‘Honderden levens kunnen worden gered met de nieuwe aanpak’

De nieuwe richtlijn suïcidaliteit kan zevenhonderd doden per jaar voorkomen, zegt psychiater Aartjan Beekman, tevens voorzitter van de richtlijncommissie. ‘Dat is meer dan alle verkeersdoden bij elkaar.’



tekst **Maurice Timmermans**
foto **Judith Jockel**

Hij kan bogen op veertig jaar ervaring als psychiater, heeft vele tientallen patiënten behandeld die het leven niet meer zagen zitten. Aartjan Beekman weet waar hij op moet letten, hoe hij patiënten door een moeilijke tijd loodst. En toch ging het mis. In zijn eigen vriendenkring.

Het was tijdens een etentje dat een goede vriend, die Beekman dertig jaar kende, vertelde over dingen die hij moeilijk vond. “Hij was eerder al een keer behandeld voor een depressie, en nu liep hij bij een psycholoog voor een burn-out. Hij sprak er luchtig over, maar wel invoelbaar. Het was verder een gezellige avond, samen met onze vrouwen. En toen… twee dagen later, hoorde ik van zijn vrouw dat hij zich het leven had benomen.”

Beekman had niets in de gaten, zegt hij met een licht overslaande stem. “Wat ik erg vind, is dat ik hem niet de vraag heb gesteld: denk je er weleens aan om jezelf iets aan te doen? Dat had makkelijk gekund. En zo nee, dan had ik kunnen zeggen: als dat wél een keer door je hoofd gaat, dan bel je me, ook al is dat midden in de nacht.”

Later besefte Beekman hoezeer zijn vriend gevangen zat in zijn situatie en zich tot last voelde van anderen. “En dat maakte het gevaarlijk. Suïcide gebeurt vaak op een sleutelmoment, waarin alles samenkomt. En dan kunnen mensen in een roes raken, in wanhoop verzinken. En dan doen ze het. Ik had hem daar misschien doorheen kunnen praten. Het is niet zo dat mensen het dan op een later tijdstip alsnog doen, zoals vaak wordt gedacht. Het komt echt aan op die gevaarlijke momenten.”

De zelfdoding van zijn vriend maakt hem “mild en bescheiden”, zegt hij aan de keukentafel in zijn woning in Hilversum, met zicht op een zonovergoten tuin. “Het aantal suïcides in Nederland terugdringen tot nul zit er niet in, wel 40 procent minder dan nu het geval is. Dus geen 1800 per jaar maar 1100, is mijn persoonlijke inschatting.”

Onder Beekmans voorzitterschap heeft een 18-koppige commissie de afgelopen drie jaar aan de nieuwe richtlijn suïcidaliteit gewerkt. Geen flapje met vijftien tips maar een boekwerk van 173 pagina’s, met daarin 111 (wetenschappelijke) aanbevelingen over hoe suïcides het best kunnen worden voorkomen. Hieraan hebben psychologen, medisch specialisten en verpleegkundigen meegewerkt, samen met medewerkers van het Trimbos Instituut en 113 Zelfmoordpreventie.

De nieuwe richtlijn was nodig vanwege de vloed aan recente wetenschappelijke inzichten, maar ook vanwege nieuwe wetgeving (uit 2024) die gemeenten verplicht om het aantal zelfdodingen terug te dringen.

Het denken over suïcidaliteit is veranderd, zegt Beekman. “In de jaren zeventig was het een onderwerp dat we vermeden, ook omdat het gevaarlijk was. Als een patiënt zich suïcideerde werd je er als behandelaar op aangekeken. Daarna groeide de kennis, die uitmondde in de eerste richtlijn in 2012. Prompt sloegen we door met *zero suïcide*, waardoor behandelaren opnieuw in een kramp schoten. Nu kijken we er realistischer naar en benaderen we het als een ingewikkeld vraagstuk waar je toch van alles aan kunt doen. Nieuw in de huidige richtlijn is het hoofdstuk over preventie.”

Veel meer suïcides onder jongeren

Jaarlijks sterven 700.000 mensen wereldwijd door suïcide. In Nederland overleden vorig jaar 1878 mensen volgens Cans (Commissie actuele Nederlandse suïcideregistratie), waarvan **ruim twee keer zoveel mannen als vrouwen**. Veel meer mensen doen een suïcidepoging, ongeveer 40.000 keer per jaar. En weer een veelvoud van hen heeft last van suïcidale gedachten, naar schatting 485.000.

De meeste zelfdodingen vinden plaats onder **mensen van middelbare leeftijd (40-69 jaar),** maar het goede nieuws is dat dit cijfer in de afgelopen tien jaar daalde van 1153 in 2014 naar 961 vorig jaar.
Het slechte nieuws is dat in dezelfde periode het aantal suïcides onder jongeren (tot 30 jaar) fors is gestegen. Van 212 naar 312.

Om suïcides te voorkomen gooit de zogeheten netwerkaanpak hoge ogen. Wat houdt die in?

“Laat ik het verkeer als voorbeeld nemen. Vanaf begin jaren zeventig spraken meerdere instanties af om een set van maatregelen in te voeren, waaronder een maximum snelheid, autogordel, alcoholcontroles, en nog veel meer. Het aantal doden is daarna spectaculair gedaald, terwijl het alleen maar drukker werd op de weg. Met alleen de autogordel was dit niet gelukt. Je hebt een pakket van maatregelen nodig, ook om suïcides terug te dringen, en daarover zullen de ggz, de gemeente, scholen, het ziekenhuis en huisartsen afspraken moeten maken. Welke maatregelen ze nemen, verschilt per regio.”

In welke zin?

"Op het platteland heb je bijvoorbeeld met boeren te maken, die wanhopig zijn, die hun bedrijf misschien moeten verkopen. Daar moet je misschien meer schuldhulpverlening inzetten dan hier in Hilversum, waar veel inwoners kampen met eenzaamheid. Alle gemeenten doen al wat aan suïcidepreventie, maar niet systematisch. Dat is het probleem. Je zou willen dat ze de richtlijn als een kookboek zien en daaruit de recepten kiezen, die in hun regio zinvol zijn."

Tot 80 procent van de mensen die uit het leven stappen, is kort daarvoor nog bij de huisarts geweest. Moet die beter opletten?

“Ja, alleen: de meeste mensen komen niet met het verhaal: dokter, ik wil mezelf iets aan doen. Meestal hebben ze vage lichamelijke klachten. Daar komt bij dat een huisarts maar zelden met suïcide te maken krijgt, eens in de vijf jaar, op 2500 patiënten. Om die ene patiënt eruit te pikken, moeten huisartsen vaker de vraag stellen: denk je weleens aan zelfdoding? Maar goed, als het antwoord ja is, hebben ze gelijk een groot probleem.”

Want?

“Een behandeling in de ggz zit er niet in vanwege de wachtlijsten. Het blijkt dat 20 procent van de mensen die zich suïcideert, op een wachtlijst stond. En die zullen niet snel verdwijnen. Dus je moet zorgen dat die



Psychiater Aartjan Beekman: ‘Wie zichzelf probeert te doden, doet dat niet zomaar. Die heeft hulp nodig.’

huisarts kan overleggen met een psychiater. Zit mijn patiënt in de gevarenzone, of niet? Zo ja, dan moet die patiënt voorrang krijgen en meteen behandeld worden. Dit is ook een voorbeeld van de netwerkaanpak, waarbij huisartsen en de ggz samen optrekken. Zo kun je van die 20 procent op de wachtlijst misschien 2 procent maken.”

Op de spoedeisende hulp belanden jaarlijks 16.000 mensen na een suïcidepoging. Welke rol speelt het ziekenhuis in zo’n netwerk?

“Wie zichzelf probeert te doden, doet dat niet zomaar. Die heeft hulp nodig. De arts op de spoedeisende hulp spreekt weliswaar met de patient, over wat er is gebeurd en waarom, maar wat dan? Soms wordt de patiënt naar huis gestuurd, en gebeurt er niets meer. Dat kan niet. Wat we willen, is dat het ziekenhuis contact zoekt met de huisarts of crisisdienst over verdere stappen. Als dat consequent gebeurt, blijkt uit onderzoek, zakt het aantal nieuwe suïcidepogingen met 40 procent. Een enorm verschil, en makkelijk te realiseren.”

‘Het ziekenhuis moet contact zoeken met de huisarts of crisisdienst over verdere stappen’

‘Dikwijls grijpen mensen naar wat er in hun medicijnkastje ligt. Dat is vaak paracetamol.’

Tegelijkertijd is preventie moeilijk te meten. Hoe weet je of de maatregelen effect hebben?

“Kijk naar de suïcidecijfers. Als die dalen, weet je genoeg. Vlaanderen werkt al langer met de netwerkaanpak, en daar zijn de cijfers de afgelopen jaren met een kwart gedaald. Daar houden ze niet alleen het aantal zelfdodingen bij maar ook de suïcidepogingen. En dat moeten we in Nederland ook doen, want hoe meer data hoe beter je preventie kunt meten.”

Toch blijkt het wetenschappelijke bewijs voor de netwerkaanpak ‘zeer onzeker’, schrijven jullie in de richtlijn.

“Klopt, maar dat komt door de methodiek. Alle medische richtlijnen in Nederland voldoen aan dezelfde criteria. Heel transparant, prima, maar de lat ligt wel heel hoog. Iets moet bij wijze van spreken honderd keer zijn onderzocht, voordat je mag spreken van overtuigend bewijs. Maar ondertussen gaan er mensen dood. Daarom zijn onze aanbevelingen niet alleen gebaseerd op de wetenschap, maar ook op klinische kennis en patiëntervaringen. We benadrukken bijvoorbeeld de cruciale rol die naasten spelen, terwijl daar nauwelijks onderzoek naar is gedaan. Tegelijk snapt elke arts en verpleegkundige dat je naasten moet inschakelen als iemand het leven niet meer ziet zitten.”

Vergiftiging is een groot probleem. Het reguleren van paracetamol helpt, blijkt uit Brits onderzoek. Hoe helpt dat dan?

“Aan paracetamol kun je een middel toevoegen, waardoor je gaat braken als je er meer dan vijf in één keer neemt. Of dat het heel vies smaakt. En dat werkt. Dikwijls grijpen mensen in wanhoop naar wat er in hun medicijnkastje ligt. En dat is vaak paracetamol. Je kunt eraan doodgaan, maar meestal gebeurt dat niet en loop je ernstige leverschade op. We willen dat farmaceuten de samenstelling van de pillen aanpassen, maar we gaan niet wachten tot deze bedrijven er klaar voor zijn. De overheid moet dat verordonneren. Ik heb goede hoop dat dit gaat gebeuren.”

Nieuw in deze richtlijn is ook de aandacht voor euthanasie. Jullie waarschuwen psychiaters om niet te snel mee te bewegen richting de dood.

“Kijk, we wilden ons niet mengen in het debat over euthanasie bij psychisch lijden, zoals dat nu loopt. Maar hoe dan ook is er bij euthanasie, net als bij suïcide, sprake van een doodswens. En die moet je als behandelaar bespreken, onderzoeken waar die vandaan komt, of die omkeerbaar is, of niet.

“Van patiënten horen we echter dat er behandelaren zijn die veel te hard van stapel lopen en euthanasie voorspiegelen als iets waar je in de behandeling voor kunt kiezen. Sommigen adviseren het en dringen er zelfs op aan. Dat kan niet de bedoeling zijn, je moet open het gesprek voeren en mensen niet een kant op sturen.”

Waarom zou een behandelaar dat doen?

“Daar zijn veel redenen voor. Empathie is in ons vak meestal de beste raadgever, maar soms ook de slechtste. Als je te weinig afstand houdt, te zeer meeleeft, kan de wanhoop van de patiënt op jou overslaan. En in het ergste geval ga je de situatie ook als uitzichtloos beschouwen. Dat is niet jouw rol. Je moet hoop blijven bieden.”

Praten over suïcide kan anoniem bij 113 Zelfmoordpreventie: chat via 113.nl of bel gratis 113 of 0800-0113