

# Samenwerking hulpverleners, naasten en cliënten met suïcidaal gedrag ● noodzaak en mogelijkheden

Door  
**Ida Bontius**, bestuurder Ivonne van de Ven Stichting

en

**Ad Kerkhof**, klinisch psycholoog; emeritus hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam

Samenwerking tussen hulpverleners en naasten kan beter. Dit opiniërende artikel biedt een analyse van enkele aspecten die daarbij een rol spelen en concrete handvatten voor de praktijk. Verhalen van nabestaanden laten soms schadelijke effecten voor de cliënt zien van een gebrek aan samenwerking. (4;8;14) Onderzoek bevestigt dit beeld. (16) Hulpverleners vragen zich bij hun complexe werk af hoe zij zo open mogelijk kunnen zijn naar de naasten van hun cliënt.

Waarom is samenwerking noodzakelijk? Wat zijn onderliggende redenen die in de weg zitten? Hoe kan tot een breed commitment voor samenwerking gekomen worden? Wat zijn handvatten voor hulpverleners en naasten om tot vruchtbare samenwerking te komen, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid?

## Waarom samenwerking

Goede samenwerking met naasten is één van de middelen die een hulpverlener in kan zetten voor herstel van een cliënt met suïcidaal gedrag.

De overheid (VWS), 113-Zelfmoordpreventie en landelijke organisaties als MIND en de Ivonne van de Ven Stichting pleiten al geruime tijd voor betere samenwerking tussen hulpverleners en naasten. (7)

Iemand die in de ban is van suïcidale gedachten piekert veel, komt in een koker van wanhoop terecht, is emotioneel ontredderd en ziet geen uitweg meer. Zo iemand isoleert zich steeds meer. Hij of zij wil niet zo zeer dood maar wil vooral dat het eigen psychische lijden ophoudt. Mensen met suïcidaal gedrag willen gerespecteerd en serieus genomen worden door professionals. Tegelijkertijd zijn ze uit balans en is hun veiligheid in het geding. Zij vinden het soms moeilijk hulp te accepteren. Zij houden hun aanvechtingen vaak voor zich omdat ze hun naasten niet tot last willen zijn. De betrokkene, de naasten en de hulpverleners worstelen met dit ongrijpbare, paradoxale en vaak impulsieve gedrag. (6)

Een zo optimaal mogelijke samenwerking draagt bij aan het herstel van iemand met suïcidaal gedrag. (11; 14; 15)

Onderzoek in een GGZ-instelling laat zien dat cliënten het gesprek tussen henzelf, hun naasten en de hulpverlener als een van de meest waardevolle aspecten van hun behandeling zagen. (12) Breder onderzoek in de gezondheidszorg maakt bovendien duidelijk dat ondersteuning vanuit naasten bijdraagt aan de gezondheid, het welzijn en herstel van cliënten. (16)

### Een verpleegkundig specialist GGZ:

*"We richtten ons in de crisisdienst lange tijd vooral op de noden van de suïcidale cliënt. We hadden eigenlijk geen tijd en aandacht voor naasten. Tijdens de nabespreking van een suïcide bleek vaak dat we van familie waardevolle informatie kregen waarvan we zeiden: hadden we dat maar eerder geweten." (a)*

(a) De citaten op basis van gesprekken met nabestaanden, naasten en hulpverleners komen uit "Verhalenbundel 2018-2019" van de Ivonne van de Ven Stichting.

## Huidige situatie ● risico's door afstand

Sinds 2012 geldt samenwerking op basis van de 'Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag' (6) als **kwaliteitsstandaard**. De Generieke module 'Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek' pleit eveneens voor een vanzelfsprekend partnerschap, bondgenootschap tussen cliënt, naaste en hulpverlener in de GGZ. (3;16) Deze beleidskaders vragen van GGZ-instellingen om samenwerking op te nemen in hun beleid, om een cultuuromslag te maken naar meer openheid en flexibiliteit en hulpverleners te trainen. Hulpverleners dienen zich door deze standaarden te laten leiden om zo vorm te geven aan goed hulpverlenerschap.

Hoe samenwerking er concreet uit zou kunnen zien beschrijven bovenstaande kaders echter niet. Ondanks deze beleidskaders komt het nog steeds te veel voor dat hulpverleners afstand houden tot naasten. Waar in GGZ-instellingen wel beleid geformuleerd is om samenwerking tussen hulpverleners en naasten te bevorderen, krijgt toch de feitelijke uitvoering van dit beleid op de werkvloer niet altijd vorm. (15)

Naasten zijn meestal intensief betrokken bij hun dierbare met psychische klachten en suïcidaal gedrag. Zij doen vaak erg hun best om hun dierbare te motiveren om hulp te zoeken. Als dat lukt is het voor hen vreemd en verwarrend wanneer er in voorkomende gevallen geen vanzelfsprekende samenwerking ontstaat met de hulpverlener. De naasten voelen zich dan soms zelfs op afstand gezet. (4; 8; 14)

Hulpverleners die niet samenwerken met naasten van iemand met suïcidaal gedrag lopen verschillende risico's. Allereerst het risico dat de hulpverlener belangrijke informatie over de cliënt misloopt. Ook mist de hulpverlener de mogelijkheid om bij te dragen aan de veiligheid van de cliënt in de thuissituatie. De hulpverlener kan de naaste bovendien niet vragen om bij te dragen aan therapie- en medicatietrouw van de cliënt. Signalen van een naderende crisis of van een terugval bereiken de hulpverlener, bij afwezigheid van contact met de naaste, misschien te laat. Bovendien loopt de hulpverlener de mogelijkheid mis om de naasten te steunen, die het zelf vaak ook moeilijk hebben. (2; 15; 16)

In die gevallen waarin er wel sprake is van samenwerking is de familie getuige van de inzet van hulpverleners. Zij weten dan vaak een positieve inzet te waarderen, ook als de patiënt onverhoopt toch overlijdt. Samenwerking voorkomt dan onnodige verwijten.

## Achtergronden ● barrières bij samenwerking

Om een vinger te krijgen achter het uitblijven van betere samenwerking in de GGZ is het nodig te analyseren welke barrières in de weg zitten. Gezien de hardnekkigheid van de afwezigheid van breed gedragen samenwerking zijn er blijkbaar onderliggende redenen in het spel.

Als eerste blijkt dat hulpverleners veelvuldig het **beroepsgeheim** noemen als reden waarom samenwerking met naasten niet mogelijk is. Verhalen van nabestaanden laten zien dat het beroepsgeheim bij suïcidegevaar op gespannen voet kan staan met de zorg voor de veiligheid van de cliënt. (4; 8; 14) Hulpverleners, die wel willen samenwerken, lijken zich soms in het defensief gedrukt te voelen door het beroepsgeheim. Bovendien willen hulpverleners zich beschermen tegen eventuele aanklachten en verwijten, hetzij van cliënten, hetzij van naasten.

Voorstanders van samenwerking geven echter aan dat het beroepsgeheim geen belemmering hoeft te zijn voor samenwerking. Als de hulpverlener de goede toon weet te raken wil de cliënt vaak wel dat de naaste betrokken is. Een weigering van de cliënt kan bovendien gedurende het behandelproces nog veranderen. Dat neemt niet weg dat een serieuze afweging door de hulpverlener op z'n plaats is omdat het beroepsgeheim primair als functie heeft dat de cliënt zich vrij voelt informatie te delen.

Aanvankelijk gingen directbetrokkenen de geheimhoudingsplicht uit de wetgeving en beroepscode vooral met morele verontwaardiging te lijf. Dat morele appel zette samenwerking weliswaar op de agenda, maar de nadruk op privacy bleef een blokkade.

Voorstanders van samenwerking brengen nu steeds meer het argument in van de zorgplicht. Ook juridisch gezien is het beroepsgeheim namelijk vanwege die plicht niet absoluut. De zorgplicht dient in sommige situaties te prevaleren, zeker bij direct gevaar voor de cliënt. (3; 12) Dit zogenaamde conflict van plichten vraagt om een permanente afweging. Goed hulpverlenerschap heeft op een afgewogen wijze oog voor privacy en tegelijkertijd voor de samenwerking met naasten, steeds in het licht van veiligheid en herstel van de cliënt.

Ook wetenschappelijke inzichten over het suïcidale proces pleiten ervoor dat hulpverleners uitgebalanceerd omgaan met het beroepsgeheim. Een te strikte benadering van privacy kan namelijk een goede inschatting van signalen van een suïcide-risico in de weg zitten. Dat signaal is bijvoorbeeld de beleving van de cliënt er niet meer bij te horen of er voor anderen niet meer toe te doen (*thwarted belongingness*). Een ander signaal is de soms ingebeelde beleving anderen alleen maar tot zeer grote last te zijn en daarbij de overtuiging dat

naasten opluchting zullen voelen als ze er niet meer zijn (*perceived burdensomeness*). Dit is een pessimistische depressogene vertekening van de werkelijkheid die soms waanachtige trekken kan aannemen. Deze coping-stijl is vaak een uitdrukking van verwarring bij de cliënt. Het is dan niet behulpzaam als de hulpverlener ze letterlijk neemt. Deze signalen hebben namelijk een direct verband met een sterk verhoogde kans op een fatale afloop. (10) Het contact met de naasten kan juist nodig zijn om dergelijke vaak niet met de realiteit overeenkomende overtuigingen van de cliënt te doorbreken. Dat contact met de naasten is dan in het belang van de cliënt en kan er aan bijdragen het suïciderisico te verminderen. Het is pijnlijk als hulpverleners deze veel voorkomende belevingen bij de cliënt missen of ze alleen vanuit het beperkte perspectief van het beroepsgeheim interpreteren. Je zou kunnen zeggen: juist door suïcide ben je je familie echt tot last, de familie krijgt 'levenslang' en de cliënt zelf heeft nooit meer de kans dat terug te draaien.

#### **Een nabestaande:**

*"Wat mij ook opgevallen is, is dat er weinig aandacht is voor de partner/omgeving van de persoon. Meerdere malen heb ik geprobeerd om betrokken te worden bij de behandeling, maar dat werd zonder meer afgehouden uit privacy overwegingen."*

Een tweede barrière waarom hulpverleners samenwerking soms lijken af te wijzen hangt samen met **mythen over suïcidaal gedrag**. (1) Zoals de mythe dat het bij suïcide in de kern zou gaan om een te respecteren autonome, individuele keus. Anderen, ook naasten, zouden daarbuiten staan. De nadruk ligt op de autonomie van het individu, op zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid. Dat kan eerder een hindernis dan een stimulans voor samenwerking met naasten zijn.

Die mythe kan een hulpverlener bijvoorbeeld beletten om in het crisisplan of signaleringsplan vast te leggen welke naaste in crisissituaties te alarmeren.

Bovendien is het belangrijk dat alle betrokkenen zich realiseren dat die zogenaamde 'autonome keus' van de cliënt eigenlijk bijna nooit eenduidig is maar juist ambivalent.

Iemand heeft naarmate de fasen in het suïcidale proces vorderen steeds meer het gevoel vast te zitten in de eigen gevoelens en te willen ontsnappen aan de situatie (*entrapment*). Er ontstaat in dat stadium een tunnelvisie; het stoppen van het lijden door suïcide lijkt dan de enige oplossing. Een wanhoopskeuze, ook al kan de cliënt er heel rationeel over praten. De hulpverlener zou het als taak kunnen zien de cliënt te helpen om dergelijke

overtuigingen te doorbreken. De naaste kan daarbij een rol vervullen.

Het doorprikken van de mythe van de autonome keuze is zo bezien één van de voorwaarden om de weg te effenen voor betere samenwerking tussen hulpverleners, cliënt en naasten.

Een derde barrière voor samenwerking zou te maken kunnen hebben met bepaalde **psychotherapeutische benaderingen**. (2) Denk bijvoorbeeld aan een therapeutische benadering waarin er automatisch van uitgegaan wordt dat een cliënt los moet komen van het 'ziekmakende gezin' en dat zij hun naasten vooral 'los dienen te laten'. Dat lijkt lastig verenigbaar met respectvolle samenwerking met naasten.

Of een systeemtherapeutische benadering waarbij het gezin automatisch als focus voor de behandeling wordt gekozen, ook bij aandoeningen als psychoses en suïcidaliteit, hoewel het daarbij niet zonder meer passend is. Dat kan constructieve samenwerking met naasten in de weg zitten.

Een wat andere invalshoek biedt bijvoorbeeld het stress-kwetsbaarheidsmodel, dat in principe meer openingen biedt voor samenwerking. Dit model ziet psychische aandoeningen enerzijds als het gevolg van een biologische kwetsbaarheid binnen de persoon en anderzijds als het gevolg van stress door externe omstandigheden. Die externe stress komt bijvoorbeeld bij iemand met borderline veel harder binnen. Wie vanuit dit model naar samenwerking kijkt, ziet dat het gezin de stressfactor kan zijn, maar dat hoeft helemaal niet. Er ontstaat juist ruimte voor erkenning van een positieve rol van naasten. Dat biedt een hoopvol perspectief voor samenwerking.

Deze laatste benadering sluit bovendien aan bij de Multi Disciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal Gedrag, die het stress-kwetsbaarheidsmodel als wetenschappelijke basis heeft.

De analyse hierboven laat drie onderliggende barrières zien voor samenwerking. Voor betere samenwerking tussen hulpverleners en naasten is het nodig dat deze barrières overwonnen worden.

Om tot betere samenwerking tussen hulpverleners en naasten te komen volstaat een moreel appel niet. Het is noodzakelijk om uitgebalanceerd om te gaan met het beroepsgeheim en de zorgplicht en de mythe door te prikken dat het bij suïcidaal gedrag gaat om een autonome keus waar naasten niets mee te maken hebben. Bovendien is het nodig vanuit het stress-kwetsbaarheidsmodel naar samenwerking te kijken en concreet te bepalen welke stress in het geding is: de naasten of andere stressoren.

Daarnaast kunnen ook ontbrekende condities een rol spelen zoals: de DBC registratie-classificatie waarin samenwerking met naasten in het geval van suïcidaal gedrag geen directe plaats heeft;

eventueel aanwezige handelingsverlegenheid bij hulpverleners die in hun opleiding onvoldoende leren hoe samen te werken en de ontbrekende organisatorische condities voor een methodische aanpak van samenwerking binnen GGZ-instellingen.

#### **Een naaste:**

*“Nu ik meer inzicht heb in de richtlijn en de samenwerking met naasten, kijk ik anders naar de psycholoog van mijn zoon. Ik stel me assertiever op. Ik voelde duidelijk dat er door onze opstelling iets veranderde in de houding van de psycholoog.”*

## **Frisse blik op samenwerking vanuit stress-kwetsbaarheidsmodel**

Met naasten bedoelen we familieleden en belangrijke personen uit het sociale netwerk van een cliënt. (16) Zij kunnen verschillende rollen vervullen als hun dierbare zorg nodig heeft vanwege suïcidaal gedrag: de rol van expert-informatiebron, co-begeleider, mantelzorger of zorgvrager. (16; 3) In de optimale situatie vormen naasten samen met de persoon met suïcidaal gedrag en de hulpverlener een driemanschap, de zogenaamde triade. Patiënten- en familie-organisaties pleiten voor samenwerking in de triade met kenmerken als wederkerigheid, erkenning en openstaan voor elkaar. (2; 15)



*Triade Samenwerking persoon met suïcidaal gedrag, hulpverlener en naasten*

Het stress-kwetsbaarheidsmodel biedt hulpverleners de mogelijkheid om in de triadesamenwerking vorm te geven passend bij de concrete situatie van de cliënt en diens naasten.

#### **Een naaste:**

*“We ervaren de Intensive Home Treatment (IHT) begeleiding als positief. De IHT'ers zijn heel flexibel. Fijn dat het vaste gezichten zijn. Ze gaan ook leuk met de kinderen om. Je kunt als naaste ergens op terugvallen en met hen overleggen.”*

Vragen die de hulpverlener zich – vanuit het stress-kwetsbaarheidsmodel – kan stellen zijn bijvoorbeeld: welke kwetsbaarheids spelen bij deze cliënt? Wat zijn de stressfactoren uit de directe omgeving en daarbuiten? Welke naasten zijn ondersteunend of kunnen ondersteuning bieden? Hoe gaan de naasten om met de kwetsbaarheid en met de stress van de cliënt? Hoe geven naasten invulling aan hun betrokkenheid en hun rol als mantelzorger? Wat is de draagkracht van de naasten? Hebben naasten behoefte aan kennis over het suïcidale proces en over de richtlijn (psycho-educatie)? Kunnen en willen zij als bondgenoot optrekken met de hulpverlener?

Als er sprake is van een ziekmakende dynamiek in een gezin - dat wil zeggen de naasten zijn onderdeel van het probleem van de persoon met suïcidaal gedrag - is er een andere vorm van samenwerking aan de orde dan wanneer er juist sprake is van een liefdevolle, steunende relatie tussen naasten en de persoon met suïcidaal gedrag. (Daarbij zijn natuurlijk allerlei tussenvormen denkbaar.)

Nabestaanden wijzen er in hun verhalen op dat hulpverleners veel te vaak bij voorbaat aannemen dat er wel sprake zal zijn van een ziekmakende relatie tussen de cliënt en de naasten (4; 8); de naasten als stressfactor. Deze aanname kan samenwerking flink in de weg zit. Er ontstaat een andere situatie als de hulpverlener vanuit het stress-kwetsbaarheidsmodel een open, onbevooroordeelde inschatting maakt. Het gezin zou de stressfactor *kunnen* zijn, maar het zouden ook andere omgevingsstressoren kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan pesten, ontslag of schulden.

Als blijkt dat de bron van de stress niet primair bij de naasten ligt kan samenwerking vorm krijgen als bondgenootschap. De naaste participeert als co-begeleider. Echter, ook als problematisch gedrag van de naaste de trigger is tot het psychische lijden en het suïcidale gedrag van de cliënt, is samenwerking aan de orde. In dat geval bijvoorbeeld als systeem-therapie waarbij de naaste participeert als mede-clieënt.

Veel hulpverleners zijn geschoold in systeem-therapie en zij weten van daaruit hoe om te gaan met een ziekmakende relatie tussen een cliënt en zijn of haar naasten. Dit zou echter in de opleiding niet de enige vorm van samenwerking dienen te zijn, omdat de relatie van de cliënt met zijn naasten

ook positief kan zijn. De uitdaging is om ook andere vormen van samenwerking, het bondgenootschap, tot ontwikkeling te brengen.

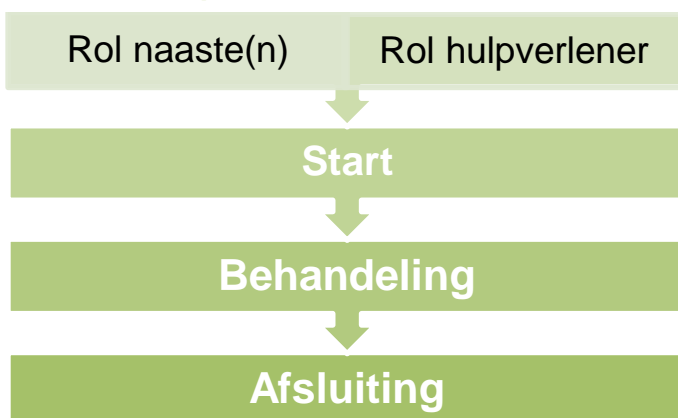
#### **Een naaste:**

*"Ik zocht contact met de therapeut van mijn broer. Gelukkig nam ze mijn signaal meteen serieus. Wel wilde ze de privacy van haar cliënt beschermen. Ze stuurde me wel informatie: een lijst met symptomen van suïcidaliteit. Toen wist ik genoeg. Ook gaf ze mij de tip in noodsituaties 112 te bellen. Daar had ik niet eens bij stil gestaan."*

## **Handvatten voor samenwerking**

Voor een effectieve samenwerking die bijdraagt aan de veiligheid en het herstel van de cliënt, hebben hulpverleners en naasten elkaar in alle fasen van een behandeltraject nodig: tijdens de start, de behandeling en de afsluiting.

### **Fasen in de samenwerking tussen hulpverleners en naasten**



#### **Samenwerking bij de start**

De start van een hulpverleningstraject kan in verschillende contexten plaatsvinden zoals: een GGZ-opname, een ambulante behandeling of een gesprek in het ziekenhuis na een poging. Binnen elk van deze contexten kunnen hulpverleners samen met betrokkenen onderstaande handvatten op een passende manier concretiseren.

Idealiter vraagt een hulpverlener bij de start aan de persoon met suïcidaal gedrag welke naaste als eerste contactpersoon betrokken zal zijn. De cliënt of de hulpverlener nodigt deze naaste uit voor een startgesprek met z'n drieën (de triade). Dan bespreken zij ook de relatie tussen de persoon met suïcidaal gedrag en de naaste en wat de rol van de naaste is geweest bij eerdere hulpverlening, bijvoorbeeld na een poging. De hulpverlener maakt een inschatting: zijn de naasten een stressfactor; is er

sprake van een vooral problematische of juist een liefdevolle relatie? Of iets ertussenin? Voor deze inschatting zijn mogelijk meerdere gesprekken nodig. De naaste doet zo nodig in deze gesprekken een voorstel voor samenwerking. De hulpverlener doet uit de doeken waarom betrokkenheid van de naaste noodzakelijk en vanzelfsprekend is. Over en weer noteren zij contactgegevens.

Met z'n drieën maken ze afspraken over onder andere: veiligheid van de cliënt, het crisisplan of signaleringsplan, aanwezigheid van de naaste bij gesprekken van de cliënt met de hulpverlener, aparte gesprekken tussen hulpverlener en naaste, de draagkracht van de naaste, hoe de naaste een steunnetwerk kan organiseren.

De hulpverlener maakt een diagnose op basis van informatie van de cliënt zelf en van de naaste met uitdrukkelijk ook aandacht voor de positieve kanten van de cliënt. Daarbij hoort ook een eerste inschatting van de aard van de betrokkenheid van de naaste: co-client of bondgenoot?

Aan het eind van de startfase, als er afspraken over samenwerking zijn gemaakt, bespreken cliënt, hulpverlener en naaste samen de diagnose waarin het suïcidale gedrag als een te behandelen aandoening benoemd wordt. (1)

De naaste organiseert ondertussen zo mogelijk een steunnetwerk voor de persoon met suïcidaal gedrag en zichzelf. Het kan immers een zware opgave zijn om iemand met ernstige psychische problemen bij te staan. Als er meer mensen betrokken zijn kan de naaste het beter volhouden. (9; 17)

#### **Samenwerking als bondgenootschap in de behandel fase**

De hulpverlener zet het behandeltraject in gang met therapie en/of medicatie. De naaste neemt als waarnemer of gesprekspartner eventueel deel aan therapie sessies van de cliënt. De naaste volgt een training over suïcidaal gedrag. Het kan een aanbod van de GGZ-instelling zijn of een digitale training van 113-Zelfmoordpreventie.

<https://vraagbaar.113.nl/preventie/training>

De naaste biedt thuis praktische en emotionele steun aan zijn of haar dierbare of op gezette momenten in de instelling, als er sprake is van een opname. De naaste stimuleert medicatie- en therapietrouw en neemt bij signalen van een crisis contact op met de hulpverlener en omgekeerd.

Het driemanschap stemt periodiek af en wisselt informatie uit over de voortgang en over wat goed gaat en wat beter kan. Ook informeert de hulpverlener de naaste bij overdracht van de cliënt aan een andere hulpverlener.

De naaste stemt regelmatig af met het steunnetwerk en schakelt de ondersteuners in wanneer dat nodig is voor de cliënt of voor de naaste zelf. Ook kan de naaste zo nodig terecht bij een onafhankelijk klankbord in de GGZ-instelling, bijvoorbeeld een familie-vertrouwenspersoon of een familie-ervaringspersoon.

### Een naaste:

*"Ik was op verzoek van mijn broer aanwezig bij zijn gesprekken met de psycholoog. Mijn broer vond het fijn dat ik er bij was als neutrale waarnemer. Hij was zelf na een sessie vaak dingen vergeten."*

### Samenwerking als bondgenootschap in de afsluitende fase

De triade evalueert het traject en het herstelproces van de persoon met suïcidaal gedrag. Zij maken afspraken over het vervolg en wat te doen bij dreigende terugval.

De hulpverlener koppelt terug naar haar of zijn team, trekt lessen uit het traject en past zo nodig de werkwijze bij samenwerking aan.

De naaste organiseert een evaluatiegesprek met het steunnetwerk. Zo mogelijk neemt de hulpverlener daaraan ook deel.

## Hoop op verdere ontwikkeling

Het perspectief van samenwerking als een kwaliteitsstandaard in de zorg, zoals dat in richtlijnen voor de GGZ is vastgelegd, biedt samen met het hanteren van het stress-kwetsbaarheidsmodel een geschikt fundament om als hulpverlener inhoudelijk invulling te geven aan samenwerking in de triade.

Samenwerking kan verschillende vormen aannemen, zoals bondgenootschap of co-cliëntschap.

Samenwerking als bondgenootschap heeft consequenties voor alle fasen van een behandeltraject van een cliënt met suïcidaal gedrag. Vanuit reeds beschikbare concrete handvatten, zoals geschetst in dit artikel, kan in de praktijk een methodische aanpak ontwikkeld worden.

Er zijn verder onderzoek en ontwikkeling in de praktijk nodig vanuit deze uitgangspunten om een positieve stimulans te geven aan de samenwerking in de triade.



De publicatie van dit artikel is mogelijk gemaakt door:

[Ivonne van de Ven Stichting](#)

Versterking  
suïcidepreventie in  
Nederland



[RINO  
amsterdam](#)

Opleiding en  
inspiratie voor GGZ-  
professionals

**RINO** •  
amsterdam

[Suïcidepreventie  
congres](#)

suïcidepreventie • CONGRES

Ivonne van de Ven Stichting • 113  
Zelfmoordpreventie • NIP • MIND • Trimbos Instituut •  
GGZ Rivierduinen • GGZ Friesland • RINO amsterdam

## Literatuur

- 1) Beurs, D. de: 2020. Mythen over zelfmoord. Boom uitgevers, Amsterdam.
- 2) Busschbach, J.T. van e.a.: 2009. Betrokkenheid in kaart gebracht. Ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ. Groningen, RGO-reeks, nummer 20.
- 3) GGZ Standaarden: 2016. Generieke module Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek. Zie de website GGZ Standaarden.
- 4) Graevenitz, J. van en M. Visser: 2020. Doodzonde, zelfmoord is niet alleen. Studio Noodzaak, Amsterdam.
- 5) Heeringen K. van en A.J.F.M. Kerkhof: 2019. Hoofdstuk 6. Verklaringsmodellen, pag. 99 e.v. in: Handboek suïcidaal gedrag. De Tijdstroom, Boom uitgevers, Amsterdam.
- 6) Hemert, A.M. van, A.J.F.M. Kerkhof e.a.: 2012. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.
- 7) Ministerie van VWS: 2021. Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025.
- 8) Ivonne van de Ven Stichting: Verhalenbundel 2016, 2017 en 2018/2019. Uitgeverij Aquazz, Arnhem.
- 9) Ivonne van de Ven Stichting: 2019. Een hoopvol perspectief op samenwerking; voor naasten & hulpverleners van iemand met suïcidaal gedrag. Zie: [www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl)
- 10) Joiner, T.E. (2005). Why people die by suicide. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- 11) Kapur et al (2016). Mental health service changes, organizational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before and after study. Lancet Psychiatry, 2016, 3, 526-534.
- 12) Sombroek-van Doorm, M.: 2019. Proefschrift: Medisch beroepsgeheim en de zorgplicht van de arts bij kindermishandeling in de rechtsverhouding tussen arts, kind en ouders. Boom juridisch, Den Haag.
- 13) Steendam, M.: 2010. Familie van suïcidale patiënten. MGv 65 pag. 515 e.v. Boom Psychologie, Amsterdam.
- 14) Vermeulen, M.: 2021. Als de familie van suïcidale personen slechts mag toe kijken. In: de Volkskrant, 17 april 2021.
- 15) Wiersma, H. e.a.: 2017. Succesvol ondersteunen van en samenwerken met familie en naasten in de zorg. Bundeling van de kritische succesfactoren uit de proeftuinen van de GGZ, Revalidatie en Verstandelijke gehandicaptensector. Uitgevoerd door patiënten- en familieorganisaties.
- 16) Witkamp, Erica: 2020. Zorg om naasten. Openbare les bij de aanvaarding van het lectoraat Zorg om naasten van Kenniscentrum Zorginnovatie. Hogeschool Rotterdam. Uitgave Hogeschool Rotterdam Uitgeverij.
- 17) Ypsilon, Leven met een suïcidale naaste, informatie en ondersteuning voor naasten van iemand met gedachten aan zelfdoding: 2020. MIND Ypsilon.