingsperspectief om de overweging – lees: mogelijke verbetering – (mede) te realiseren.

1. Verkort de toegangstijden tot de GGZ voor patiënten met een subacuut suïciderisico.

- Pas het aannamebeleid aan (beperk de mogelijkheid om patiënten met suïcidaal gedrag te weigeren en stimuleer dat bij de start van een traject de behandelverantwoordelijkheid wordt overgenomen).
- Optimaliseer de aanmeldprocedures, op basis van de huidige knelpunten en bespreek in gezamenlijkheid tussen huisartsen en GGZ hoe dit te realiseren.
- Verbeter de terugkoppeling, informatie-uitwisseling en communicatie vanuit GGZ naar de huisarts.
- Verbeter het tijdige en kordaat handelen vanuit de GGZ na verwijzing.

2. Maak duidelijke afspraken over de rol- en taakverdeling met relevante actoren in Den Haag met betrekking tot zorg- en hulpverlening voor (pre)suïcidale patiënten.

- Maak verbindingen en afspraken tussen de verkokerde (zorg)domeinen; gericht op constructieve samenwerking met gedeelde verantwoordelijkheden, heldere rolopvattingen en duidelijkheid over verwijsopties.
- Betrek daarbij de Haagse GGZ-organisaties, organisaties binnen het sociaal domein, gemeente en welzijnsorganisaties.
- Maak afspraken over laagdrempelige consultatiemogelijkheden.
- Inclusief het verbeteren van informatie-uitwisseling en proactieve communicatie.
- Inclusief het verzamelen en ontwikkelen van faciliteiten voor patiënt met (pre) suïcidaal gedrag en hun naasten (bijvoorbeeld een centraal punt voor naasten om hun zorgen te uiten en een loket/hulplijn voor patiënten bij een terugval).

3. Zorg voor een duidelijk overzicht (sociale kaart) en optimalisatie van consultatiemogelijkheden en verwijsopties voor Haagse huisartsen (op basis van afspraken bij overweging 2).

- Stel een sociale kaart op, op basis van de afspraken die worden gemaakt als overweging 2 in praktijk wordt gebracht. Maak duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor het actueel en compleet houden van de sociale kaart.
- Faciliteer matchmaking patiënt (persoon + hulpvraag) en hulpverlener/organisatie (persoon + dienst).

4. Roep huisartsen op zichzelf en hun praktijkvoering te verbeteren om hun rol bij patiënten met (pre)suïcidaal gedrag goed te kunnen vervullen, en geef daartoe opties en bied ondersteuning aan.

- Roep huisartsen op meer tijd vrij te maken voor patiënten waarbij (mogelijk) sprake is van suïcidaal gedrag.
- Onderzoek of (extra) financiële compensatie mogelijk is (en wat het in termen van kosten-effectiviteit kan opleveren).
- Bied (na)scholing aan (ook specifiek voor POH-GGZ).
- Creëer instrumentaria voor het herkennen van en omgaan met verschillende vormen van (pre)suïcidaal gedrag, onderliggende factoren en multiproblematiek.
- Verbeter en benut de inzet van de POH-GGZ in de huisartspraktijk en in samenwerking met andere hulpverleners binnen en buiten het zorgdomein.
- Roep huisartsen op een goed netwerk van zorg- en hulpverleners uit verschillende domeinen te benutten, zo dicht mogelijk bij de praktijk (denk aan het beschikken over een maatschappelijk werker of een schuldhulpverlener in de praktijk).
- Benut het persoonlijke steunsysteem van patiënten.

5. Optimaliseer de crisisdienst(verlening).

- Bespreek met huisartsen en de crisisdienst wat er nu niet goed gaat, wat beter kan en hoe dit te realiseren.
- Spreek wederzijdse wensen en verwachtingen uit.
- Maak duidelijke (werk)afspraken tussen huisartsen en de crisisdienst over o.a. rollen, verantwoordelijkheden en communicatie.
- Monitor en bespreek met enige regelmaat het functioneren van de crisisdienst en blijf leren en verbeteren.

1. Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, Hummelen JW, et al. **Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
2. **GGZ standaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag**. Akwa GGZ. Geraadpleegd 27 juni 2021. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/inleiding/over-suïcidaal-gedrag/algemene-inleiding>.
3. **Suïcidaliteit. Wat is het?** 113 Online. Geraadpleegd 27 juni 2021 <https://www.113.nl/over-suïcidaliteit/suïcidaliteit-wat-het>.
4. Volksgezondheidzorg.info. **Ranglijst doodsoorzaken op basis van sterfte**. Geraadpleegd op 27 juni 2021 <https://www.volksgezondheidzorg.info/ranglijst/ranglijst-doodsoorzaken-op-basis-van-sterfte>.
5. CBS. **1825 mensen maakten een einde aan hun leven in 2020**. Geraadpleegd op 27 juni 2021 <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/16/1-825-mensen-maakten-een-einde-aan-hun-leven-in-2020>.
6. Have M ten, Dorsselaer S van, Tuithof M, Graaf R de. **Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)**. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.
7. Beurs DP de, Hooiveld M, Kerkhof AJFM, Korevaar JC, Donker GA. **Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983–2013: a retrospective observational study**. BMJ Open 2016; 6(5): e010868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010868>
8. Steendam M, Beurs D de, Steylaerts C, Donker G. **Suïcidaliteit in de praktijk van de huisarts**. In: Heeringen K van, Portzky G, Beurs D de, Kerkhof A, editors. Handboek Suïcidaal gedrag. 2nd ed. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 249-258.
9. Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. **Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten**. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010.
10. Saini P, Chantler K, Kapur N. **General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients**. Health & Social Care in the Community 2016, 24(3), 260–269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>
11. Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C. et al. **Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability**. BMC 2010, 3(1756-0500 (Electronic), 246. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-246>
12. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. (2008). **Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners**. Mental Health in Family Medicine 2008, 5(4): 229–235.
13. Poma SZ, Grossi A, Toniolo E, Baldo V, De Leo D. **Self-perceived difficulties with suicidal patients in a sample of Italian general practitioners**. Journal of Clinical Medicine Research 2011: <https://doi.org/10.4021/jocmr684w>
14. Elzinga E, Kruif AJTCM de, Beurs DP de, Beekman ATF, Franx G, Gilissen R. **Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study**. PLoS ONE 2020: 15(11): e0242540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242540>

Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

GGD Haaglanden
Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering
Afdeling Epidemiologie
Postbus 16130
2500 BC Den Haag
Tel: 070-353 7266
E-mail: regina.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van
duidelijke bronvermelding

Auteurs:

David Grim
Robine Maat
Regina van der Meer

Den Haag, juni 2021