



Cultuurverandering beroepsgroep nodig om suïcide tegen te gaan

Te veel dokters kiezen de dood

Audrey M. van Schaik,
psychiater GGZ inGeest

Sebastiaan A. Kleijn,
aios afdeling Cardiologie, VU
medisch centrum

Astrid A.M. van der Veldt,
aios afdeling Nucleaire genees-
kunde en PET research, VUmc

Willem van Tilburg,
psychiater, emeritus hoogleraar
psychiatrie, VUmc

Correspondentieadres:
au.vanschaik@ggzingeest.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Artsen die er zelf doorheen zitten – en dat zijn er niet weinig – volgen vaak niet de raad op die ze patiënten zouden geven. De cultuur binnen de beroepsgroep is er niet naar. Isolement kan het gevolg zijn, en dan is die kast met dodelijke middelen ineens gevaarlijk dichtbij.

Tijdens een van de eerste colleges spreekt een professor de nieuwe lichting studenten toe. ‘Dames en heren, welkom bij de studie geneeskunde. Ik moet u ervoor waarschuwen dat u voor een ongezond vak heeft gekozen. U loopt een verhoogd risico op een depressie en een verslaving aan middelen, met name alcohol. Uw kans te overlijden aan zelfdoding is groter dan die van een niet-arts.’

Hoewel Nederlandse cijfers over suïcide onder artsen ontbreken, is de waarschuwing van deze hoogleraar terecht. Buitenlands onderzoek bevestigt herhaaldelijk dat artsen een significant hoger risico hebben om te overlijden aan suïcide dan de algemene populatie of andere academici.^{1 2} Een systematische review van veertien internationale onderzoeken naar zelfmoord onder artsen toonde relatieve risico's van 1,1 tot 3,4 onder mannelijke en 2,5 tot 5,7

Artsen lijden vaker aan een depressieve stoornis dan de algemene bevolking.

beeld: Corbis

Artsen zijn notoire zorgmijders

onder vrouwelijke artsen ten opzichte van de algemene bevolking.² In een meta-analyse werd een bescheiden, maar significant verhoogd suïciderisico voor mannelijke artsen gevonden (1,41) en voor vrouwelijke artsen een fors verhoogd risico (2,27).

Onbesproken

De onderzoeken zijn uitgevoerd in andere Europese landen en de Verenigde Staten, maar het is niet te verwachten dat de situatie onder Nederlandse artsen anders is. Nederlands onderzoek naar mortaliteitsgegevens van tandartsen en anesthesiologen toonde een verhoogde sterfte door zelfdoding aan.³⁻⁴ Andere studies laten zien dat vooral onder vrouwelijke artsen sprake is van een verhoogd risico op zelfdoding, en al onder geneeskundestudenten in de doctoraalfase een verhoogd suïciderisico aanwezig is.⁵⁻⁷

In de jaren zestig van de vorige eeuw werd voor het eerst aangetoond dat artsen relatief vaak suïcide plegen. Het onderwerp kreeg destijds weinig aandacht, mede vanwege methodologische beperkingen van de onderzoeken.¹⁻⁸ Maar ook de neiging van de beroepsgroep om dit probleem en de onderliggende oorzaken onbesproken te laten, kan een reden zijn voor de beperkte aandacht en het uitblijven van preventiemaatregelen.

Veel depressies

Suïcide komt voort uit een complexe interactie tussen risicofactoren en beschermende factoren.⁹ De twee belangrijkste risicofactoren zijn psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik, vooral depressieve stoornissen en alcoholmisbruik.¹⁰⁻¹²

Het risico is groter als van beide sprake is. Alcoholmisbruik komt frequenter voor onder artsen dan in de algemene bevolking, in het bijzonder onder vrouwelijke artsen.¹ Artsen

blijken tevens vaker te lijden aan een depressieve stoornis. Een verhoogde incidentie van 15 tot 30 procent wordt gezien onder medische studenten en aios.¹⁰

Het is niet bekend waarom artsen vaker depressief worden, maar er zijn vele theorieën. Zo kan er sprake zijn van een genetische predispositie, waarbij psychiatrische stoornissen en alcoholisme meer in families van artsen voorkomen.¹⁰ Persoonlijke ervaringen met gezinsproblematiek, verlies, misbruik en trauma zouden een reden kunnen zijn waarom toekomstige artsen

zich aangetrokken voelen tot een zorgend beroep.¹³ Verder zouden artsen perfectionistisch en (zelf)kritisch zijn, en fouten zien als een teken van persoonlijk falen.¹⁰

Burn-out

Ook ondervinden dokters veel werkgerelateerde stress. Burn-out komt bij artsen in opleiding tot medisch specialist geregeld voor.¹⁴ Onderzoek door UMC Groningen laat zien dat 13 procent van de aios in Nederland aan de criteria van een burn-out voldoet.¹⁵⁻¹⁶ Specialisten hebben te maken met een toenemende hoeveelheid administratie en een veranderend takenpakket. Vrouwelijke artsen worstelen met bijkomende stressoren: carrière maken in een door mannen gedomineerd beroep, ongewenste seksuele intimidatie en gecombineerde zorg voor gezin- en beroepsleven.¹⁻¹⁷

Hoewel ze van belang lijken, is er weinig correlatie tussen deze stressfactoren en het verhoogde risico op suïcide onder artsen. De stressoren zijn ook niet specifiek voor het beroep van arts, en het is niet bewezen dat artsen meer werkgerelateerde stress ondervinden dan anderen. Voorts geven artsen aan dat ze, ondanks werkgerelateerde stress, over het algemeen heel tevreden zijn over hun werk.¹⁸ Wellicht dragen de genoemde stressoren pas bij aan suïcide als er al sprake is van een depressieve stoornis of middelenmisbruik.¹⁰

Zorgmijders

De belangrijkste factoren die beschermen tegen suïcide zijn beperking van de toegang tot dodelijke middelen, effectieve behandeling van psychiatrische stoornissen en ondersteuning door familie en collega's.⁹⁻¹⁰ En juist op deze factoren scoren artsen slecht. Zij hebben ruim toegang tot potentieel dodelijke medicamenten én de kennis over het gebruik ervan. Anders dan in de algemene bevolking komt suïcide onder artsen dan ook vaker voor dan parasuïcide.¹⁹⁻²⁰ Overdosering van medicatie is daarbij de meest voorkomende methode.⁹⁻¹⁰ De beschikbaarheid van dodelijke middelen wordt regelmatig als verklaring gegeven voor het verhoogde aantal zelfmoorden onder anesthesiologen.

Hoewel artsen een betere toegang hebben tot adequate medische zorg, maakt het merendeel van de artsen met een psychiatrische stoornis hier geen gebruik van. Artsen zijn notoire zorgmijders. Binnen de medische beroeps cultuur is er maar beperkte ondersteuning en aanmoediging om psychisch lijden te erkennen en op zoek te gaan naar behandeling. Depressieve

SAMENVATTING

- Artsen hebben een verhoogd risico op depressie, misbruik van verdovende middelen en suïcide.
- Preventieve maatregelen zoals beperking van de mogelijkheid tot zelfmedicatie en toegang tot discrete psychiatrische hulp zijn van groot belang om het artsenvak gezonder te maken.
- Om te zorgen dat die maatregelen effect hebben, moet het taboe op psychiatrische stoornissen en suïcide onder artsen worden doorbroken.



beeld: Millenium, HH

artsen zijn derhalve bang voor stigmatisering en openlijke of verborgen discriminatie op de werkvloer. Zij vrezen voor een negatieve weerslag op carrièremogelijkheden, baangarantie en werkprivileges.

Zelfbehandeling

Daarbij komt dat artsen hulp moeten zoeken binnen de eigen werksetting. Behoud van vertrouwelijkheid kan (gevoelsmatig) in het geding komen. En zelfs als artsen hulp zoeken voor hun depressiviteit of suïcidaliteit, krijgen zij paradoxaal genoeg een slechtere behandeling wegens de collegiale of zelfs vriendschappelijke relatie tussen patiënt en behandelaar. De behandelend arts geeft vaak te veel vrijheid aan de patiënt-arts.¹⁰ De meeste depressieve artsen zoeken geen hulp, gaan over tot zelfbehandeling met medicamenten of alcohol en raken geïsoleerd. Dan kunnen suïcidale gedachten leiden tot een poging tot zelfdoding. Aangezien artsen zoals

gezegd kennis over en toegang tot effectieve methoden hebben om het leven te beëindigen, is een eerste poging vaak meteen succesvol.

Preventie

In het Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcide Preventie staat dat tussen 2005 en 2010 de preventie van psychische problemen en suïcide in het nationaal beleid moet zijn opgenomen.²¹ Dat beleid richt zich vooral op kwetsbare groepen met psychische klachten die weinig sociale steun ervaren. De preventie bestaat voornamelijk uit het optimaliseren van de psychische hulp, het weerbaarder maken van mensen en het voorkomen van suïcidedgedachten. Om depressieve en suïcidale artsen te kunnen helpen, zullen zij tijdig moeten worden geïdentificeerd. Een depressieve stoornis wordt in 40 tot 60 procent van de gevallen niet


adequaat gediagnosticeerd of behandeld.²²

Dit zal zeker gelden voor zorgmijdende artsen die hun symptomen goed weten te verbergen. Reeds vroeg in de opleiding geneeskunde dient daarom meer aandacht te worden gegeven aan het verhoogd risico op depressie, middelenmisbruik en suïcide onder artsen, evenals het vroegtijdig herkennen en behandelen van een depressieve stoornis.

Een andere belangrijke preventiemaatregel is beperking van de toegang tot dodelijke middelen. Zelfmedicatie dient in deze context niet alleen te worden ontmoedigd. De vraag moet worden gesteld of het verantwoord is dat artsen zichzelf zonder enige vorm van controle zware sedativa en opioïden kunnen voorschrijven. Tevens kan gebruikmaking van de preventieve gezondheidszorg en het huisartsenbezoek bij ziekte meer worden aangemoedigd.

Cultuurverandering

Medische faculteiten en ziekenhuizen zouden een onbelemmerde toegang tot discrete en vertrouwelijke psychiatrische hulpverlening aan hun studenten en personeel moeten bieden, intern dan wel extern. En de KNMG kan een centrale rol spelen bij het ontwikkelen van preventieve programma's. Medisch Contact besteedde de afgelopen jaren al relatief veel aandacht aan psychische ziekten en alcoholisme onder artsen.^{16 23 24}

Willen preventieprogramma's baat hebben, dan is een klimaat nodig waarin zieke artsen worden aangemoedigd hulp te zoeken voor hun problemen. Om dit te bewerkstelligen is een cultuurverandering nodig binnen de medische beroepsgroep. Een open discussie kan helpen het institutionele beleid en de attitude van artsen te veranderen. Pas dan zullen veel artsen met psychische problemen hulp kunnen én durven zoeken. Daarnaast zouden artsen op hun collega's moeten letten en hen moeten bijstaan als zij zichzelf niet meer weten te helpen. 

Er is een klimaat nodig dat zieke artsen aanmoedigt hulp te zoeken



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over artsen met problemen vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Literatuur

1. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2295-302.
2. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 274-9.
3. Liem L, Duijn, S de. Hoog aantal suïcides anesthesiologen. *MedNet Magazine* 2005; 16.
4. Bol P. Mortaliteit van tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2002; 109: 240-1.
5. Lagro-Janssen ALM, Luijckx HDP. Zelfdoding bij vrouwelijke en mannelijke artsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 2177-81.
6. Silverman M. Physicians and suicide. In: Goldman LS, Meyers M, Dickstein et al. *The handbook of physician health: essential guide to understanding the health care needs of physicians*. Chicago, American Medical Association, 2000.
7. Hampton T. Experts address risk of physician suicide. *JAMA* 2005; 294: 1189-91.
8. Holmes VF, Rich CL. Suicide among physicians. In: Blumenthal S, Kupfer D. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, American Psychiatric Press Inc, 1990.
9. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136: 302-11.
10. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289: 3161-6.
11. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *J Psychosom Res* 2004; 57: 1-4.
12. Roy A. Suicide in doctors. *Psychiatr Clin North Am*. 1985; 8: 377-87.
13. Myers M, Fine C. Suicide in physicians: toward prevention. *Medscape Gen Med* 2003; 5(4).
14. Thomas NK. Resident burn-out. *JAMA* 2004; 292: 2880-9.
15. Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, et al. Burnout among Dutch medical residents. *Int J Behav Med* 2007; 14(3): 119-25.
16. Heijden FMMA van der. Toegewijd, maar oververmoeid. *Medisch Contact* 2006; 45: 1792-5.
17. Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety* 2003; 17: 180-9.
18. Landon BE. Career satisfaction among physicians. *JAMA* 2004; 291: 634.
19. Hem E, GrLnvald NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 183-9.
20. Schernhammer E. Taking their own lives - the high rate of physician suicide. *N Engl J Med* 2005; 352: 2473-6.
21. Bool M, Blekman J, Jong de S, e.a. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Utrecht, Trimbos Instituut, 2007.
22. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 55-61.
23. Melchior M. Overdag dokter, 's avonds alcoholist. *Medisch Contact* 2006; 61: 1368-9.
24. Heijden FMMA van der, Prins JT, Bakker AB. Burn-out in de opleiding tot medisch specialist. *Medisch Contact* 2005; 60: 1904-7.