

113

**ZELFMOORD?
PRAAT EROVER.**

Suicide neemt toe

In 2013 hebben 1.854 inwoners van Nederland een einde aan hun leven gemaakt, 101 meer dan in 2012. Het aantal zelfmoorden steeg daarmee voor het zesde achtereenvolgende jaar¹.

In september 2014 ging de Landelijke Agenda Suicidepreventie van start. Deze agenda is opgesteld door het Ministerie van VWS met een twintigtal partijen in de zorg, het onderwijs en het sociaal-economische domein. Zij maken zich sterk voor betere suicidepreventie. 113Online heeft bij de uitvoering van de Landelijke Agenda de rol van aanjager en coördinator.

Deze factsheet is tot stand gekomen door input van en gesprekken met de Stichting PVP, de Landelijke Stichting Familievertrouenspersonen (LSFVP), het Landelijk Platform GGz (LPGGz) en de bij het LPGGZ ondergebrachte Kamer Familieraden.

Onder naasten wordt verstaan: ouders, partners, kinderen, vrienden en andere direct betrokkenen.

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine, maandag 8 december 2014. www.cbs.nl

2. Hemert AM van et al. 2012. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.

Landelijke Agenda Suicidepreventie

Het perspectief van patiënten en naasten op suicidepreventie in de zorg

Factsheet februari 2015

Uitgangspunten

'De partijen die de Landelijke Agenda onderschrijven, accepteren niet meer dat mensen eenzaam en radeloos door zelfmoord sterven', zegt Jan Mokkenstorm, directeur van 113Online. 'Daarom zetten zij suicidepreventie voor de komende jaren op de kaart. Omdat het beter kan. Dagelijks worden tientallen suïcidepogingen voorkomen, dat kunnen er honderden worden. Hulpverleners kunnen beter samenwerken en de beschikbare richtlijnen toepassen.'

Het perspectief van patiënten en hun naasten op suicidepreventie, vormt een belangrijk vertrekpunt van de Landelijke Agenda. Zij ervaren knelpunten in de opvang en zorg voor suïcidale mensen en hun omgeving. In deze factsheet staan knelpunten en aanbevelingen van patiënten en naasten voor goede suicidepreventie.

Suicidepreventie volgens de richtlijn

De kernaanbeveling van de in 2012 verschenen multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR DBSG) is dat hulpverleners contact maken met de suïcidale patiënt, zodat deze zich vrij kan voelen om over suïcidedgedachten te praten². De hulpverlener zet daarbij in op een samenwerkingsrelatie met de patiënt, waarin ruimte is voor het verhaal van de patiënt, en waarin naast deskundigheid ook sprake is van betrokkenheid, begrip, warmte en medeleven. Goede suicidepreventie omvat ook contact met eventuele naasten en, uiteraard, het organiseren van veiligheid, goede diagnostiek en behandeling en continuïteit van zorg. Wat betreft het betrekken van naasten raadt de richtlijn hulpverleners aan om:

- a** Naasten van suïcidale patiënten te betrekken bij de diagnostiek en behandeling van de patiënt voor zover dat binnen de grenzen van het beroepsgeheim te verantwoorden is.
- b** Naasten te informeren en steun te bieden.
- c** De patiënt eerst alleen te zien om vertrouwelijke zaken te kunnen bespreken. Indien de patiënt weigert om naasten te betrekken, blijft het de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om de patiënt alsnog hiervoor te motiveren, en in te zetten op het herstel van familiebanden. In geval van acute en concrete suïcideplannen met hoog risico op een dodelijke afloop, moet de hulpverlener familie bij de behandeling betrekken. Wel geldt dat de zwijgplicht ook dan zo min mogelijk wordt doorbroken en alleen relevante feitelijke informatie wordt verteld.
- d** Naasten na een suïcide actief nazorg aan te bieden in drie fasen: informeren door de hoofdbehandelaar direct na de suïcide, nabespreken in de eerste weken na de suïcide en vervolgen of consolideren van het contact op de langere termijn.



Knelpunten van patiënten

- Mensen met (ernstige) suïcidale klachten zoeken, vaak met hun naasten, naar adequate steun en hulp. Toch worden signalen soms weinig serieus genomen of opgepakt, mogelijk door onmacht bij hulpverleners.
- Als er hulp geboden wordt ervaren naasten steeds vaker dat, met de krimpende zorg, behandelaren vooral de autonomie van de patiënten benadrukken, wat leidt tot versneld ontslag of uitsluitend ambulante behandeling. Dit gebeurt ook bij patiënten die niet voor zichzelf instaan.
- Vertrouwenspersonen in de zorg maken mee dat patiënten aangeven een doodswens te hebben. Meestal blijkt dan in de gesprekken die volgen dat die doodswens een gevolg is van een hulpvraag of van psychische nood³.
- Wat psychiatrische patiënten met suïcidale gedachten vaak bemoeilijkt om er in de GGZ instelling over te praten is de dreiging van dwangmaatregelen als reactie van hulpverleners op de geuite doodswens³.
- Ook neigen hulpverleners vaak tot uitsluitend medisch-technisch handelen, zoals het protocollair aanbieden van zorg, zonder echte aandacht en begrip voor het verhaal van de patiënt.

Knelpunten van naasten

- Naasten staan voor de zware taak om de suïcidaliteit van hun geliefde te leren accepteren en er effectief naar te leren handelen. Zij voelen een sterke betrokkenheid bij het lijden van hun naaste(n) maar tegelijkertijd ook onmacht effectief te kunnen helpen. Er bestaan weinig handvatten hoe om te gaan met suïcidaliteit en men valt vaak van de ene crisis in de andere.
- Het contact met hulpverleners is daarom voor naasten cruciaal, maar vaak worden zij onvoldoende geïnformeerd en betrokken bij de behandeling. Regelmatig komt het voor dat richtlijnen over het informeren van naastbetrokkenen niet worden gevolgd.
- Naasten van patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek, waarbij herhaaldelijk suïcidale gedachten, dreiging en/of pogingen aan de orde zijn, ervaren vaak dat de behandelaar de autonomie van de patiënt benadrukt en de behandeling vaak beperkt tot slechts een aantal gesprekken. Dit leidt tot afstand tot de hulpverlener en verlies van hoop en vertrouwen in de behandeling.
- Bij een geslaagde suïcidepoging of bij blijvende invaliditeit moeten de naasten de gevolgen leren hanteren. Het is belangrijk dat hier vanuit de hulpverlening aandacht voor is. Onderwerpen van gesprek kunnen zijn: het verlies van perspectief, rouw en verwerking van de suïcide.

Zes speerpunten van patiënten en hun naasten voor goede suïcidepreventie in de GGZ

1. Vergroten van de bespreekbaarheid van doodswensen en suïcidale gedachten

- Doodswensen van patiënten dienen serieus genomen te worden. Hulpverleners dienen het onderwerp bespreekbaar te maken, hierover met de patiënt in gesprek te gaan en door te vragen naar achterliggende gedachten en hulpbehoeften.
- Door training van hulpverleners in GGZ instellingen, ook binnen beschermd wonen, kan de eerste signalering en opvang van mensen met suïcidaliteit verbeterd worden. Ook werknemers en vrijwilligers bij de diverse patiëntenorganisaties die een hulplefoon bemensen of lotgenotencontact begeleiden, kunnen de bespreekbaarheid van suïcidaal gedrag vergroten.

2. Betrekken van naasten bij de behandeling

- Gestructureerde aanpak van betrokkenheid van de naasten vanaf de intake van patiënten, waaronder het maken van samenwerkingsafspraken rondom het begeleiden van de patiënt (wie doet wat).
- Bij levensbedreigende situaties zal de hulpverlener samenwerking tussen patiënt en naaste actief stimuleren. Hiervoor bestaan verschillende methodieken, zoals een netwerkanalyse, het veiligheidsplan, de triadekaart.
- Gebruik maken van de mogelijkheid om binnen de DBC systeemgesprekken te voeren en voorlichting te geven.
- Behandelaren de mogelijkheid bieden om te leren van ervaringen van naasten.

3. Implementatie van de richtlijn en toetsing daarvan

Implementatie van de richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (MDR DBSG) moet voor suïcidale patiënten en hun naasten merkbaar zijn door een goede werkrelatie of vertrouwensband met de hulpverlener en door laagdrempelige en adequate diagnostiek, behandeling en contactmogelijkheden. Instellingen toetsen regelmatig de kwaliteit van suïcidepreventie op alle locaties.

4. Informeren en ondersteunen van naasten door hulpverleners

- Aanbieden van een (online) brochure over omgaan met suïcidaal gedrag, rouw en verlies van perspectief.
- Organiseren van regionaal lotgenotencontact in groepen waarin relevante thema's worden besproken. Ook de inzet van (familie)ervaringsdeskundigen kan nuttig zijn.
- Aanbieden van (methodische) psycho-educatie of begeleiding over omgaan met ernstige psychiatrische problematiek en doodswensen. Online is een optie.

5. Benutten van de diensten van de familie vertrouwens-persoon (FVP)

Instellingen hebben procedures voor het betrekken van FVP bij een suïciderisico. Deze houden in ieder geval in dat:

- Naasten worden geïnformeerd over de diensten van de FVP bij suïcidepogingen.
- Naasten worden geïnformeerd over de rol van de FVP in de behandeling.

6. Opvang van naasten na een suïcide

Instellingen stellen een nazorgprotocol op waarin de taken van alle hulpverleners zijn opgenomen in de verschillende fasen van nazorg zoals beschreven in de richtlijn (zie hierboven). Hulpverleners zijn alert op behoeften en problemen van naasten op de korte, middellange en langere termijn na de suïcide.

3 Koeven HH van. 2014. Rapport onderzoek ervaringen cliënten met wens tot levensbeëindiging. Utrecht: Stichting PVP.