

Hoopvolle aanpakken, indringende verhalen

Directbetrokkenen en hulpverleners over suïcides en suïcidaliteit



Verhalenbundel 2018-2019
Ivonne van de Ven Stichting

Colofon

© Ivonne van de Ven Stichting
Vormgeving Angélique Kersten

Uitgeverij aquaZZ Arnhem | www.aquazz.com



Eerste druk 2019
ISBN 978 94 93023 27 7

Meer informatie over de Ivonne van de Ven Stichting:
www.ivonnevandevenstichting.nl

Deze publicatie is tot stand gekomen met steun van het
Dr. C. J. Vaillant Fonds

Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Copyright en overige rechten blijven voorbehouden aan de Ivonne van de Ven Stichting. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. Hoewel dit boek met zorg is samengesteld, aanvaarden de Ivonne van de Ven Stichting noch de uitgever enige aansprakelijkheid voor het feit dat het gebruik van hetgeen geboden wordt niet aan de behoeften of verwachtingen van de eindverbruiker voldoet, noch voor eventuele fouten of onvolkomenheden in dit boek.

Uitnodiging om jouw verhaal ook te delen

Wij nodigen ook jou uit om je verhaal te delen. Verhalen zijn welkom over een suïcide of suïcidaliteit van je zelf of van iemand in je directe omgeving.

Ook zijn verhalen welkom van hulpverleners (samen met directbetrokkenen) over hoopvolle aanpakken om suïcides te voorkomen en bij te dragen aan herstel.

Als je je verhaal wilt delen stuur dan een mail naar: secretaris@ivonnevandevenstichting.nl dan nemen wij contact met je op.

De Ivonne van de Ven Stichting is van plan ook in 2020 weer een verhalenbundel uit te brengen om daarmee bij te dragen aan de versterking van suïcidepreventie in Nederland.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	7
1	Inleiding	11
2	Overzicht geeft inzicht	15
2.1	Hoofddlijnen: perspectieven bij elkaar brengen	15
2.2	De personen met suïcidaal gedrag en de vertellers	17
2.3	Sociaal-maatschappelijke achtergrond	19
2.4	Moeilijke levensomstandigheden	20
2.5	Ziekteproces	21
2.6	Betekenis geven	22
2.7	Onverwachte suïcide	23
2.8	Praten over suïcidale gedachten	24
2.9	Als naaste steun geven	25
2.10	Een beroep doen op professionele hulpverlening	26
2.11	Organisatie van de hulpverlening	31
2.12	Samenwerking hulpverleners en naasten	32
2.13	Na het overlijden	34
2.14	Leren en steeds verbeteren	35
3	Verhalen van directbetrokkenen	43
	• Het verhaal van Nelly	45
	• Het verhaal van Carrol	48
	• Het verhaal van Ans	51
	• Het verhaal van Jolein	55
	• Het verhaal van Wim	59
	• Het verhaal van Dieneke	62
	• Het verhaal van Hannie	66
	• Het verhaal van Maarten	68
	• Het verhaal van Yvet	73

•	Het verhaal van Joke	76
•	Het verhaal van Emmy	79
•	Het verhaal van Wendelien	81
•	Het verhaal van Carla	86
4	Verhalen over hoopgevende aanpakken	89
•	Deelnemen aan een cursus voor naasten	
◦	Het verhaal van Willem	91
•	Een cursus voor naasten uitvoeren	
◦	Het verhaal van Hans	96
•	Samenwerken met hulpverleners en je broer steunen	
◦	Het verhaal van Nita	102
•	Het trainingsprogramma suïcidepreventie van GGZ Friesland	
◦	Het verhaal van Martin Steendam	107
•	Als naaste samenwerken met een IHT-team	
◦	Het verhaal van Gertie	113
•	Vanuit de GGZ IHT inzetten bij suïcidepreventie	
◦	Het verhaal van Jeannet en Tessa	119
•	Als nabestaande met EMDR aan de slag	
◦	Het verhaal van Wilma	124
•	EMDR inzetten bij rouwverwerking na een suïcide	
◦	Het verhaal van Jantien	129

Voorwoord

De verhalen uit deze bundel sturen ons een niet mis te verstane boodschap: **behandeling van suïcidaliteit kan niet zonder een goede samenwerking tussen hulpverleners en familie/partners.**

Hulpverleners hebben de familie nodig voor informatie over de patiënt, over zijn verleden, over zijn karakter, over zijn teleurstellingen.

Hulpverleners hebben de familie nodig voor het bijhouden van schommelingen in de gemoedstoestand en voor bescherming van de patiënt.

Familieleden en partners hebben de hulpverleners nodig om symptomen te begrijpen, om onderliggende stoornissen te begrijpen, en om te weten wat ze moeten doen in tijden van crisis.

Psychiaters hebben de familieleden en partners nodig om goed bij te houden wat de effecten zijn van voorgeschreven medicatie of van verhoging of verlaging van de dosering.

Psychologen hebben de familie nodig om de patiënt te leren dat het helemaal niet klopt als hij denkt dat ze zoveel last van hem hebben dat hij er maar beter niet meer kan zijn.

Familieleden moeten weten wat ze moeten doen wanneer hun dochter in het weekend gaat zitten snijden in de armen. Daar hebben ze de hulpverleners bij nodig.

Wat nog belangrijker is, is dat zowel hulpverleners als familieleden en partners eenzelfde benadering van de patiënt uitstralen: **je bent de moeite waard en we willen je niet kwijt.** Daarom is het essentieel in de behandeling van suïcidale patiënten dat

hulpverleners en familie/partners **een bondgenootschap vormen** om gezamenlijk de patiënt/dierbare te behandelen en te beschermen.

In de psychologische behandeling van suïcidale patiënten in mijn praktijk betrek ik nagenoeg altijd familieleden en partners, zowel bij de diagnostiek als bij de behandeling. Uiteraard spreek ik ook de patiënt individueel. Wanneer de patiënt mij vraagt om zijn of haar familieleden niet te informeren over zijn of haar suïcidaliteit (zogenaamd om hen niet te belasten), ga ik dat natuurlijk juist wél doen. Dat is namelijk de meest suïcidogene gedachte die er is en deze gedachte op zich bewijst al hoe ver de patiënt buiten de werkelijkheid is komen te staan in zijn suïcidale ontwikkeling. Hij of zij realiseert zich niet meer dat zijn suïcide juist een extreme belasting zou vormen voor zijn dierbaren. Juist dan doe ik alle moeite om een bondgenootschap met partner of familie aan te gaan. (*Of jij informeert je ouders, of ik doe het*). In de praktijk betekent dit dat ik gemiddeld in acht van de tien sessies samen zit met patiënt en partner/familieleden.

Zelfs wanneer de suïcidaliteit mede veroorzaakt lijkt te zijn door ervaringen met problematische familieleden is het belangrijk om deze familieleden ook te betrekken in de behandeling. Om in aanwezigheid van de behandelaar de oude en recente wonden te bespreken. Zonder dat schiet de behandeling toch niet op.

Er ligt nog een meer fundamenteel punt ten grondslag aan de noodzaak tot samenwerking: familieleden/partners zijn uiteindelijk de meest verantwoordelijken voor de veiligheid van de patiënt en kunnen die verantwoordelijkheid niet delegeren aan de hulpverlener.

Hulpverleners kunnen de veiligheid van patiënten nooit garanderen, ook niet bij gedwongen opnamen op gesloten afdelingen. Daar zijn helaas maar al te veel voorbeelden van. Hulpverleners dienen zich dan ook zodanig op te stellen dat ze de familieleden helpen hun dierbare te beschermen tegen zijn aanvechtingen. Hulpverleners moeten derhalve dienstbaar zijn aan de partner/familie om hen bij te staan in hun beschermende taken. **Pas dan heb je een echt bondgenootschap.**

Het uitgangspunt dat te veel hulpverleners zich onvoldoende realiseren is: **als je een suïcidale patiënt in behandeling krijgt, dan ben je er tegelijk verantwoordelijk voor om familieleden en/of partners te helpen hun dierbare zo goed mogelijk te beschermen.**

Ad Kerkhof

Emeritus hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Ad Kerkhof heeft een eigen praktijk voor klinische psychologie en psychotherapie in Leiden, waar hij patiënten met suïcidaliteit behandelt en nabestaanden van suïcide begeleidt.

1

Inleiding

Deze Verhalenbundel 2018-2019 van de Ivonne van de Ven Stichting bevat, net als de vorige bundels (2016 en 2017¹) verhalen van directbetrokkenen² bij een suïcide³. Nieuw is dat in deze bundel ook hulpverleners aan het woord komen. De verhalen bieden aanknopingspunten voor begeleiding en behandeling van mensen met suïcidaal gedrag.

Alle vertellers spreken vanuit hun eigen perspectief en ervaringen. Zij laten verschillende kanten zien van de professionele hulp en de steun van naasten aan mensen met suïcidaal gedrag. De verhalen maken een patroon zichtbaar dat anders misschien onopgemerkt zou blijven. Zo ontstaat ervaringskennis waar anderen van kunnen leren of hoop uit kunnen putten.

De Ivonne van de Ven Stichting bundelt deze indringende verhalen van betrokkenen, vergelijkt ze met elkaar en benoemt lessen die we eruit kunnen leren. Wat gaat goed? Wat kan beter? Hoe werkt het niet en hoe kan het ook?

De **directbetrokkenen** delen hun verhaal omdat zij hopen daarmee een steentje bij te dragen aan verbetering van de suïcidepreventie, zodat anderen bespaard blijft wat in hun situatie mis

1. De *Verhalenbundels 2016 en 2017* tref je integraal aan op onze website onder 'Informatie': www.ivonnevandevenstichting.nl

2. Met directbetrokkenen bedoelen we in deze bundel: nabestaanden, naasten en mensen die zelf te maken hebben met suïcidaal gedrag.

3. Wij gebruiken het woord 'suïcide' omdat het een neutraal woord is; andere woorden met dezelfde betekenis: zelfmoord of zelfdoding

is gegaan. Zij pleiten er onder andere voor signalen, die op suïcidaliteit duiden, serieus te nemen en bespreekbaar te maken. Dat kan levens redden.

‘Ik hoop dat anderen kracht uit mijn verhaal kunnen putten. Ik wil er graag aan bijdragen het taboe te doorbreken. Dat mensen zich realiseren hoe snel zoiets (ongemerkt) kan gaan.’

De **hulpverleners**, doen in deze bundel hun verhaal vanuit de waarde die zij hechten aan effectieve suïcidepreventie. Zij vertellen over een trainingsprogramma, over IHT en over EMDR. Ook directbetrokkenen, die te maken hebben gehad met de beschreven hoopvolle aanpakken, vertellen er vanuit hun perspectief over. Samenwerking tussen hulpverleners en naasten is een steeds terugkerend thema. Er zijn inspirerende verhalen over opgenomen.

‘De suïcidepreventie-trainingen maken je werk mooier, intenser en dat is de schoonheid van het vak. Het is een super aanwinst.’

De meeste directbetrokkenen die in deze bundel aan het woord zijn, deelden hun verhaal met de Monitor van de Ivonne van de Ven Stichting. (Zie: www.ivonnevandevenstichting.nl)

De verhalen van de duo's van hulpverleners in combinatie met directbetrokkenen zijn gebaseerd op uitgebreide interviews.

In deze bundel zijn de namen van de directbetrokkenen veranderd en duidelijk traceerbare feiten weggelaten, evenals de gehanteerde methode bij suïcide. Wij hebben de verhalen inge-

kort en samengevat. In hoofdstuk 2 – *Overzicht geeft inzicht* – zijn schuin gedrukt illustratieve citaten uit de verhalen verwerkt.

Alle vertellers hebben de Ivonne van de Ven Stichting toestemming gegeven om hun verhaal in deze bundel op te nemen.

De Verhalenbundels van de Ivonne van de Ven Stichting zijn bedoeld voor:

- *Directbetrokkenen*. De verhalen kunnen helpen bij erkenning van hun eigen ervaringen. Het kan steun geven om te weten dat anderen soortgelijke ervaringen hebben.
- *Directies van zorginstellingen, politici en beleidsmakers*. Zij vinden in deze bundel aanknopingspunten om tot beleid en verbetering van suïcidepreventie te komen.
- *Professionals in de hulpverlening*. De verhalen dagen hen uit om in hun dagelijkse praktijk aandachtig om te gaan met cliënten met suïcidaal gedrag, om samen te werken met de naasten van deze cliënten en om zich samen met hun collega's te professionaliseren en in te zetten voor betere zorg.
- *Ieder ander die privé of op het werk geconfronteerd wordt met iemand met suïcidaal gedrag*. Zij vinden hier eyeopeners die kunnen helpen bij het signaleren van suïciderisico's in hun omgeving.

De Ivonne van de Ven Stichting spant zich in voor versterking van de suïcidepreventie in Nederland. De laatste cijfers laten zien dat er in 2018 in Nederland 1829 mensen zijn gestorven aan suïcide. Zo'n 15.000 mensen worden jaarlijks na een poging behandeld in het ziekenhuis.

Suïcides en suïcidepogingen zijn in veel gevallen te voorkomen. De mensen die actief zijn in de Stichting hebben zelf meege-

maakt hoe verschrikkelijk het is als je dierbare door suïcide overlijdt en je het gevoel hebt dat het anders had gekund.

Op basis van onze eigen ervaringen en de verhalen van directbetrokkenen heeft de Stichting in 2017 een handreiking opgesteld voor naasten die iemand steunen die suïcidaal is: *Tien tips voor naasten*. (Zie: www.ivonnevandevenstichting.nl)

De Stichting maakt zich in 2019 hard voor landelijke opleidingseisen op het gebied van suïcidepreventie voor beroepen als psycholoog, psychiater, SEH-arts, POH-er, verpleegkundige en huisarts. Deze professionals dreigen, als het om suïcidepreventie gaat, ‘handelingsverleggen’ te starten in hun beroep. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat getrainde hulpverleners beter in staat zijn suïcides te voorkomen. Wij startten in april 2019 een petitie om de noodzaak van structurele opleiding onder de aandacht te brengen.

Hoofdstuk 2 van deze verhalenbundel brengt de belangrijkste inzichten uit de verhalen bij elkaar. In hoofdstuk 3 komen de vertellers aan het woord, die via de monitor van de Ivonne van de Ven Stichting hun verhaal gedeeld hebben. Hoofdstuk 4 bevat de verhalen die we optekenden in de interviews met hulpverleners samen met enkele directbetrokkenen.

2

Overzicht geeft inzicht

2.1 Hoofdpijnen: perspectieven bij elkaar brengen

De 21 verhalen in deze bundel laten zien hoe complex het is om iemand met suïcidaal gedrag hulp en steun te bieden. De verhalen gaan over moeilijke levensomstandigheden in combinatie met psychisch lijden, drugs of medicijngebruik. Soms heeft iemand al vanaf zijn vroege jeugd problemen. Ook is er een verhaal over suïcidaliteit die voorkomt in meerdere generaties van een familie.

Het psychische lijden van de mensen met suïcidaal gedrag is groot. Daardoor maken ook naasten een enorme worsteling door. Zij proberen hun dierbare zo goed mogelijk te steunen. Weten vaak niet hoe, voelen zich daarin erg alleen en komen daarbij soms ook zelf in de knel.

De meerderheid van de nabestaanden die hier hun verhaal delen, kijkt kritisch terug op de professionele hulp aan hun dierbare. De hulpverleners werkten in die gevallen ook niet of beperkt met hen als naasten samen. Dat heeft bijgedragen aan hun gevoel van machteloosheid.

Een aantal verhalen gaat daarnaast over hoopvolle aanpakken bij het geven van hulp en steun.

Vier van deze verhalen koppelen het perspectief van de naasten aan het perspectief van de hulpverleners. Samenwerking met naasten zit verankerd in de aanpak van deze hulpverleners. De naasten zijn over de bijdrage van deze hulpverleners positief. Zij voelden zich er door gesterkt.

Eén ander duo – een hulpverlener en een nabestaande – vertelt over hulp bij rouwverwerking. Ook hun verhalen zijn hoopvol omdat ze laten zien dat er behandeling mogelijk is voor wie door een suïcide een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) oploopt. De kern van de verhalen van de nabestaanden, van de naasten én van de hulpverleners is dat suïcides voorkomen kunnen worden met het serieus nemen van het suïcidale gedrag, met oprechte aandacht, door suïcidaliteit bespreekbaar te maken, met goede samenwerking tussen hulpverleners en naasten en met flexibiliteit vanuit de hulpverleningsorganisatie.

‘Ga er als naaste op een vanzelfsprekende manier vanuit dat je betrokken bent bij professionele zorg. Volg je gevoel, maar wees ook reëel over wat je aan kunt en wat bij je past.’

De vertellers hopen dat anderen leren van hun ervaringen. Ondanks hun verdriet en boosheid willen de directbetrokkenen dat er lessen uit hun bittere ervaringen getrokken worden. Deze nabestaanden doen een beroep op de hulpverlening om te erkennen dat suïcidaliteit vraagt om acute zorg met aandacht, betrokkenheid en openheid voor het verhaal van de cliënt samen met zijn of haar naasten. Dat staat nog al eens op gespannen voet met de wachtlijsten, protocollen, privacyregels en andere routines in zorginstellingen.

Steeds te blijven leren is de inzet van de hulpverleners die hier hun verhaal vertellen. Zij pleiten voor bredere verspreiding van hun aanpak en een continu proces van verbetering vanuit een gefundeerde visie op suïcidaliteit.

‘Het zou goed zijn als elke verpleegkundige een periode ambuland werkt omdat dat toch een ander licht werpt op je verantwoordelijkheid en het contact met naasten. Dat zou de kwaliteit van de zorg ten goede komen.’

2.2 De personen met suïcidaal gedrag en de vertellers

De personen met suïcidaal gedrag

In deze Verhalenbundel zijn overwegend verhalen opgenomen over mannen die overleden zijn aan suïcide, in totaal twaalf. Er is slechts één verhaal beschikbaar over een overleden vrouw. Daarnaast zijn er vier verhalen over mensen met suïcidaal gedrag; drie mannen en een vrouw.

In tegenstelling tot de *Verhalenbundel 2017* is er geen verhaal over een suïcide van iemand jonger dan 20 jaar.

Overzicht 1

De overleden personen en personen met suïcidaal gedrag.

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal bundel 2018-2019	Totaal bundel 2017	Totaal bundel 2016
	Overleden	Suïcidaal gedrag	Overleden	Suïcidaal gedrag			
15-20						3	
20-30	2	1			3	1	7
30-50	6	1	1	1	9	5	8
50 >	4	1			5	5	3
Totaal	12	3	1	1	17	14	18

De vertellers

In deze bundel doen tweeëntwintig vertellers hun verhaal. De dertien nabestaanden onder de vertellers verloren hun (ex-)partner, zoon, broer, vader of dochter. Daarnaast doen vijf hulpverleners (twee psychologen en drie verpleegkundigen) en drie naasten hun verhaal. Eén persoon vertelt over zijn eigen historie met suïcidaliteit. De meeste vertellers zijn vrouwen. (Er zijn 21 verhalen omdat twee verpleegkundigen samen hun verhaal vertelden.)

Overzicht 2

De vertellers in deze Verhalenbundel.

	Man	Vrouw	Totaal
Nabestaande	1	12	13
Eigen verhaal	1		1
Naaste	1	2	3
Hulpverlener	2	3	5
Totaal	5	17	22

Al deze vertellers verwoorden hun persoonlijke ervaringen, meningen en oordelen. Hun verhaal is subjectief en authentiek. Wij hebben zoveel mogelijk hun taalgebruik gerespecteerd. Ze geven de lezer een inkijkje in een harde en vaak ongrijpbare realiteit. De bundel biedt ervaringskennis en heeft geen wetenschappelijke pretenties. De meeste verhalen gaan over recente gebeurtenissen (vanaf 2016).

2.3 Sociaal-maatschappelijke achtergrond

Van de overleden personen uit de verhalen, hadden er vijf een uitkering. De anderen hadden betaald werk, waren met pensioen, studeerden of waren huisvrouw. De persoon die hersteld is

van zijn suïcidaliteit heeft betaald werk in combinatie met een uitkering.

In vergelijking met de eerdere verhalenbundels zijn er bij de overledenen minder mensen met betaald werk.

‘Ik leef nu bewust met minder prikkels en stress. Naast mijn uitkering ben ik een eigen bedrijfje begonnen en ik onderzoek of ik daarvan kan leven ondanks mijn beperkte inzetbaarheid. Dit geeft me geluk. Ik schaam me niet meer voor zaken waar ik niets aan kan doen.’

2.4 Moeilijke levensomstandigheden

In de verhalen komen moeilijke levensomstandigheden voor het voetlicht, die, volgens de vertellers, triggers waren voor de psychische problemen van hun dierbaren, zoals een (vecht)scheiding, verslaving aan alcohol en drugsmisbruik, het overlijden van een dierbare, schulden en het verliezen van een baan.

Dit beeld komt overeen met dat in de eerdere bundels. Ook daar werd bijna steeds verteld over moeilijke omstandigheden, die er aan bijdroegen dat iemand uit balans raakte.

‘Toen mijn broer zijn baan kwijt raakte door een reorganisatie en daarna zijn gezin door een (vecht)scheiding, kreeg hij het echt zwaar.’

2.5 Ziekteproces

Daarnaast, en in samenhang met deze moeilijke levensomstandigheden, benoemen de vertellers psychische problemen en dito lijden van de personen die aan suïcide overleden zijn of suïcidaal gedrag vertonen, zoals: depressiviteit, psychose, autisme en burn-out. Het suïcidale gedrag bestond in sommige gevallen al langere tijd en de betrokkene maakte meerdere crises door. In ongeveer de helft van de gevallen was sprake van een eerdere poging.

De vertellers signaleren in enkele gevallen dat de psychische klachten al bestonden in de jeugd van de betrokkenen of in de familie voorkomen.

In vergelijking met de eerdere bundels komen er in deze bundel meer verhalen voor van mensen die al vanaf hun jeugd met psychische problemen te maken hadden.

*‘In zijn afscheidsbrief schreef hij dat zijn hoofd vol en war-
rig is, met veel pijn en verdriet en dat het een enorme rot-
ziekte is.’*

*‘Hoe meer hij begreep van wat hem ‘mankeerde’, hoe min-
der hij van zichzelf hield.’*

*‘Op het moment dat je het slechtst in staat bent om goed
na te denken, neem je de meest verstrekkende beslissing,
vaak in eenzaamheid en diepe wanhoop.’*

*‘Toen hij in een diepe crisis zat vroeg ik hem: ‘Denk je er
weleens aan er een eind aan te maken?’ Hij zei gelukkig ja.*

Als hij nee gezegd had, had ik zeker geweten dat het niet goed af zou lopen. Ik zei toen dat ik er vrede mee zou hebben maar dat hij er wel alles aan moest doen om uit het dal te komen. Later vertelde hij dat hij alleen hoorde dat ik zei: 'Okay'. De rest hoorde hij gewoon niet.'

2.6 Betekenis geven

Sommige naasten proberen voor zichzelf betekenis te geven aan het suïcidale gedrag van hun dierbare: hoe kan ik dit begrijpen? Anderen zoeken het niet zozeer in cognitief begrijpen maar meer in gevoelsmatig afstemmen op de persoon met suïcidaal gedrag.

Hulpverleners zeggen dat het naasten helpt als zij ontdekken dat de suïcidaliteit niet zomaar een 'keus' is.

Ook in eerdere bundels benoemden nabestaanden zo af en toe de behoefte aan helderheid en betekenisgeving.

'Waarschijnlijk dacht hij dat hij weer helemaal terug bij af was. Wij zien het als een soort gedachtevernaauwing waarin hij terecht is gekomen.'

'Je zit er middenin, ergens wist ik het wel (dat zij met de dood bezig was), maar ik wist het ook niet. Toen ik het hoorde was het net of alles wegzakte om me heen. Ik voelde: ik begrijp het niet, kan het niet bevatten. Ik snap dat mensen het niet snappen. (...) Ik realiseer me nu dat zij dan zo diep in de tunnel van haar gedachten dichtbij de dood is dat ze niet meer ziet wat haar lief is.'

‘Je snapt niet dat het gebeurd is. Hoe iemand dat kan doen. Ik voel me heel verdrietig. Maar boos ben ik nooit op hem geweest. Voor hem moet het ook heel eenzaam zijn geweest. Ik heb diep, diep medelijden met hem.’

‘Het leek of mijn broer door de werking van de medicijnen werd verdoofd en in een soort tunnelvisie terecht kwam, wat heeft geleid tot de suïcide.’

‘Je ziet dat de houding van de naasten verandert als ze zich realiseren dat suïcidaliteit meestal niet een bewuste keus is van hun dierbare. De kramp verdwijnt. Er ontstaat meer rust zodat je het er over kunt hebben.’

2.7 Onverwachte suïcide

In enkele gevallen kwam de suïcide als een verrassing. Naasten realiseren zich soms wel maar soms ook niet dat hun dierbare suïcidaal is. Als een hulpverlener hen dat dan – zoals in deze situaties meerdere keren gebeurde – duidelijk maakt, is dat een schok voor hen. Maar vervolgens blijken zij wel beter in staat invulling te geven aan hun ondersteunende rol. Ook zeggen zij opgelucht te zijn als de hulpverlener door de façade van hun dierbare heen weet te prikken en de suïcidaliteit eruit komt.

*‘Een dag na mijn zeventiende verjaardag maakte hij plotse-
ling een eind aan zijn leven. Mijn moeder, mijn broer, mijn
zusje en ik hadden dit nooit voor mogelijk gehouden.*

Al wist ik dat hij in die periode minder vrolijk en misschien

wel een beetje depressief was. Dat het zo erg was en dat hij zo ontzettend depressief was en aan angsten leed, had ik niet door.'

'In het intakegesprek prikten de hulpverleners gelukkig door haar façade heen en werd duidelijk dat zij suïcidale gedachten had. De situatie was ernstig.'

2.8 Praten over suïcidale gedachten

De meeste personen uit deze verhalen praten niet over hun gedachten aan suïcide of alleen in bedekte termen. Toen de naasten het eenmaal wisten had een aantal van hen juist wel het gesprek erover met hun dierbare. Zij werken vervolgens samen met hulpverleners en zijn gemotiveerd om het taboe om erover te praten te doorbreken.

Dit is een wat ander beeld dan in de eerdere verhalenbundels. Toen waren er meer mensen met suïcidaal gedrag die er openlijk over spraken. Mogelijk dat dit ermee te maken heeft dat er toen meer verhalen waren over vrouwen die een eind aan hun leven gemaakt hadden.

'Mijn man had het met niemand over eventuele suïcidale gedachten. Ik weet niet of hij die gedachten had. Ik denk dat de hulpverleners het ook niet wisten.'

'Het is belangrijk voor de persoon, die aan suïcide denkt, dat hij kan zeggen dat hij er klaar mee is, dan ervaart iemand minder druk.'

‘Ons motto als hulpverleners is: wees – als je naar suïcidale gedachten vraagt – helder en concreet en gebruik liever geen verzachtende of verhullende woorden. Ook als het beter gaat met een patiënt: vraag ernaar.’

‘Het is voor cliënten vaak al een hele opluchting om de suïcidale gedachten te mogen uiten. Bij ons (IHT-ers) mag dat. Erover mogen en kunnen praten lucht al op. We krijgen veel te horen. Het hoort bij ons vak om dat te verdragen.’

2.9 Als naaste steun geven

De meeste naasten (inmiddels vaak nabestaanden) gaven op een of andere manier steun aan de persoon met suïcidaal gedrag. De steun varieert in intensiteit. De meerderheid van de naasten is een actieve ondersteuner. Toch is er ook een aanzienlijke groep die wel enige steun bood, maar als toeschouwer meer op afstand bleef omdat zij zich niet altijd bewust waren van de ernst van de situatie. Achteraf zeggen deze naasten dat ze zich vaak machteloos voelden of nu met schuldgevoelens kampen.

In enkele verhalen vertellen naasten juist hoe zij erin slaagden op een positieve manier steun te geven. Zij staan open om met hun dierbare te praten over de suïcidale gedachten en geven ook praktische steun.

In de eerdere bundels en vooral in de bundel uit 2016 komen meer verhalen voor van nabestaanden die actief steun boden.

‘Zijn vriendin steunde hem en ik ook zoveel als mogelijk. Hij liet hulp echter moeizaam toe, omdat hij van mening was dat hij zijn eigen problemen moest oplossen en hij een ander daarmee niet wilde belasten.’

‘Ik geef mijn partner vanzelfsprekend veel steun. Mijn drijfveer ligt bij de kinderen. Ik wil er alles aan doen zodat ik ze over tien jaar recht in de ogen kan kijken. Ik doe het ook voor ons huwelijk. Ik geloof erin dat het goed gaat komen. Zij is een vechter. Ik probeer alle ballen in de lucht te houden.’

2.10 Een beroep doen op professionele hulpverlening

In de verhalen in deze bundel komen vijftien personen (van de zeventien) voor die professionele hulp hebben gehad of nog hebben toen ze te maken hadden met suïcidaal gedrag. Dertien van hen zijn overleden. De hulp varieerde van veel tot beperkt. In een enkel geval kwam de hulp te laat op gang.

In enkele gevallen overheerst tevredenheid zoals over de bijdrage van een (vrijgevestigde) psychiater en van een huisarts, evenals over een verblijf in een psychotherapeutisch centrum.

In andere gevallen plaatsen de vertellers nogal wat kanttekeningen bij de geboden hulp. Zij zijn gefrustreerd over de wachtlijsten, het gebrek aan gevoel voor urgentie, de herhaalde intakes en het gebrek aan begeleiding bij medicijngebruik.

Zo reactiveerde het middel Champix (om van het roken af te komen) overwonnen psychische problemen. De persoon met

suïcidaal gedrag werd soms niet serieus genomen of de hulp sloot niet aan bij zijn behoefte. De hulpverleners negeerden de suïcidale gedachten. Begeleiders wisten in een enkel geval niet de goede toon te treffen in de omgang met een ernstig zieke en suïcidale patiënt. Of er was te weinig oog voor de veiligheid van de betrokkene. De vertellers pleiten voor eerder opnemen. Hier-tegenover staat dat hulpverleners juist zeggen dat het thuis herstellen van een suïcidale crisis soms beter werkt (onder andere vanwege de onrust op GGZ-afdelingen).

Het beeld van de beschikbaarheid van hulp wijkt af van het beeld in de eerdere bundels. Er lijkt in de situaties die in deze bundel voor het voetlicht komen, meer professionele hulp te zijn geweest voor personen met suïcidaal gedrag, ook al voldoet de kwaliteit van die hulp nog lang niet altijd.

‘Een verbeterpunt is de zorg voor de veiligheid van iemand als mijn zoon. Het was beter geweest als hij weer was opgenomen.’

‘Er is meer besef nodig onder hulpverleners dat suïcidale gedachten een ernstig symptoom zijn.’

‘Wat mij altijd verbaasde, is dat je met zoveel problemen en zo’n heftige problematiek, toch vaak zelf mag beslissen of je hulp wilt of niet.’

‘Op de dag van zijn overlijden heeft mijn zoon nog contact gehad met de psychiater. Die zei hem niet te kunnen helpen. De geestelijke nood zou niet ernstig genoeg zijn.’

‘Mijn broertje heeft vlak voor zijn suïcide nog contact opgenomen met de crisisdienst en de spoedpost van het ziekenhuis en daar een hulpvraag neergelegd. Tevergeefs.’

‘In de studie van hulpverleners zou aandacht moeten zijn voor risico’s bij het voorschrijven van het middel Champix en gelijksoortige middelen.’

Wel anders dan in de eerdere bundels zijn de verhalen van de duo’s van hulpverleners en directbetrokkenen die laten zien dat het ook anders kan. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het trainingsprogramma dat een GGZ-instelling startte voor al haar hulpverleners om te voorkomen dat zij handelingsverlegen zijn in hun werk met suïcidale patiënten. Vanuit een weloverwogen visie op suïcidaal gedrag, verwerven alle zorgprofessionals van deze instelling een attitude, kennis en vaardigheden om suïcidaliteit te signaleren, contact te maken en te behandelen. Deze instelling zet ook ervaringsdeskundigen in.

‘Na de training zeggen de deelnemers vaak ongevraagd dat zij het een zeer waardevolle en belangrijke training vinden.’

Een vader, die deelnam aan een cursus voor naasten omdat zijn zoon te maken had met suïcidaal gedrag, vertelt dat hij er veel aan gehad heeft. Hij durft zich assertiever op te stellen in zijn contacten met hulpverleners en kan mede daardoor beter steun geven aan zijn zoon. Ook de betrokken trainer-hulpverlener vertelt zijn verhaal dat hier naadloos op aansluit.

In een ander verhaal vertelt een naaste hoe zij bij de ondersteuning van haar broer, die met suïcidaal gedrag te maken heeft, ingezet heeft op vanzelfsprekende samenwerking met de hulpverleners. Dat resulteerde in een positieve dynamiek en intensieve samenwerking wat het herstel van haar broer ten goede kwam.

Ook het verhaal van een naaste, die samen met haar zieke partner steun kreeg van een IHT-team, geeft hoop. De IHT-ers waren een steun voor het hele gezin. De naasten en de IHT-ers hielpen en ondersteunden elkaar. De twee IHT-ers vertellen over hun aanpak en de mogelijkheid om daarmee suïcides te voorkomen.

‘Het was een complete eyeopener toen in de cursus besproken werd dat je gewoon kunt vragen: denk je wel eens aan zelfmoord? Dat het zinvol is het gesprek aan te gaan.’

‘Tijdens zijn opname was ik (als naaste van mijn broer), op zijn verzoek, steeds aanwezig bij de gesprekken met de psycholoog. Hij vond het fijn dat ik erbij was als neutrale waarnemer. Hij was zelf na een sessie vaak dingen vergeten. De psycholoog vroeg ook steeds hoe het met mij was. Ook de ambulante zorg toonde deze belangstelling.’

‘De IHT-ers werken intensief met mij als naaste samen. Ik heb het gevoel dat de IHT-ers er voor het hele gezin zijn. Als mijn gevoel zegt dat het faliekant mis gaat, nemen ze me (als naaste) serieus. Belangrijk vind ik dat ze thuis komen en maatwerk leveren.’

Ondanks deze positieve ervaringen plaatsen enkele van deze naasten toch kanttekeningen bij de overige, reguliere hulpverlening in de instelling waar zij mee te maken hadden: wachtlijsten, rommelige organisatie en gebrek aan openheid naar naasten. Zo blijkt de cursus voor naasten nog niet voldoende ingebed in de bredere zorg van de instelling. En ondanks de positief ervaren IHT-zorg, die geen wachtlijsten kent en acuut ingezet wordt, heeft de overige zorg van de betreffende instelling wel een wachtlijst, wat snelle verdere behandeling in de weg staat.

‘Over de korte cursus ben ik zeer positief. Over andere ervaringen met de hulpverlening heb ik me echter zacht gezegd nogal verbaasd. Samenwerking met naasten is nog geen gemeengoed.

We waren een beetje perplex: de acht weken vóór de cursus kregen we namelijk helemaal geen handvatten hoe we ons op konden stellen en samen konden werken met de hulpverleners, terwijl we daar zo’n behoefte aan hadden.’

‘Een probleem is wel (ondanks de IHT-begeleiding): er is een wachtlijst en daardoor kan de behandeling voor haar dwanggedachten pas in oktober starten. Maanden geleden was ze er helemaal klaar voor om een behandeling te starten. Toen was ze heel sterk. Nu heeft de nieuwe crisis haar weer onderuit gehaald.’

2.11 Organisatie van de hulpverlening

Suïcidaliteit vraagt vaak om acute hulp. Volgens meerdere vertellers was de organisatie van de hulpverlening er in hun situatie vaak niet op ingericht. De hulp kwam soms te laat.

Personen in een heftige suïcidale crisis, die wanhopig om hulp vroegen, werden soms van het kastje naar de muur gestuurd. Zij werden steeds weer doorverwezen en op een wachtlijst van meerdere maanden geplaatst, zonder duidelijkheid of daarna een behandeling zou kunnen starten. De verhalen over het IHT-team en over de goede samenwerking van een naaste met de hulpverleners laten zien dat crisisopvang ook anders kan.

Ook in de eerdere bundels kwamen in de verhalen van nabestaanden veel problemen ter sprake over de wijze waarop de hulpverlening georganiseerd is en onvoldoende aansluit bij de urgente behoeften van cliënten met suïcidaal gedrag.

‘Voor mijn broertje voelde deze hele periode alsof hij van het kastje naar de muur gestuurd werd; hij moest overal opnieuw zijn verhaal doen met een intake, diagnose enzovoort. Dat viel hem erg zwaar en daarover was hij erg teleurgesteld.’

‘Het IHT team kent geen wachtlijsten. Als de huisarts in de ochtend belt, zetten we nog diezelfde dag IHT-zorg in. Huisartsen zijn belangrijke ketenpartners voor ons.’

2.12 Samenwerking hulpverleners en naasten

Ruim de helft van de vertellers laat weten dat samenwerking tussen hulpverleners en hen als naasten helemaal niet van de grond is gekomen. In vier gevallen was er incidenteel of een beetje samenwerking. Meerdere keren zeggen zij dat die samenwerking niet ontstond vanwege de wijze waarop de hulpverleners met de privacyregels omgingen.

Ook in de verhalen in de eerdere twee bundels vertelden nabestaanden dat die samenwerking niet van de grond kwam.

‘Hulpverleners hebben ons amper betrokken. Wanneer ik mijn zorgen telefonisch deelde, werd er gevoelsmatig al opgenomen met een zucht.’

‘Simpele inzichten van naasten kunnen voor hulpverleners tools zijn om mee te werken. Ik ervaar het als positief als zij daarvoor open staan.’

Er zijn echter gelukkig ook enkele verhalen die juist laten zien dat samenwerking van hulpverleners met naasten wel mogelijk is en dat de privacyregels daarbij – als alle betrokkenen zich daar maar voor inzetten – geen belemmering hoeven te zijn. Zij vonden een nieuwe manier om met de dilemma’s, waar deze regels hulpverleners voor plaatsen, om te gaan. Deze samenwerking lijkt in enkele gevallen bij te dragen aan het herstel van de persoon met suïcidaal gedrag.

Naasten gaan mee naar de gesprekken met hulpverleners en er ontstaat op een vanzelfsprekende wijze intensieve samenwer-

king. Ook ontdekken zij dat zij zich assertief mogen opstellen bij hun vraag om samenwerking.

‘De psychiater had veel oog voor onze inzet om mijn broer te steunen. Hij liet mijn broer duidelijk merken dat wij als zussen erg veel van hem hielden en er voor hem waren. Hij vroeg dikwijls aan mijn broer, zou je de aangeboden steun van je zussen willen accepteren? Zie je dat zij zich zorgen om je maken?’

‘Eindelijk troffen we in de persoon van de cursusleider iemand die het begreep en die iets zinnigs zei over hoe je je kunt opstellen. Ik stel me nu assertief op. Bij ons eerste bezoek aan de psycholoog van mijn zoon dacht ik met de richtlijn op zak: je bent de mijne! Natuurlijk zei de psycholoog dat er voor onze betrokkenheid wel overleg met mijn zoon nodig was. Maar ik voel duidelijk dat er door onze opstelling iets veranderd is.’

‘Toen mijn broer in een heftige crisis raakte zocht ik meteen contact met de therapeut. Gelukkig nam ze mijn signaal direct serieus. Nu ik terugblik op alles wat er toen gebeurde, realiseer ik me hoe bijzonder het was. Iedereen zat op dezelfde lijn: de haptotherapeut, de huisarts, de psychiater, de psycholoog, de ambulante zorg en ik als naaste. Alles paste precies.’

‘We willen (als hulpverleners vanuit onze crisisdienst) naasten betrekken bij de behandeling van hun kind, partner of vriend. Dat gaat vaak niet vanzelf. Het vraagt een

zekere assertiviteit van de direct betrokkenen. Ons uitgangspunt is: we moeten het samen doen. Daar past empowerment van naasten goed bij.'

'Samenwerking van ons als hulpverleners met naasten ontstaat bij IHT op een natuurlijke, vanzelfsprekende manier. Naasten zijn vaak ook een steun voor ons. Wij gaan weer weg, de naaste blijft. Naasten zien vaak al vroeg signalen van een crisis. Ze kunnen ons altijd bellen.'

2.13 Na het overlijden

In ongeveer de helft van de verhalen over een persoon met suïcidaal gedrag die overleden is, melden de vertellers dat er na het overlijden contact is geweest tussen henzelf en de hulpverleners. In een enkel geval heeft de nabestaande bijgedragen aan een interne evaluatie van de instelling of een klacht ingediend. Soms hebben de hulpverleners na het overlijden hun spijt uitgesproken. Zij gaven aan mogelijk anders gehandeld te hebben als ze eerder beschikt hadden over de informatie van de naasten.

'Ik ben uitgenodigd een bijdrage te leveren aan de interne evaluatie van de suïcide. Het gaat om een standaardprocedure van de GGZ instelling.'

'Na het overlijden van mijn man heb ik een gesprek gehad met de psycholoog en de psychiater. De psychiater zei: als ik jouw verhaal eerder gehoord had, had ik het anders gedaan. Ze boden hun excuses aan.'

Een nabestaande vertelt hoezeer het plotselinge overlijden van haar man haar geschokt heeft en tot PTSS leidde. Het hoopgevende aan haar verhaal is dat zij begeleiding kreeg van een therapeut die EMDR inzette. Het heeft haar snel en effectief geholpen. Er ontstond ruimte voor haar rouwproces.

‘Ik werd na de EMDR-sessies rustiger. Ik kan de opdringende beelden parkeren. Ik hoef er niet langer continu aan te denken.’

‘Rouw is in principe een normale reactie op een groot verlies. Gevoelens van verdriet en gemis kunnen we als psycholoog niet wegnemen. Nabestaanden van een suïcide ontwikkelen soms na het verlies PTSS-klachten, een angststoornis of een depressie.’

2.14 Leren en steeds verbeteren

Omgaan met mensen met suïcidaal gedrag vraagt meer dan een routinematige benadering van hulpverleners én van directbetrokkenen. Cliënten met suïcidaal gedrag confronteren hulpverleners en andere betrokkenen nog al eens met hun handelingsverlegenheid. De verhalen in deze bundel over hoopvolle praktijken laten zien dat er ook mooie dingen gebeuren en verbetering echt mogelijk is in de begeleiding en behandeling van deze cliënten.

Het kan zorgprofessionals én directbetrokkenen helpen om kritische of lastige momenten in het proces van steun geven, begeleiding en behandeling als leermoment te zien.

In de eerste plaats kan een individueel leerproces nodig zijn. Professionals én directbetrokkenen versterken dan op individueel niveau hun bekwaamheid om met mensen met suïcidaal gedrag om te gaan. Zij kunnen dat doen door informatie in te winnen, te reflecteren op hun ervaringen en scholing te volgen.

Er is echter meer mogelijk en vaak ook nodig dan alleen te leren op individueel niveau. Als betrokkenen leer- en verbeterpunten bij elkaar brengen, kan dat leiden tot dieper inzicht en een bredere impact op de hulp en behandeling van cliënten met suïcidaal gedrag. Dan is er sprake van organisatieleren.

In een cyclisch proces van het uitzetten van verbeteringen, evalueren, reflecteren en aanpassen kunnen organisaties steeds beter worden in hun zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Dit geldt ook voor directbetrokkenen. Als we de omgeving (het gezin, vrienden) van de persoon met suïcidaal gedrag als een micro-organisatie zien, kunnen ook daar verbeteringen in gang gezet worden die het niveau van individueel leren overstijgen. Het uitwisselen en toegankelijk maken van best practices en ervaringsverhalen kunnen ook in de kring van directbetrokkenen bijdragen aan gezamenlijk leren.

Naarmate verbeteringen voor suïcidepreventie ingrijpender zijn en een breder veld beslaan, vragen ze nog meer, namelijk organisatieoverstijgend leren. Dat is bijvoorbeeld aan de orde bij het organiseren van samenwerking in de regio tussen meerdere actoren en organisaties die zich inzetten voor suïcidepreventie. Bij deze vorm van leren veranderen de onderliggende principes bij het steunen en behandelen van mensen met suïcidaal gedrag. Dit kan gepaard gaan met een cultuuromslag. Bovendien gaat het bijvoorbeeld ook over het aanpassen van protocollen op basis van de lessen uit de praktijk. Dat vraagt dan vervolgens

weer om aanpassingen van cursussen of trainingen (individueel leren) en werkprocessen (organisatieleren).

De drie vormen van leren stapelen in die zin dat systeemleren pas effectief kan zijn als het ook beide andere vormen van leren omvat. Het schema hieronder brengt de drie vormen van leren in beeld.

	Individueel leren	Organisatie- leren	Systeem- leren
Individueen			
GGZ of andere organisaties op het gebied van hulpverlening			
Kader scheppende organisaties/ overheid/ maatschappij			

Individueel leren

In deze bundel zijn tal van thema's aan de orde gekomen die **professionele hulpverleners** uitnodigen tot individueel leren zoals:

- Erkennen en herkennen van suïcidaliteit; doorbreken mythes en taboes.
- Contact maken, zonder oordeel luisteren, betrokkenheid, empathie tonen.
- Effectieve behandelmethodieken leren hanteren voor suïcidaliteit en PTSS na een suïcide, zoals de CASE-methode of EMDR.
- Zorgvuldig begeleiden van medicijngebruik.
- Zich handvatten eigen maken voor samenwerking met naasten.
- Kennisnemen van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling Suïcidaal gedrag.

Ook voor **directbetrokkenen** zijn thema's aan bod gekomen die vragen om individueel leren, zoals:

- Inzicht in suïcidaliteit, doorbreken van mythes en taboes.
- Weten hoe je de persoon met suïcidaal gedrag kunt motiveren voor professionele hulp.
- Assertief leren vragen om samenwerking met hulpverleners (op basis van de richtlijn).
- Contact maken, zonder oordeel luisteren, betrokkenheid, empathie tonen.
- Aanwezig zijn bij gesprekken van de persoon met suïcidaal gedrag met hulpverleners en wat daar besproken wordt registreren.
- Signalen van een naderende crisis leren herkennen.

Organisatie leren

Ook zijn uit de verhalen in deze bundel thema's te destilleren die vragen om organisatieleren. De hoopgevende verhalen laten er enkele voorbeelden van zien. De verhalen van de nabestaanden benoemen hoofdzakelijk verbeterpunten en uitdagingen.

Voor **GGZ-organisaties** gaat het bijvoorbeeld om:

- Een gestructureerd trainingsprogramma inzetten voor alle zorgprofessionals.
- Een trainingsaanbod inzetten voor naasten.
- Structurele afspraken in een instelling over de samenwerking met naasten.
- Inzetten IHT-teams bij crises en voor professionele zorg in de thuissituatie.
- Oplossen van wachtlijsten in de eigen instelling.
- Een werkbare modus vinden om met de privacyvoorschriften om te gaan.
- Bij een evaluatie na een suïcide structureel nabestaanden uitnodigen een bijdrage te leveren.
- EMDR bij de begeleiding van nabestaanden naar behoefte inbedden in een bredere therapie.

Voor **directbetrokkenen** zijn ook thema's aan te wijzen die vragen om organisatieleren in de directe leefomgeving van de persoon met suïcidaal gedrag, zoals:

- Als gezin leren werken met een veiligheidsplan.
- Als gezin leren samenwerken met een IHT-team.

Systeemleren

De verhalen in deze bundel raken bovendien aan thema's die om systeemleren vragen om daarmee tot verbetering van de suïcidepreventie te komen. Deze thema's zijn niet goed aan te pakken met uitsluitend individuele- of organisatieleerprocessen. Gekoppeld aan de **GGZ** gaat het in de bredere maatschappij bijvoorbeeld om:

- Samenwerking in de keten in de regio; onder andere de huisarts als ketenpartner van een IHT-team.
- Een structurele oplossing ontwikkelen voor wachtlijsten in de GGZ.
- Inbedden suïcidepreventie in de initiële opleidingen van zorgprofessionals.
- Ontwikkelen, updaten en implementeren van richtlijnen.
- Doorbreken mythes en vastgeroeste routines over suïcidaliteit in de zorgsector en bij een breed publiek; een voorbeeld is de internationale beweging voor *ZERO suïcide*.
- In het onderwijs opnemen dat kinderen/jeugdigen zichzelf echt leren kennen zodat zij zichzelf in balans kunnen houden.

Gekoppeld aan de rol van **directbetrokkenen** in de bredere maatschappij zijn ook thema's naar boven gekomen die uitdrukking zijn van systeemleren, zoals:

- Organiseren van een steunnetwerk met familie en vrienden om de persoon met suïcidaal gedrag terzijde te staan.

- Als ervaringsdeskundige organiseren en begeleiden van lotgenotengroepen van mensen met suïcidaal gedrag of van nabestaandengroepen, begeleiding bij hersteltrajecten na afsluiting van de professionele zorg of als vrijwilliger meewerken aan hulplijnen (zoals 113).
- Als ervaringsdeskundige bijdragen aan het brede maatschappelijke debat over suïcidepreventie.

3

Verhalen van directbetrokkenen



Het verhaal van Nelly

Intro

Mijn zoon is in 2017 op drieëntwintigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Hij werkte op dat moment niet en had een uitkering. Ik ben zelf 46 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zoon had psychische klachten. Rond zijn zeventiende kreeg hij zijn eerste psychose. Het gebeurde in een stressvolle situatie en had ook te maken met het gebruik van cannabis en drank. Hij kwam in een neerwaartse spiraal terecht. Hij had geen ziekte-inzicht en was zorgmijndend. Hij was keer op keer verward en psychotisch. Hij was zeer intelligent maar ook erg op zichzelf. Hij ging verloren in een ingewikkelde relatie en in religie. Hij sprak pas aan het eind openlijk over zijn suïcidale gedachten. Hij bleek al eens een eerdere poging gedaan te hebben.

Professionele hulp

Mijn zoon heeft veel professionele hulp gehad. Na de derde opname werd uiteindelijk vastgesteld dat hij de aandoening schizofrenie met paranoïde gedachten had.

Sommige dingen gingen volgens mij goed in de geboden hulp en andere niet. De hulpverleners lieten merken dat zij interesse in hem hadden en waren eerlijk tegen hem. Ook gebruikten ze

taal die hij begreep. Ze deden hun best voor hem en lieten hun menselijke kant zien. Echter, de informatie die zij gaven had duidelijker gekund. Ook hadden zij hem naar mijn idee serieuzer kunnen nemen. Bovendien sloot de hulp toch niet aan bij zijn behoeften. De hulpverleners wilden hem wel van alles bieden, maar hij werkte ook niet mee. Zijn paranoïde gedachten maakten dat veel dingen onduidelijk voor hem bleven.

Een verbeterpunt is de zorg voor de veiligheid van iemand als mijn zoon. Het was beter geweest als hij weer was opgenomen.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn zoon heeft na zijn eerste poging uitvoerig met ons gesproken. Hij vertelde ons wat hij wilde dat wij voor hem zouden doen. Hij verwachtte nooit meer terug in de maatschappij te kunnen komen. Hij zei dat hij een plaatje in zijn hoofd had van zijn leven maar daar kon hij niet meer aan voldoen. Hij had ook niet het geduld om weer stabiel te worden. Het suïcidale gevoel, dat er de hele dag was, kon hij niet aan. Mijn zoon heeft uiteindelijk alle contacten met zijn omgeving afgesneden. Mensen hadden zich wellicht meer kunnen inspannen om met hem in contact te blijven.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Het heeft mij erg gefrustreerd dat de hulpverleners zo weinig gebruikmaakten van de omgeving van mijn zoon. Dan hadden ze – naar mijn idee – beter kunnen inhaken op zijn houding en gedrag. Zo hebben ze mij er amper bij betrokken.

Er was enige samenwerking, maar beperkt. Daarbij speelde de privacywetgeving een rol. Mijn zoon wilde niet dat wij als ouders betrokken werden of informatie kregen. Dat vind ik een kwalijke zaak bij iemand die zo verward en psychotisch is. Zeer, zeer slecht, vind ik dat.

Uiteindelijk is er over en weer wel contact geweest. Inzicht in zijn houding en karakter maakte het voor de hulpverleners makkelijker en stelde mij iets gerust.

Na de suïcide hebben we intensief contact gehad met de hulpverleners. Zij namen voldoende tijd voor mij en we hebben het waarom van de suïcide besproken. Ook is gesproken over de wijze waarop de hulpverlening was ingericht. Ook hebben zij mij ondersteuning aangeboden.

Tot slot

Simpele inzichten van naasten kunnen voor de hulpverleners tools zijn in hun werk. Ik ervaar het als positief als zij daar voor open staan.

Het verhaal van Carrol

Intro

Mijn broer overleed in 2017 op zevenenveertigjarige leeftijd aan suïcide. Hij heeft nooit gewerkt omdat hij altijd ernstige psychische problemen heeft gehad. Ik ben negenenveertig jaar oud.

Wat er gebeurde

Mijn broer had zijn hele leven last van extreme angsten. Nog kort voor zijn overlijden is er een nieuwe diagnose opgesteld die wees op een autismespectrum-stoornis (ASS). Daarnaast had hij onder andere ook last van depressies.

Onze vader heeft ook ASS. Hij kon zijn liefde voor mijn broer niet uiten, terwijl mijn broer juist heel erg hoopte op tekenen van liefde en erkenning.

In onze jeugd was er niet veel aandacht voor kinderen met dit soort problemen. Ook de hulpverlening aan kinderen was nog niet zover.

Door zijn problemen nam mijn broer lange tijd zijn toevlucht tot alcohol en drugs, wat zijn toestand alleen maar verslechterde. Hij kreeg te maken met crises, gevangenis en opnames.

Enkele jaren ging het beter. Hij accepteerde hulp, woonde begeleid en zat in de schuldsanering. Maar de laatste tijd wilde hij weer meer autonomie. Hij woonde zelfstandig, maar kon dat – denk ik – niet aan. Toen ging het helaas mis met het PGB.

Er was onvoldoende controle en hij maakte opnieuw hoge schulden. Hij kreeg opnieuw te maken met eenzaamheid en uitzichtloosheid.

Mijn broer had al langere tijd gedachten aan suicide. Ook heeft hij pogingen gedaan. Hij sprak er alleen in bedekte termen over. Er waren wel signalen. Zo belde hij iemand om afscheid te nemen.

Professionele hulp

Mijn broer heeft heel veel professionele hulp gehad. Ook is hij opgenomen geweest. Met een neutraal gevoel kijk ik terug op de geboden hulp. Soms was de hulp goed, soms minder goed. Wat mij altijd verbaasde, is dat je met zoveel problemen en zo'n heftige problematiek, toch vaak zelf mag beslissen of je hulp wilt of niet. Mijn broer kon ook agressief zijn. Hij is een keer naar huis gestuurd omdat hij te gevaarlijk was voor de hulpverleners. Hij kwam toen thuis bij mijn vader van zeventig. Die heeft vervolgens een aantal weken bij mij thuis gewoond; gevluht uit zijn eigen huis voor zijn zoon.

Hulp uit de directe omgeving

Ik heb een tijd geen contact gehad met mijn broer omdat hij was veroordeeld voor een poging tot doodslag. Hij zat wel in de gevangenis maar kreeg geen verplichte hulp. De laatste jaren had ik wel weer wat contact. Gelukkig. Ik weet niet of er verder hulp was vanuit zijn directe omgeving.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Er is – ondanks de vele hulp die mijn broer kreeg – helemaal geen samenwerking geweest. We wisten als familie alleen datgene wat mijn broer ons vertelde. De rest werd niet besproken vanwege de privacy van de patiënt.

Na de suïcide van mijn broer hebben we wel enig contact gehad met de hulpverleners. Ik ben uitgenodigd een bijdrage te leveren aan de interne evaluatie van de suïcide. Het gaat om een standaardprocedure van de betrokken GGZ-instelling. Ik heb ook enige informatie gekregen maar sommige dingen spreken elkaar tegen.

Tot slot

Ik zou willen dat er veel meer goede woonvoorzieningen komen voor mensen met hevige psychische problemen. Ook dient het PGB veel beter geregeld te worden. Het is nodig methoden te vinden om de eenzaamheid van mensen als mijn broer te verlichten. Het zou fijn zijn als de hulpverlening iets meer mag; dat zij gedwongen mogen ingrijpen wanneer er zorgen zijn. Nu werd mijn broer wel steeds opgenomen als hij zichzelf verwondde, maar daarna kon hij gewoon weer zelfstandig wonen.

Het verhaal van Ans

Intro

Mijn vader overleed in 1999 op zesenvertigjarige leeftijd aan suïcide. Hij was op dat moment opgenomen op een gesloten afdeling in de GGZ. Ik ben zelf zesendertig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn vader had een moeilijke jeugd gehad. Met hard werken en presteren gedurende zijn leven, was hij toch overeind gebleven. Er ontstonden op enig moment echter steeds meer relatieproblemen tussen mijn ouders. Volgens mij kon mijn vader hier niet goed mee omgaan en raakte hij de controle over zichzelf kwijt. Hij werd steeds depressiever; de oude trauma's uit zijn jeugd kwamen weer naar boven. Hij werd bang dat hij zichzelf iets aan zou gaan doen. Ook zag ik dat mijn moeder bang werd dat het gezin werd meegetrokken in zijn problemen. Ze besloten samen dat mijn vader zich beter kon laten opnemen.

Mijn vader deed na ontslag uit de GGZ een suïcidepoging. Volgens werd hij weer gedwongen opgenomen op een gesloten afdeling. Kort daarop heeft mijn vader op zijn eigen kamer in de instelling een eind aan zijn leven gemaakt.

Na zijn dood ontstonden er problemen in de familie met beschuldigingen naar onze moeder. Mijn broer en ik stonden daar tussenin. Ik miste toen hulp die zou kunnen steunen hoe daarmee om te gaan.

Professionele hulp

Mijn vader heeft wel professionele hulp ontvangen, maar ik ben ontevreden over de geboden hulp. Tijdens zijn laatste opname zei hij dat hij te weinig afleiding had (behalve knutselen). Hij klaagde ook over de vieze toiletten. Regelmatig liet hij zich vrijwillig isoleren om rust te krijgen en zichzelf tegen suïcide te beschermen. In die tijd kreeg hij ook weer een antidepressivum. Hij vertelde dat hij een uur per week een gesprek had. Ook vond hij dat zijn gedachten over suïcide niet serieus genoeg genomen werden. Ik belde hem dagelijks en dan zei hij telkens: 'Ik kan niet meer, ik kan niet meer'.

Mijn ouders kregen in die tijd relatietherapie. Ik heb begrepen dat tijdens een van die sessies de hulpverlener mijn moeder ervan verzekerde dat ze vrijuit kon zeggen hoe ze in de relatie met mijn vader stond. Het zou geen negatieve gevolgen hebben; mijn vader was immers in veilige handen. Maar dit gesprek pakte verkeerd uit. Mijn vader gaf aan dat hij daarna op zijn kamer bezig was geweest om een poging te doen. Mijn moeder vroeg toen om bescherming – die immers beloofd was – maar de verpleger zei volgens haar: 'Dat is zijn eigen verantwoordelijkheid'.

Op de dag van de suïcide heeft mijn broertje mijn vader eerst nog telefonisch gesproken. Hij vertelde mij dat mijn vader in dat gesprek weigerde te beloven dat hij niet iets geks zou doen. Daarna heeft mijn broer direct de verpleging gebeld om te waarschuwen dat ze mijn vader in de gaten moesten houden. Daar hebben de verplegers, voor zover ik weet, niets mee gedaan. Hij is enkele uren later in de instelling overleden.

Na de suïcide hebben we amper contact gehad met de hulpverleners. Wel hebben we een gesprek gehad met de arts en psychiater die mijn vader behandelden. Zij lieten ons vragen stellen maar gaven weinig antwoorden.

Positief in de hulp die mijn vader kreeg, vind ik dat de huisarts voor ons opkwam. Dat steunde ons. Hij vond dat er fouten zijn gemaakt, omdat mijn vader onvoldoende beschermd werd tegen zichzelf. Op de afdeling had hij namelijk verschillende middelen tot zijn beschikking om zich van het leven te beroven.

Er zijn veel dingen die beter kunnen in de hulpverlening. De mensen serieus nemen, liefde en aandacht geven. Luisteren naar familie, wat is ziekte en wat is gedrag, hoe was iemand voordat hij of zij zich anders ging gedragen. Ondersteuning voor de hulpverleners zelf hierin. Gesprekken voeren over wat maakt dat de persoon suïcide als enige uitweg ziet en om in te schatten hoe sterk de drang is. Meer besef onder hulpverleners dat suïcidegedachten een ernstig symptoom zijn. De naasten er veel meer bij betrekken en voorlichting geven. Veel beter naar de gevolgen van medicatie kijken, voorzichtig zijn met opstarten. Maar ook over stigma en schaamte spreken en de gevolgen van suïcide voor naasten. Vertellen hoe mensen wel opknaptten of uit de problemen kwamen. En dat alles met oprechte betrokkenheid en aansluitend bij de patiënt. En de familie van de patiënt inlichten en na een suïcide ook voldoende hulp aanbieden en monitoren. Ga erop in dat er geen schuld is en blijf monitoren of dit goed beklijft.

Hulp uit de directe omgeving

Familie, vrienden en ikzelf hebben mijn vader hulp en steun gegeven. Dat kon vast ook beter. Wij beseften ook niet hoe erg mijn vader leed. Iedereen probeerde wel wat. Sommigen gingen mijn vader als een kind behandelen of werden bang voor hem.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Er was incidenteel samenwerking. Zo waren er gesprekken over de relatie tussen mijn vader en mijn moeder. Er werd niet met ons besproken hoe wij als familie met mijn vader omgingen en of er ook schuldgevoelens speelden.

Tot slot

Ik heb medelijden met mijn vader dat hij zich zo voelde.

Het verhaal van Jolein

Intro

Mijn vader is op zesenvijftigjarige leeftijd in 2017 overleden aan suïcide. Hij was net met pensioen. Zelf ben ik veertig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn vader had al dertig jaar te maken met manische depressies. Hij kreeg medicatie en dat werkte goed, daardoor trad de ziekte nooit zo op de voorgrond en was het voor mij als kind niet zichtbaar. Rond mijn twaalfde jaar, vierendertig jaar geleden, had hij al een eerdere suïcidepoging gedaan. Dat hoorde ik na zijn dood via onze huisarts. De manische depressiviteit is toen al vastgesteld.

Zes jaar geleden is zijn vrouw, mijn moeder, binnen drie maanden na de diagnose overleden aan kanker. Zij was de spil binnen ons kleine, zeer hechte gezin. Daarna hebben we als familie samen met de huisarts geprobeerd mijn vader te motiveren zijn medicatie te nemen en dat leek goed te gaan. In het verleden had hij al diverse keren geprobeerd te stoppen, maar dan kreeg de depressiviteit toch weer de overhand. Hij probeerde het grote verdriet om de dood van zijn vrouw te verwerken. Hij hield het wel voor zichzelf en vanaf de buitenkant leek hij zijn leven weer aardig op te pakken.

Na een aantal jaren ging hij met pensioen. Ook dit was weer een grote verandering in zijn leven. In die periode kreeg hij ook

een nieuwe relatie en ik zag mijn vader veranderen. Hij zat – achteraf gezien – in een manische periode. Verliefdheid is ook een soort manie, dus het was eigenlijk dubbelop. Hierdoor – en op advies van zijn nieuwe vriendin – stopte hij ook weer met zijn medicatie.

Het contact met mij, zijn enige dochter, de familie en zijn vrienden werd steeds slechter. Ik bleef herhalen dat er iets niet klopte en dat ik het gevoel had dat er medisch iets aan de hand was. Mijn vader – maar eigenlijk iedereen – wuifde dat weg want hij was immers verliefd. Er ontstond steeds meer afstand tussen ons. Zijn nieuwe vriendin wilde, in onze beleving, niets met ons te maken hebben. Volgens mij had zij zo haar eigen opvattingen over hoe mijn vader geholpen moest worden.

Na enige tijd beëindigde mijn vader toch de relatie en zocht hij hulp bij de huisarts en een nieuwe psycholoog. Hij pakte zijn medicatie weer op en het leek weer de goede kant op te gaan. Ook ons contact probeerde hij weer te herstellen maar dat had tijd nodig.

Op een avond heeft hij een beslissing voor zichzelf genomen en zich heel bewust van het leven beroofd. Iedereen stond perplex want dit hadden we niet aan zien komen. In zijn afscheidsbrief schreef hij, dat zijn hoofd vol en warrig was, met veel pijn en verdriet en dat het een enorme rotziekte is. Hij zag volgens ons door de bomen het bos niet meer. Hij wilde rust, geen pijn en verdriet en zag dit ineens als de enige uitweg.

Professionele hulp

Mijn vader heeft beperkt professionele hulp gehad. Hij is volgens mij niet opgenomen geweest, maar mijn ouders spraken daar

nooit over. Nadat vierendertig jaar geleden de diagnose manische depressiviteit is gesteld, startte hij met medicatie. Die hielp hem goed, maar achteraf bleek het toch niet de juiste medicatie te zijn voor manische depressiviteit. Maar omdat hij hier goed op reageerde is het erbij gebleven en is er nooit echt verder gekeken ondanks meerde periodes waarin het niet goed ging.

Ik ben tevreden over de geboden hulp van onze huisarts, maar ik denk dat niemand de ernst heeft ingezien. Ik denk dat mijn vader dat al met al heel goed kon verbloemen. Ik vind dat zijn eerste psycholoog niet juist heeft gehandeld door de manische depressiviteit er niet bij te betrekken.

In de laatste periode, toen mijn vader afstand nam, verliefd was en achteraf gezien in een manische periode zat, overlegde ik met de huisarts wat te doen. Deze adviseerde mij er niet te zeer bovenop te zitten omdat dat averechts zou kunnen werken, maar hem vanaf de zijlijn in de gaten te houden. Als er vreemde dingen zouden gebeuren, zouden we samen een gesprek met mijn vader aangaan. Maar zolang mijn vader niets wilde, kon de huisarts ook niets. Zij had te maken met het beroepsgeheim.

Uiteindelijk heeft mijn vader zelf contact met de huisarts opgenomen. Hij startte weer met zijn medicatie. Ook begon hij bij een nieuwe psycholoog. De huisarts sprak met hem over suïcide, maar mijn vader veegde dat van tafel.

Hulp uit de directe omgeving

Ik heb steun geboden (onder andere in samenspraak met de huisarts). Verder was er geen hulp uit onze directe omgeving. Iedereen dacht dat het niet zo erg was. Ze dachten dat mijn zorgen voortkwamen uit de moeite die ik volgens hen zou hebben

met de nieuwe relatie van mijn vader. Ze zagen hem wel veranderen, zeiden ze achteraf, maar deden niets. Dat vind ik wel moeilijk. Maar aan de andere kant begrijp ik ook hoe lastig deze situatie was.

Achteraf was mijn gevoel juist dat er iets niet klopte en dat er medisch iets aan de hand was. Voor mij was het belangrijk dat de huisarts dat achteraf toegegeven heeft. Ik vind het jammer dat vrienden en familie dat eigenlijk niet toegaven.

Samenwerking hulpverlening met naasten

Mijn ouders hebben de psychische problematiek van mijn vader nooit met mij gedeeld. In mijn jeugd wist ik dus eigenlijk van niets. Behalve dan op een kinderlijke manier, dat papa medicatie nodig had om psychisch stabiel te kunnen blijven. Anders zouden er te veel pieken en dalen zijn. Later hebben de hulpverleners mij een beetje bij de psychische conditie van mijn vader betrokken. Met name met de huisarts was er incidenteel samenwerking voor zover dat kon binnen de kaders van het beroepsgeheim.

Tot slot

Mijn moeder was altijd het kompas van mijn vader en die sturing had hij ook nodig. Toen zij na een kort ziekbed overleed, was het heel moeilijk voor mijn vader dat die sturing weg was. Ik heb deze rol nooit op mij kunnen nemen. Om die sturing van zijn dochter te aanvaarden, bleek erg lastig. Hij gaf wel aan dat hij dat wilde, maar het werkte feitelijk niet.

Het verhaal van Wim

Intro

Mijn zoon is op drieëndertigjarige leeftijd in 2016 overleden aan suïcide. Hij werkte als zelfstandige. Ik ben zijn vader en eenen-zestig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zoon had psychische klachten; hij hoorde stemmen in zijn hoofd. Hij had een zeer hoog IQ en was hoogsensitief. Er kwam heel veel bij hem binnen. Ook was hij op tal van vlakken zeer creatief. Hij voelde zich met iedereen begaan en was altijd bereid anderen te helpen. Hij was een graag geziene persoon in allerlei situaties. Na zijn afstuderen kreeg hij veel teleurstellingen te verwerken.

Hij sprak alleen in bedekte termen over zijn suïcidaliteit. Hij deed meerdere pogingen. Wij waren altijd angstig dat hij zichzelf iets aan zou doen. We hebben deze zorg herhaaldelijk uitgesproken, maar hij wuifde dat weg.

Tot een jaar voor zijn overlijden leek het redelijk goed te gaan. Maar toen belde hij ons dat hij zich niet echt fijn voelde en eenzaam was. Terwijl hij een vriendin had en veel vrienden. Op enig moment konden wij geen contact meer met hem krijgen. We hebben hem als vermist opgegeven. Het was al te laat.

Professionele hulp

Een aantal jaren voor zijn overlijden is hij gedurende zes weken opgenomen geweest. Vervolgens woonde hij enkele maanden bij ons thuis. Daarna ging hij terug naar zijn eigen woning. Mijn zoon probeerde in zijn laatste crisis hulp te krijgen, hoewel hij bang was voor een nieuwe opname.

Op de dag van zijn overlijden heeft hij nog contact gehad met zijn psychiater. Die zei hem niet te kunnen helpen. De geestelijke nood zou niet ernstig genoeg zijn. Ik ben hier nog steeds boos over. Ik ben niet tevreden over de geboden hulp.

Na de suïcide van mijn zoon heb ik aanvankelijk intensief contact gehad met de hulpverleners. Wij vonden wat zij vertelden over hun manier van omgaan met mijn zoon echter dermate slecht en onprofessioneel, dat wij uiteindelijk geen contact meer wilden met deze hulpverleners.

Hulp uit de directe omgeving

Wij steunden onze zoon. Er was verder geen hulp en steun uit zijn directe omgeving. Daar ben ik heel ontevreden over. Er werd niet voldoende aandacht aan zijn hulpvraag gegeven.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Er was geen samenwerking.

Tot slot

Het zou goed zijn als hulpverleners beter naar hun patiënten zouden luisteren.

Het verhaal van Dieneke

Intro

Mijn broertje is op tweeëntwintigjarige leeftijd in 2018 overleden aan suïcide. Hij studeerde op dat moment aan de universiteit. Ik ben zelf vierentwintig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn broertje had psychische problemen. Op zijn dertiende is hij – na een ruzie thuis – naar het station gelopen. Aanvankelijk dachten we dat hij dit enkel deed om met zijn gedrag een bepaald effect te bereiken. Hij was enorm slim en eigenwijs, dat riep vaak discussie op. Een echte poging is er niet geweest.

Kort voor zijn suïcide bleek uit de gestelde diagnose dat hij een depressie had, al langere tijd suïcidale gedachten had en een persoonlijkheidsproblematiek.

Hij sprak alleen in bedekte termen over zijn suïcidale gedachten, aanvankelijk vooral met zijn vriendin. In de laatste weken ook met mijn moeder en met mij. Hoe meer hij begreep wat hem ‘mankeerde’, hoe minder hij van zichzelf hield.

Hij zocht hulp, maar deze hulp vlotte niet. Ook deed hij een verzoek voor opname, maar deze sloot niet aan bij zijn hulpvraag. De teleurstelling werd alsmaar groter over de zorg die uitbleef, de teleurstelling in zichzelf en tevens de teleurstelling over zijn relatie die (opnieuw) door zijn psychische problemen dreigde te mislukken. Het werd uiteindelijk voor hem ondraaglijk.

Professionele hulp

Mijn broertje heeft sinds juni 2017 hulp gezocht. Hij werd vervolgens tweemaal doorverwezen naar een andere zorgorganisatie. In september van dat jaar werd hij vrijwillig opgenomen op de PAAZ. Deze behandeling sloot totaal niet bij hem aan, wat ertoe leidde dat hij werd ontslagen.

Hij werd aangemeld bij een volgende zorgorganisatie, waar ze hem voor een langdurige opname op een wachtlijst plaatsten. De wachttijd zou minimaal drie maanden zijn. Het was onzeker of hij daarna ook echt langdurig opgenomen zou kunnen worden. Er was geen overbrugging geregeld tot aan deze eventuele opname en tevens geen verantwoordelijke hulpverlener aangewezen.

Voor mijn broertje voelde deze hele periode alsof hij van het kastje naar de muur gestuurd werd; hij moest overal opnieuw zijn verhaal doen met een intake, diagnose, enzovoort. Dat viel hem erg zwaar en daarover was hij erg teleurgesteld.

In de nacht waarin de suïcide plaatsvond, heeft hij eerst nog drie kwartier met de crisisdienst gebeld. Volgens de crisisdienst was er geen reden om op huisbezoek te komen, omdat hij 'goed' in het gesprek aan de telefoon was. Vervolgens heeft hij zich gemeld bij de spoedpost van het ziekenhuis. Bij beide instanties heeft hij de hulpvraag neergelegd: 'Het gaat niet goed met mij, ik moet opgenomen worden'. Tevergeefs. Hij is naar huis gestuurd. Ze zouden de volgende dag contact opnemen voor een afspraak. Het was bij de zorgverleners bekend dat hij medicatie had gespaard. Met deze die informatie is echter niets gedaan.

Ik ben ontevreden over de geboden hulp. Een opname die eventueel had kunnen aanslaan is er niet geweest. De hulpverle-

ners toonden totaal geen medeleven met de familie tijdens de crisis. Van één hulpverlener kreeg ik zelfs geen begrip toen mijn broertje al was overleden en ik aangaf me niet gehoord te hebben gevoeld.

Na zelf overal achteraan gebeld te hebben en opnieuw mijn zorgen bij diverse hulpverleners te hebben gemeld, belde enige uren later de manager van de laatste zorginstelling. Zij condoleerde me. Ik wist op dat moment nog van niets. De manager had het nieuws uit de derde hand en kon verder ook weinig informatie geven.

Na de suïcide hebben we enig contact gehad met de hulpverleners. Hoewel privacyregels ook na overlijden van kracht blijven, hebben we een aantal mensen gesproken. We hebben het hoe en waarom van de suïcide besproken. De hulpverleners hebben toen wel voldoende tijd genomen en zij hebben toegelicht waarom zij zo gehandeld hebben als zij gedaan hebben.

Alleen de huisarts en de politie hadden enig begrip voor ons voorafgaand aan zijn suïcide. Zij stonden echter ook met de rug tegen de muur. De GGZ had het op moeten pakken. De GGZ schatte de situatie voornamelijk in vanuit de persoonlijkheidsproblematiek, terwijl dat op dat moment niet juist was.

Er kunnen dingen beter. Zoals een vast aanspreekpunt voor de cliënt en ook tussen de verschillende instellingen. Daarnaast zou het fijn zijn als de hulpverleners de familie meer horen en meeneemen in het hele proces.

Hulp uit de directe omgeving

Zijn vriendin steunde hem en ik ook zoveel als mogelijk. Hij liet dit echter moeizaam toe. Hij vond dat hij zijn eigen problemen

moest oplossen en wilde anderen daarmee niet belasten. Hoewel hij altijd bij de familie terecht kon, was zijn studentenkamer te ver weg om te weten hoe het écht met hem ging. Hij had veel vrienden, maar die vriendschappen waren vooral oppervlakkig en gericht op gezellige momenten en het maken van lol met elkaar.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Hulpverleners hebben ons er amper bij betrokken. Wanneer ik mijn zorgen telefonisch deelde, werd er gevoelsmatig al opgenomen met een zucht.

Mijn broer voelde zelf geen enkele vorm van samenwerking met de hulpverleners. Ik probeerde hem te stimuleren de samenwerking wel aan te gaan, maar achteraf kan ik niet anders dan me bij hem aansluiten. Ik voelde ook niet dat de hulpverleners open stonden voor samenwerking.

Tot slot

Op basis van mijn ervaringen ben ik tot het inzicht gekomen dat een inschatting maken van de aard van het psychische lijden erg lastig is in de altijd weer verschillende situaties.

Het verhaal van Hannie

Intro

Mijn ex-man is in 2018 op achtenveertigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Hij had op dat moment een betaalde baan. Ik ben zesenvieftig.

Wat er gebeurde

Na het overlijden van ons kind, eenentwintig jaar geleden, kreeg mijn ex te maken met psychische klachten. Hij sprak nooit over suïcidale gedachten. Ook heeft hij geen eerdere poging gedaan.

Na zijn dood liet hij een afscheidsbrief achter voor onze kinderen. Toen vielen voor mij de puzzelstukjes op hun plaats. Hij legt daarin uit dat hij een depressie heeft. Ik ben tweeënhalve jaar geleden van hem gescheiden en heb dat toen niet opgemerkt. Helaas verdiende onze scheiding niet de schoonheidsprijs; het was een vechtscheiding.

Professionele hulp

Ik weet niet of mijn ex-man professionele hulp heeft gehad. Zelf heb ik na zijn dood professionele hulp gezocht. Dit maakt veel emoties bij me los. Ik probeer mezelf voor te houden dat het niet mijn schuld is, maar zijn eigen keuze. Het is gewoon niet te bevatten wat er door me heen gaat. Er is geen dag dat ik niet aan hem denk.

Ik denk dat mijn schuldgevoel gewoon veel erger is door onze vechtscheiding dan wanneer je na je scheiding met elkaar kunt blijven communiceren.

Hulp uit de directe omgeving

Er was geen hulp en steun uit de directe omgeving.

Tot slot

Ik voel me nu na een jaar nog steeds schuldig.

Het verhaal van Maarten

Intro

In mijn familie zijn er meerdere suïcides geweest. Mijn moeder overleed in het midden van de jaren zeventig aan suïcide. In dat jaar gebeurde hetzelfde met haar beide ouders. Ik ben zelf op de middelbare school in een diepe depressie geraakt. Ik leed in die tijd ook aan suïcidale gedachten. Ik ben eenenvijftig jaar oud, ben ZZP-er en heb deels een uitkering.

Wat er gebeurde

Het verhaal is een reconstructie. Ik was te klein toen mijn moeder overleed en het taboe was te groot om erover te spreken. Ik groeide op in een kleine gemeenschap. Het was erg beklemmend. Alsof ik niet gelukkig mocht zijn, want mijn moeder was overleden. Zij was psychisch ziek. Het ging eigenlijk juist wat beter met haar, dachten wij. Zij kreeg waarschijnlijk een terugval. Ze zei dat ze naar een vriendin ging en verdween toen plotseling.

Concrete, leuke herinneringen aan mijn moeder heb ik niet. Wel voelde ik dat mijn moeder geliefd was, dat ze gemist werd en dat mensen begaan waren met haar lot. Ik kreeg te horen dat het drama de schuld was van haar ouders, met name de vader van mijn moeder.

Van het overlijden van mijn grootouders hoorde ik op het schoolplein. Al tijdens de psychische ziekte van mijn moeder was er geen contact meer met mijn grootouders. Men dacht dat dit beter was voor mijn moeder. Zij mochten niet mijn grootouders

zijn en ik niet hun kleinkind. Toch had ik in die tijd een vage, goede herinnering aan mijn opa en oma.

Na de dood van mijn moeder leefde mijn vader jaren in isolement. Daarna vormde hij een nieuw, samengesteld gezin. Tijdens mijn adolescentie kwamen er bij mij concrete vragen op over hoe alles precies was gegaan. Ik merkte dat dit soort vragen ongewenst was. Het bracht mijn vader pijn en frustratie, terwijl ik niets liever wilde dan hem gelukkig zien.

Mijn middelbareschooltijd was een worsteling. Zeker een jaar was ik depressief. Ik was constant aan het overleven met grote onzekerheid, verwarring, een laag zelfbeeld, angsten, een identiteitscrisis, isolement en eenzaamheid. Niemand leek te zien dat ik het leven niet meer zag zitten. Ik biechtte het op aan mijn vader. Later nam ik een oudere docent in vertrouwen. Daarna kon ik mij toch heel langzaam weer ontwikkelen vanuit mijn drang naar geluk.

Professionele hulp

Mijn moeder is in behandeling geweest; ze kreeg een soort slaapkuur.

Al benoemde niemand dat zo, maar mijn vader had na haar overlijden depressieve klachten. Hij was somber en erg moe. De huisarts schreef hem pillen voor. Hetzelfde antidepressivum kreeg ik ook toen ik had gezegd dat ik overal tegenop zag. Ik ervoer die pillen als onprettig. Ik kreeg er een droge mond van en sloeg nog sneller dicht dan normaal. Het voelde als een nederlaag ze te moeten slikken.

Ik heb zelf geen echt slechte ervaringen met de hulpverlening. Via school kwam ik op eigen initiatief bij het Riagg terecht. Pas

na vele gesprekken durfde ik te vragen of ik schizofreen was. Dit was namelijk mijn obsessie. Ik dacht dat er iets ergs aan mij mankeerde. De man bleek een ervaren psychiater en hij vertelde dat hij daar geen moment aan had gedacht. Ik vond de gesprekken met hem prettig. Hij had een warme persoonlijkheid. Ik geloofde meer in deze gesprekken dan in pillen. Thuis dacht men daar anders over.

Na de middelbare school startte ik met een studie. Maar ik voelde weinig vertrouwen en wilde juist aan mezelf werken. In een zelfhulpgroep was ik niet welkom; men dacht dat ik sterk genoeg was. Uiteindelijk koos ik voor dagbehandeling in een adolescenten groep. Er waren vooral gesprekken. Daarnaast was er psychomotorische en creatieve therapie. Ik was gemotiveerd en mijn ervaringen zijn goed. Ik leerde omgaan met mijn angsten. Later ging ik reizen en alsnog studeren. In een volgende periode heb ik hulp gezocht die me dichter bij mijn gevoelens bracht zoals haptonomie, systemisch werk en cranio-sacrale therapie. Uiteindelijk heb ik echt leren huilen.

In de tijd van mijn adolescentengroep (dagbehandeling) hadden andere groepsleden gezinsgesprekken. Maar mijn vader, broer en andere gezinsleden wilden dat niet. Eigenlijk begreep ik het ook wel; het riep te veel op. Ik weet ook niet of mijn vader veel vertrouwen in de geestelijke gezondheidszorg had. Hij had zijn vrouw, waar hij van hield, immers verloren. Geestelijk moet mijn vader het zwaar hebben gehad.

Misschien moest ik normaal zijn zoals anderen, maar dat heeft een hoge prijs; altijd maar aanpassen! Ik heb het geluk te leven in een tijd waarin iedereen veel meer zichzelf kan zijn. Ergens voel ik dat ik als kind mijn vader juist geestelijke steun gaf. Later, als

adolescent, was ik erg lastig voor hem. Toch krijg je dingen van je ouders mee die je helpen.

Mijn vader ging ondanks somberheid toch door met zijn leven. In het samengestelde gezin deden mensen hun best en hadden ze goede bedoelingen. Achteraf denk ik dat dit grote gezin te druk voor mij was. Er was weinig ruimte en echt begrip voor mijn problematiek. Toch ben ik door dit alles gevormd en uiteindelijk een open mens geworden.

Hulp uit de directe omgeving

Vanuit mijn directe omgeving was er heel veel goedbedoelde hulp maar ook heel veel onbegrip. In mijn vroege jeugd waren een oom en tante voor mij erg belangrijk. Ook kreeg ik steun van de latere vriendin van mijn vader.

Ik heb altijd vrienden gezocht die mij konden steunen. Mijn eerste partner heeft mij emotioneel heel erg veel gesteund. Ze is ook therapeute. Met haar heb ik twee gezonde kinderen. Nu ben ik emotioneel meer zelfstandig. Wel liep ik een aantal keren vast in mijn werk en heb ik snel last van overprikkeling. Gelukkig heb ik kunnen stoppen met mijn baan. Nu heb ik tijd en ruimte om goed voor mezelf te zorgen, om een goede relatie te onderhouden met mijn kinderen, ex-vrouw, vrienden en wie weet toch weer nieuwe collega's. Dit alles geeft me geluk. Eigenlijk schaamde ik me voor vele zaken waar ik niets aan kan doen. Al het erge wat er gebeurd is, zelfs dat ik in therapie ging en ook dat ik nu niet volledig zorg voor mijn eigen inkomen. En toch voel ik trots en weet ik dat ik veel moed en doorzettingsvermogen heb getoond.

Tot slot

Uit mijn verhaal blijkt wel dat er onbewust veel leed wordt doorgegeven. Ik leef nu met minder prikkels en stress. Ik ben een eigen bedrijf begonnen en onderzoek of ik daarvan kan leven. Dit ondanks mijn beperkte inzetbaarheid. Wie weet neemt mijn inzetbaarheid toe als ik mijn hart volg. Ik zou een maatschappij willen waarin we met elkaar spreken over suïcide op een open manier en zonder waardeoordelen. Mag het taboe eraf?

Ik denk wel eens, wat leert een kind op school? Kennis en vaardigheden en ondertussen moet het wedijveren in een harde wereld waar velen perfect geslaagd lijken als je de social media mag geloven. Ik wilde nooit een echte loopbaan, maar gelukkig worden. Kan dat een vak op school zijn: jezelf echt leren kennen zodat je jezelf in balans kunt houden?

Het verhaal van Yvet

Intro

Mijn broer is in 2013 op zesenvestigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Hij heeft altijd een goed betaalde baan gehad. Ik ben zelf zevenenveertig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn broer had wel eens psychische klachten. Toen hij echter zijn baan kwijtraakte door een reorganisatie en daarna zijn gezin door een (vecht-)scheiding, kreeg hij het echt zwaar. Zo zwaar dat hij zelfs aan suïcide dacht, zonder daar overigens over te spreken.

Professionele hulp

Ik vond dat hij een goede psychiater had. Mijn broer leidde hem echter dikwijls om de tuin. Als ik meegang naar gesprekken, zei hij voordat we naar binnen gingen: 'Zeg dit of dat maar niet tegen de psychiater'. Achteraf dacht ik: had ik dat maar wel gedaan!

Ik ben neutraal over de geboden hulp. De hulpverlener gaf voldoende aandacht aan zijn suïcidaliteit. Ik ben niet altijd overtuigd geweest over de werking van de medicijnen die mijn broer kreeg voorgeschreven. Het was goed dat zijn hoofd tot rust kwam. Zijn gevoel werd echter helemaal lamgelegd. Het was eigenlijk onacceptabel om hem onder zware medicijnen alleen thuis te laten.

Ik zou willen dat medicijnen nauwkeuriger ingezet worden met betere begeleiding. Het leek of mijn broer door de werking van de medicijnen werd verdoofd en in een soort tunnelvisie terecht kwam, wat heeft geleid tot suïcide. Naar mijn mening had hij eruit moeten, weg van de situatie. Weg van zijn vechtscheiding. Maar ook actief bezig zijn in de natuur, terug naar zijn gevoel, terug naar zijn eigen kunnen. Kracht opdoen om zodoende weer vertrouwen te krijgen in zichzelf en in het leven. Dat hij zich weer volwaardig man zou voelen in plaats van een loser, zoals hij zichzelf de laatste maanden van zijn leven vaak noemde.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn broer kreeg steun van vrienden, van mijn zus en mijzelf. Wij hebben ons er sterk voor ingezet om hem te motiveren professionele hulp te zoeken. Zelf bood ik steun door mee te gaan naar gesprekken met de psychiater en er thuis voor hem te zijn. Helpen met koken, voor de kinderen zorgen. Mijn zus hielp hem op afstand (zij woonde destijds in Engeland). Zij steunde hem met telefonische adviezen. Ook zei ze, ga naar buiten, wandelen of fietsen. Verder had mijn broer een vertrouwenspersoon, een zakenrelatie, waar hij wekelijks en soms dagelijks mee belde. Toen mijn broer hem echter vertelde over zijn suïcidale gedachten, heeft deze persoon contact met mij gezocht en zijn belofte (aan mijn broer) van geheimhouding verbroken. In goed overleg hebben we dat stil gehouden, zodat mijn broer zich niet belemmerd voelde om er in vertrouwen over te blijven praten.

Het was beter geweest als we meer kennis hadden gehad over hoe we in dit soort situaties het best konden handelen. Wat zeg je wel, maar wat juist ook niet. Wat doe je en wat niet. Het taboe

doorbreken zodat suïcidale mensen zich niet zo geïsoleerd voelen!

Samenwerking hulpverleners met naasten

De psychiater had veel oog voor de hulp die we mijn broer boden. Hij liet mijn broer duidelijk merken dat wij als zussen erg veel van hem hielden en er voor hem waren. Hij vroeg dikwijls aan mijn broer: ‘Zou je de aangeboden steun van je zussen willen accepteren? Zie je in dat zij zich zorgen over je maken?’ Dat soort dingen. De psychiater is een fijne man die zijn best heeft gedaan. Ik heb af en toe nog contact met hem. Ik wil dat de kinderen van mijn broer bij hem terecht kunnen als zij ooit vragen hebben over hun vader.

Tot slot

Ik hoop dat anderen kracht aan mijn verhaal kunnen ontleen. Ik wil er graag aan bijdragen het taboe rond suïcide te doorbreken en dat mensen zich realiseren hoe snel zo'n proces naar suïcide (ongemerkt) kan gaan. Ik ben voor 113 gaan werken en ik schrijf momenteel een boek over veerkracht. Het is nodig dat we meer rekening met elkaars gevoelens houden, ook als er sprake is van een scheiding. Bovendien is het belangrijk te weten wat handig is om te zeggen als iemand suïcidaal is. Ook is er meer openheid nodig zodat mensen die suïcidale gedachten hebben, zich minder geïsoleerd voelen!

Het verhaal van Joke

Intro

Mijn vader is in 2013 op zesenvijftigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Hij had op dat moment een uitkering. Ik ben nu tweeëntwintig; ik werk en studeer.

Wat er gebeurde

Mijn vader had, voor zover ik weet, nooit last van psychische klachten tot hij zijn baan verloor. Hoelang hij die klachten had weet ik niet. Hij sprak niet over suïcidale gedachten. Hij had ook niet eerder een poging gedaan.

Er gebeurde veel tegelijkertijd in zijn leven. Eerst verloor hij zijn baan op een nare manier. Ik heb het vermoeden dat hij in een burn-out zat. Kort na zijn ontslag overleed zijn moeder door euthanasie. Zij stopte met eten en mijn vader heeft dit alles begeleid omdat zijn moeder dat graag wilde. Dit was erg zwaar voor hem. Dan was er nog het verlies van mijn broertje acht jaar eerder. Hij was daar na zijn ontslag weer veel mee bezig. Verder waren mijn broer en ik aan het puberen. Mijn vader leek er moeite mee te hebben dat we in een andere fase van ons leven kwamen, een fase waarin wij hem minder nodig hadden. Dat was natuurlijk niet zo, maar zo beleefde hij dat.

Een dag na mijn zeventiende verjaardag heeft hij plotseling een einde aan zijn leven gemaakt. Mijn moeder, mijn broer, mijn zusje en ik hadden dit nooit voor mogelijk gehouden. Al wist ik dat hij

in die periode minder vrolijk en misschien wel een beetje depressief was. Dat het zo erg was en dat hij zo ontzettend depressief was en aan angsten leed, had ik niet door.

Voor zover ik weet, had hij nooit over suïcide nagedacht. Soms denk ik dat hij heel impulsief het besluit tot suïcide heeft genomen, maar er komen ook verhalen naar boven waardoor het aannemelijk is dat hij al langer met deze gedachten liep. Hij heeft ze in ieder geval nooit met mij gedeeld.

Professionele hulp

Wij hebben mijn vader een beetje gestimuleerd om professionele hulp te zoeken. Hij heeft beperkt professionele hulp gehad en is niet opgenomen geweest. De suïcidale gedachten hebben onvoldoende aandacht van de hulpverleners gehad.

Hij had hulp gevraagd bij de huisarts maar deze hulp kwam veel te laat. Toen mijn vader opgebaard in de huiskamer lag, kregen we een telefoontje dat hij terechtkon bij een hulpgroep voor kinderen van oorlogsveteranen. Ik vind dat de huisarts mijn vader meteen hulp had moeten bieden.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn vader heeft steun gehad van vrienden en collega's. Hij heeft zijn depressieve gedachten met hen gedeeld. Zij hebben met hem gepraat, maar ook zij hebben uiteindelijk niet ingegrepen. Ze namen de vraag om hulp niet serieus genoeg. Niemand heeft de ernst van de situatie ingezien.

Na de suïcide heeft mijn moeder contact gehad met iedereen die nog met mijn vader gesproken had. Iedereen dacht dat mijn vader er wel weer bovenop zou komen.

Ik heb zelf als naastbetrokkene ook mijn ogen gesloten voor wat er speelde. Ik had ergens een heel sterk gevoel dat er iets echt mis was met mijn vader maar ging dat gevoel steeds uit de weg. De meeste mensen in mijn omgeving hebben hetzelfde gedaan. Het was te moeilijk voor ons om onder ogen te zien dat mijn vader zich depressief voelde.

Achteraf gezien was het beter geweest als zijn (ex-)collega-hulpverleners, die mijn vader uit zijn eigen netwerk kende, meer door hadden gevraagd en zijn klachten serieuzer hadden genomen. Ze hadden er stil bij moeten staan dat het voor een hulpverlener, zoals mijn vader, moeilijk is om cliënt te zijn en daarmee van 'rol' te wisselen.

Samenwerking hulpverleners met naasten

De hulpverleners hebben niet met ons (naasten) samengewerkt.

Tot slot

Ik was bezig met het schrijven van een artikel voor mijn afstuderen aan de opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening. Mijn artikel gaat over hulp voor jongeren die nabestaanden zijn van zelfdoding. Zo kwam ik op de site van de Ivonne van de Ven Stichting terecht en kreeg ik de behoefte om mijn verhaal te delen.

Het verhaal van Emmy

Intro

Mijn ex-partner overleed in 2016 op drieënzeventigjarige leeftijd aan suïcide. Hij was met pensioen.

Wat er gebeurde

Tussen 2006 en 2011 woonden we samen. Mijn toenmalige partner worstelde zeker al tien jaar met psychische klachten. Hij sprak openlijk over zijn suïcidale gedachten. Hij was eerder verslaafd aan drugs en alcohol. Dat hielp hem om zijn depressies te verminderen. Hiervan kwamen dan echter andere klachten, zoals slapeloosheid, angsten en nervositeit. Het was een vicieuze cirkel. Zijn gevoelswereld zat op slot. Ook waren er financiële verwickelingen. Ik raakte daarin ongewild betrokken.

In 2011 besloot ik meer afstand van hem te nemen. Ik ging in een andere stad wonen en onderhield een latrelatie met hem. Tijdens een gezamenlijke vakantie heeft hij de nodige spullen gekocht om een eind aan zijn leven te kunnen maken. Natuurlijk buiten mij om. Dit was een schok voor mij. Het stond mijn rouw en verwerking in de weg.

Professionele hulp

Mijn ex-partner heeft beperkt professionele hulp gehad. Ik heb hem sterk gestimuleerd professionele hulp te zoeken. Hij is in behandeling geweest bij verslavingszorg. Hij wilde niks van therapieën weten. Hij is niet opgenomen geweest.

Sommige dingen gingen goed in de geboden verslavingszorg. Het was volgens mij echter beter geweest als hij individueel hulp had gekregen.

Er zijn dingen die beter kunnen in de professionele hulp. Zoals meer doorvragen naar de leefwijze, het drankmisbruik en de verslaving, de familieomstandigheden en de financiële situatie.

Hulp uit de directe omgeving

Ik heb mijn ex-partner steun gegeven door weer naar zijn dorp te verhuizen. Ook heb ik voortdurend de hulpverlening gewaarschuwd en zorg en hulp gevraagd, ook voor mezelf.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Na de suïcide heb ik een eindgesprek gehad met zijn geriater.

Tot slot

Na zijn dood kregen de financiële verwickelingen tot mijn grote frustratie nog een staartje. Ik koester het beste wat ik samen met hem had.

Het verhaal van Wendelien

Intro

Mijn vriend is in 2019 op negenendertigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Hij had op dat moment een betaalde baan en studeerde. Ik ben zelf ook negenendertig jaar.

Wat er gebeurde

Mijn vriend had al sinds zijn jeugd te maken met psychische klachten. Hij vertelde mij dat een paar jaar geleden toen het niet goed met hem ging.

Hij heeft in het verleden last gehad van depressieve periodes. Een jaar of drie geleden is vastgesteld dat er sprake was van emotie regulatie problematiek. Hij heeft in die periode ook last gehad van suïcidale gedachtes. Maar daar sprak hij toen niet over met mij. Hij heeft geen eerdere suïcidepoging gedaan. Wel heeft hij concrete plannen gemaakt en stond hij op het punt die uit te voeren, maar hij vertelde dat de liefde voor zijn naasten hem tegenhield.

Na zijn behandeling leek het weer goed met hem te gaan. Zowel de psycholoog, ikzelf als de familie en vrienden, allemaal hadden we dat gevoel. Hooguit vond ik dat hij erg druk was met zijn nieuwe baan en opleiding. Hij gaf zelf ook aan dat er van suïcidale gedachtes geen sprake meer was.

Zijn suïcide kwam dan ook als een complete verrassing voor ons allemaal. Achteraf denken we dat de Champix (varenicline), die hij sinds een aantal weken slikte om van het roken af te komen, oude angsten naar boven heeft gehaald. Zelf legde hij, denk ik, niet de link met de pillen. Waarschijnlijk dacht hij dat hij weer helemaal terug bij af was: terug naar de periode waarin hij zich zo slecht voelde. Wij zien het als een soort gedachtevernauwing waar hij in terecht is gekomen. Doordat hij eerder goed heeft nagedacht hoe hij een einde aan zijn leven kon maken, was de stap om de suïcide uit te voeren ook ‘makkelijk’ te zetten.

Professionele hulp

Mijn vriend heeft veel professionele hulp gehad in de afgelopen jaren. Hij is niet opgenomen geweest. Wel heeft hij gedurende een jaar (2017 begin 2018) een tweedaagse deeltijdbehandeling gehad in een centrum voor psychotherapie. Aansluitend volgde een behandeling bij een psycholoog in de vorm van tweeweekelijkse gesprekken.

De suïcidaliteit van mijn vriend heeft tijdens de intake en de behandeling in het centrum voor psychotherapie de nodige aandacht gehad van de hulpverleners.

Ik ben tevreden over de geboden hulp. Hij vond zelf ook dat de behandeling bij de psycholoog en het centrum voor psychotherapie goed liep.

Bij de huisarts ging er echter iets mis. Mijn partner kreeg namelijk het middel Champix voorgeschreven waarvan bekend is dat het een verhoogde kans op suïcide met zich meebrengt. Met zijn voorgeschiedenis, die bekend was bij de huisarts, had hij dit mid-

del niet voorgeschreven mogen krijgen. De huisarts zelf wil, naar aanleiding van de suïcide van mijn vriend, de procedures en begeleiding binnen de eigen huisartsenpraktijk strakker maken. Als zo'n middel dan toch wordt voorgeschreven aan iemand met zo'n geschiedenis, dan zou op zijn minst iemand uit de naaste omgeving (bijvoorbeeld zijn partner of ouder), erbij betrokken moeten worden. Iemand die depressief of psychotisch is, herkent immers vaak zelf de symptomen niet.

Mijn vriend heeft wel aangegeven dat hij zich niet zo lekker voelde van de Champix en bij de huisarts was genoteerd dat hij zich wat vlak voelde. Merkwaardig vind ik dat de praktijkondersteuner de volledige begeleiding heeft gedaan en niet de huisarts zelf. Mijn vriend wilde ook ontzettend graag van het roken af, dus dan geef je ook niet zomaar een middel op als je je even iets minder lekker voelt.

Er zijn dingen die beter kunnen in de professionele hulpverlening, zoals betere richtlijnen vanuit het NHG voor huisartsen met betrekking tot het voorschrijven van Champix (varenicline). In de studie van hulpverleners zou er aandacht moeten zijn voor risico's bij het voorschrijven van dit middel en gelijksoortige middelen. Dus goed afwegen wanneer je wel of niet zoiets voorschrijft. De partner erbij betrekken. Er niet van uitgaan dat iemand zelf de signalen herkent, maar ook voorzichtig zijn en in de gaten houden of een partner dat dan wel doet. Vanzelfsprekend hadden we liever gehad dat hij dan maar niet was gestopt met roken.

Hulp uit de directe omgeving

Omdat mijn vriend ontzettend gesloten was over zijn psychische klachten en naar buiten toe een vrolijke, warme en zeer behulpzame man was, heeft hij op dat punt ook niet veel aandacht gehad. Alleen zijn vader en ik wisten van zijn suïcidale gedachten van een paar jaar eerder. Daarnaast wisten zijn zusjes ook veel over zijn situatie. Zij hebben allen veel aandacht aan mijn vriend besteed. De band was hecht. In de periode dat hij het voor het eerst vertelde hoe slecht hij zich voelde, gingen de gesprekken daar dan ook over. Al langere tijd zei hij ook tegen hen dat het prima ging.

Na het overlijden is er veel aandacht geweest voor mij en het gezin waar mijn vriend uit komt. De meeste aandacht is heel fijn, dat kan een luisterend oor zijn of even praktische hulp. In deze periode, het is nog maar zeven weken geleden gebeurd, is het vooral fijn om met de mensen te zijn die dicht bij mijn vriend en mij stonden.

Wel houden we sommige details in kleine kring. Het voelt niet goed als mensen gaan wroeten en verwachten dat je alles deelt. Soms zeggen we dan ook ‘dit houden we even onder ons’. Een enkeling is wat opdringerig in het bieden van hulp, maar gelukkig komen we vooral veel lieve en attente mensen op ons pad tegen, mensen die iets komen brengen en niet halen.

Samenwerking hulpverleners met naasten

Na het overlijden is er in elk geval contact geweest tussen de huisarts en de psycholoog. Er is door de huisarts melding gemaakt van de gevolgen van het gebruik van Champix door

mijn vriend. Ik heb zelf nog niet de kans gehad om met de verschillende hulpverleners het overlijden van mijn vriend te evalueren en weet daarom niet hoe de samenwerking tussen verschillende instanties is verlopen. Dat is hetgeen wat ik nu nog wil onderzoeken.

Tot slot

Ik deel mijn verhaal om er aan bij te dragen dat anderen dit leed niet hoeft te overkomen. Middelen zoals Champix, maar ook antidepressiva-middelen zouden met de grootste voorzichtigheid moeten worden voorgeschreven en de begeleiding daaromheen is enorm belangrijk.

Het verhaal van Carla

Intro

Mijn dochter is in 2019 op dertigjarige leeftijd overleden aan suïcide. Zij had op dat moment een betaalde baan. Ik ben zelf vijfenvijftig jaar en huisvrouw.

Wat er gebeurde

Mijn dochter had al zo'n drie jaar te maken met psychische klachten. Na een relatie van tien jaar wilde haar man scheiden; zij wilde dat niet. Eén van de aanleidingen was dat hij haar geen kinderen kon geven. Onze dochter is toen weer bij ons komen wonen. Wij wisten niet dat ze toen al suïcidaal was. Ze praatte daar nooit over. We kwamen er pas na haar overlijden achter dat ze na haar scheiding al suïcidaal was.

Na enige tijd ging het weer beter met haar. Een jaar na de scheiding woonde ze in een eigen appartement, beleefde een fijne zomer en had gedurende enkele maanden een nieuwe relatie. Ze was erg verliefd, maar haar nieuwe vriend beëindigde de relatie toch. Dat was voor haar de druppel. Ze zocht weer hulp bij de GGZ. In drie maanden tijd gleed ze steeds verder weg met een fatale afloop.

We weten eigenlijk niet hoe ze met haar suïcidale gedachten worstelde. Tegen ons zei ze er niks over. Ik heb wel eens tegen haar gezegd: 'Als je dat maar niet doet'. Toen zei ze, dat ze het

niet zou doen. Achteraf denk ik: dat is nog in een betere periode geweest.

Toen we een telefoontje van haar werk kregen dat ze niet was komen opdagen, vermoedde ik al dat het mis was. We zijn naar haar huis gegaan en troffen haar daar dood aan. Ze had het zorgvuldig voorbereid en een afscheidsbrief achtergelaten.

Professionele hulp

Mijn dochter heeft veel professionele hulp gehad. Meteen na de scheiding vroeg ze hulp aan de huisarts en kwam via de praktijkondersteuner bij de GGZ terecht. Zij is niet opgenomen geweest.

Positief aan de hulpverlening was dat ze meteen kon komen, hoewel er een wachttijd was van zes maanden of zo.

Minder positief was dat de suïcidaliteit van mijn dochter naar mijn idee niet voldoende aandacht gekregen heeft van de hulpverleners. Ze zei: ‘Als de GGZ durft te zeggen dat ik niks mankeer ...’

De hulpverleners wilden haar in een groep plaatsen die iedere ochtend bij elkaar kwam. Ze zei dat ze werkte en dat ze daarom niet aan die groep mee kon doen. De hulpverleners zeiden vervolgens verbaasd: ‘Oooh werk je nog ...!?’ Toen is ze niet meer gegaan. Ze vond dat ze niet serieus genomen werd. Ze is ook gestopt met de medicijnen, hoorden we achteraf.

Hulp uit de directe omgeving

Wij hebben mijn dochter hulp en ondersteuning geboden. Of anderen dat ook gedaan hebben weet ik niet.

Samenwerking hulpverleners met naasten

De hulpverleners hebben helemaal niet samengewerkt met ons als haar directe naasten. Na de suïcide hebben we wel intensief contact gehad met de hulpverleners. Positief aan dit contact vond ik dat de hulpverlener die de intake gedaan had, mij uit zichzelf belde en heel open was. We konden ook meteen op gesprek komen, dat wilde ik graag. Het was een lang gesprek.

Er gingen ook dingen minder goed in het contact na de suïcide. Toen onze dochter overleden was dachten wij dat de huisarts of anderen dit door zouden geven aan de GGZ. Maar dat bleek niet zo te werken. In haar mail kwam bijvoorbeeld na haar overlijden een bericht binnen met een uitnodiging voor een nieuwe afspraak, in februari, een maand na haar dood. De GGZ wist dus blijkbaar nog helemaal van niks. We stuurden toen zelf een berichtje naar de GGZ, maar hoorden een paar dagen weer niets. Toch maar opnieuw een berichtje gestuurd. Pas daarna kreeg ik telefonisch contact.

Tot slot

Ik heb het heel zwaar. Ik overweeg om bij de GGZ informatie uit haar dossier op te vragen. Onze dochter heeft in haar afscheidsbrief daar toestemming voor gegeven en haar handtekening er onder gezet. Ik ben benieuwd of we worden geholpen.

4

Verhalen over hoopgevende aanpakken



Het verhaal van Willem: Deelnemen aan een cursus voor naasten

Intro

Willem is de vader van Theo (drieëntwintig jaar), die eind 2018 een ernstige suïcidale periode doormaakte. Willem en zijn vrouw willen hun zoon zo goed mogelijk steunen in deze moeilijke tijd. Daarom namen zij deel aan een korte cursus voor naasten van GGZ Rivierduinen. Het echtpaar heeft vijf volwassen, op zichzelf wonende zonen. Willem werkt als anesthesiemedewerker in het leger. Hij deelt graag zijn ervaringen met de cursus omdat het voor hem en zijn vrouw veel betekend heeft en anderen er iets aan zouden kunnen hebben. (Zie ook het verhaal van Hans.)

Een bijzonder kind

Na de HAVO, die mijn zoon Theo op zijn zeventiende afsloot met een diploma, sloeg bij hem keuzestress toe. Hij koos ervoor om het VWO te doen. Nadat hij zijn diploma behaald had, startte hij met verschillende opleidingen maar maakte ze niet af. Ook ging hij naar Azië en had hij diverse baantjes. In die tijd waren er episodes waarin het met Theo niet zo goed ging. Hij was dan lusteloos en bleef soms de hele dag in zijn bed. Met zijn zielenroerselen was hij in ons gezin een beetje een buitenbeentje, want bij ons thuis is het motto: studeren of werken.

Theo is altijd al een bijzonder kind geweest. Volgens mij is hij een denker die het er moeilijk mee heeft zijn emoties te uiten.

Inmiddels weet ik dat hij worstelt met depressiviteit en mogelijk ook met persoonlijkheidsproblemen.

Eind 2018 kwam Theo in een crisis terecht. Hij is toen voor enkele weken opgenomen op de intensive care van GGZ Rivierduinen. In die tijd is ons geloof voor mijn vrouw en mij een heel belangrijke steun geweest.

Eindelijk iemand die het begreep

We zijn via de psychiater (arts-assistent) van Theo op het spoor van de cursus gekomen. Het was geweldig wat we op die avond hoorden. Eindelijk troffen we, in de persoon van de cursusleider, iemand die het begreep en die iets zinnigs zei over hoe je je op kunt stellen. Het was een complete eyeopener dat je gewoon kunt vragen: ‘Denk je weleens aan zelfmoord?’. Dat het zinvol is om het gesprek aan te gaan.

Ook een belangrijk inzicht was voor mij dat het verstandig is de vinger aan de pols te houden, te volgen hoe iemand erbij zit. Maar ook dat het onverstandig is om iemand voortdurend op zijn hielen te zitten. Dat werkt beklemmend en roept weerstand op. Wij hebben geleerd dat je iemand die depressief en suïcidaal is, beter niet voortdurend kunt achtervolgen met appjes.

We hebben ook veel gehad aan informatie over de richtlijn⁴. We kregen een samenvatting. Het hielp ons dat daar staat dat hulpverleners verplicht zijn de familie te betrekken bij de behandeling. We vragen er nu actief om.

4 Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag.

We hoorden ook over 113; geweldig. Dat was wel even een andere insteek dan wat sommige mensen in mijn omgeving zeiden: ‘Als ze het willen, houd je ze toch niet tegen’.

We waren ook wel een beetje perplex: de acht weken daarvoor kregen we namelijk helemaal geen handvatten hoe we ons op konden stellen en samen konden werken met de hulpverleners, terwijl we daar zo’n behoefte aan hadden.

Betrokkenheid

Nu is Theo weer thuis en krijgt ambulante behandeling. We hebben, gesterkt door de cursus, heel duidelijk aangegeven dat wij bij zijn behandeling betrokken willen blijven. Nu ik inzicht heb in de richtlijnen voor samenwerking met naasten, kijk ik anders naar de psycholoog. Ik stel me assertiever op. Bij ons eerste bezoek samen met Theo aan de psycholoog dacht ik met de richtlijn op zak: je bent de mijne! Natuurlijk zei de psycholoog dat voor onze betrokkenheid wel overleg met Theo nodig is. Maar ik voel duidelijk dat er door onze opstelling iets veranderd is.

Ik vraag me op sommige momenten wel af wat het effect van mijn meer assertieve opstelling is op de behandeling van Theo. Gaat dat mogelijk tegen hem werken? Hoe gaan de hulpverleners er mee om?

Nieuw is ook dat Theo ons betreft bij het monitoren van het crisisplan dat hij samen met zijn behandelaar opstelde. Elke week zitten we nu met zijn drieën thuis om tafel met dat plan en bespreken aan de hand daarvan hoe het met Theo gaat.

Nog zoeken naar samenwerking

Over de korte cursus ben ik zeer positief. Over andere ervaringen met de hulpverlening heb ik me echter zacht gezegd nogal verbaasd. Samenwerking met naasten is nog geen gemeengoed.

Toen onze zoon op zeventienjarige leeftijd naar een psycholoog ging, vroegen wij om informatie. Wij liepen echter constant tegen een ‘nee’ aan omdat hij ouder dan zestien was, toestemming moest geven en dat niet deed. Uiteindelijk nam de psycholoog, toen het heel slecht ging met Theo, gelukkig wel contact met ons op.

In die crisis is Theo opgenomen in een GGZ-instelling. We kregen voor ons gevoel een onduidelijk intakegesprek met een psychiater en een verpleegkundige. Toen we daar weggingen en onze zoon achterlieten, wisten we niet wie ons aanspreekpunt was. Toen Theo tijdens zijn opname in het diepste dal zat, volgde er een gesprek met een ander persoon dan zijn behandelend psychiater. De arts keek tijdens het gesprek steeds op haar horloge. Iemand stak herhaaldelijk haar hoofd om de deur en vroeg: ‘Zijn jullie al klaar?’

Voorafgaand aan Theo’s overplaatsing van de intensive care naar de medium care werd gemeld, tot mijn verbazing, dat de overdracht later wel zou komen. Ook was het gesprek bij ontslag heel beperkt. We bespraken bijvoorbeeld niet wat wij als ouders konden doen als Theo weer in een crisis zou raken.

Al die tijd waren een arts-assistent en één verpleegkundige een lichtpuntje voor ons. Zij waren heel positief en toegankelijk. Alleen vanuit hen was er samenwerking met ons.

Tot slot

Ik hoop dat er een olievlekwerking ontstaat vanuit de cursus. Ik zou willen dat er een protocol komt voor de samenwerking tussen hulpverleners en naasten. Dat het een houvast biedt aan de familie, dat zij weten dat zij assertief mogen en kunnen zijn. Een landelijk erkend protocol dat alle GGZ-instellingen doorvoeren.

Het verhaal van Hans: Een cursus voor naasten uitvoeren

Intro

Eind 2018 startte voor het eerst in Nederland een GGZ-instelling met een korte cursus voor naasten van iemand met suïcidale gedachten of gedrag. ZonMw financierde deze pilot. Hans van der Weijden, verpleegkundig specialist GGZ bij de crisisdienst van GGZ Rivierduinen, vertelt over de eerste ervaringen. (Zie ook het verhaal van Willem.)

Aandacht voor naasten

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. Gek genoeg hadden we wel een ondersteuningsprogramma voor nabestaanden van een suïcide. Tijdens de nabespreking van een suïcide bleek vaak dat we van de familie waardevolle informatie kregen waarvan we zeiden: hadden we dat maar eerder geweten. Toen we naasten ernaar vroegen bleek dat zij zich door de GGZ vaak buitengesloten voelden. Dat willen we met deze cursus doorbreken. We willen naasten steunen en sterker maken.

Wat kan ik doen als naaste?

Als iemand in jouw directe omgeving suïcidaal gedrag vertoont heb je vaak veel zorgen. Je vraagt je af: wat kan ik doen? Soms is er ook twijfel. Klopt het wel, is mijn kind of mijn partner wel suïcidaal? Hoe ga ik ermee om als iemand de hele dag in bed blijft? Mag ik boos zijn op zo'n moment? Soms gaat het zover dat naasten burn-out klachten krijgen. Zij voelen zich vaak verloren. Familie is vaak opgelucht als hun dierbare opgenomen wordt. Maar de communicatie bij een opname blijkt niet altijd optimaal en naasten laten zich soms zonder antwoorden wegsturen. Bovendien is de high intensive care (HIC) meestal niet zo'n goede plek voor depressieve of angstige mensen om tot rust te komen. Er zitten namelijk veel verwarde mensen. Als je iemand na een suïcidopoging dan weer naar huis stuurt, is het zeker nodig dat we naasten iets bieden.

Het draait om de driehoek

We willen naasten betrekken bij de behandeling van hun kind, partner of vriend. Dat gaat vaak niet vanzelf. Het vraagt een zekere assertiviteit van de direct betrokkenen. Voor ons is bij de crisisdienst het vertrekpunt de driehoek (triade) van de persoon met suïcidaal gedrag, de behandelaar en de naasten. Toch lukt het lang niet altijd om tot echte samenwerking te komen.

Naast de behandeling van de klachten van de cliënt, willen we ook aandacht geven aan de omgeving, zoals eventueel wenselijke veranderingen in de omgang met elkaar in het gezin. Vooral bij jongeren is dat belangrijk. Voor ons betekent dit systemisch werken niet dat we opzoek zijn naar de 'schuldige' in het gezin.

We proberen juist te werken aan vergroting van het probleemoplossend vermogen van alle betrokkenen.

Het leven is lastig. De een heeft wat bredere schouders dan de ander. Hoe kom je weer uit een moeilijke situatie? De onderliggende problemen kunnen heel divers zijn: werk, schulden, ziekte. De naasten kunnen daarbij helpen. Ons uitgangspunt is: we moeten het samen doen! Daar past empoweren van naasten dus goed bij.

Meedoen aan de cursus

Eind 2018 boden we naasten de cursus aan. Meteen bij de intake werd dat aanbod gedaan. Soms bleek dat te vroeg. Het viel de naasten soms rauw op hun dak. Ook speelde er ontkenning: is het wel zo erg? We hebben toen potentiële deelnemers aan de cursus ook nog telefonisch benaderd.

In de pilot cursus deden vierendertig naasten van zestien cliënten mee. De gemiddelde leeftijd van de cliënten was dertig. De helft van deze groep deed daadwerkelijk een poging; de anderen hadden suïcidale gedachten. De training stond open voor naasten samen met de cliënten. In de praktijk namen alleen de naasten deel. Wel gaven de cliënten allemaal hun fiat. Ongeveer de helft van de uitgenodigde naasten nam ook echt deel.

De cursus bestond uit een avondbijeenkomst van twee uur. Er is in kleine groepen gewerkt; als er minimaal zes deelnemers waren ging de cursus door. Ik heb samen met een collega de cursus gegeven. Na de trainingsavond konden de naasten mij zo nodig nog bellen als ze vragen hadden.

Beelden over suïcidaliteit

De deelnemers konden aan het begin van elke cursusavond heel concrete vragen inbrengen waar ze een antwoord op hoopten te krijgen, zoals: ‘Mijn zoon zegt, was ik maar dood, wat zeg je dan?’ Of: ‘Hoe herken ik situaties met een groot risico op suïcide? Wie kan ik dan bellen?’ Maar ook de vraag: ‘Hoe zorg ik voor mezelf?’

Er bleken verschillende beelden over suïcidaliteit te bestaan bij de naasten. Een vader opperde: ‘Ik dacht dat doen we niet in de familie, dergelijke gekkigheid’.

Ook kwam aan de orde dat suïcidaliteit eerder voorkwam in een familie. De een noemt suïcidaliteit manipulatie, terwijl een ander familielid van dezelfde cliënt zegt: hij is ziek. In onze cursus is dit allemaal bespreekbaar.

Van richtlijn tot veiligheidsplan

We besteden aandacht aan de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag, met name de onderdelen over de samenwerking tussen naasten en behandelaars. Dat was echt een eyeopener voor de aanwezigen.

In de cursus is ook veel aandacht voor de manier waarop je als naaste met je suïcidale dierbare communiceert. Wat zeg ik wel en wat juist niet? Hoe ben ik ondersteunend, motiverend, uitnodigend en toch niet dwingend? Hoe ga ik om met mijn eigen boosheid?

We bespreken dat het zinvol is om als naaste mee te gaan naar de behandelaafspraak. Je kunt dan notities maken, want de cliënt is vaak al weer vergeten wat er besproken is als hij thuis is. Die

aantekeningen kunnen later, bijvoorbeeld als zich een nieuwe crisis voordoet, van pas komen. In de cursus kijken we bovendien naar het veiligheidsplan, waarbij we ook de ‘back-up app’ en de ‘vraag maar app⁵’ bespreken. Hoe ga je met zo’n plan om?

In de voorbereiding op de cursus bleek dat cliënten het als beklemmend ervaren als naasten hen steeds op de huid zitten om te checken of het wel goed gaat. Dat bespreken we en we geven aan: volg iemand, maar zit er niet te erg bovenop. Stel liever rechtstreeks de vraag of iemand met de dood bezig is in plaats van steeds te controleren wat iemand doet.

Positieve reacties

De naasten reageerden erg positief op de cursus. Ze voelden zich ook lotgenoten; dat gaf steun. Ik heb er geen zicht op of de samenwerking van de naasten met de behandelaar in de driehoek na de cursus verbeterd is. Wel hoorde ik van enkele collega’s positieve reacties over een actievere betrokkenheid van sommige naasten.

Tot slot

De pilot laat zien dat een aanzienlijke groep naasten een grote behoefte heeft aan een dergelijke cursus. Daarom gaan we ermee door. We denken erover de cursus uit te breiden naar meerdere avonden, omdat er een grote behoefte blijkt te bestaan aan het delen en leren van elkaars ervaringen. Ook denken we erover om ervaringsdeskundigen bij de cursus in te zetten.

5 Zie: www.113Zelfmoordpreventie.nl

Andere GGZ-instellingen die een cursus voor naasten willen starten, adviseer ik om het goed te organiseren en te borgen in de organisatie. Geef de cursus regelmatig, bijvoorbeeld wekelijks, zodat naasten er op kunnen rekenen. Dat gaan wij ook doen.

Het verhaal van Nita: Samenwerken met hulpverleners en je broer steunen

Intro

Nita steunt haar broer Koos, drieënvijftig jaar, die sinds 2014 te maken heeft met suïcidale gedachten. Koos heeft betaald werk en Nita doet allerlei vrijwilligers- en bestuurlijk werk. Beiden zijn zij actief in de Stichting Herstelproces⁶. Nita vertelt over hoe zij, als naaste, Koos tot steun is en hoe zij daarbij samenwerkt met professionele hulpverleners.

Klachten

Koos kreeg na zijn scheiding depressieve klachten. Ook doken er symptomen van PTSS op. Hij stond in die tijd op het punt daadwerkelijk een poging te doen. Zijn suïcidale gedachten zijn nu, vijf jaar later, naar de achtergrond verschoven. In zekere mate zullen die gedachten er misschien wel altijd blijven. Na deze intense periode kwam hij er uiteindelijk sterker uit.

Weer contact tussen broer en zus

Voor de scheiding van Koos hadden we niet veel contact. Daarna raakten we weer met elkaar in een vertrouwelijk gesprek. Koos

⁶ Zie: www.herstelproces.nl/stichting-herstelproces/

vertelde dat hij al heel lang niet lekker in zijn vel zat. Hij voelde zich nooit echt gelukkig. Hij vond een haptotherapeut om dat uit te zoeken. Er kwam veel los bij Koos, oude, onverwerkte gevoelens, waardoor hij in eerste instantie sterk achteruit ging. De therapeut signaleerde een groot trauma en adviseerde om naar een psycholoog te gaan. Koos raakte echter in een heftige crisis. Ik zocht contact met zijn therapeut. Gelukkig nam zij mijn signaal direct serieus. Wel wilde ze de privacy van haar cliënt respecteren. Gelukkig wilde ze mij wel informatie sturen: een lijst met symptomen van suicidaliteit. Toen wist ik genoeg. Ook gaf zij mij de tip in noodsituaties 112 te bellen. Daar had ik niet eens bij stilgestaan.

Later was er inderdaad zo'n signaal. Koos gaf opeens aan dat hij bij zijn ouders langs wilde gaan; iets wat hij eerder juist niet wilde. Ik herkende dat als een signaal: afscheid nemen! Ik ben zo snel mogelijk naar hem toegegaan.

Als zus actief betrokken

Ook de huisarts speelde een positieve rol. Zij zorgde ervoor dat Koos tijdens een heftige crisis meteen naar de PAAZ kon. Ik was aanwezig bij het intakegesprek. De psychiater prikte gelukkig gelijk door het masker heen waarachter hij zijn suïcidale gevoelens verborg. Ze was heel direct en helder.

Tijdens zijn opname van acht weken was ik, op verzoek van Koos, steeds aanwezig bij zijn gesprekken met de psycholoog. Koos vond het fijn dat ik erbij was als neutrale waarnemer. Hij was zelf na een sessie vaak dingen vergeten. Ik had er dan bovendien zicht op wat er was losgekomen. De psycholoog

stond positief tegenover mijn aanwezigheid. Hij vroeg ook steeds hoe het met mij ging. Ook de ambulante zorg toonde deze belangstelling.

Op de afdeling in de GGZ-kliniek had Koos veel aan een psychiatrisch verpleegkundige. Ook het contact met lotgenoten en de klik met één van de medebewoonsters heeft hem geholpen bij zijn herstelproces. Deze mensen pasten goed bij Koos. Nu ik terugkijk op alles wat er toen gebeurde, realiseer ik me hoe bijzonder het was. Iedereen zat op dezelfde lijn: de haptotherapeut, de huisarts, de psychiater, de psycholoog, de ambulante zorg en ikzelf. Alles paste precies.

Kijken vanuit je gevoel en niet bang zijn

Toen Koos in een diepe crisis zat vroeg ik hem: denk je er wel eens aan er een eind aan te maken? Hij zei gelukkig ja. Als hij nee gezegd had, had ik zeker geweten dat het niet goed af zou lopen. Ik zei toen dat ik er vrede mee zou hebben maar dat hij er wel alles aan moest doen om uit het dal te komen. Later vertelde hij dat hij alleen hoorde dat ik zei: 'okay'. De rest hoorde hij gewoon niet.

Koos kon tegen mij zeggen wat hij wilde; ook over zijn suïcidale gedachten. We konden er harde grappen over maken. Ik zag vaak al aan zijn mimiek hoe het er bij hem voorstond. Daar was ik dan eerlijk over en dat was vaak verhelderend voor hem.

Ik vind dat het in de omgang met iemand met suïcidaal gedrag als naaste essentieel is om vanuit je gevoel te kijken. Als het niet goed voelt, voelt het niet goed. Belangrijk is om open te staan. Niet schrikken van wat mensen zeggen. Zeg: okay, vertel! Het is belangrijk voor de persoon die aan suïcide denkt, dat hij of zij kan

zeggen dat hij er klaar mee is. Dan ervaart iemand minder druk. Maar dat wil niet zeggen dat hij het niet gaat doen. Dat moet je wel aan kunnen. Als je bang bent ga je dingen bedenken, constructies maken. Als je schrikt werkt het niet. Dat voelt iemand aan en die houdt dan het echte verhaal voor zich. Het is belangrijk om gewoon alleen te luisteren. Niet meegaan in de grafstemming waar iemand vanuit zijn depressie in zit.

Praktische hulp

Toen Koos ontslagen werd uit de GGZ-instelling leek het ons niet zo'n goed idee dat hij meteen naar huis zou gaan. Hij is toen eerst een week bij ons thuis geweest. Daarna heb ik regelmatig twee weken bij hem gewoond. Mijn man werkt in het buitenland, dat geeft mij de ruimte. In de beleving van Koos woonde ik een halfjaar aaneensluitend bij hem, maar dat is eigenlijk niet zo. Als ik er niet was, waren zijn zoon en zijn vriendin mijn ogen en oren.

Ik deed ook allerlei praktische dingen voor hem; zo nam ik de financieel-administratieve zaken over. Als ik bij hem thuis was deed ik de afwas, opruimen, stofzuigen enzovoort. Het was ook heel gezellig soms. Ik deed daar de dingen die ik thuis ook deed, nam mijn laptop gewoon mee. Als Koos dan tegenover mij ging zitten zei ik: 'Vertel!' Dan kon hij zijn zielenroerselen kwijt.

Een klein, effectief steunnetwerk

Naast zijn professionele hulpverleners is er een klein, effectief steunnetwerk rondom Koos. Ik sta daarin centraal. Ik heb een (familie-)vriendin als klankbord en ik krijg veel praktische steun

vanuit mijn omgeving. Ook kan ik mijn verhaal kwijt bij twee vriendinnen die in de zorg werken en dus weten waar het over gaat. Nu speelt de nieuwe partner van Koos een steeds belangrijkere rol. Ik ervaar mijn zorg voor Koos niet als heel belastend: hier krijg ik geen burn-out van! De condities werken mee: ik heb geen fulltime baan, ik heb hier thuis mijn handen vrij en krijg van alle kanten steun.

Tot slot

Vanuit mijn jarenlange ervaring met ondersteuning van Koos raad ik anderen aan er vooral bewust mee om te gaan. Ga er op een vanzelfsprekende manier vanuit dat je als naaste betrokken bent bij professionele zorg. Volg je gevoel maar wees ook reëel over wat je aankunt en wat bij je past. Als suïcidaliteit je bang maakt, is het geen goed idee om erover te praten. Dan kun je beter samen iemand anders zoeken waar die persoon wel mee kan praten. Lotgenotengroepen kunnen ook een goede bijdrage leveren. En durf voor jezelf om hulp te vragen. Mensen in je omgeving willen graag helpen, maar weten niet wat ze kunnen doen. Praktische steun kan iedereen geven. Vraag dus om die hulp.

Het verhaal van Martin Steendam: Het trainingsprogramma suïcidepreventie van GGZ Friesland

Intro

In 2004 maakten in een relatief korte periode vier patiënten van GGZ Friesland een einde aan hun leven. Voor de Raad van Bestuur was dat een alarmsignaal; er moest iets gebeuren. Martin Steendam, klinisch psycholoog en projectleider suïcidepreventie binnen GGZ Friesland, vertelt wat er daarna in gang gezet is.

Van pionieren naar regulier beleid

We staken in 2004 met een aantal mensen de koppen bij elkaar. We vroegen ons af: wat kunnen we doen? De Raad van Bestuur moedigde ons aan en faciliteerde ons. Zo ontstond de *Werkgroep suïcidepreventie*.

Vanaf het begin werkten we daarnaast in het *Platform suïcidepreventie* samen met nabestaanden en zorgprofessionals uit de regio (zoals huisartsen, politie, medewerkers van de verslavingszorg etc.).

In 2007 gaven we de eerste trainingen voor medewerkers van GGZ Friesland. In 2008 volgden de trainingen voor mensen buiten de GGZ om suïcidaliteit te herkennen en te verwijzen naar

adequate zorg. Dat was in Nederland het begin van de gatekeeper trainingen⁷.

Sinds 2004 is er veel veranderd. We trainen nu alle medewerkers van GGZ Friesland.

De werkgroep en het platform kregen een vervolg.

De samenwerking met partners extern – zoals aanvankelijk georganiseerd in het Platform – kwam onder regie van GGD Fryslân⁸.

De interne werkgroep kreeg een vervolg in een *Stuurgroep suïcidepreventie*. Daarin zitten de geneesheer-directeur, twee directeurs zorg, een algemeen directeur en een projectleider. Samen borgen en ontwikkelen we beleid en volgen de uitvoering ervan. We zijn steeds op zoek naar de next step in suïcidepreventie.

Trainingsprogramma en doelgroepen

GGZ Friesland kent nu een gestructureerd trainingsprogramma voor medewerkers om zich de attitude, kennis en vaardigheden eigen te kunnen maken die nodig zijn in de bejegening en behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag. Deze scholingen noemen we *Eerste Hulp Bij Suïcide* (EHBS). Het trainingsprogramma bestaat uit drie basistrainingen en een herhalingstraining.

Wie nieuw binnenkomt bij GGZ Friesland als hulpverlener (BIG registratie art. 3 of 14) krijgt de basistraining van een dag. Daar leer je hoe je de *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* toe kunt passen.

⁷ Zie bijvoorbeeld: www.ggzfriesland.nl/wspd/gatekeeperstraining

⁸ De GGD nam dit op zich in het kader van *Supranet Community*, een project voor suïcidepreventie in de regio's, geïnitieerd vanuit 113 Zelfmoordpreventie.

Andere professionals (zoals agogen, vaktherapeuten, woonbegeleiders et cetera) krijgen een basistraining van een halve dag, gericht op *signaleren en verwijzen*.

Ook verpleegkundigen krijgen een basistraining van een halve dag, gericht op *signaleren en contact houden*.

Na de basistrainingen ontvangen alle medewerkers als multidisciplinair team elke twee à drie jaar een herhalingstraining; dat is de *EHBS teamtraining*. De teamtrainingen zijn in hoofdlijnen standaard en deels op maat voor specifieke doelgroepen. Er komen vragen aan bod zoals: Hoe gaan we als team om met patiënten met suïcidaal gedrag? Wat waren onze ervaringen de *afgelopen* periode? Waarin kunnen we ons de *komende* periode verder verbeteren? Het is een update om vaardigheden op peil te houden en te versterken. Onderdeel van de training is het oefenen met een acteur.

De visie

De trainingen hebben we opgebouwd vanuit onze visie op suïcidaliteit. In het begin zeiden we wel eens dat wie een eind aan zijn leven maakt, zichzelf te kort doet. In het Fries is dat namelijk de uitdrukking voor iemand die zich suïcideert: *jinsel stekoart dwaan*. Op het moment dat je het slechtst in staat bent goed na te denken neem je de meest verstrekkende beslissing, vaak in eenzaamheid en diepe wanhoop. En nu zeggen we ook: wij willen deze patiënten hier niet *alleen* mee laten worstelen. Dan zouden wij hen immers ook tekort doen. Dat is wat ons drijft, dat niemand in eenzaamheid en wanhoop zich van het leven berooft.

We vlechten de visie en attitude van *Zero Suicide* steeds meer in de trainingen. We willen ons uiterste best doen om iemand erdoorheen te helpen. Als iemand een doodswens heeft, is er bijna altijd ook ambivalentie. Zolang iemand nog leeft mag je van die ambivalentie uitgaan, anders was die persoon al wel dood geweest. Daar willen we oog voor hebben en bij aansluiten.

Impressies inhoud trainingen

De deelnemers aan deze trainingen leren contact maken met de wanhoop van een patiënt. Ze leren hoe ze naar gedachten aan de dood kunnen vragen en hoe ze vervolgens respectvol en met empathie door kunnen vragen. Ons motto is: wees daarbij helder en concreet en gebruik liever geen verzachtende of verhullende woorden.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de reflex van hulpverleners om direct het probleem voor de cliënt op te willen lossen. In de training leren zij dat het luisteren naar de wanhoop al een belangrijke eerste stap is. Als de patiënt de wanhoop niet eerst kan delen, kan hij of zij vaak de hoop ook niet voelen. Ze leren het verhaal van de patiënt niet klein te maken. Een eerste vraag is dan ook: wat maakt u zo wanhopig? Om vervolgens ook te kunnen vragen: wat geeft u hoop?

Ook komen in de trainingen dilemma's aan de orde. Een voorbeeld: Als je bij een patiënt een stijgende lijn ziet, vraag je dan toch opnieuw naar zijn gedachten aan de dood? We bespreken dat het goed is er wel naar te vragen. Suïcidaliteit is een proces, de wanhoop is niet zomaar verdwenen. Dus vraag ernaar, zoals: 'Echt fijn dat het wat beter met je gaat. Ik ben benieuwd, zijn de

gedachten aan de dood nu helemaal verdwenen, of zijn ze er misschien ook nog?’

De organisatie van de trainingen

De organisatie van deze trainingen op het gebied van suïcidepreventie ligt binnen GGZ Friesland bij de opleidingsafdeling, het *Leerhuis*. De inhoudelijke sturing komt vanuit de stuurgroep. Jaarlijks nemen zo’n vierhonderdvijftig medewerkers deel aan een van de trainingen. GGZ Friesland beschikt over een groep van zo’n tien goed geschoolde en gemotiveerde trainers. Het zijn collega’s vanuit verschillende disciplines. Mooi is dat sinds kort ook ervaringsdeskundigen een bijdrage aan de scholingen leveren.

Een team dient zichzelf in te schrijven voor de EHBS. Een aandachtspunt voor ons is dat we er goed op blijven toezien dat ze zich daadwerkelijk inschrijven. Als iemand meerdere jaren geen bijscholing heeft gevolgd, dan heeft dat gevolgen voor zijn vaardigheid en daarmee voor de kwaliteit die nodig is in de behandeling van patiënten met suïcidaal gedrag.

De effecten

We houden periodiek een evaluatie van de EHBS-trainingen. De trainingen hebben positieve effecten op individueel- en op teamniveau. Bij de diagnostiek is meer aandacht voor suïcidaal gedrag. Collega’s tonen meer empathie voor en maken beter contact met mensen met suïcidaal gedrag. Alertheid van medewerkers komt de veiligheid van de cliënt ten goede. Na de trai-

ning zeggen de deelnemers vaak ongevraagd dat zij het een zeer waardevolle en belangrijke training vinden.

Tot slot

Andere GGZ-instellingen zijn welkom om bij GGZ Friesland informatie op te halen over het trainingsprogramma. We geven soms een train-de-trainer scholing bij andere instellingen. Tegen instellingen die overwegen een trainingsprogramma te starten, zou ik zeggen: training draagt bij aan terugdringing van het aantal suïcides. Uiteraard is het van belang daarnaast andere maatregelen te nemen en samen te werken met partners in de regio.

Als medewerkers geleerd hebben om te gaan met mensen met suïcidaal gedrag staan ze bij andere zaken vaak ook open om te leren.

De suïcidepreventie trainingen maken je werk mooier, intenser en dat is de schoonheid van het vak. Het is echt een aanwinst.

Het verhaal van Gertie: Als naaste samenwerken met een IHT⁹-team

Intro

Gerties echtgenote Inge kreeg in 2018 steeds sterkere gedachten aan de dood. GGZ Drenthe zette onder andere IHT in. Gertie vertelt over haar ervaringen als naaste met het IHT-team. (Zie ook het verhaal van Jeannet en Tessa.)

Historie

We zijn veertien jaar samen en hebben samen twee jonge kinderen. Al vanaf haar achttiende worstelt Inge met psychische klachten. Ze deed toen al eens een suïcidepoging. Ook bleek dat ze een dwangstoornis heeft. Er zijn sindsdien rustige periodes, maar ook periodes waarin ze erg in de knoop zit.

Inge zocht in 2018 contact met de GGZ omdat het niet goed met haar ging. In het intakegesprek prikten de hulpverleners gelukkig door haar façade heen en werd duidelijk dat zij suïcidale gedachten had. De situatie was ernstig. Er volgde een vrijwillige opname van zeven weken. Aansluitend kwam het IHT-team in actie. Het ging een aantal weken goed. Inge werd weer rustig in haar hoofd. Later verergerden haar klachten weer. Er volgde opnieuw een korte opname. Ze kwam er na die tweede opname heel krachtig uit. Ik dacht: we gaan weer de goede kant op, fijn.

⁹ Intensive Home Treatment

Vaak kan ze thuis haar dwang goed hanteren. ‘Ga maar even dwangen’, zeggen we dan. Het gaat echter verkeerd als de dwang met haar op de loop gaat en ze er geen controle meer over heeft.

Na de laatste opname eind 2018 ging het, met IHT-ondersteuning, drie maanden goed. Helaas diende zich in het voorjaar van 2019 opnieuw een ernstige crisis aan.

Het IHT-team

Een IHT-er komt dagelijks bij ons thuis; als het nodig is zelfs twee keer per dag. Het IHT-team zet drie hulpverleners in waar Inge een klik mee heeft. Elke dag vragen ze haar hoe sterk de suïcidale gedachten zijn (op een schaal van 1 op 10) en of ze nog veilig thuis kan zijn. Inge kan bij de IHT-ers haar verhaal kwijt. Dat lucht haar op.

We ervaren de 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.

Na de jongste crisis verwacht ik dat Inge langere tijd opgenomen zal blijven. Het IHT-team blijft gelukkig wel contact met ons houden. Dat doen ze heel goed.

Suïcidaliteit onderkennen

Ik hoorde van de IHT-er over Inges suïcidale gedachten. Dat kwam hard aan. Mijn volgende gedachte was: oké, wat nu? Je zit er middenin, ergens wist ik het wel, maar ik wist het ook niet.

Toen ik het hoorde was het net of alles wegzakte om me heen. Ik voelde: ik begrijp het niet, kan het niet bevatten.

Ik heb bij de suïcidaliteit niet voor mijzelf een verhaal gemaakt over wat het is. Dat deed ik wel met de dwang: je loopt vast in je hoofd en je ziet geen uitweg meer. Ik heb bewust niet gegoogeld omdat dat alleen maar een koud verhaal oplevert. Ik kies er nu voor om puur op mijn gevoel af te gaan. Dat werkt voor mij. Mijn gevoel over een dreigende crisis was elke keer raak.

Ik weet eigenlijk niet of ik er stress van heb. Ik ben er wel heel erg alleen mee. Ik snap dat mensen het niet snappen. Ik leef van moment tot moment. Op momenten van rust val ik meteen in slaap. Voor mij is het belangrijk Inge en de ziekte los van elkaar te blijven zien.

Op m'n werk reageren ze heel goed. Ze hebben oog voor mijn belasting. Ze geven me de ruimte. Ik zit nu wel weer beter in mijn energie en begin langzaam aan weer te werken.

Een crisis

Inges laatste crisis, een paar weken geleden, is de meest heftige die ik meegemaakt heb. Ik zag het aankomen en heb het IHT-team gebeld. Je geeft het uit handen, dat vind ik wel lastig.

Een van de IHT-ers vroeg zich af of Inge afscheid aan het nemen was en heeft dat tijdens een wandeling bij haar aangekaart. Ik vond dat eigenlijk niet zo'n goed idee. Mijn gevoel klopte want Inge is tijdens die wandeling ervandoor gegaan. Wij zijn allemaal gaan zoeken. De politie is er ook aan te pas gekomen. Gelukkig vonden we haar en vervolgens is ze opnieuw vrijwillig opgenomen.

In de ogen van Inge doe ik als partner in zo'n crisis alles verkeerd. Zij kon heel woest zijn op mij. Uit onmacht ging ze met dingen smijten. Ze zei dat ze wilde dat we haar keuze voor de dood respecteerden.

Eerst nam ik de dingen die Inge dan riep letterlijk. Nu kijk ik er anders tegen aan. Ik zie dat het uit onmacht gebeurt en kan het beter naast me neer leggen. Ik realiseer me dat Inge dan zo diep in de tunnel van haar gedachten dicht bij de dood is dat ze niet meer ziet wat haar lief is. Ze heeft onze beide kinderen gedragen, maar ze was het stadium voorbij waarin ze verbinding kon voelen.

Op weg naar behandeling

Inge is nu opgenomen om weer rustig te worden. We zien al weer lichtpuntjes en kunnen weer vooruit kijken. De hulpverleners zijn positief over haar vooruitzichten omdat dwanggedachten goed te behandelen zijn. De volgende stap is dan ook behandeling, maar daar is Inge nu nog niet stabiel genoeg voor. Een probleem is wel: er is een wachtlijst en daardoor kan de behandeling voor haar dwanggedachten pas in oktober starten. Het is erg jammer dat het in de zorg in Nederland zo werkt. Maanden geleden was ze er helemaal klaar voor om een behandeling te starten. Toen was ze heel sterk. Nu heeft de crisis haar weer onderuit gehaald. Ik ben nu overal aan het zoeken naar een behandelplek waar eerder plaats is voor haar.

Rol als naaste

Ik geef Inge vanzelfsprekend veel steun. Mijn drijfveer ligt bij de kinderen. Ik wil er alles aan doen zodat ik ze over tien jaar recht in de ogen kan kijken. Ik doe het ook voor ons huwelijk. Ik geloof erin dat het goed gaat komen. Inge is een vechter. Ik probeer alle ballen in de lucht te houden.

Samenwerking

De IHT-ers werken intensief met mij samen. Ik heb het gevoel dat de IHT-ers er voor het hele gezin zijn. Als mijn gevoel zegt dat het faliekant mis gaat, nemen ze me serieus. Belangrijk vind ik dat ze bij ons thuis komen en maatwerk leveren. Ze zetten in wat nodig is en er is geen wachtlijst. Ook met mij ontstond een vertrouwensband omdat we elkaar dagelijks zagen.

De IHT-begeleiding heeft Inge zeker geholpen. De IHT-ers waren een steun voor mij en ik was, denk ik, een steun voor hen. We hebben goed samengewerkt.

Onlangs is een van de IHT-ers nog weer langs geweest. We hebben wat er tijdens de laatste crisis gebeurde goed geëvalueerd. Een paar dagen later heeft zij mij er nog weer over gebeld.

Tot slot

Ik zou alle GGZ-instellingen aanraden een IHT-team te starten.

IHT is geschikt voor heel veel psychische klachten. Thuis zijn mensen het meest zichzelf; dan praat je makkelijker.

Het verhaal van Jeannet en Tessa: Vanuit de GGZ IHT¹⁰ inzetten bij suïcidepreventie

Intro

GGZ Drenthe zet IHT in om mensen in crisissituaties op te vangen. Jeannet en Tessa, beiden verpleegkundige, vertellen over de aanpak van het IHT-team. (Zie ook het verhaal van Gertie.)

Het IHT-team

Het IHT-team startte in januari 2017¹¹. IHT-zorg is in Drenthe 24/7 beschikbaar. We geloven er echt in dat IHT vaak de best mogelijke oplossing is. Uit onderzoek is bekend dat mensen thuis beter herstellen van psychische problemen. Dan is het wel nodig dat ze thuis behandeling krijgen. IHT zetten we breder in dan alleen bij suïcidaliteit. Laagdrempeligheid is een kracht van IHT.

Het IHT-team bij GGZDrenthe bestaat uit: zeven verpleegkundigen, zes sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, twee psychiaters, een psychiater in opleiding, een verpleegkundig specialist en een basisarts.

Scholing vinden we als IHT-team heel belangrijk. We doen elk jaar een herhaling van de PITSTOP (Professionals In Training to STOP suïcide). We hebben een ‘aandachtsfunctionaris’ voor suïci-

¹⁰ Intensive Home Treatment

¹¹ In heel Nederland zijn er zo'n 20 IHT-teams. Er is een landelijk platform dat onder andere meekijkt naar de kwaliteit. (zie: www.i-ht.nl).

depreventie die zorgt dat we op de hoogte blijven van nieuwe ontwikkelingen.

Ons uitgangspunt is: niet alleen op aannames werken, maar weten waar je naar moet vragen. Zorgen dat je niet handelingsverlegen bent.

De cliënten

In ons werk hebben we elke dag met suïcidaliteit te maken. Ongeveer evenveel mannen als vrouwen van achttien tot zestig jaar maken gebruik van de IHT. Bij 90% van onze cliënten speelt acute suïcidaliteit. Veel cliënten kampen met stemmingsproblemen, worstelen met suïcidaliteit of hebben een poging gedaan hun leven te beëindigen.

Het IHT-team werkt regelmatig met cliënten die al vaker te maken hebben gehad met een crisissituatie. Cliënten die in ernstige psychische nood raken én al ingeschreven zijn bij GGZ Drenthe kunnen ook gebruikmaken van de inzet van de verpleegkundigen van het IHT-team. De cliënt behoudt dan zijn vaste, reguliere behandelaar met als toevoeging IHT-ondersteuning. Dit voorkomt een extra moment van overdracht wat eventueel tot verhoging van het suïciderisico zou kunnen leiden.

De rol van IHT

We zetten IHT-medewerkers in bij crisissituaties. We houden de crisis binnen de perken en stabiliseren de cliënt.

IHT-begeleiding duurt in principe zes weken. Maar als er daarna geen vervolgbehandeling beschikbaar is door de wachtlijsten bij de poli's, sluiten we de IHT-zorg niet af.

Het IHT-team kent geen wachtlijsten. Als de huisarts in de ochtend belt, zetten we nog diezelfde dag IHT-zorg in. Huisartsen zijn belangrijke ketenpartners voor ons.

We bespreken bij aanmelding de cliënt in ons teamoverleg (MDO). We maken een inschatting over de noodzakelijke huisbezoeken. De regie van de zorg ligt bij het IHT-team.

Tijdens het intakegesprek met de cliënt komt de suïcidaliteit aan de orde. We hebben altijd aandacht voor naasten. We bespreken ook met hen de zorg die we bieden en stemmen af.

De IHT-begeleiding

Huisbezoeken staan in onze aanpak centraal. Bij cliënten die in een ernstige crisis zitten, heb je wel twee keer per dag contact. Dit kunnen we verschillend invullen, bijvoorbeeld met intensieve gesprekken afgewisseld met een wandeling. We vragen altijd naar suïcidaliteit. We passen als risicoanalyse de CASE-methodiek toe. Bovendien ga je op je intuïtie af, het 'niet pluis gevoel'. We vragen wel eens: als er medicijnen zouden zijn die jouw klachten weg zouden nemen, zou je dan ook nog dood willen? Meestal antwoordt de cliënt dan met nee.

Als we de suïcidaliteit methodisch uitgevraagd hebben en wij als verpleegkundigen inschatten dat de situatie voor de cliënt risicovol is, bespreken we dat met een behandelaar.

In onze gesprekken bieden we de cliënt structuur, nabijheid en hoop voor de toekomst. We streven ernaar present te zijn in het contact, vooral vanuit aandacht, nabijheid en betrokkenheid. Doordat we zonder oordeel luisteren kan er echt contact ontstaan. Het is voor cliënten vaak al een hele opluchting om de sui-

cidale gedachten te mogen uiten. Bij ons mag dat. Er over mogen en kunnen praten lucht al op. We letten ook op andere signalen van een doodswens. We krijgen veel te horen. Het hoort bij ons vak om dat te verdragen. Dit brengt verantwoordelijkheid met zich mee voor onze inschatting en voor wat we doen met de signalen die iemand geeft.

Van de andere kant is ook euthanasie bij ons bespreekbaar. Wij kunnen geen 100% garantie bieden dat iemand herstelt. Uiteindelijk respecteren we het als iemand echt niet meer verder wil. Wel zal onze boodschap altijd zijn: als je zo ziek bent, is het heel moeilijk een echt afgewogen keus te maken. Over dit soort situaties hebben we altijd uitgebreid overleg in ons team. Wij zijn trots op ons team! We hebben het druk en werken veel solistisch, maar sparren met een collega kan altijd, ook al is het laat op de avond.

Samenwerking met naasten

Samenwerking met naasten ontstaat bij IHT op een natuurlijke, vanzelfsprekende manier¹². Wij nemen de naasten bij de hand in het omgaan met hun suïcidale dierbare. Het hele gezin lijdt vaak mee. We betrekken de naasten er altijd bij, maar we moeten ons ook houden aan de privacywet. Dat is soms lastig. Jongeren en adolescenten worstelen geregeld met het delen van informatie met hun ouders. In principe betrekken we naasten er niet bij als de cliënt het echt niet wil. Maar we willen wel goed duidelijk krij-

¹² In het Handboek IHT is een hoofdstuk opgenomen over samenwerking met naasten (zie: www.i-ht.nl/handboek-ihht/).

gen wat er speelt. Meestal lukt het wel de deur op een kiertje te krijgen.

Soms zijn er zorgen over de draagkracht van de naaste. Zij zijn soms bang voor de suïcidale gedachten van hun geliefde. Ze zitten vaak met veel vragen. Waarom zijn die gedachten er?

We geven voorlichting over de ziekte en over suïcidaliteit. Je ziet dat de houding van de naasten verandert als ze zich realiseren dat suïcidaliteit meestal niet een bewuste keus van hun dierbare is. De kramp verdwijnt. Er ontstaat meer rust als je het erover kunt hebben.

Naasten zijn vaak ook een steun voor ons. Wij gaan weer weg, de naaste blijft. Naasten zien vaak al vroege signalen van een crisis. Ze kunnen ons altijd bellen.

Tot slot

Andere GGZ-instellingen die IHT willen inzetten, raden we aan de CASE-methodiek te gebruiken en verdieping te zoeken in het bredere kader van suïcidepreventie en van IHT.

In dit werk ben jij degene die bij een cliënt thuis is geweest en een inschatting heeft gemaakt. Dat vereist dat je aanspreekbaar bent op je verantwoordelijkheid. Dat is heel anders dan op een afdeling. Het zou goed zijn als elke verpleegkundige een periode ambulante werkt, omdat dat toch een ander licht werpt op je verantwoordelijkheid en het contact met naasten. Dat zou de kwaliteit van de zorg ten goede komen.

Het verhaal van Wilma: Als nabestaande met EMDR¹³ aan de slag

Intro

Veel nabestaanden van een suïcide hebben behoefte aan steun en begeleiding. Maar welke begeleiding helpt je? Wilma vertelt over haar ervaringen met EMDR bij het Expertise Centrum Trauma en Verlies. (Zie ook het verhaal van Jantien.)

Wat er gebeurde

Mijn man overleed in 2016 aan suïcide op vierenvijftigjarige leeftijd. Hij deed niet eerder een poging. Ook was hij niet opgenomen in de GGZ. Hij was zeer intelligent en prestatiegericht. Zijn werk vroeg veel van hem. Het ging al een tijd niet zo goed met hem. Hij was depressief.

Op enig moment zocht hij professionele hulp bij een gespecialiseerd instituut. Hij schrok van de diagnose die wees op een ernstige psychische aandoening. Ik herkende de uitkomst van de diagnose ook niet zondermeer. Ik dacht dat het meer de behoefte was om alles onder controle te houden, die hem dwarszat

De behandelaars schreven hem medicijnen voor maar die wilde hij eerst niet innemen. Toen de klachten toenamen heeft hij ze uiteindelijk toch genomen. Daarbij is hij echter niet goed bege-

13 Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

leid. Vier dagen later was hij dood. Ik denk dat de start met de medicijnen hem fataal werd.

Mijn man had het met niemand over eventuele suïcidale gedachten. Ik weet niet of hij die gedachten had. Ik denk dat de hulpverleners het ook niet wisten. De psycholoog had hem geleerd om bij lastige vragen tegen mij te zeggen: 'nu even niet'.

De hulpverleners hebben mij helaas niet betrokken bij hun begeleiding. Zelf heb ik wel contact met hen gezocht en gevraagd wat ik kon doen. De reactie was afstandelijk. Ik kreeg in februari het advies een cursus te volgen die in augustus zou starten. Toen was het al te laat.

Na het overlijden van mijn man heb ik een gesprek gehad met de psycholoog en de psychiater. De psychiater zei: als ik jouw verhaal eerder gehoord had, had ik het anders gedaan. Ze boden hun excuus aan. Toch bleef ik met het gevoel zitten: ik moet iets doen en heb toen een brief naar de klachtencommissie gestuurd. Vervolgens heb ik weer een gesprek gehad. Ook daarin werd toegegeven dat het anders had gemoeten. Ik vind het fijn dat ze beloofd hebben de procedures aan te passen zodat deze tragische afloop bij iemand anders misschien voorkomen kan worden. Maar ik ben nog steeds boos op de instelling.

Keus voor begeleiding

Ik heb zelf contact gezocht met het Expertise Centrum Trauma en Verlies. Vanaf het begin voelde het contact met Jantien, mijn psycholoog, goed. Ze begrijpt me en past bij mij.

Ik heb begeleiding gezocht omdat het voor mij een grote worsteling is hoe ik verder moet. Je snapt niet dat het gebeurd is. Hoe iemand dat kan doen. Ik voel me heel verdrietig. Maar boos

ben ik nooit op hem geweest. Voor hem moet het ook heel eenzaam zijn geweest. Ik heb diep, diep medelijden met hem.

Maandenlang was mijn lichaam niet mijn lichaam. Ik voelde het niet als ik liep. Veel geluid en mensen om me heen kon ik niet verdragen. Ik was vergeetachtig; kon me niet goed concentreren en was snel heel emotioneel. Ik kon zelfs niet tegen een natuurdocumentaire waarin een muis gedood werd. Ik had het gevoel: ik wil onder de dekens kruipen. Mensen die op je afkomen; wat moet je ermee? Ze zien mij als de vrouw van degene die dat gedaan heeft. Ik voel de ogen van mensen in de buurt in mijn rug prikken. Jantien noemde het een trauma.

De EMDR-sessies

De begeleiding begon met enkele gesprekken over mijn situatie en hulpvraag. Op basis daarvan besloot ik met EMDR aan de slag te gaan. Jantien legde mij uitgebreid uit wat EMDR is.

We werkten niet met de vingerbeweging, maar met piepjes in mijn oor die elkaar afwisselden van links naar rechts. Het werkte goed. Ik heb zes sessies met EMDR gedaan.

Ik ging in gedachten naar de nare beelden toe. Jantien vroeg me: wat zie je, wat voel je, wat denk je. Dat deden we in één sessie een aantal keer bij hetzelfde beeld.

Ik ging naar de situatie waarin mijn man in de vroege ochtend een eind aan zijn leven maakte. Ik heb hem ontelbare keren in mijn hoofd in die situatie zien staan. Het waren heel nare beelden, die ik zelf maakte want ik was er niet bij. Hij was in ons vakantiehuisje omdat het daar rustig is en die rust hem meestal goed deed. De politie kwam mij hier thuis vertellen wat er gebeurd was.

Voortzetting therapie

Na de EMDR-sessies ben ik bij Jantien in therapie gebleven. Want de vraag was: wat nu, de rest van mijn leven moet nog komen? De gesprekken geven een houvast. Ik mag het daar over hem hebben. Ik vind haar erg prettig. Voel me gehoord. Zij is iemand bij wie je kunt gaan zitten en huilen.

Ik wil verder. Ik doe nu weer alles wat ik voeger ook deed, maar mijn man is bij zoveel dingen gewoon onvervangbaar. Ik hou bijvoorbeeld veel van klassieke muziek, zoals de Mattheus. Ik heb van Jantien geleerd er wel heen te gaan; een duidelijke keus te maken voor mezelf. Ik moest tijdens de uitvoering huilen. Het houdt me niet meer tegen om te gaan.

De mensen om mij heen geven me aandacht, maar zijn ook weer met andere dingen bezig. Ik heb ook veel steun van collega's op mijn werk in de ziekenhuisapotheek. Ik ben wel korter gaan werken en ben nog steeds extreem moe na een werkdag.

Effecten van de behandeling

Ik werd na de EMDR-sessies rustiger. Ik kan de vervelende beelden nu parkeren. Ik hoef er niet langer continu aan te denken. Als ze zich toch aandienen, kan ik snel weer aan iets anders denken. Dat akelige moment staat niet meer op de voorgrond. Ik heb meer energie. Ik wil weer leven.

Na de eerste EMDR-sessie dacht ik wel: is dit het dan? Ik kon me niet voorstellen dat deze therapie zo veel invloed heeft. Maar dat blijkt pas later. Ik ben er verbaasd over dat het maar zo kort

hoeft te duren. Ik vind het ook wel een beetje beangstigend dat het buiten je wil om gebeurt.

Tot slot

De rouwbegeleiding van Jantien met EMDR, samen met onze gesprekken, ervaar ik als een grote steun. Ik ben blij dat ik bij haar terecht ben gekomen.

Het verhaal van Jantien: EMDR¹⁴ inzetten bij rouwverwerking na een suïcide

Intro

Nabestaanden van een suïcide hebben soms te maken met complexe rouw of een trauma. Psycholoog Jantien Piekstra vertelt hoe zij hen terzijde staat met EMDR. (Zie ook het verhaal van Wilma.)

Het Expertisecentrum Trauma en Verlies

In 2018 richtte ik samen met een collega een expertisecentrum op dat gespecialiseerd is in traumaverwerking en begeleiding bij complexe rouw. Sinds eind vorig jaar zijn wij gevestigd in Groningen als Expertisecentrum Trauma en Verlies (ECTV).

Ik heb veel gewerkt met nabestaanden van slachtoffers van moord, van verkeersongelukken en met achterblijvers bij een vermissing. Ik specialiseerde me gaandeweg steeds meer in vraagstukken van trauma en verlies. Daarbij werk ik samen met Jos de Keijser van de Rijksuniversiteit in Groningen.

Hoewel veel psychologen aan traumabehandeling doen, bleek er minder aanbod te zijn voor de combinatie van trauma en rouw. Nabestaanden met complexe rouw gaven vaak aan al lange tijd op zoek te zijn naar de juiste hulp. Ik besloot daarom me verder te specialiseren in de combinatie van trauma en rouw.

¹⁴ Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Onze wachtlijst laat zien dat er veel behoefte is aan dit soort begeleiding. We werken samen met ervaringsdeskundigen van de Stichting Herstelproces. Zij leveren een bijdrage aan de behandeling of overbruggen de periode waarin een cliënt op de wachtlijst staat.

Trauma en rouw bij nabestaanden van een suïcide

De meeste nabestaanden, die zich aanmelden bij het ECTV, hebben een trauma opgelopen door een gebeurtenis die onverwacht en gewelddadig was of waar een taboe op rust en schaamte mee gepaard gaat.

Jaarlijks melden zich bij het ECTV meerdere nabestaanden van een suïcide voor behandeling. Ze hebben te maken met gestagneerde rouw, angst, paniek, depressieve klachten of een post-traumatische stress stoornis (PTSS). Bij PTSS hebben ze last van: herbelevingen, opdringerige beelden, nachtmerries, hyperalertheid of prikkelbaarheid. Zij hebben vaak te maken met opdringerige beelden van hun overleden dierbare vlak voor of na de suïcide.

Om niet overspoeld te raken door emoties, vermijden mensen met complexe rouw vaak bepaalde situaties, personen of voorwerpen. Zij gaan bijvoorbeeld niet naar de begraafplaats. Soms klampen zij zich ook juist bovenmatig vast aan hun overleden dierbare, om maar niet de realiteit van het verlies onder ogen te hoeven zien.

Gecomplieerde rouw is anders dan normale rouw. Rouw is in principe een normale reactie op een groot verlies en gaat gepaard met verdriet, pijn (ook fysiek), wanhoop, somberheid, boosheid, schuldgevoelens, negatieve gedachten en soms ook

opluchting. Nabestaanden die in mijn spreekkamer komen maken zich soms zorgen over hun reactie op het verlies. Door in gesprek te gaan ervaren zij vaak al veel opluchting. Gevoelens van verdriet en gemis kunnen we als psycholoog niet wegneemen. Daar zijn we heel open over om eventuele verkeerde verwachtingen van de therapie te voorkomen. Pas als de rouwreacties meer dan een jaar na het overlijden van de dierbare nog even sterk aanwezig zijn en het leven en functioneren van de nabestaande negatief beïnvloeden, is er sprake van een rouwstoornis.

Wanneer een verlies onverwacht of gewelddadig is, zoals (vaak) bij suïcide, is er een groter risico op complexe rouw of op het ontwikkelen van andere psychische klachten. Bij nabestaanden van suïcide spelen gevoelens van schuld en schaamte vaak een grote rol en soms ook (angst voor) eigen suïcidaliteit. Zij ontwikkelen soms kort na het verlies PTSS-klachten, een angststoornis of een depressie. Dit maakt de lijdensdruk nog groter dan die al is. Deze klachten kunnen ook het rouwproces verstoren en zo het risico op complexe rouw vergroten. In de behandeling werken we er bij het ECTV aan deze klachten te verminderen zodat er weer ruimte komt voor normale rouw.

De plaats van EMDR in een therapie

EMDR is bij ons meestal ingebed in een bredere therapie waar ook cognitieve gedragstherapie deel van kan uitmaken. Ik start bij een nieuwe cliënt met enkele intakegesprekken, waarin ik de klacht en de hulpvraag inventariseer en een diagnose stel. We bekijken welke vormen van behandeling passend zouden kunnen

zijn voor het verminderen van de klachten. Dat komt in het behandelplan.

Als er sprake is van PTSS-klachten, is EMDR bijna altijd een onderdeel van het plan. Vaak kunnen we al snel na de intake starten met EMDR. Soms is het nodig om de cliënt eerst meer vertrouwd te maken met zijn of haar emoties en om te leren emoties toe te laten.

De stappen bij EMDR¹⁴

De therapeut vraagt de cliënt om aan de belastende beelden, gedachten en gevoelens terug te denken. Eerst gebeurt dit om informatie over de traumatische beleving te verzamelen. Daarna om het verwerkingsproces te starten.

De therapeut vraagt de cliënt om de gebeurtenis opnieuw voor de geest te halen. De therapeut combineert dit met een afleidende stimulus (de hand van de therapeut die heen en weer beweegt of geluiden die afwisselend links en rechts te horen zijn).

De therapeut bouwt de sessie op in 'sets' (series) van deze stimuli.

Na elke set neemt de cliënt even rust.

De therapeut vraagt de cliënt welke gedachten naar boven komen. Vaak komt er een stroom van gedachten en beelden op gang, maar soms ook van gevoelens en lichamelijke sensaties.

De therapeut vraagt de cliënt na elke set wat de meest opvallende veranderingen in zijn of haar beleving zijn. Daarna volgt een nieuwe set.

De sets leiden er langzamerhand toe dat de herinnering zijn kracht en emotionele lading verliest. De cliënt kan steeds rustiger aan de oorspronkelijke gebeurtenis terugdenken. In veel gevallen veranderen ook de herinneringsbeelden zelf. Ze worden waziger of kleiner. Er ontstaan soms

¹⁴ Zie bijvoorbeeld: www.emdr.nl

spontaan nieuwe gedachten of inzichten die een andere, minder bedreigende betekenis aan de gebeurtenis geven. Zo krijgt de schokkende ervaring steeds meer een plek in de levensgeschiedenis van de persoon.

In de eerstvolgende sessie bespreken we hoe het de cliënt vergaan is na de EMDR en checken we hoe de cliënt het beeld nu ervaart. Indien nodig behandelen we nogmaals hetzelfde beeld. Soms is de emotionele lading al sterk verminderd of zelfs afwezig. We gaan dan zo nodig met een volgend beeld aan de slag. In principe houden we wekelijks een sessie.

Effecten van EMDR

Na een EMDR-sessie kan de cliënt enkele dagen wat nawerking ervaren, zoals vermoeidheid, dieper slapen en meer dromen, maar je ziet ze ook ontspannen. Ze hebben het gevoel dat er een last van hun schouders is gevallen. Ze kunnen met veel minder spanning terugdenken aan de nare gebeurtenissen. Er is weer ruimte in het brein. Als therapeut en als cliënt is dat bijzonder om mee te maken.

Cliënten ervaren EMDR over het algemeen als een intensieve maar zeer effectieve therapie omdat ze snel van traumatische beelden afkomen. Er ontstaat weer ruimte voor het normale rouwproces.

Omdat er niet veel wordt gepraat, ervaren sommige cliënten EMDR als een wat afstandelijke vorm van therapie. Het interne proces is echter veel belangrijker dan de interactie met de therapeut. Dit interne proces krijgt bij EMDR alle ruimte.

Tot slot

Als je als nabestaande van een suïcide last hebt van opdringende, nare of beangstigende beelden of herinneringen, is het zeker de moeite waard om te onderzoeken of EMDR een geschikte therapie voor je zou kunnen zijn.

113 zelfmoord preventie

Stichting **113** Zelfmoordpreventie is de nationale organisatie voor preventie van suïcide. Onze missie is een land, waarin niemand eenzaam en radeloos sterft door zelfmoord. Wij zijn ervan overtuigd dat er jaarlijks honderden suïcides meer kunnen worden voorkomen wanneer zelfmoord beter bespreekbaar is en de zorg innovatiever en menselijker wordt georganiseerd.

Het idee voor **113** Zelfmoordpreventie is ontstaan uit het besef dat op spreken over zelfmoord nog steeds een taboe rust. Dit, terwijl praten juist zo essentieel is voor suïcidepreventie. Via www.113.nl en **0900-0113** biedt **113** verschillende vormen van contact en behandeling aan. Je kunt gratis en anoniem praten of chatten over je gedachten aan zelfmoord. Een kortdurende online therapie via chat of e-mail bij een psycholoog volgen kan ook.

Uniek is dat professionele hulpverleners intensief samenwerken met meer dan 150 vrijwilligers van **113** zelf maar ook met die van Sensor. Zij bedienen 24/7 de crisistelefoon en de crisis-chatlijn en kunnen hulpvragers direct doorverbinden met professionals.

113 staat aan de kant van het leven en probeert te zoeken naar een uitweg uit de wanhoop. Religieuze of ideologische achtergronden spelen geen rol. Geschat wordt dat we met de huidige bezetting tientallen, wellicht honderden levens per jaar redden en veel suïcidepogingen helpen voorkomen.