

Verborgen kracht, zichtbare verhalen

Nabestaanden over een suicide



Verhalenbundel 2016
Ivonne van de Ven Stichting

Colofon

© Ivonne van de Ven Stichting

Redactie tekst Desirée Bekker, Communicatieadviseur
Vormgeving Angélique Kersten

Uitgeverij aquaZZ Arnhem | www.aquazz.com



Eerste druk 2016

ISBN 978 94 91897 82 5

NUR 402, 740, 749

Ook te downloaden als PDF
www.ivonnevandevenstichting.nl

Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Copyright en overige rechten blijven voorbehouden aan de Ivonne van de Ven Stichting. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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 je uit je verhaal over een suïcide of suïcidaliteit van jezelf of iemand in je directe omgeving met ons te delen. Op onze website www.ivonnevandevenstichting.nl tref je de Monitor aan die je daar handvatten voor biedt.

Er is een Monitor voor:

- Nabestaanden
- Naasten (mensen die een suïcidale persoon in hun directe omgeving steunen)
- Suïcidale mensen zelf

Ook in 2017 bundelt de Ivonne van de Ven Stichting deze verhalen weer en brengt ze naar buiten om de suïcidepreventie in Nederland te versterken.

Inhoudsopgave

	Voorwoord	7
1	Inleiding	9
2	Verhalen verbinden geeft kracht	11
	• Vergelijkbare verhalen	11
	• Hulp uit de directe omgeving	15
	• Professionele hulpverlening	16
	• Verbetersuggesties voor een krachtige hulpverlening	20
3	Verhalen van nabestaanden	25
	• Het verhaal van Mariël	27
	• Het verhaal van Yvet	32
	• Het verhaal van Maria	34
	• Het verhaal van Willemien	36
	• Het verhaal van David	41
	• Het verhaal van Hanneke	46
	• Het verhaal van Arend	49
	• Het verhaal van Lian	51
	• Het verhaal van Renske	54
	• Het verhaal van Merel	57
	• Het verhaal van Wies	60
	• Het verhaal van Niels	62
	• Het verhaal van Johanna	64
	• Het verhaal van Irma	71
	• Het verhaal van Anneke	73
	• Het verhaal van Margje	75
	• Het verhaal van Wilma	77
	• Het verhaal van Christina	81

Ik ben verdwaald in het verdwalen.....

Voorwoord

'Ik ben verdwaald in het verdwalen' schreef mijn zus, Ivonne van de Ven, in haar afscheidsbrief in 1997.

Ivon kon haar weg niet meer vinden. Een weg die niet eenvoudig was geweest, een zoektocht naar vrede en harmonie in haar leven. Een tocht waar velen haar hebben proberen te helpen. Deze wanhopige zoektocht, van mijn zus en de mensen om haar heen, zie ik terug in alle verhalen die mensen met ons gedeeld hebben. Een vaak eenzame, wanhopige tocht, ook voor familie en vrienden.

De kracht van familie en vrienden die te maken krijgen met suïcide blijft vaak verborgen. Het omgaan met de wanhoop en het onuitputtelijke verdriet van een naaste maakt stil. Stil hopen op lichtpuntjes, stil verwerken van tegenvallers. Stil op zoek naar hulpverlening die met je mee loopt op dit pad vol diepe kuilen dat je niet kent en waar je de weg kwijt raakt. Stil verwerken van je eigen verdriet en je frustratie om wat niet lukt.

De verhalen in deze bundel maken dit zichtbaar. Herkenbare verhalen, vergelijkbare verhalen. Juist in de verbinding van deze verhalen ligt de kracht van deze bundel. Een natuurlijk en elementair proces. Het maakt zichtbaar waar verbetering mogelijk is. En dat is het doel van de Ivonne van de Ven Stichting. Het voornemen is dan ook om elk jaar een verhalenbundel als deze uit te geven. Om te verbinden en te verbeteren.

Lidwien van de Ven

1

Inleiding

Voor u ligt de Verhalenbundel 2016 van de Ivonne van de Ven Stichting. Over suïcide wordt meestal geschreven vanuit het perspectief van hulpverleners. Deze verhalenbundel kiest het perspectief van de nabestaanden. Zo wordt zichtbaar wat anders verborgen zou blijven.

Achttien nabestaanden vertellen in hun eigen woorden hun verhaal over de worsteling van de persoon die is overleden en over de zorg die de overleden persoon ontving van hulpverleners, van familie en van vrienden. Zij delen hun ervaringen over wat goed ging en wat beter zou kunnen.

De verhalen zijn verzameld met de Monitor van de Ivonne van de Ven Stichting. De Monitor biedt nabestaanden van een suïcide, naasten die voor een suïcidale persoon zorgen en (ex) suïcidale mensen zelf de kans om hun verhaal te vertellen (zie: www.ivonnevandevenstichting.nl).

De namen van de vertellers zijn veranderd en duidelijk traceerbare feiten zijn weggelaten, evenals de gehanteerde methode. We hebben de verhalen soms wat ingekort of samengevat. De betrokkenen hebben de Ivonne van de Ven Stichting toestemming gegeven om hun verhaal in deze bundel op te nemen.

Met onze verhalenbundel richten we ons tot:

- *Suïcidale mensen, hun naasten of nabestaanden.*

Het biedt hen herkenning van hun worsteling en hopelijk helpt het hen om assertief te vragen om passende hulp.

- *Directies van zorginstellingen, politici en beleidsmakers.*
Zij vinden hierin aanknopingspunten voor suïcidepreventie.

- *Professionals in de hulpverlening.*

De bundel biedt inspiratie om te gebruiken in de dagelijkse praktijk en om met elkaar het gesprek aan te gaan over betere suïcidepreventie.

- *Ieder ander die privé of op het werk geconfronteerd wordt met een suïcidaal persoon.*

Zij vinden hierin informatie die kan helpen om er realistisch mee om te gaan.

De Ivonne van de Ven Stichting spant zich in om suïcidepreventie in Nederland te verbeteren. Er sterven in Nederland jaarlijks ruim 1850 mensen door suïcide*.

Suïcide is in veel gevallen te voorkomen. De mensen die actief zijn in de Stichting hebben zelf meegemaakt hoe verschrikkelijk het is als je dierbare door suïcide overlijdt en je het gevoel hebt dat het anders had gekund.

* Wij gebruiken het woord 'suïcide' omdat het een neutraal woord is; andere woorden die hetzelfde betekenen: zelfmoord of zelfdoding.

2

Verhalen verbinden geeft kracht

Achttien verhalen die nabestaanden verbinden. Achttien verschillende verhalen maar met vergelijkbare elementen. Over hoe het is om samen te leven met iemand met ernstige psychische klachten en suïcidale gedachten. Over de worsteling en wanhoop, maar ook over moed en volharding om je dierbare te helpen om uit het dal te komen. Over ervaringen met het zoeken naar hulp en met de hulpverlening, uit de directe omgeving en professioneel. Deze zichtbare verhalen vatten we in dit hoofdstuk samen. Achttien verhalen die zaken (hopelijk) gaan verbeteren. De nabestaanden hopen met hun deel van het verhaal bij te dragen aan het krachtiger maken van de (professionele) hulp voor suïcidale mensen. De suggesties die zij hiervoor doen, zijn in dit hoofdstuk op een rij gezet.

Vergelijkbare verhalen

Wat er aan de de hand was

De nabestaanden zeggen dat ze geen helderheid hadden over wat er speelde. Zij zien wel dat de betrokkene psychische ziek is en daardoor voor hen moeilijk bereikbaar is, maar de suïci-

daliteit blijft voor de omstanders ongrijpbaar. Soms praat de betrokkene er openlijk over, in andere gevallen in bedekte termen of helemaal niet.

Uit de verhalen van de nabestaanden spreekt een gevoel van machteloosheid. Allemaal worstelden ze met de vraag welke betekenis aan de suïcidaliteit te geven en hoe het bespreekbaar te maken. Zij zoeken naar duiding. Slechts een enkeling zegt: ‘We dachten dat het aandacht trekken was.’

Opvallend is dat bij geen van hen die duiding ligt in de sfeer van ‘een keus die je nu eenmaal moet respecteren’. Zij zien daarvoor te goed dat de betrokkene in een tunnel van wanhoop en pijn terecht is gekomen.

Zelf hulp en steun bieden

Ook vroegen de nabestaanden zich vaak af hoe zij konden helpen. Zij worstelden met de vraag wat zij het best hadden kunnen doen om de suïcidale persoon af te houden van een fatale daad. De nabestaanden waren in de meeste gevallen intensief betrokken bij hun psychisch zieke naaste. De zorg voor hun familielid bepaalde vaak hun leven.

Motiveren voor professionele hulp

De nabestaanden spanden zich in om hun naaste te bewegen om professionele hulp te zoeken. Zij verwachtten veel van die hulpverlening. In de meeste verhalen vroeg de suïcidale persoon – vaak na lang aandringen van familie en vrienden – uiteindelijk zelf inderdaad om hulp.

Samenwerking steunnetwerk en professionals

Gezien de zorg en aandacht die familie en vrienden voor de zieke persoon hebben, lijkt het voor de hand liggend dat de professionele hulpverleners daarbij aansluiten en een bondgenootschap met de naasten aangaan. Meestal gebeurt dit echter niet en soms gebeurt het tegendeel. Hulpverleners sturen dan bewust aan op meer afstand tussen de suïcidale persoon en zijn of haar steunnetwerk. Daarmee versterken ze ongewild de levensbedreigende situatie waarin de suïcidale persoon zich bevindt en handelen niet conform de richtlijnen (MDR-DBSG) van hun beroepsgroep.

Passende professionele hulp

De verwachting die de nabestaanden (en de suïcidale personen zelf) hebben van de hulpverlening wordt in de beschreven gevallen niet waar gemaakt. In de beleving van de nabestaanden blijken de hulpverleners zich vaak geen raad te weten met de suïcidaliteit. Er lijkt sprake te zijn van handelingsverlegenheid. Deze achttien nabestaanden hebben er ernstige twijfels over of de suïcidaliteit voldoende aandacht kreeg en bespreekbaar was en of er een passende behandeling is ingezet. Hoewel ze vaak hun best hebben gedaan om de overleden persoon te bewegen om professionele hulp te zoeken, zijn de nabestaanden achteraf negatief over hun ervaringen met de hulpverleners.

De vertellers

De verhalen in deze bundel zijn verteld door achttien nabestaanden (vijftien vrouwen en drie mannen) en gaan over een suïcide die zij van heel dichtbij hebben meegemaakt. Zij verwoorden hun persoonlijke ervaringen en waarnemingen als partner, ouder, kind, broer, zus of vriend.

De overleden personen

De door suïcide overledenen zijn negen mannen en negen vrouwen, waarvan zeven tussen de 20-30 jaar, acht tussen de 30-50 jaar en drie ouder dan 50 jaar.

	man	vrouw	totaal
20-30 jaar	2	5	7
30-50 jaar	7	1	8
50 > jaar		3	3
totaal	9	9	

Meestal hadden zij een betaalde baan of studeerden. Enkelen leefden van een uitkering. Ze woonden verspreid over Nederland. Bij de meesten is een ziekteproces voorafgegaan aan hun dood. In enkele gevallen kwam de suïcide als een volkomen verrassing voor de naasten. De meeste verhalen gaan over recente suïcides: dertien van na 2010, vijf van daarvoor.

Ze gaan over personen met psychische klachten en depressiviteit. Soms in combinatie met andere klachten, zoals borderline of autisme. Sommige verhalen laten treffend zien hoe vreselijk wanhopig en uitgeput deze suïcidale mensen zich

voelden. De nabestaanden beschrijven hen als gevoelig en kwetsbaar.

Ook hadden deze mensen met voor hen zeer moeilijke situaties in hun omgeving te maken zoals een huwelijks crisis, een mislukt high school year, complexe familierelaties of onzekerheid over werk en inkomen.

Vaak was er sprake van een lange lijdensweg met ups en downs en terugkerende depressiviteit en suïcidaal gedrag. In ongeveer de helft van de gevallen heeft de suïcidale persoon al een eerdere poging gedaan.

Sommige suïcidale personen praatten er openlijk over, anderen gaven alleen vage hints of verzwegen hun suïcidale gedachten bewust.

Hulp uit de directe omgeving

In de meeste gevallen hebben familie en vrienden van de suïcidale persoon min of meer intensief hulp en steun geboden. Familie en vrienden worstelen met de vraag hoe te handelen. Zij zoeken daarin naar advies van en samenwerking met zorginstanties. Terugkijkend op hun inspanningen zeggen de meeste nabestaanden: ‘We hebben gedaan wat we konden’.

“Ik kan met een goed geweten zeggen dat ik alles heb geprobeerd wat in mijn macht lag om de suïcide van mijn vrouw te voorkomen, een jaar lang.”

“Familie en goede vrienden waren er voor hem en spraken met hem. Zij hebben ook specialistische hulp voor hem gezocht.”

“Ik ben dagelijks met mijn dochter in gesprek geweest. Ik heb zoveel mogelijk geprobeerd haar de hulpverlening in te krijgen, maar helaas zonder resultaat. Ik voelde me enorm machteloos.”

“Als ik terugkijk op de hulp die wij zelf aan mijn moeder gaven, dan overheerst een gevoel van machteloosheid; dat wij niet wisten hoe we haar konden helpen.”

Professionele hulpverlening

Intake

Suïcidaliteit vraagt om acute aandacht en hulp. In de beschreven gevallen lijkt daar in de intake onvoldoende rekening mee gehouden te zijn. Er is gewerkt volgens trage standaardprocedures en soms moesten intakes weer opnieuw, waardoor het lang duurde voor de stap naar behandeling werd gezet.

Nabestaanden waren destijds niet betrokken bij de intake. Waardevolle informatie blijft zo buiten beeld. Zij (en mogelijk ook de suïcidale persoon zelf) zijn vaak niet geïnformeerd over de uiteindelijke diagnose. Voor zover zij achteraf wel inzicht in de diagnose krijgen, blijkt dat deze hulpverleners soms de suïcidaliteit van de betrokkene niet benoemd hebben. Bezien vanuit de richtlijn (MDR-DBSG) van de beroepsgroepen van hulpverleners is dit een ernstige nalatigheid.

“De intake moest opnieuw gedaan worden omdat de ingevulde intakeformulieren zoek waren.”

“Mijn vrouw, die om hulp vroeg, is gedurende een jaar steeds weer naar een andere afdeling of instelling verwezen met ook steeds weer een nieuw intakegesprek, tot wel tien keer toe. Toch leidde dat niet tot een sluitende diagnose, wat haar wanhoop vergrootte; ze had immers gevraagd om behandeling maar bleef in de diagnosefase steken. Gevolg was een fatale suïcide.”

“De psycholoog vond de diagnose erg belangrijk. En ja, hij moest ook iets meer weten natuurlijk. Mijn broer zelf en wij herkenden de diagnose niet, maar wat deed dat er toe. Doe iets! dachten wij.”

“In mijn geval zijn bij de intake geen contactgegevens van ons als familie genoteerd.”

Behandeling

De behandelfase beleefden de nabestaanden, nog meer dan de intake, als een ontoegankelijk en onzichtbaar gebied. Omdat de nabestaanden hun hoop op de professionals gevestigd hadden, keken ze in eerste instantie juist niet kritisch naar de geboden hulp. Gaandeweg sloeg deze positieve houding echter om.

In het behandeldoel kreeg het suïcidale gedrag geen belangrijke plaats. Ook duidden hulpverleners het suïcidale gedrag meerdere malen als een cognitief keuzeprocess en incidenteel zelfs als ‘manipulatie’. Met deze niet adequate duidingen leggen zij de verantwoordelijkheid – ook in een diepe suïcidale crisis – bij hun cliënt. De nabestaanden vertellen dat in de interactie tussen therapeut en cliënt warmte en empathie

soms ontbraken. Medicatie werd soms afgebouwd of juist weer opnieuw gestart zonder de nodige zorg voor de veiligheid van de suïcidale persoon.

Uit sommige van deze achttien verhalen spreekt dat de organisatie van de zorg niet soepel is verlopen, zoals: deuren open op de gesloten afdeling, wisselende hulpverleners, afzeggen van afspraken.

“De psycholoog adviseerde me in alle rust te reageren, mijn man te vertellen dat hij zelf moest weten welke keus hij zou maken, maar dat ik niet wilde dat hij overging tot suïcide. De psycholoog duidde het suïcidale gedrag van mijn man als manipulatie en raadde mij aan er niet in mee te gaan.”

“Getriggerd door de hulpverleners ging mijn dochter wat meer afstand nemen van ons als ouders. Bij de laatste depressie was er van haar kant een aarzeling om zich al te zeer aan ons vast te klampen. Ze zei dat ze immers niet voor niets in een kliniek was geweest om van ons los te komen. Het gevolg was dat ze er helemaal alleen voor stond.”

“Er is helemaal geen hulp geboden, de hulp faalde, de hulpverleners keken met een gekleurde bril, het was chaos in de instelling, de contacten met de GGZ-instelling waren traumatisch voor mijzelf.”

“Er is geen samenwerking geweest met de hulpinstellingen: geen gesprek, geen steun, ik werd niet betrokken.”

“Tijdens een opname zijn de antidepressiva afgebouwd om daarmee te bereiken dat mijn dochter ‘meer ging voelen’ en de hulpverleners met hun therapeutische repertoire meer greep op haar kregen. Later, bij de start met nieuwe antidepressiva tijdens een volgende suïcidale crisis, is er geen rekening mee gehouden dat in eerste instantie een verergering van de klachten op kan treden. De veiligheid van mijn dochter werd niet geborgd. Het liep fataal af.”

“Ik voelde me als echtgenoot buitenspel gezet. Ik heb toen contact gezocht met de familievertrouwenspersoon van de GGZ-instelling en een klacht ingediend.”

“De hulpverleners zeiden in een suïcidale crisissituatie pas iets te kunnen doen als mijn vrouw verantwoordelijkheid nam voor de eigen gezondheid. Zij legden het initiatief voor een interventie bij haar.”

Nazorg voor nabestaanden

Over de nazorg na de suïcide is in deze verhalen beperkt verteld. In een aantal gevallen is er een gesprek geweest tussen nabestaanden en medewerkers van de GGZ-instelling. Of is er een schriftelijke evaluatie opgesteld. In één geval bieden de hulpverleners hun excuses aan. In drie van de achttien gevallen laat de GGZ-instelling niets van zich horen na de suïcide.

“We hebben zelf een schriftelijke evaluatie opgesteld en het initiatief genomen deze te bespreken met de instelling. De directeur reageerde in eerste instantie

afhoudend maar heeft er uiteindelijk na een aantal gesprekken wel enkele lessen uit getrokken”

“Pas nadat we een klacht ingediend hadden, kwam het verzoek van de instelling om als nabestaande een schriftelijke evaluatie te leveren.

“Een interne evaluatie, die de GGZ-instelling ons toegezegd had, ontvingen we pas na een half jaar.”

Verbetersuggesties voor een krachtige hulpverlening

De nabestaanden benoemen in hun verhalen de volgende verbetersuggesties voor de professionele hulpverlening en de samenwerking met het steunnetwerk van naasten.

Samenwerking steunnetwerk van naasten en hulpverleners

- Bondgenootschap tussen het steunnetwerk en professionele hulpverleners. Veel meer ‘samen’, dan handelen vanuit twee verschillende werelden.
- Naasten meer betrekken bij de intake, diagnose en behandeling.
- Ondersteunen van de draagkracht van naasten; de band tussen kinderen en ouders en tussen partners waarderen en benutten.

- Het beleggen van een familieberaad: wie kan wat doen, waar is behoefte aan? Samen met de hulpverleners een plan opstellen en een vangnet maken om te zorgen dat de cliënt de beste zorg kan krijgen in een liefdevolle omgeving.

Organisatie

- Gesprekken met de suïcidale persoon voeren op een laagdrempelige locatie, bijvoorbeeld in de thuissituatie of tijdens een wandeling.
- Goed zicht houden op de aan- en afwezigheid van cliënten. Strikt omgaan met de regels van een gesloten afdeling.
- Dezelfde hulpverlener bij dezelfde suïcidale persoon.
- Het aanwijzen van een casemanager op elk zwaar geval.
- Na een eerste suïcidepoging de betrokkene permanent monitoren.
- Begeleiding van suïcidale personen door daartoe specifiek geschoolde suïcidepreventie therapeuten.

Intake

- Een intake (en diagnose) waarin echt geluisterd en met een open blik gekeken wordt. Openlijk praten over (eventuele) suïcidaliteit en met empathie daarop doorvragen. Klachten en suïcidale gedachten serieus nemen.
- Niet als vervanging van een echt gesprek een anti-suïcide contract inzetten.
- Afspraken maken over een bondgenootschap van hulpverleners met het steunnetwerk en de betrokkenheid van de naasten in het gehele traject.

- Tijdens de intake duidelijke afspraken maken over wat verwacht kan worden van een gesloten afdeling.
- Bij de intake altijd contactgegevens opnemen van familieleden.

Behandeling

- Een vertrouwensband opbouwen met de cliënt en begrip en warmte tonen. Goed luisteren en goed doorvragen.
- Prioriteit geven aan het weg komen bij het piekeren, de wanhoop, de suïcidale gedachten.
- De eigen kracht van de cliënt waarderen en versterken.
- De cliënt leren hoe met de eigen kwetsbaarheid te leven zonder schaamte.
- Medicatie, indien nodig, gedurende langere tijd handhaven. Eventueel permanent.
- Bij medicatiegebruik (de eerste weken) de cliënt samen met het steunnetwerk intensief in de gaten houden en niet alleen laten.
- Bij een terugval een proactieve opstelling vanuit de hulpverleners door zelf contact te maken met de cliënt. In crisissituaties het steunnetwerk van naasten alarmeren en met hen samenwerken. Openstaan voor signalen van naasten.
- Suïcidale cliënten in een omgeving plaatsen die hen ondersteuning en veiligheid biedt en waar snel een behandeling gestart kan worden.
- De suïcidaliteit (spoedeisend) loskoppelen van eventuele psychische klachten die hieraan ten grondslag liggen (langdurige behandeling).

Afsluiting en nazorg voor de nabestaanden

- Wanneer een cliënt niet meer komt, als hulpverlener contact opnemen en uitzoeken wat de reden is.
- Na een suïcide ruimte maken voor een gesprek met de nabestaanden over verloop en toedracht.
- Een schriftelijke evaluatie vragen vanuit de visie van de nabestaanden en hierover in gesprek gaan om er mogelijk van te leren.
- Inspectie van de Gezondheidszorg betrekken bij de evaluatie van een suïcide.

3

Verhalen van nabestaanden



Het verhaal van Mariël

Intro

Mijn echtgenoot is in 2014 op 34-jarige leeftijd om het leven gekomen door suïcide. Hij had op dat moment een betaalde baan.

Wat er gebeurde

Mijn man liep na de geboorte van onze kinderen tegen een kwetsbaarheid in zichzelf aan, die denk ik te maken had met zijn opvoeding en zijn relatie met zijn ouders. Hij was snel ongeduldig, boos en geïrriteerd wanneer de kinderen (voor hem zonder reden) huilden of schreeuwden. Hij ontdekte dat hij moeilijk met emoties van anderen en van zichzelf om kon gaan.

Hij vond het vreemd hoe mijn ouders er voor ons waren, ons ondersteunden en regelmatig langskwamen. Hij vond dat ik 'de vuile was niet buiten mocht hangen'.

Ik was echter bij de vele life-events in ons leven (brand, inbraak, een ongeluk, gezondheidsproblemen) erg blij met de ondersteuning van mijn ouders (zowel praktisch als sociaal-emotioneel).

Er ontstond een crisis in ons huwelijk. Hij beseftte dat ik niet gelukkig was en dat ik de kinderen wilde beschermen. Ik wilde voorkomen dat zij een soortgelijke opvoeding kregen als hij zelf heeft gehad. Op het moment dat ik bespreekbaar maakte dat het beter was dat we uit elkaar gingen, zijn de suïcidale

gedachten begonnen. Hij zei: “Als jij er niet meer bent, hoeft het leven voor mij niet meer”.

Eerst deed mijn man een poging. Zo'n vier maanden later vond de uiteindelijke suïcide plaats. Op het moment dat hij zich realiseerde dat ik werkelijk wegging, heeft hij zijn gedachten omgezet in de daad.

Professionele hulp

Ik had psychologische hulp in het kader van mijn revalidatietraject na het ongeluk. Mijn thuissituatie baarde mij echter meer zorgen. Ik besloot dan ook die te bespreken met mijn psycholoog. Deze gaf aan dat hij graag het verhaal ook eens van de kant van mijn man wilde horen. Toen ik dat met mijn man besprak, werd hij aanvankelijk boos: het lag allemaal aan mij, volgens hem. Uiteindelijk gaf hij toch toe.

Na een gesprek samen concludeerde de psycholoog dat mijn man inderdaad psychologische hulp nodig had. Hij stelde dat mijn man problemen ondervond die waren ontstaan vanuit zijn opvoeding. Een echte diagnose is niet ter sprake gekomen.

Mijn man heeft vervolgens twee individuele sessies met de psycholoog gehad. Hij kreeg voorafgaand aan het gesprek een huiswerkopdracht: beschrijf wat jouw opvoeding gevoelsmatig met jou heeft gedaan.

Na de eerste sessie kreeg hij te horen de opdracht niet goed te hebben gedaan en deze voor de volgende sessie opnieuw te moeten doen, waarbij hij meer zijn gevoelsleven moest beschrijven.

De ochtend van de eerste suïcidepoging hadden we samen een vervolggesprek bij de psycholoog. Maar door een huiselijk conflict, die ochtend, vertrok mijn man en dreigde met suïcide. Hij kwam tegen mijn verwachting in niet naar de afspraak.

Ik heb toen alleen met de psycholoog gepraat. Ik heb aangegeven dat mijn man weg was met de mededeling dat wij hem nooit meer terug zouden zien.

De psycholoog heeft tijdens die sessie aan mij verteld hoe ik om kon gaan met deze bedreiging met suïcide. Hij adviseerde dat ik mijn man maar op één manier kon helpen: door in alle rust te reageren, hem te vertellen dat hij zelf moest weten welke keus hij zou maken, maar dat ik niet wilde dat hij overging tot suïcide.

De psycholoog gaf ook aan dat mijn man mij manipuleerde en dat ik hier niet in mee moest gaan. Hoewel ik me afvraag in hoeverre er daadwerkelijk op dat moment sprake was van (bewuste) manipulatie, hebben het gesprek en de tips en adviezen mij persoonlijk wel gesterkt. Ik voelde me minder machteloos en had nu concrete tips (van een professional) hoe ik moest reageren. Mijn man wilde na zijn suïcidepoging en op basis van zijn ervaring in de eerste sessies niet meer terug naar de psycholoog. Het hielp hem niet.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Ik denk dat de psycholoog onvoldoende heeft ingeschat hoe mijn man zich werkelijk voelde. Naar gedachten over suïcide en dergelijke heeft hij naar mijn weten niet geïnformeerd. In mijn optiek: een gemiste kans ...

In mijn visie heeft de psycholoog zich onvoldoende op mijn man afgestemd en onvoldoende de tijd genomen om vertrouwen op te bouwen. De behandeling is te snel ingezet. Het tonen van begrip (met warmte), goed luisteren en doorvragen zijn van groter belang als het uiten van allerlei invullingen door de behandelaar. De tijd nemen om iemand beter te leren kennen, alvorens huiswerkopdrachten te geven.

Gesprekken speelden zich af in de spreekkamer van het ziekenhuis. Een meer laagdrempelige locatie stelt iemand in veel gevallen meer op zijn gemak, bijvoorbeeld door gesprekken te voeren in de thuissituatie en/of een wandeling buiten te gaan maken.

Wanneer een cliënt niet meer komt, is daar een oorzaak voor. In dit geval is hier nooit naar geïnformeerd. Het is mij te makkelijk om het direct af te laten weten.

Ik dacht bij een psycholoog in het ziekenhuis op de juiste plek te zijn. Immers, daar zullen ze toch zeker voldoende opgeleid zijn.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn man heeft ook hulp gehad uit zijn directe omgeving namelijk van mij, van mijn vader en van zijn tweelingzus. Ook een vriendin van mij heeft een luisterend oor geboden.

Op de dag van zijn eerste poging voelde ik me heel sterk en krachtig na het gesprek met de psycholoog. Hij had me gewaarschuwd me niet te laten manipuleren door mijn man, want daar zou ik hem immers niet mee helpen. Ik voelde me opgelucht dat ik eindelijk mijn grens aan had gegeven en even letterlijk en figuurlijk afstand kon nemen. Ik stond al een hele periode altijd voor hem en zijn lastige gedrag klaar. Nu wilde ik eerst naar mijn werk gaan en in de avond er voor hem zijn. Ik belde die dag nog wel een paar keer naar huis. Mijn vader was daar en hij zei dat mijn man rustig was.

Bij thuiskomst die avond trof ik mijn man echter zeer emotioneel aan. Voor het eerst zag ik hem echt huilen en hij zei: “Als ik jou niet meer heb, raak ik alles en iedereen kwijt. Ik heb helemaal niemand en voel me zo alleen”.

Vier maanden later en zo'n twee weken voor de uiteindelijke suïcide, waren we met een verbouwing bezig, waardoor ik

met de kinderen bij mijn ouders of in een vakantiehuisje zat. In die periode werkte hij overdag voor zijn werkgever en bij thuiskomst aan de verbouwing. Waarschijnlijk heeft hij toen zijn suïcidale gedachten omgezet naar concrete plannen. Op een avond kwam ik nog wat ophalen uit huis en vroeg hij me nog even wat te komen drinken. Ik heb dat niet gedaan omdat ik op tijd naar bed wilde. Dit zijn situaties waarvan ik later dacht: had ik dat maar wel gedaan. Ook had ik toen misschien beter kunnen letten op signalen; echter dat was me op dat moment niet helder.

Tot slot

Ik heb het gevoel dat er nog steeds een enorm taboe rust op het bespreken van suïcide. Het praten over en het doorleven van mijn ervaring heeft mij enorm geholpen. Ik hoop hiermee mijn steentje te kunnen bijdragen, waardoor suïcidepreventie en hulpverlening aan nabestaanden van suïcide wordt verbeterd en het meer uit de taboesfeer komt. Ik ben van plan er in mijn eigen praktijk ook meer op te focussen.

Het verhaal van Yvet

Intro

Mijn oudste zoon is in 2015 toen hij 20 was om het leven gekomen door suïcide. Hij studeerde. Ik zelf was toen 47 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zoon kreeg na een voor artsen onverklaarbare coma van een dag last van depressiviteit. Voorafgaand aan de suïcide had hij al enige maanden te maken met suïcidale gedachten en heeft hij eenmaal een poging tot suïcide gedaan. In een gesprek met z'n tweeën over zijn suïcidale gedachten gaf hij aan het na 20 jaar van dit leven gezien te hebben; het was voldoende. Hij gaf aan niet langer te willen leven, niet omdat hij het slecht had maar omdat het klaar was.

Professionele hulp

Mijn zoon sprak wekelijks met een psycholoog van de GGZ. Begin 2015 is hij met een IBS (Inbewaringstelling) gedwongen opgenomen op een gesloten afdeling van een GGZ-instelling. Daar heeft hij na enkele dagen een eind aan zijn leven gemaakt.

In onze ogen is er maar weinig hulp geboden en is hij in de steek gelaten door de GGZ-instelling. Zo hadden de hulpverleners onvoldoende tijd voor mijn zoon, ze zorgden niet voor zijn veiligheid en namen hem niet serieus. Toen onze zoon tijdens de IBS aangaf de enorme spanningen niet meer te kunnen verdragen, hebben de hulpverleners de verantwoor-

ding voor een oplossing bij hem zelf neergelegd, door hem zelf te laten nadenken hoe hij van deze spanningen af kan komen of ze kon verminderen. Dat heeft hij dus gedaan.

De hulpverleners hebben ons als ouders op geen enkel manier betrokken bij de behandeling van onze zoon. Er is door de professionele hulpverleners helemaal geen samenwerking gezocht met de familie. Wij als ouders hebben driemaal de behandelend psycholoog gebeld dat het erg slecht ging met onze zoon. We kregen als antwoord dat wij ons kind los moesten laten en er niet zo bovenop moesten zitten.

Wat kan er beter in de professionele hulp

De behandelaars zouden de familie moeten betrekken bij de behandeling zodat er als een team gewerkt kan worden. Er moet meer overleg plaatsvinden met de familie. Er moet veel beter geluisterd worden naar de patiënt.

Hulp uit de directe omgeving

Familie (vader, moeder, tantes, ooms) en goede vrienden hebben met hem gesproken en gezorgd dat ze er voor hem waren. Familie heeft uiteindelijk ook specialistische hulp voor hem gezocht. Er is uit alle macht gewerkt om hem te helpen maar hij liet ons geen van allen toe om hem te helpen. Hij zei altijd: “Het komt wel goed”, om ons als naasten gerust te stellen. De familie heeft veel moeite gehad om met de suïcidale gedachten van mijn zoon om te gaan.

Tot slot

Met de kennis die wij nu hebben vinden wij dat de GGZ-hulpverlening in Nederland nog veel te wensen overlaat.

Het verhaal van Maria

Intro

Mijn dochter is in 2014 toen ze 26 jaar was overleden door suicide. Zij leefde op dat moment van een uitkering. Zelf ben ik 49 jaar en werkend.

Wat er gebeurde

Mijn dochter was depressief, had last van achtervolgingswaan en zeer waarschijnlijk had ze borderline. Ze heeft lange tijd bedreigd zichzelf van het leven te beroven. Een eerdere poging heeft ze nooit gedaan. Ze was moe, wilde niet meer en was dit leven helemaal zat. Heeft meerdere keren aangegeven dat ze er helemaal doorheen zat.

Professionele hulp

Mijn dochter is tweemaal gedwongen opgenomen wegens psychische klachten. Helaas werd zij beide keren na vier dagen weer vrijgelaten waardoor ze niet de hulp heeft gekregen die ze had moeten krijgen. Ze had contact met een maatschappelijk werker, maar die heeft niet in de gaten gehad hoe ernstig ze eraan toe was. Ik heb met de psychiater gesproken tijdens haar opnames maar ook die onderkende het probleem niet. Mijn dochter was er een kei in voor te doen alsof alles goed ging. Als ik terugkijk op de hulp die mijn dochter gehad heeft, dan zie ik daar eigenlijk weinig positieve punten in. De hulpverleners gaven mijn dochter bijvoorbeeld geen duidelijke informatie, sloten niet aan bij haar behoefte,

toonden niet echt interesse in haar, gebruikten een taal die zij niet begreep, namen haar niet echt serieus en zorgden niet goed voor haar veiligheid. Er is geen samenwerking geweest tussen de hulpinstellingen en mij: geen gesprek, geen steun, ik werd niet betrokken. Ik kijk met een zeer slecht gevoel terug op de hulp van de instanties. Naar mijn idee hebben ze helemaal geen hulp geboden.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er moet geluisterd worden naar de patiënt en de naasten. Vooral de naasten hebben veel informatie waar een psycholoog mee aan de slag kan. Helaas is mij verteld dat ze uitgaan van de informatie van de patiënt zelf. En als deze niet echt mee wil werken dan blijft de zorg achter.

Hulp uit de directe omgeving

Ik ben dagelijks met mijn dochter in gesprek geweest. Ze heeft ook hulp gekregen van de wijkagent. Ze voerde veel gesprekken met hem. Ik heb zoveel mogelijk geprobeerd haar de hulpverlening in te krijgen maar helaas zonder resultaat. Ik voelde me enorm machteloos. Verder hield mijn hulp in: haar financiële administratie overnemen en zorgen dat ze niet verder in de problemen zou komen. Wat een belasting was voor mij omdat mijn zorgen alleen maar groter werden. Ook bleef ik regelmatig bij haar slapen omdat ze bang was alleen in huis te zijn. Dagelijks uit mijn werk door naar mijn dochter voor gesprekken, boodschappen en vooral veel luisteren. Mijn andere dochter was de enige die zich net zo'n zorgen maakte als ik. De rest van familie en vrienden dachten dat het een schreeuw om aandacht was en het wel los zou lopen allemaal.

Tot slot De zorg moet beter!

Het verhaal van Willemien

Intro

Mijn moeder is in 2012 om het leven gekomen door suïcide. Zij was toen 65 jaar en net met pensioen. Ik was toen 38 jaar en maatschappelijk werkster van beroep.

Wat er gebeurde

Mijn moeder had de laatste vijf jaar van haar leven in meer of mindere mate te maken met suïcidale gedachten. Zij heeft mijn zus daarover verteld, mij niet. Ze zei tegen mijn zus dat ze nare gedachten had en meerdere keren op een gevaarlijke locatie heeft gestaan. Helaas vroeg ik zelf niet door. Een psycholoog raadde me aan dat ook vooral niet te doen. Ik moest volgens deze psycholoog vooral dochter voor haar zijn. Wel raadde dezelfde psycholoog me aan om te stimuleren dat mijn moeder voor deze suïcidale gedachten naar een psycholoog zou gaan.

Ongeveer vijf jaar voor haar dood kreeg mijn moeder te maken met overgevoeligheid voor geluid en oorsuizen. Ze had daar heel veel last van en vond het ondragelijk. Ze sloeg zich er door heen met hulp van mijn vader. Echter: dat was een zware belasting voor hen. Er ontstond een neerwaartse spiraal. De antidepressiva die ze op een bepaald moment ging gebruiken, versterkten de gedachten aan suïcide. Daarbij speelde ook de hooggevoeligheid van mijn moeder een rol; medicatie kwam daardoor sterk bij haar binnen.

Vlak voor haar overlijden zat mijn moeder weliswaar op een gesloten afdeling van een GGZ-instelling, maar die was minder gesloten dan verwacht. Ze is daar ‘ontsnapt’ en (bleek na reconstructie) rechtstreeks naar een locatie gelopen waar ze een eind aan haar leven maakte.

Professionele hulp

Mijn moeder had al enige tijd begeleiding van een psycholoog. Toen de suïcidale gedachten de overhand namen en ze bijna een poging had gedaan, heeft ze zich vrijwillig laten opnemen in een GGZ-instelling. Dat was vijf weken voor haar overlijden.

Bij de intake in de instelling was er niet een voor ons heldere diagnose over wat er met mijn moeder aan de hand was. Soms werd gezegd dat ze te maken had met diepe rouw; een andere keer dat ze depressief was. Pas na haar dood begreep ik dat ze depressief was en hoorde ik dat haar vraag aan de instelling was: “Ik wil niet dood, maar ik kan zo niet blijven leven; help mij!” Als reden van opname noteerde de hulpverlener: *suïcidaliteit, ondanks aanwezigheid van een steunsysteem*. Dat was naar mijn idee goed ingeschat.

Mijn moeder werd geplaatst op een gesloten afdeling. In de GGZ-instelling kreeg ze individuele gesprekken met een psycholoog en een psychiater. Bovendien samen met haar man gesprekken met een maatschappelijk werker.

Hoewel ze opgenomen was op een ‘gesloten’ afdeling was ze toch vaak thuis: de eerste drie weken zowel overdag als in de avonden en de weekenden. Ze was meer thuis dan op de afdeling. Twee dagen voor haar dood mocht ze nog zelfstandig weg.

Het opgesloten zitten tussen wat zij noemde ‘de gekken’ versterkte haar negatieve gevoel van falen en alles verliezen. “Daar zit ik nu dan”, zei ze.

Op de ‘gesloten’ afdeling is pas na twaalf uur (!) ontdekt dat mijn moeder weg was; pas toen is er actie ondernomen. Eerst is er ook nog een verkeerd signalement afgegeven naar de politie.

Achteraf hoorde ik ook dat bij de opname geen naam van een familielid of contactpersoon werd genoteerd. Dat vind ik een grove fout.

Verder is de afronding van de hulp naar ons toe ronduit slecht geweest. Wij hebben geen bloemetje gehad; niets. Wij hebben de GGZ-instelling gevraagd een rapport te maken. We wilden tussentijds geen contact om dat rapport niet te beïnvloeden. Dit rapport kwam een half jaar later! De instelling had helaas geen meldingsplicht bij de Inspectie van de Volksgezondheid.

Wat kan er beter in de professionele hulp?

Een eenvoudig maar belangrijk verbeterpunt is dat de GGZ-instelling contactgegevens opneemt van de familie. De wijze waarop aan de opname invulling werd gegeven, had beter gekund omdat ze meer thuis was dan op de gesloten afdeling. Beter is als er duidelijke afspraken gemaakt worden over wat verwacht kan worden van de gesloten afdeling.

Een volgend verbeterpunt is dat het regel zou moeten zijn dat de instelling weet of iemand wel of niet binnen is.

Ik heb als naaste enorm gesprekken met ons als netwerk gemist. Ik denk dat haar dat had kunnen helpen. Het kan zoveel beter, bijvoorbeeld door het beleggen van familiebe raad: wie kan wat doen, waar is behoefte aan? Ondersteuning bieden vanuit de professionals. Samen met de hulpverlening een plan op stellen en een vangnet maken om te zorgen dat zij de beste zorg kon krijgen in een liefdevolle omgeving.

Er werd onvoldoende op gelet dat medicatie in eerste instantie kan leiden tot verergering van de depressiviteit en suïcidale gedachten. Daarom is een verbeterpunt dat bij medicatiegebruik (de eerste zes weken) iemand verhoogd in de gaten wordt gehouden.

Ook is het nodig dat een GGZ-instelling kort na een suïcide ruimte maakt voor een zorgvuldige afronding met de naasten, een schriftelijke rapportage opstelt en de Inspectie van de Volksgezondheid erbij betreft.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn moeder had behoefte aan duidelijkheid, vastigheid, zekerheid en de liefde van mijn vader. Ze had een enorm netwerk; mensen die allemaal wilden helpen, maar niet wisten hoe of de verantwoordelijkheid niet konden dragen. Mijn moeder logeerde in de periode dat ze ziek was wisselend bij mensen: vrienden, familie en haar gezin. Mensen kwamen langs, belden et cetera.

Ik zelf vond het moeilijk de balans te vinden tussen zorgen voor mijn eigen gezin en voor mijn moeder. Ik werd door emoties overspoeld en wist niet hoe ik haar het best kon helpen. Ze hield hulp soms ook af. Iedereen worstelde hier mee.

Als ik terug kijk op de hulp, die wij zelf aan mijn moeder gaven, dan overheerst een gevoel van machteloosheid dat wij niet wisten hoe wij haar konden helpen. Wij hoopten dat zij op de gesloten afdeling veilig zat en rust zou vinden. Wij hadden er geen goed gevoel bij maar wisten niet hoe we haar wel konden helpen.

Wat wij als direct betrokkenen deden en wat de professionele hulpverleners deden, stond los van elkaar. Er was geen enkele samenwerking tussen mij en de hulpverleners.

Tot slot

Ik heb verdriet dat ik toch niet doorgevraagd heb hoe zij zich voelde maar, zoals de psycholoog adviseerde, over andere zaken sprak. Of dat beter was weet ik ook niet. Ik doe mee aan deze Monitor van de Ivonne van de Ven Stichting om mijn ervaringen met de zorg te delen. Ik zie dit als een kans om te laten weten wat ik gemist heb en wat volgens mij beter kan.

Het verhaal van David

Intro

Mijn vrouw is op 38-jarige leeftijd in 2015 overleden door suïcide. Zij had een baan. Ik zelf was toen 39 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn vrouw was enkele maanden voor haar overlijden suïcidaal. Haar klachten begonnen plotseling, ongeveer een jaar voor haar overlijden, ze stortte van het een op het andere moment in en er werd destijds in eerste instantie van een ernstige overspannenheid/burn-out uitgegaan.

Mijn vrouw heeft, voordat het haar fataal werd, meerdere keren een poging gedaan. Nadat zij was ingestort werd haar wanhoop steeds groter. Uiteindelijk formuleerde ze het zo dat ze wel kon genieten van bepaalde momenten, maar dat de pozen daar tussen te zwaar waren.

Uiteindelijk is haar twaalfde suïcidepoging gelukt, ruim een jaar nadat ze om hulp vroeg. We bereidden toentertijd een euthanasietraject voor op basis van ondraaglijk psychisch lijden. Ze kon daar niet meer op wachten en vertelde mij gaandeweg dat het niet meer ging, dat ze niet meer kon.

Professionele hulp

Mijn vrouw had een eerdere depressieve episode van enkele maanden gehad, zo'n 10 à 15 jaar terug. Daarvoor heeft zij behandeling gekregen bij een psychologe. En na enkele

groepsgesprekken werd zij genezen verklaard. Wel gebruikte ze nog steeds een lage dosis antidepressivum.

Vlak voor haar klachten in alle hevigheid losbarstten, had de huisarts een verdubbeling van de dosis Fluoxetine voorgeschreven en had ze enkele gesprekken met een psychologe. Mijn vrouw vroeg dus vanaf het begin om hulp. Ze liet zich vrijwillig opnemen en gaf doorlopend aan dat ze individuele gesprekken met een psychiater wilde (en op basis van eerdere ervaringen geen groepsgesprekken).

Na de start van haar eerste ernstige klachten is ze via de huisartsenpost naar de crisisdienst gebracht (intake 1).

Na drie dagen kwam ze echter weer thuis. En na een gesprek met haar psycholoog werd ze meteen weer naar de crisisdienst van de plaatselijke GGZ gestuurd, die haar echter naar het ziekenhuis doorstuurden (intake 2).

Van daaruit kwam ze na een week weer thuis met een doorverwijzing naar de GGZ op zak. Daar vond na twee weken een intakegesprek plaats (intake 3).

Omdat er geen behandelplaats was, werd ze doorverwezen en opgenomen in een andere instelling (intake 4). Daar werd zij met een IBS gedwongen opgenomen, maar toch overgeplaatst naar de GGZ waar eerder geen plaats was (intake 5). Daar vond een week later – op de gesloten afdeling – de eerste suïcidepoging plaats. Op die afdeling werd niet behandeld alleen gestabiliseerd. Er was op korte termijn geen zicht op een behandelplek.

Met een andere afdeling van dezelfde instelling volgde opnieuw een intake gesprek (6). Daar vond (ongeveer twee maanden na de start van de problemen) een eerste psychologisch onderzoek plaats. De uitslag zou twee tot zes weken later komen, werd gezegd. Mijn vrouw had toen al drie suïcidepogingen gedaan.

Vier maanden na de eerste opname verhuisde mijn vrouw van een gesloten afdeling naar een open afdeling op een andere locatie (intake 7). Pas toen kwam de uitslag van het psychologische onderzoek beschikbaar, die er op neer kwam dat de hulpverleners zich er geen raad mee wisten. Er werd een diagnostische opname van vier weken voorgesteld als mijn vrouw zover was dat ze 'de verantwoordelijkheid voor haar eigen gezondheid kon nemen'.

Met deze uitslag vervloog bij mijn vrouw alle hoop op hulp. Het gevolg was een crisis en weer een IBS en terugplaatsing op een gesloten afdeling. Mijn vrouw zegde officieel het vertrouwen in de behandelende arts op; er kwam een nieuwe behandelende arts (intake 8).

Ik dreigde de behandelende arts met een klacht en eiste meer betrokken te worden bij de behandeling van mijn vrouw. Enkele weken later vond er een intakegesprek plaats bij de kliniek voor de diagnostische opname (intake 9). De volgende dag bleek echter dat er eerst twee weken crisisopvang plaats zou vinden, voorafgaand aan de diagnostische opname (intake 10).

Mijn vrouw had inmiddels zes pogingen gedaan. Er was na een jaar nog geen sluitende diagnose en geen behandeltraject in zicht. De hulpverleners boden onvoldoende hulp die aansloot bij de behoefte van mijn vrouw; ze waren niet helder in hun communicatie, hadden onvoldoende tijd en waren niet goed bereikbaar.

Er waren in het hele proces meerdere artsen en hulpverleners betrokken. In de eerste fase hebben zij de kritieke fout gemaakt mijn vrouw elke hoop te ontnemen. Toen wilde ze niet meer behandeld worden; ze wilde uit de mallemolen ontsnappen. De artsen die later kwamen, hebben hun uiterste best gedaan voor zover hun functie en het GGZ-systeem dat

toestond. Maar de behandelende arts was maar beperkt beschikbaar (een half uur per week). En dan kwamen daar ook nog regelmatig spoedopnames tussen, waardoor een onervaren arts in opleiding de gesprekken overnam.

De hulpverleners hebben mij volstrekt onvoldoende betrokken bij de behandeling van mijn vrouw. Er werd een kunstmatige afstand gecreëerd. Pas na veel moeite vonden gesprekken plaats tussen mij en de hulpverleners. We hadden geen idee waarom mijn vrouw niet werd geholpen. En wat er aan de hand was.

Dat ik samen met onze tweeling van drie jaar met de situatie geconfronteerd werd en geen begeleiding op wat voor manier dan ook kreeg, vind ik onbegrijpelijk. Vooral de kinderen hadden een grotere rol kunnen spelen. In plaats daarvan kwam Bureau Jeugdzorg om de hoek kijken – vanwege een suïcidale moeder – en werd het contact met de kinderen bemoeilijkt.

Ik heb meerdere gesprekken met verschillende familievertouwenspersonen van de GGZ-instelling gevoerd. Een klacht lag klaar, maar toen overleed mijn vrouw.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Suïcide vereist spoedeisende hulp. De huidige GGZ plaatst mensen als mijn vrouw in een ongezonde omgeving waar geen behandeling plaats vindt. Hier ligt een gat in de zorg; de hulpverlening schiet te kort zowel voor suïcidale personen als voor naasten. De suïcidaliteit (spoedeisend) dient los gezien te worden van eventuele psychische klachten die hieraan ten grondslag liggen (langdurige behandeling).

Een oplossing zou kunnen zijn: begeleiding door geschoolde suïcidepreventie therapeuten. Dat komt de kwaliteit van de GGZ ook ten goede omdat een suïcidale patiënt in een groep

de rust kan verstoren. Op basis van deze inzichten ben ik betrokken bij de ontwikkeling van een HBO-opleiding Suicide-therapeut.

Hulp uit de directe omgeving

Alle betrokkenen hebben zoveel mogelijk begrip getoond, zijn bij mijn vrouw op bezoek gegaan en hebben met haar over haar klachten gepraat. Ze was er open over, sloot zich niet af. We waren er voor haar. We deden wat we konden. Ik kan met een goed geweten zeggen dat ik alles heb geprobeerd wat in mijn macht lag om de suïcide van mijn vrouw te voorkomen, ruim een jaar lang. Op het laatst heb ik – in overleg met haar moeder – haar laten gaan, de situatie was onhoudbaar geworden. Ze kon niet meer.

Tot slot

Als je op deze manier geconfronteerd wordt met falende hulpverlening kun je twee dingen doen: klachten indienen of je steentje bijdragen aan verbeteringen. Het laatste is positiever en constructiever. Mijn inzet is dat het verhaal van mijn vrouw mensen met soortgelijke problemen gaat helpen. Ik wil dat het een eyeopener wordt voor de GGZ. Mijn vrouw zou dat gewild hebben, zij zei: *“You have to talk about the elephant in the centre of the room”*.

Het verhaal van Hanneke

Intro

Een goede vriendin van mij is in 2016 op 28-jarige leeftijd overleden door suïcide. Zij had een betaalde baan in de hulpverlening. Ik ben zelf 27 jaar en werk in de GGZ.

Wat er gebeurde

Mijn vriendin worstelde sinds kort met psychische klachten, maar zij had nooit een eerdere poging tot suïcide gedaan. Wij zochten elkaar vaak op en deelden veel met elkaar. De laatste weken voor haar overlijden, had zij steeds meer depressieve klachten. Niet kunnen slapen 's nachts, weinig energie overdag, slapen overdag, geen sociale contacten meer onderhouden, weinig eetlust en gevoelens van leegte. Zij had minder dan een maand voor het haar fataal werd te maken met suïcidale gedachten. Zij sprak daar echter niet over. Zij heeft maar één enkele keer laten vallen dat ze een plan had om haar leven te beëindigen tijdens een gesprek met haar huisarts, een aantal dagen voor haar dood.

Vanuit haar familie had ze te maken met een complexe situatie. Haar broer met (psychische) beperkingen woont in een instelling. Haar ouders hebben een ingewikkelde relatie en de contacten met haar tweelingbroer lopen niet zoals zij zou willen. Dit alles deed haar veel verdriet. Zij was degene die de zorg voor haar broer op zich nam en voor hem open stond wanneer hij behoefte had aan een gesprek. Hij stuurde haar

berichten met zijn woede uitbarstingen, angsten en dergelijke wat belastend was voor haar.

Professionele hulp

Mijn vriendin heeft helemaal geen professionele hulp van de GGZ gehad. Wel had ze contact met haar huisarts en de huisartsenpost. Daarnaast sprak zij al ongeveer een jaar met een coach en deelde zij met die coach haar problemen rondom haar complexe familiesituatie, maar ook haar eigen onzekerheden en de dilemma's waar ze mee worstelde.

De laatste week stond ze open voor hulp vanuit de GGZ; het aanmeldformulier had zij al ingevuld. De hulpverleners (huisarts en coach) hebben mij niet betrokken bij de zorg voor mijn vriendin. Wel heb ik met mijn vriendin een aantal keren gesproken over haar gesprekken met haar coach. Ook na de suïcide hebben de hulpverleners geen contact met mij gezocht. De huisarts heeft haar man en haar familie wel opgevangen. Dit vind ik opmerkelijk omdat de huisarts als enige wist van de suïcidale gedachten/ plannen van mijn vriendin.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Sommige dingen kunnen beter, andere gaan al goed in de professionele hulp. Op basis van deze ervaring met mijn vriendin zie ik als duidelijke verbeterpunten: als huisarts meer uitvragen wat de klachten precies zijn, de tijd voor iemand nemen en de klachten serieus nemen. Niet alleen maar medicijnen (antidepressiva en slaapmedicatie) voorschrijven, een aanmeldformulier voor de GGZ laten tekenen en de patiënt weer naar huis laten gaan. Beter was geweest als de huisarts had getoetst welke momenten voor mijn vriendin cruciaal konden zijn, zodat hij een betere inschatting had kunnen maken of het een acute hulpvraag was waarbij bijvoorbeeld een crisis-

dienst vanuit de GGZ ingeschakeld kan worden. Ook had hij kunnen afspreken binnen een tijdsbestek van een paar dagen te toetsen wat de medicijnen doen. Bovendien had hij dan een inschatting kunnen maken of de hulp voldoende was of dat intensievere en acute hulp nodig waren.

Niemand weet of dit uiteindelijk had geholpen, maar ik denk wel dat daar nog verbeterpunten liggen. De meeste mensen komen eigenlijk pas bij een huisarts wanneer het al langere tijd niet goed gaat.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn vriendin kreeg hulp uit haar directe omgeving. Zij verbleef de laatste weken niet meer in haar eigen woonplaats, maar bij haar ouders in Brabant. Daar kreeg zij hulp en steun van haar ouders, haar man en schoonouders. Met haar moeder en haar man heeft ze gesproken over haar klachten. Ik heb contact gehad via WhatsApp. Eerst reageerde zij daar nog wel op. Later niet meer. Ik had er geen goed gevoel bij, maar ik wilde mij niet opdringen.

Er was geen samenwerking tussen de betrokkenen uit de directe omgeving en de professionele hulpverleners. Die samenwerking is niet opgezet; dat had anders gekund, naar mijn idee.

Tot slot

Dagelijks worstel ik met het verlies van mijn vriendin. Dagelijks besluiten mensen hun leven te beëindigen, dit vind ik schokkend. Ik kijk met vertrouwen naar de toekomst, maar laten we vooral dit soort ervaringen met elkaar delen zodat er hopelijk in de toekomst meer over gesproken wordt, dat er verbeteringen worden aangebracht en dat het aantal suïcides hiermee wordt terug gedrongen.

Het verhaal van Arend

Intro

Mijn zoon is in 2011 overleden door suïcide. Hij studeerde op dat moment. Ik was toen 50 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zoon worstelde al langer dan een half jaar met psychische klachten. Hij sprak openlijk over zijn suïcidale gedachten. Hij had geen eerdere poging gedaan.

Professionele hulp

Mijn zoon heeft enige professionele hulp gehad. Hij is niet opgenomen geweest. Ik ben ontevreden over de geboden hulp. De hulpverleners gaven mijn zoon geen duidelijke informatie en sloten niet aan bij zijn behoeften. De hulpverleners hebben mij helemaal niet betrokken bij de hulpverlening aan mijn zoon. Er was geen samenwerking. Ook na de suïcide is er helemaal geen contact geweest tussen mij en de hulpverleners.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn zoon kreeg in de periode, waarin hij met suïcidaliteit te maken had, hulp en steun uit zijn directe omgeving van mijzelf, van verdere familie, van vrienden en vriendinnen,

docenten en studiebegeleiders. Ik ben heel tevreden over de geboden hulp en steun uit de directe omgeving.

Het verhaal van Lian

Intro

Mijn zus is in 2009 op 55-jarige leeftijd overleden door suïcide. Zij werkte niet meer en leefde van een uitkering. Ik zelf was toen 50 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zus worstelde al lange tijd met psychische klachten. Zij leed aan manische-depressiviteit. Tussen 1980 en 2009 heeft zij vele opnames gehad; zowel in het reguliere zorgcircuit als het alternatieve. Zij heeft ook medicijnbehandeling en elektroshockbehandeling gehad. Beide werkten vaak maar voor een beperkte periode.

Zij sprak openlijk met ons over haar klachten en had van jongs af aan al gedachten aan de dood. Haar eerste serieuze poging deed ze op haar twintigste. Maar daarvoor, als kind al, deed ze dingen als in de winter bloot op het balkon gaan liggen, vanuit de gedachte dat ze daaraan zou kunnen overlijden. Zij heeft in de loop van haar leven meerdere malen een poging gedaan. Ongeveer vier keer was een poging haar bijna fataal. Daarnaast deed ze veel wat halfslachtige pogingen (dan vaak met verwittiging van iemand uit de eigen kring, waardoor er kon worden ingegrepen).

Professionele hulp

Mijn zus heeft veel professionele hulp ontvangen en is ook opgenomen geweest. Over de geboden hulp ben ik (deels)

ontevreden. Ze had goede ervaringen met een particuliere psychiater die haar jarenlang heeft bijgestaan, op een warm-menselijke manier, eerlijk in wat hij wel en wat hij niet kon doen voor haar. Deze psychiater betrok uiteindelijk ook mij als zus in de behandeling.

Mijn zus had minder goede ervaringen met de hulpverleners verbonden aan de GGZ-instellingen waar zij regelmatig verbleef. Daar was het zakelijker, almaar gericht op herstel via behandeling en weinig oor voor haar doodswens. Ik vind het een bijzonder slechte zaak dat ‘het systeem’ nauwelijks betrokken werd in de behandeling van de GGZ-instelling. Er was geen gesprek, geen steun en geen samenwerking. Hoewel de hulpverleners hun best deden voor mijn zus geldt toch ook dat zij niet aansloten bij haar behoeften, niet eerlijk tegen haar waren, niet voldoende tijd voor haar hadden, haar niet serieus namen en hun menselijke kant niet lieten zien.

Na de suïcide is er beperkt contact geweest tussen mij en de hulpverleners. We hebben in een gesprek gesproken over het hoe en waarom van de suïcide, de hulpverleners hebben er de tijd voor genomen en open verteld waarom zij gehandeld hebben zoals zij gehandeld hebben. Ik ben niet uitgenodigd om een evaluatie aan te leveren. Ook is mij geen steun aangeboden.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen in de professionele hulp. Belangrijk vind ik om bij de hulp aan suïcidale mensen de naasten veel meer te betrekken in de behandeling. Veel meer een samen, dan handelen vanuit twee verschillende werelden.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn zus kreeg in de periode waarin zij met suïcidaliteit te maken had hulp en steun uit haar directe omgeving van mijzelf, van familie, vrienden en vriendinnen. Er was incidenteel samenwerking tussen de betrokkenen uit de directe omgeving en de professionele hulpverleners. Ik ben heel tevreden over de geboden hulp en steun uit de directe omgeving

Tot slot

Een positief punt vind ik dat wij als naasten, maar ongetwijfeld ook de hulpverleners, hun best deden voor een betere kwaliteit van leven voor deze kwetsbare mens.

Het verhaal van Renske

Intro

Mijn dochter is in 2011 op 24-jarige leeftijd overleden door suïcide. Zij had op dat moment een betaalde baan. Ik was toen 44 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn dochter had, bij mijn weten, geen depressieve of psychische klachten. Wel was zij een perfectionist in hart en nieren. Zij ging nooit voor minder dan een tien, wilde alles onder controle hebben en was zich er ook van bewust dat ze niet helemaal 'spoorde' met haar perfectionisme. Ze ging dus haar best doen om niet meer zo perfect te zijn, met de nodige humor.

Mijn dochter had langer dan zes maanden te maken met gedachten aan suïcide. Zij sprak openlijk over haar suïcidale gedachten. Ze zei vaak: "Mama, ik wil echt niet dood, maar ik wil gewoon stoppen met dit @@@ KUTLEVEN." Terwijl zij in mijn ogen gewoon een heerlijk leven had, wat ik haar dus ook vertelde: "Je hebt mij nog, je zusje, je broertje, opa's, oma's, neefjes, nichtjes, ooms, tantes, liefde, geld, ALLES". Zij zei dan: "Mijn vriend is bij me weg. Mijn toekomst, mijn leven, de vader van mijn toekomstige kinderen. Mam, ik ga dus ECHT geen leven LIJDEN zoals jij dat hebt gedaan." En ik zei dan: "Ik LEID mijn leven en ik ben gelukkig". Nou, zij zou hier nooit gelukkig van worden.

Zij heeft voor de fatale gebeurtenis tweemaal een poging gedaan. Haar eerste poging was in november 2007. Toen ze op weg was naar een locatie liep daar een man in een wit gewaad die 112 heeft gebeld. Ze werd gered door een ambulance en de politie. Later deed ze nog een poging, toen werd ze op tijd gevonden door haar vriend. Een half jaar later overleed zij toch door suïcide.

Professionele hulp

Mijn dochter heeft beperkt professionele hulp gehad. Naar mijn ervaring was het één grote chaos bij die GGZ. Haar hulpverlener viel steeds uit of was ziek en elke keer werd bij een afspraak afgebeld door de instantie of er was weer een andere hulpverleenster omdat haar eigen psychiater ziek was. Dit is zeker vijf keer gebeurd. Uiteindelijk zei mijn dochter: “Als ik @@@ weer een ander krijg dan ga ik niet meer”. Ik was het daar helemaal mee eens.

De hulpverleners hebben mij ook amper betrokken bij de behandeling van mijn dochter. Het contact bestond eruit dat we (mijn ex-man en ik) mijn dochter op mochten halen na een nacht in de crisisopname. Wij wilden dat ze nog een paar dagen bleef, maar mijn dochter beloofde de dienstdoende psycholoog dat zij NOOIT meer een poging ging doen (want anders zou ze opgesloten worden).

Wij, haar ouders, moesten tekenen dat wij verantwoordelijk waren als er iets met mijn dochter zou gebeuren. Er vond geen gesprek plaats tussen ons en de hulpverlener, laat staan een gelijkwaardig gesprek.

Ook steunden hulpverleners ons niet in onze rol van naasten. We bespraken niet wat wij konden doen en hoe we de veiligheid van mijn dochter konden beschermen, er was geen samenwerking.

Ook na de suïcide is er helemaal geen contact geweest tussen ons en de hulpverleners.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn naar mijn idee veel dingen die beter kunnen in de professionele zorg voor suïcidale mensen zoals: constant dezelfde hulpverlener bij dezelfde persoon.

Niet steeds een ander met opnieuw een intakegesprek. Te zot voor woorden dat ook telkens de intake-formulieren van de vorige keer kwijt waren. Dit is zo lachwekkend, ware het niet dat het in en in triest is dat het in een zelfdoding eindigt.

Ik kan niets noemen wat ik positief vind in de hulp van de professionals.

Hulp uit de directe omgeving

Vooraf ik zelf was klankbord voor mijn dochter.

Tot slot

Nooit in mijn leven kom ik hier 'overheen' of 'geef ik het een plekje'. Ik heb er in zoverre mee leren leven dat ik weer kan functioneren. Functioneren op de automatische piloot, en dat is alles.

Het verhaal van Merel

Intro

Eind 2014 is mijn man, die toen 48 jaar was, overleden door suïcide. Mijn man had op dat moment een betaalde baan. Ik was toen 49 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn man had niet zozeer psychische klachten, maar zijn persoonlijkheid zat hem de laatste zeven (!) weken in de weg. Hij was directeur, gedreven, passievol, positief, bijzonder intelligent en een ‘mensen mens’. Ook was hij dominant en veeleisend voor zichzelf. Falen kwam niet in zijn woordenboek voor. Hierdoor sprak hij niet over zijn ‘zwakheden’.

Mijns inziens zat hij de laatste weken van zijn leven heel erg opgesloten in zichzelf, waardoor zijn denken veranderde en hij de realiteitszin verloor. Dit is waarschijnlijk een jarenlang proces van opeenstapeling geweest. Hij is nooit onder behandeling geweest van psychologen en psychiaters. Er waren geen gedachten aan suïcide; hij heeft daar in ieder geval nooit over gesproken. Ook had hij geen eerdere poging gedaan.

Achteraf bedacht ik dat er één teken wat dat hij gegeven heeft. Hij schreef op een ongeopend bankafschrift: ‘*A sky full of stars*’ (van Coldplay).

Op een zaterdagochtend om elf uur heb ik hem voor het laatst gezien. Ik ging boodschappen doen. Hij bleef thuis. Toen ik om half één terugkwam was hij weg. Ik aptte hem en

hij zei dat hij een stukje rijden was. Ik had een nog afspraak en was om vier uur weer thuis en hij was er nog steeds niet.

Toen viel het mij pas op dat zijn portemonnee op het aanrecht lag. Ik appte hem en vroeg waar hij was en dat hij toch geen gekke dingen ging doen. Ik kreeg terug: "Ben nog even rijden." Dat was het laatste.

Toen hij om half zeven nog niet terug was, ben ik gaan bellen met zijn ex-vrouw, met zijn kinderen, met zijn broer: niemand had wat gehoord of gezien. Ik ben gaan rijden om te zoeken. Heb hem niet gevonden.

Om acht uur heb ik de politie gebeld. Geen nieuws. Totdat om kwart voor tien een politieauto voor de deur stopte. Ik wist genoeg: hij heeft een eind aan zijn leven gemaakt.

Hij heeft een document van veertien kantjes achtergelaten, waar niemand iets wijzer van wordt. Chaotisch, in zes verschillende handschriften, beschreef hij dat we enorme schulden hadden en hij er niet meer mee om kon gaan. Maar we hebben en hadden totaal geen schulden. Eerder een goedgevulde bank- en spaarrekening. Het is zo triest.

Professionele hulp

Mijn man heeft helemaal geen professionele hulp gehad, ik kan dus ook niets zeggen over wat eventueel beter zou kunnen in de professionele hulp. Mijn man vond het een teken van zwakte om hulp in te schakelen.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn man kreeg wel hulp en steun uit zijn directe omgeving en daar kijk ik met een tevreden gevoel op terug. Iedereen steunde hem door hem in zijn waarde te laten. Ik zelf, familie, vriend(inn)en en collega's hebben hulp en steun geboden. De steun wilde hij helemaal niet, dus gebeurde dat op de achter-

grond. Door werk uit handen te nemen, door leuke dingen te gaan doen, door gesprekken over de zin en onzin van het leven.

Tot slot

Hoe wanhopig en eenzaam, alleen en zwart moet alles zijn om tot zo'n daad te komen?

Het verhaal van Wies

Intro

Mijn zus overleed door suïcide in 2014 op 26-jarige leeftijd. Op dat moment werkte zij niet meer maar leefde van een uitkering. Ik was toen 29 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn zusje worstelde met psychische klachten. Zij is er helaas nooit op getest (ze vond zelf dat ze niet ziek was), maar ik ben ervan overtuigd dat zij leed aan borderline. Alle kenmerken daarvan kan ik op haar toepassen.

Zij worstelde langere tijd met gedachten aan suïcide. Zij heeft openlijk over die gedachten gepraat. Mijn zusje zei regelmatig dat ze er niet meer wilde zijn en dat ze dacht dat als zij ging, wij van de problemen af waren. Ze zei wel dat ze het zou doen maar dat leek voor mij een vorm van aandacht trekken om iets bij ons gedaan te krijgen.

Regelmatig kregen wij berichtjes dat ze zich wat aan zou doen. Ze heeft er naar ons gevoel nooit echt serieus over gesproken met ons.

Begin 2014 heeft ze in alle stilte en zonder waarschuwing een eind aan haar leven gemaakt. Een eerdere poging heeft zij niet gedaan.

Professionele hulp

Mijn zusje heeft geen professionele hulp gehad. Zij wilde het niet en kreeg het niet. Zij had echt gedwongen opgenomen

moeten worden. Ze had moeten leren dat ze een ziekte had en hoe ze daarmee om moest gaan. Nu dacht ze dat ze niet ziek was. Ze gebruikte drugs om zich niet ziek te voelen.

Wij hebben alles geprobeerd om haar gedwongen op te laten nemen. Maar helaas ... de twee keer dat dat gelukt is, lieten ze haar al na een dag weer vrij.

De hulpverleners hebben mij op geen enkele manier betrokken bij de hulpverlening aan mijn zusje. Er was geen sprake van samenwerking. Ze hebben hun excuses aangeboden na de suïcide van mijn zusje. Maar daar kunnen we achteraf niets meer mee. Verder is er geen contact geweest na de suïcide.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen in de hulp aan suïcidale mensen zoals: meer luisteren naar de naasten van de persoon.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn zusje kreeg in de periode, waarin zij met suïcidaliteit te maken had hulp en steun uit haar directe omgeving door mijzelf, familie en vrienden. Ik ben neutraal over de geboden hulp en steun uit de directe omgeving. Achteraf realiseer ik me dat luisteren naar de suïcidale persoon heel belangrijk is.

Tot slot

In Nederland is het zo moeilijk om hulp te krijgen voor mensen die het zelf niet willen.

Het verhaal van Niels

Intro

Mijn broer overleed in 2015 op 40-jarige leeftijd door suïcide. Hij had op dat moment een betaalde baan. Ik was toen zelf 43 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn broer worstelde met psychische klachten. Hij werd overvallen door een heel snelle depressie, voorafgegaan door overspannenheid. Onzekerheid over werk en inkomen speelden een rol. Hoe lang hij al suïcidale gedachten had weet ik niet. Hij had één keer eerder een poging gedaan.

Professionele hulp

Mijn broer heeft in beperkte mate professionele hulp gehad. Hij is niet opgenomen geweest.

Ik ben heel ontevreden over de geboden hulp. De informatie die hij kreeg was onduidelijk, er werd niet aangesloten bij zijn behoeften, de hulpverleners toonden geen interesse in hem, waren niet eerlijk tegen hem, hadden onvoldoende tijd voor hem.

Naderhand is de behandelend psychiater geschorst. De Inspectie heeft onderzoek gelast, waarvan de conclusie was dat de hulp tekort schoot.

Er was incidenteel samenwerking tussen de hulpverleners en mensen uit de directe omgeving van mijn broer. Bij de

daadwerkelijke hulp aan mijn broer hebben de hulpverleners mij echter helemaal niet betrokkenen.

Na de suïcide is er contact geweest tussen mij en de hulpverleners. De hulpverleners hebben voldoende tijd genomen om met mij over het hoe en waarom van de suïcide van mijn broer te praten. Zij hebben open verteld waarom zij gehandeld hebben zoals zij gehandeld hebben. Ik heb mijn eigen evaluatie van de suïcide naar de instelling gestuurd. Ik ben uitgenodigd om een bijdrage te leveren aan de interne evaluatie van de suïcide door de instelling. Ik heb een klacht ingediend over de wijze waarop mijn broer hulp gehad heeft. De hulpverleners hebben mij ondersteuning aangeboden.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen. Zoals het aanwijzen van een casemanager op elk zwaar geval. Na een eerste poging de betrokkene permanent monitoren.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn broer kreeg hulp en steun uit zijn directe omgeving van mijzelf, van verdere familie en van vrienden en vriendinnen. Op de hulp die wij boden, kijk ik met een tevreden gevoel terug.

Tot slot

De contacten met de hulpverleners waren traumatisch voor mij.

Het verhaal van Johanna

Intro

Mijn dochter is op 21-jarige leeftijd in 2004 om het leven gekomen door suïcide. Zij studeerde op dat moment. Ik was toen 55 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn dochter had al enige tijd psychische klachten. Zij belandde in 2004 voor de derde keer in vier jaar in een depressie en worstelde met suïcidale gedachten. Zij sprak over die suïcidale gedachten niet met mij maar wel met haar vriendinnen. Wel zei ze tegen mij: “Mam, ik ga echt geen rare dingen doen hoor!” Ook zag ik dat het heel slecht met haar ging en spraken we daarover.

Zij had een eerdere poging gedaan tijdens haar tweede depressieve fase; ze sloeg toen meteen alarm bij ons als haar ouders.

De depressiviteit was begonnen tijdens een Highschool year in de VS. Het was haar droom maar het werd een nachtmerrie. Ze kwam vervroegd terug. Sinds ze te maken had met depressies zei ze regelmatig: “Zal ik ooit weer mijn gewone, oude zelf worden?”

Ze bladerde veel in oude fotoboeken; het leek wel of ze daar iets van dat vertrouwde zelf terug wilde vinden.

Na een goede periode en een heerlijke vakantie met haar vriend ging het in de vroeger herfst van 2004 opnieuw mis. De bekende problemen staken opnieuw de kop op: slecht slapen,

niet uit bed kunnen komen, slecht eten en daardoor vermageren, heel veel piekeren, angsten, geen contact kunnen maken met mensen, de energie voor de studie niet meer op kunnen brengen.

In de laatste dagen voor haar dood was haar gedrag soms vreemd; het ene moment praatte ze ‘gewoon’, het volgende moment was ze afwezig, verward, vreemd, leek opgejaagd. Ze kon in deze periode ook onverwacht agressief uit de hoek komen.

Op de dag van haar dood stond ze in de ochtend op en zei tegen haar vriend: “Ik ga naar school, ik ga zorgen dat ik structuur in mijn leven houd om hier doorheen te komen”. Vervolgens is ze naar haar eigen kamer gegaan. Daar heeft ze (impulsief?) een eind aan haar leven gemaakt. Er was geen afscheidsbriefje; wel aantekeningen die lieten zien hoe vreselijk wanhopig ze zich voelde.

Professionele hulp

Mijn dochter heeft veel professionele hulp gehad, eerst van een psycholoog daarna van een psychiater. Ook is ze opgenomen geweest in een psychotherapeutisch centrum (pt-centrum). Ze gebruikte enkele periodes antidepressiva.

In de intake bij het pt-centrum zijn haar suïcidale gedachten genegeerd. Ze sprak er wel over met de intaker maar in de beschrijving van de diagnose kwam het niet aan bod. Haar probleem werd gediagnosticeerd als: angst voor depressie, obsessief denken en moeilijk los kunnen komen van de ouders. Ze ondertekenende – zoals ieder die daar opgenomen werd – een anti-suïcide contract. Wij werden niet betrokken bij de intake. Het bleef bij een ongrijpbaar ‘kennismakingsgesprek’.

De behandelfase in het pt-centrum was sterk groepsgericht. Er werden strikte leefregels gehanteerd. De veiligheid en beslotenheid van het pt-centrum heeft haar geholpen om meer vaardig te worden in het organiseren van haar alledaagse dingen.

Er waren allerlei vormen van therapie (creatief, bewegen enzovoort); het zag er vooraf heel goed uit. In de praktijk bleek er heel weinig individuele aandacht gegeven te worden. De therapeuten verhielden zich kritisch/afstandelijk naar de cliënten. Zo was er een keer een open dag en mijn dochter, sociaal vaardig als ze was, leidde diverse gasten rond en gaf hen veel informatie over het pt-centrum. Haar therapeut meldt in een verslag er verbaasd over te zijn dat zij dat zo goed kon. Ze koppelde daar echter wel meteen weer een kritische feedback aan: we hopen dat je in je therapie niet alleen je sterke kanten laat zien.

Op voorstel van de psychiater in het pt-centrum bouwde mijn dochter de medicatie af die ze nog steeds gebruikte (en waarvan haar eerder gezegd was dat ze die nog lang zou moeten gebruiken; dat was zelfs in een 'contract' aan het eind van de intake vastgelegd). Als motief werd gegeven dat ze dan meer zou gaan voelen en dat er verdrongen ervaringen naar boven zouden komen. Achteraf gezien had dit niet mogen gebeuren; ze had de medicatie nodig.

Van samenwerking tussen de professionele hulpverleners en ons was geen sprake. We werden juist op afstand gehouden. Wel hadden wij enkele gesprekken samen met haar en een socio-therapeut. Wij beleefden het als vage sessies zonder duidelijk doel waar het initiatief aan ons werd gelaten om iets in het gesprek te brengen, wat we dan ook deden. Ook haar broer en haar vriend hadden enkele keren een gesprek met haar en de socio-therapeut.

Bij het afscheid in april 2004 van het pt-centrum was er een mooie ceremonie waar mijn dochter veel positieve feedback van haar mede-cliënten kreeg. Ze had het een en ander geleerd maar was nog wel kwetsbaar. Ze had echter niet geleerd om haar eigen kwetsbaarheid (misschien zou je kunnen zeggen hooggevoeligheid) te accepteren en hoe ze daar in haar verdere leven mee om kon gaan. Een gevoel van schaamte over haar depressieve klachten overheerste.

In de vroege herfst van 2004, toen het weer minder goed met haar ging, kaartte ze in een van de nazorgbijeenkomsten waar ze aan deelnam, het opnieuw starten met medicatie aan. Een mede-cliënt drong er sterk bij haar op aan om het wel te doen. Ze schoof het besluit nog voor zich uit.

In een individueel telefonisch consult, vlak daarna, drong de begeleider er bij haar op aan niet alleen te zijn maar contact te zoeken met mensen, wat ze in de dagen daarop inderdaad gedaan heeft. Daarnaast vroeg hij (opnieuw) wat het met haar ontwikkeling in ons gezin te maken had dat ze nu weer depressief werd. Zij vertelde mij dit diezelfde dag en dat ze er boos om werd. Ze zei: “Mam, daar heb ik toch maanden naar gegraven zonder dat het veel opgeleverd heeft”. Een dergelijke vraag heeft haar vertrouwen in de begeleider geen goed gedaan en wellicht een drempel opgeworpen om – toen de crisis zich verdiepte – contact met hem te zoeken.

De begeleider heeft wel de volgende dag op eigen initiatief de psychiater van het pt-centrum geïnformeerd over de terugval van mijn dochter en gevraagd contact met haar op te nemen. De psychiater vond dat echter niet nodig. Ze kon hem zelf bellen als ze dat wilde, vond hij.

De dag voor ze overleed is ze toch nog met medicatie gestart. Een (andere) psychiater, die dit voorschreef, heeft echter niet de nodige maatregelen genomen om haar veilig-

heid te garanderen gezien het verhoogde risico op suïcide bij een hernieuwde start met antidepressiva.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Naasten actief betrekken bij de diagnose, behandeling en nabehandeling; als hulpverleners met naasten samen werken.

Kinderen en ouders niet van elkaar vervreemden.

Altijd vragen naar suïcidale gedachtes en pogingen. En met empathie daarop doorvragen. Niet als vervanging van een echt gesprek een anti-suïcide contract inzetten.

Individuele aandacht, zeker bij gevoelige mensen. Prioriteit geven in de behandeling aan het weg komen bij het piekeren, de wanhoop, de suïcidale gedachten.

Een positieve, empathische en realistische benadering; de eigen kracht van de cliënt versterken en waarderen.

Medicatie niet afbouwen maar, indien nodig, gedurende langere tijd handhaven; eventueel permanent.

De cliënt zodanig begeleiden dat er een acceptatie ontstaat van de eigen kwetsbaarheid/ het ziek zijn; de cliënt leren hoe met de eigen kwetsbaarheid te leven. Helpen om bij de schaamte weg te komen.

Bij een terugval adequaat optreden en de veiligheid garanderen. Een pro-actieve opstelling vanuit de hulpverlener; niet in crisissituaties het opnemen van contact afhankelijk maken van de cliënt. In crisissituaties de naasten alarmeren en met hen samenwerken.

Nabestaanden in de gelegenheid stellen een schriftelijke evaluatie van een suïcide vanuit hun visie te leveren; daarover in gesprek gaan en er van leren.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn dochter heeft hulp en steun gekregen van ons als ouders, van haar broer, haar vriend en van vriendinnen, vrienden en haar mentor op school. Ze heeft al die tijd haar vriendschappen wel kunnen onderhouden; ze had een heel stel echt goede vriendinnen die haar trouw zijn gebleven. Maar hoe geliefd ze was kon ze helaas, als ze depressief was, niet meer voelen.

Tijdens de eerste depressie, toen ze nog thuis woonde, boden wij haar een luisterend oor als ze over haar klachten wilde praten en deden verder wat in ons vermogen lag om haar een warme huiselijke omgeving te bieden waarin zij kon herstellen van het mislukte Amerika avontuur.

Ook tijdens de tweede depressie hebben wij haar aanvankelijk op kunnen vangen. In de winter van 2002-2003 spraken we veel met elkaar. Getriggerd door de psycholoog ging ze echter wat meer afstand nemen. Later, toen ze eenmaal in het pt-centrum was, werd dat nog sterker. Bij de laatste depressie was er van haar kant een aarzeling om zich al te zeer aan ons vast te klampen. Daardoor stond ze er uiteindelijk helemaal alleen voor.

Op de dag voor haar dood waren we samen (oma was jarig) en omdat het zo heel duidelijk was hoe slecht het met haar ging, is ze met ons mee naar huis gegaan. Maar later die avond ging ze toch naar de stad waar zij woonde. Ze zei in die laatste dagen tegen een vriendin dat ze hulp niet bij ons als haar ouders wilde zoeken; ze was immers niet voor niets een half jaar in het pt-centrum geweest om van haar ouders los te komen.

Wij hebben na haar dood een uitgebreide schriftelijke evaluatie gemaakt en die besproken met de directie van het pt-centrum. Na een aanvankelijk defensieve reactie erkenden zij

dat er dingen beter hadden gekund en benoemden intern enkele verbeteracties.

Tot slot

Het voelt voor mij zo intens verdrietig dat mijn dochter door suïcide overleden is. Het had niet mogen en niet hoeven gebeuren. Er zijn veel onbeantwoorde vragen rondom suïcide die me bezig blijven houden.

Het verhaal van Irma

Intro

Toen mijn vader 49 jaar was, heeft hij in 2005 een eind aan zijn leven gemaakt. Hij had toen een baan. Mijn ouders waren gescheiden. Ik was 13 jaar toen het gebeurde.

Wat er gebeurde

Mijn vader was autistisch en ook depressief.

Professionele hulp

Mijn vader had geen hulp; dat had hij volgens zichzelf ook niet nodig. Het was in de familie een soort schande als je om hulp vroeg, dan was je zwak.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Suïcidale gedachten zouden naar mijn idee serieuzer genomen moeten worden. Vaak wimpelen mensen het nog wel eens af.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn vader heeft mij destijds niet verteld over zijn suïcidale gedachten. Ik had ook niet zo'n goede band met mijn vader. Mijn moeder had wel in de gaten dat het niet goed ging. Maar zij wist niet zo goed hoe ze ermee om moest gaan. Het was – voor zover ik weet - ook één van de redenen waarom ze waren gescheiden. Mijn vader zocht geen hulp in zijn omgeving, hoewel hij het weleens tegen een buurman vertelde,

maar dat was niet echt een verzoek om hulp. Hij zocht steun bij God waarbij hij om vergeving vroeg.

Tot slot

Ik kan me nog goed herinneren dat mijn klas en docenten me na de suïcide van mijn vader zeer goed opvingen. Ik ben ze daar nog steeds dankbaar voor.

Het verhaal van Anneke

Intro

Mijn moeder is in 2013 op 57-jarige leeftijd overleden door suïcide. Zij zat op dat moment in de ziektewet. Ik was toen 36 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn moeder leed al langere tijd aan lichamelijke klachten, hierdoor kon ze de laatste maanden voor haar dood niet tot nauwelijks meer in slaap komen. Ik weet niet hoe lang zij al gedachten aan suïcide had. Voor zover ik weet heeft ze geen eerdere poging gedaan.

Na een lange strijd van niet slapen heeft ze er een eind aan gemaakt. Ze kon niet meer doorgaan door de slapeloosheid en dat de dokter dit niet erkende.

Professionele hulp

We zijn met deze klachten naar de dokter gegaan, maar die deed het af alsof het tussen mijn mama 'd'r oren zat'. Zij is door dit alles depressief geworden. Zij kon niet verkroppen dat ze niet geloofd werd en geen medicaties kreeg. Zij heeft toen de hand aan zichzelf gelegd. Dit alles doordat de dokter haar geen helpende hand bood. Ik zal deze dokter dit nooit vergeven.

Ik ben mijn mama verloren omdat ze niet serieus genomen werd, terwijl ze wel haar klachten aangaf in de slopende tijd dat ze niet sliep. Ik ben heel ontevreden over de geboden

hulp. Mijn moeder kreeg geen duidelijke informatie, de dokter sloot niet aan bij haar behoefte, toonde geen interesse in haar, was niet eerlijk tegen haar, deed niet zijn best voor haar, had niet voldoende tijd voor haar, was niet goed bereikbaar, toonde zijn menselijke kant niet.

De dokter heeft ons een beetje betrokken bij de hulp aan mijn moeder. Maar over de suïcidaliteit hebben we niet met elkaar gesproken; niet wat er speelde, niet wat we konden doen. Er was geen samenwerking.

Na de suïcide van mijn moeder heb ik de dokter een brief geschreven over het feit dat ik haar als de schuldige zie dat mijn mama tot deze daad kwam omdat zij mijn moeder niet serieus nam.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen. Dat als een persoon met serieuze klachten komt, over langere periodes niet kunnen slapen, dat dit serieus genomen wordt en niet dat je dan te horen krijgt 'het zit tussen de oren' want als je enkele dagen niet slaapt, ben je dood. Nou, dit is dus ook gebeurd, alleen heeft mijn mama zelf deze keuze gemaakt doordat ze gek werd van de slapeloze nachten. Dit brak haar op.

Hulp uit de directe omgeving

Die was er niet buiten wat wij als directe familie deden.

Tot slot

R.I.P. mijn lieve mama.

Het verhaal van Margje

Intro

Mijn man overleed in 2006 op 49-jarige leeftijd door suïcide. Hij had op dat moment een betaalde baan. Ik was toen zelf 46 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn man worstelde al enige tijd met psychische klachten. Hij heeft verschillende Tia's gehad en ook een licht herseninfarct. Daarna had hij veel klachten en vluchtte in de drank. Ik weet niet hoelang hij al met suïcidale gedachten bezig was. Voor zover ik weet had hij niet eerder een poging gedaan. Wel was hij depressief en ik voelde dat hij afgleed. Maar hij stootte mij af en wuifde mijn bezorgdheid weg. Hij heeft nooit openlijk toegegeven dat hij suïcidaal was.

Professionele hulp

Mijn man heeft geen professionele hulp gehad voor zijn psychische klachten. Hij wilde dat niet. We hebben wel relatietherapie gehad maar eigenlijk vond hij ook dat niet nodig. Hij vond dat we het zelf wel konden oplossen, maar dat was niet zo. Ook zijn drankgebruik bagatelliseerde hij.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen. Men zou beter moeten luisteren naar de naasten en meer dwang toe kunnen passen.

Positief vind ik dat de hulpverleners mij inzicht hebben gegeven in onze verstrengeling.

Hulp uit de directe omgeving

Er was – naast de steun die ik hem bood – geen hulp uit de directe omgeving. Mijn man was zelf niet open over wat er in hem omging.

Tot slot

Eigenlijk zou ik tegen mijn man willen zeggen: ‘Je had dit niet hoeven doen! Hoe moeilijk het leven soms lijkt, het komt ook wel weer goed. Net zoals het met ons als gezin wel weer goed gekomen is. Kijk nu wat je mist. Het had zo mooi kunnen zijn.’

Het verhaal van Wilma

Intro

Mijn broer is in 2008 op 49-jarige leeftijd overleden door suïcide. Hij werkte op dat moment niet meer maar had een uitkering. Ik was toen 51 jaar.

Wat er gebeurde

Mijn broer had eerder te maken met depressiviteit (rond 1998). Rond 2008 had hij opnieuw depressieve klachten. Ook kwam uit een diagnose dat hij licht autistisch zou zijn. Hij had toen sinds een halfjaar te maken met suïcidale gedachten. Hij sprak daar alleen in bedekte termen over, vooral met mijn moeder. Een eerdere poging heeft hij niet gedaan.

Mijn broer woonde tot zijn veertigste bij onze ouders. Toen hij hersteld was van de eerste depressie is hij zelfstandig gaan wonen.

Mijn broer leed onder stress over zijn leven zoals het was: eenzaam en teleurgesteld in contacten die niet werden wat hij ervan verwachtte. Zo is hij in 1998 een tijdlang bezig geweest met rechtszaken. Dat voelde als werk en had allemaal met negatieve dingen in zijn leven te maken. Hij had toen geen oog meer voor ons als zijn zussen, zwagers en verdere familie. Ik kon er niet veel mee in dat stadium.

Daarna heeft hij de mantelzorg voor onze ouders op zich genomen; ook dat was werk, maar het werd hem teveel. Delen daarvan namen wij als zussen over. Ook in 2008 kwam het leven naar zijn gevoel als een vloedgolf op hem af. Hij

vroeg zich af: "Wat heb ik gedaan met mijn leven? Hoe moet ik verder?" Hij zag er niets meer in.

Eindeloos hebben we gesproken over mogelijkheden die hij dan omdraaide tot onmogelijkheden. Het zwarte gat werd alleen maar groter. Daar komt bij dat hij hoog sensitief was voor geuren en hoogfrequent geluid.

De suïcide was voor ons een drama; we waren compleet ontredderd. Onze oude ouders die dit meemaakten, het was verschrikkelijk. Wij vroegen ons af: "Hoe kon het zover komen?"

Mijn moeder leeft nog steeds (bijna 93 jaar). Vader is drie jaar later overleden op 89-jarige leeftijd. Hij was dapper, maar zijn ziel was gebroken. Zo ook bij mijn moeder, maar zij is toch een overlever.

Professionele hulp

Mijn broer heeft in 2008 in beperkte mate professionele hulp gehad. Hij is niet opgenomen geweest. Hij stond wantrouwend tegenover professionele hulp en was een zorgmijder. De psycholoog vond de diagnose erg belangrijk; en ja, die moest ook iets meer weten natuurlijk. De hulpverleners zochten het in een lichte vorm van autisme. Hij zelf, en wij ook, herkenden dat niet, maar wat deed dat er toe? Doe iets! dachten wij ... "Al die diagnoses wat moet ik er verdomme mee", zei hij zelf, "Ik ben geen arts!" Dat leidde tot nog meer stress. Hij nam geen medicatie vanwege eerdere negatieve ervaringen in 1998.

Ook noemde de psycholoog hem 'naar binnen gericht' en dat herkende ik wel. Dat hij zo agressief zou zijn, hadden we niet verwacht. De psycholoog zei: "Het gaat hem lukken er een eind aan te maken". En dat was ook zo.

De hulpverlening was maar amper gestart. De conclusie van de hulpverleners was in 2008 dat mijn broer ambulante hulp nodig had in verband met zijn problematiek in het autistisch spectrum. Maar die hulp is er niet meer van gekomen.

Ik vond het wel een goed plan; ik zou er ook bij betrokken worden. Zo zou ik het gevoel hebben ook ondersteund te worden. Dus er is wel iets uit de diagnose gekomen maar de behandeling is nooit gerealiseerd.

Na de diagnose is mijn broer nog wel aan de slag gegaan met de behandeling. Echter: na twee consulten brak de zomer aan en gingen de hulpverleners op vakantie. Er kwam een vervanger (wel goed hoor, dat wel). Die had ik nog nooit gezien. Deze hulpverlener wilde het contact tussen mijn broer en mij bevorderen, maar mijn broer wilde gewoon niks meer. Ik heb deze hulpverlener wel gezien en gesproken, eindeloos gemaïld et cetera.

Het duurde allemaal te lang, alles duurde te lang, al dat geklets eromheen deed hem geen goed. Was de diagnose wel nodig? Waarom twijfelde de psycholoog over het inschakelen van de familie? De psycholoog wilde voorzichtig zijn. Ik wilde meer actie maar ook mezelf niet teveel opdringen. Ik kon het helemaal niet meer aan.

De hulpverleners hebben mij een beetje betrokken bij de hulp. Er is een gesprek geweest tussen mij, mijn zus en de psycholoog. Ook was er mailcontact. Na de suïcide heb ik twee gesprekken gehad met de psycholoog.

Wat kan er beter in de professionele hulp

Sommige dingen kunnen beter, andere gaan al goed. Het zou beter zijn om vanuit de hulpverleners sneller te werken. De familie zo snel mogelijk betrekken. Eerst de basale dingen

aanpakken die je ziet gebeuren en die in negatieve zin toene-
men. Misschien pas daarna de diagnose?

Dwingende afspraken maken, huisbezoeken, korte lijnen,
nachtopvang bijvoorbeeld door een nacht buddy (in de nacht
zijn de suïcidale gedachten vaak het ergst). Een plan maken
voor zorgmijders.

Positief ben ik over 113Online; dat is prima. Ook vond ik het
positief dat de hulpverleners zich in mijn broer verdiepten.
Maar mijn broer was een zorgmijder, dus alles wordt dan lasti-
ger.

Hulp uit de directe omgeving

Mijn broer heeft ook hulp en steun gehad uit zijn directe
omgeving. Ik zelf, mijn man, mijn zus en mijn ouders hebben
hem gesteund. Soms werd ik er wel wanhopig en boos van
dat ik hem niet kon bereiken. Mijn broer kon gewoon terecht
bij mij (we woonden in dezelfde stad) maar hij wilde mij ook
niet teveel belasten, hoewel hij dat natuurlijk al deed. Toch
ben ik heel tevreden over de hulp die wij gaven. We hebben
gedaan wat we konden.

Tot slot

Iedereen heeft eigen verantwoording over zijn/haar leven.
Uitgestoken handen kun je aannemen of weigeren. De geest
is niet te doorgronden. Het zal nooit zo zijn dat je kan invoe-
len wat iemand in een depressieve toestand doormaakt.

Het verhaal van Christina

Intro

Mijn man is recent op 43 jarige leeftijd overleden door suïcide. Hij werkte op dat moment niet; hij zat in de ziektewet. Ik was zelf ook 43 jaar toen het gebeurde.

Wat er gebeurde

Mijn man had psychische klachten, onder andere depressiviteit. Hij kreeg minder dan een maand voor zijn dood te maken met suïcidale gedachten. Een eerdere suïcidepoging heeft hij niet gedaan. Hij sprak niet openlijk over zijn suïcidale gedachten maar wel in bedekte termen.

Twee weken voor zijn dood heeft hij zich uitgesproken tegen zijn vader. Hij zei: “Pap, ik ben bezig met de dood, maar dat mag je tegen niemand vertellen”. Een week voor zijn dood heeft hij bij de Praktijk Ondersteuner Huisartsen (POH) van onze huisarts zijn zorgen uitgesproken over de antidepressiva die hij gebruikte. In de bijsluiters staat dat je er suïcidale gedachten van kan krijgen. De POH heeft tot drie maal toe in dat gesprek gevraagd of hij bezig was met de dood, maar hij heeft dit toen steeds ontkend.

Mijn man had de diagnose depressief. Daaraan voorafgaand was hij manisch en hij heeft ook een psychose gehad evenals angst- en paniekaanvallen. In het verslag van de huisarts staat overal risico op psychose; daar heeft iedereen zich op gefocust. Dat risico was echter gering omdat mijn man stoppiaten voorgeschreven kreeg van de neuroloog in verband met hernia en tintelingen in de benen. Er had overal moeten

staan: risico op suïcide, daar staan in het verslag genoeg aanwijzingen voor. Echter niemand heeft daar een plan van aanpak op gemaakt of dit heel serieus opgepakt. Dit is grove nalatigheid en een verkeerde indicatie bij opname.

Professionele hulp

Mijn man heeft beperkt professionele hulp gehad. Eerst kreeg hij enkele maanden hulp van de huisarts. Daarna volgde een opname van drie weken op de PAAZ. Na ontslag uit de PAAZ kreeg hij nazorg bij de GGZ POH.

Ik ben heel ontevreden over de hulp. De informatie die mijn man kreeg was niet duidelijk. De hulpverleners sloten niet aan bij zijn behoefte. Hun taal sloot niet bij hem aan, ze deden niet echt hun best voor hem, hadden niet voldoende tijd en waren onvoldoende bereikbaar.

De hulpverleners hebben mij zo af en toe een beetje betrokken bij de hulp aan mijn man. Hoe ik vanuit mijn rol als naaste het aan zou kunnen pakken kwam echter niet te sprake; er was geen samenwerking tussen de hulpverleners en mij; ze gaven mij niet het gevoel er samen voor te staan.

Na de suïcide heb ik intensief contact gehad met de hulpverleners. Zij namen voldoende tijd om het waarom van de suïcide en hun eigen handelen met mij te bespreken. Ik ben uitgenodigd om een bijdrage te leveren aan de interne evaluatie binnen de instelling en ik heb mijn eigen evaluatie van het gebeurde naar de instelling gestuurd. Ik heb een klacht ingediend. Hulpverleners hebben mij begeleiding aangeboden.

Wat er beter kan in de professionele hulp

Er zijn veel dingen die beter kunnen. Bij opname had de psychiater een psychologische test moeten doen en de biografie van mijn man op moeten maken. Er hadden meer contactmo-

menten moeten zijn tussen mijn man als patiënt en de psychiater. Na ontslag hadden medewerkers van de PAAZ ambulante zorg of dag-opname kliniek moeten regelen.

Steun en hulp uit de directe omgeving

Er was geen hulp en steun uit directe omgeving voor mijn man. Daar ben ik ook heel ontevreden over.

Tot slot

Alle partijen hebben de situatie onderschat en niet serieus genomen.



Stichting 113Online is de nationale organisatie voor suïcide preventie. Onze missie is een wereld waarin niemand zelfmoord pleegt. Wij zijn ervan overtuigd dat er jaarlijks honderden suïcides meer kunnen worden voorkómen wanneer zelfmoord beter bespreekbaar is en de zorg innovatiever en menselijker wordt georganiseerd. Suïcidale mensen en hun naasten kunnen 24x7 en anoniem een beroep doen op ons online hulpaanbod met crisishulplijnen, online therapie en zelfhulpmodule via www.113online.nl. Dit aanbod wordt gerealiseerd door bevlogen professionals en stagiairs die werken vanuit onze vestiging in Amsterdam, en door vrijwilligers in het gehele land.