



## PROFIEL VOOR PASSENDE ZORG EN BEHANDELING RONDOM ZELFDODING

In mei 2014 publiceerden psychiater Damiaan Denys en neuropsycholoog André Aleman in het wereldberoemde vakblad *Nature* een pleidooi om binnen de psychiatrie veel meer aandacht te hebben voor zorg rondom mensen met suïcidegedachten. De twee waren op het idee gekomen tijdens een congres in Lissabon over biologische psychiatrie. In *NRC Handelsblad* van 24 mei stond een uitvoerig artikel van Ellen de Bruin waarin ze met de twee wetenschappers sprak. Hun bijdrage steunde op twee peilers: grote verbazing dat deze zorg al zolang een ondergeschoven kindje is in de GGZ en een pleidooi voor een andere zorg en behandeling. De titel van hun artikel dekt deze lading: *A road map for suicide research and prevention* (een route voor onderzoek en preventie van suïcide). De GGZinGeest (vestigingen in Amsterdam en omstreken) pakt de handschoen op. Nog dit jaar start deze instelling beleid dat gericht is op 0 suïcides onder haar patiënten. Richtlijn hierbij is het zogeheten 'Zero Suïcide Mindset', afkomstig van de Amerikaanse Henry Ford Foundation, een instelling voor mensen met depressie. In *De Volkskrant* van zaterdag 26 juli schreef wetenschapsjournaliste Margreet Vermeulen in de bijlage *Wetenschap* een groot artikel over het vervolg op de oproep van Denys en Aleman en laat zij diverse deskundigen aan het woord. Ondermeer psychiater Jan Mokkenstorm, medisch directeur spoedeisende psychiatrie in GGZinGeest en oprichter van de telefonische hulplijn voor mensen met suïcidale gedachten, *113 online*, Ad Kerkhof, hoogleraar suïcidepreventie aan de Vrij Universiteit Amsterdam, Aart Beekman, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, Kees van Heeringen, psychiater, hersenwetenschapper en hoofd van de eenheid voor zelfmoordonderzoek van de universiteit Gent en René Diekstra, psycholoog met een uitgebreide staat van dienst op het gebied van suïcide, in onderzoek, hulpverlening en publicaties, ook over jongeren en zelfdoding. Al deze mensen onderkennen het schrijnende gebrek aan passende zorg en behandeling en stellen dat het roer inderdaad om moet. Diekstra benadrukt hier nog bij dat de problemen niet alleen mensen met psychiatrische stoornissen betreft, ook mensen zonder een psychiatrische aandoening worden tot fatale wanhoop gedreven. Hij bepleit overigens voor alle groepen ook de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding.

Het is lovenswaardig dat de oproep van Damiaan Denys en André Aleman dit vervolg krijgt. Nu is het zaak dat voornemens worden omgezet in praktische zorg en dat deze zorg zich verbreedt. Hieronder volgt een concrete schets hoe passende zorg aan mensen met ernstige problemen die hun tot denken aan zelfdoding of tot een poging tot zelfdoding brengt.

- Een laagdrempelige permanente persoonlijke beschikbaarheid en bereikbaarheid van de hulpverlening voor mensen in (doods)nood. Zeven dagen per week, 24 uur per etmaal. Telefonisch en van mens tot mens. In het bijzonder voor mensen die suïcidaal zijn, maar niet uitsluitend. Een zwaarwegende factor bij zelfdoding is de herhaaldelijke teleurstelling in opvang

en behandeling in ernstige nood die mogelijk nog geen acute dreiging van zelfdoding in zich draagt, maar wel een bijna niet te dragen wanhoop of verwarring.

- Warme, persoonlijke opvang in geval van crisisopname, al of niet na een suïcidepoging. Niet standaard gelijk pillen of opsluiting, maar in rustige omgeving aandacht voor iemands verhaal, hoeveel paniek en verwardheid daar ook in zit. Dit vraagt beschikbaarheid van verpleegkundigen en artsen die kijken en luisteren als watermerk van hun inzet. Het zogeheten Soteriaconcept kan hierbij als richtlijn dienen.
- Na een suïcidepoging en aansluitend op eventuele crisisopname een hospice-achtige opvang creëren. Dit is een nieuw concept in ons land, waar dringend behoefte aan is. De problematiek is even divers als specifiek en de behandelsettings zoals die nu fungeren, leggen vaak een veel te hoge druk op mensen die een poging hebben gedaan.
- De 'postcodedwang' afschaffen. Nu nog is opname en langer verblijf in een instelling alleen toegestaan als iemand in dezelfde postcoderegio woont. Wij kennen schrijnende voorbeelden hoe deze dwang kan uitpakken. Bijvoorbeeld van een jongeman die in ernstig psychotische toestand 's nachts op de vlucht ging voor zijn angsten, door de politie werd gevonden en op tactvolle wijze naar een opname-afdeling van de GGZ werd gebracht waar de opvang inderdaad warm en persoonlijk was, zoals hij nog niet eerder had meegemaakt. Daar werd hij wonderbaarlijk snel rustig. Maar onder verwijzing naar de postcode moest hij drie dagen later naar een instelling in zijn woonomgeving, waar men hem kende, geen raad met hem wist en hij al een reeks ernstige teleurstellingen had. Daags na de overplaatsing greep de angst hem weer, met alle gevolgen vandien (isolatie, veel pillen en weer ernstig verlies van vertrouwen).
- In het verdere onderzoek naar de achtergronden van de gedachten aan zelfdoding of van een poging tot zelfdoding standaard lichamelijk onderzoek doen: algeheel lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, vragen naar belastende (familie)factoren zoals suikerziekte, allergieën en hormonale problemen, schildklierproblemen in het bijzonder. Deze komen in families van mensen met psychiatrische ziekten opvallend vaak voor; schildklierproblemen bij de moeder kunnen de hersenontwikkeling van het kind nadelig beïnvloeden, mogelijk ook zeer lichte afwijkingen die wellicht nog net binnen de huidige normaalwaarden vallen – zie ook ondermeer het interview van Ellen de Visser met prof. Dr. H. Drexhage, internist/immunoloog aan de Erasmus Universiteit Rotterdam ([Een ontstoken gemoed, De Volkskrant 01.02.2014](#)) en het artikel [Schildkliertest voor moeders, eveneens van Ellen de Visser \(De Volkskrant 02.08.2014\)](#). Hiernaast hebben mensen 'recht' op zorgvuldig neurologisch onderzoek, bijvoorbeeld een MRI-scan van de hersenen, om een hersenziekte uit te sluiten.
- Open staan voor contact met familie en zo nodig zelf initiatief nemen. Familie beschikt vaak over waardevolle informatie over de achtergronden van iemand en kan een rol spelen in de zo belangrijke sociale steun. In contact kunnen ook eventuele verstorende factoren aan het licht komen en mogelijk bespreekbaar worden.
- De dood en het verlangen naar de dood open bespreken. Daar ook actief naar vragen – dat lucht velen op, hun gedachten en gevoelens zijn kennelijk bespreekbaar en niet 'gek'.
- Suïcide ontmantelen van het nog altijd bestaande stigma dat het een vrije keus zou zijn. Mensen komen tot de stap in de dood als hun niets anders meer rest. Dat is geen keus in de zin dat deze net zo goed anders zou kunnen uitvallen. Het is eerder een keus tegen wil en dank.
- Het idee loslaten dat doodsverlangen altijd behandelbaar is in de zin van oplosbaar. Dat uitgangspunt zet zowel hulpverleners als patiënten in een klem en werkt daarmee isolerend en

eerder suïcidebevorderend dan preventief. De zelfgekozen dood is niet altijd vermijdbaar, er is lijden dat voor iemand definitief ondraaglijk is.

- Aansluitend op het vorige punt: voor zowel mensen met als zonder psychiatrische problemen de mogelijkheid tot hulp bij zelfdoding open laten. En zeker niet bij voorbaat uitsluiten. Ook hier geldt: ruimte geeft adem. De mogelijkheid van hulp bij zelfdoding werkt vaak ook preventief: de dood kan altijd nog en met menswaardige hulp.
- Aandacht voor zorg en begeleiding na een opname. Het streven van GGZinGeest naar nul suïcides binnen hun muren is mooi, maar wat gebeurt er na ontslag? Wij kennen op dit punt helaas schrijnende gebeurtenissen.
- Gestandaardiseerde opvang van naasten na een suïcide. Bijvoorbeeld melding van overlijden van allernaaste niet per telefoon maar persoonlijk, bespreking van mogelijkheden om de overledene te zien (al is het 'slechts' een deel van iemand), persoonlijke bezittingen niet in vuilniszak meegeven (helaas, het gebeurt vaak).
- Een aparte opvang buiten de GGZ voor mensen zonder psychiatrische aandoening die de suïcide nabij zijn of een poging hebben gedaan. Naast hulp in eigen woonomgeving (ambulant) bepleiten wij ook de mogelijkheid van een rustbrengende voorziening.
- Op veel grotere schaal opvang en mogelijkheden tot lotgenotencontact van naasten die iemand door suïcide zijn verloren. Hierbij gaat het om zowel persoonlijke gesprekken als lotgenotengroepen.

Ten slotte: de hoofdredactie van het gerenommeerd wetenschappelijk tijdschrift *The Lancet* verzette zich in 2011 heftig tegen invoering van de diagnose 'langdurige rouwstoornis'. Men schetste het gevaar van medicalisering en diagnostisch kokerzien. Hun pleidooi was dat hulpverleners 'er beter aan doen om tijd vrij te maken voor compassie en empathie, een luisterend oor te zijn', dan te grijpen naar bijvoorbeeld medicijnen. Eenzelfde pleidooi houden wij wat betreft suïcide. Het is geen ziekte maar een soms vermijdbare, soms onvermijdbare uitkomst van een leven in diepe wanhoop. Vanuit de grondhouding van compassie en een luisterend oor *zijn* (let wel: niet 'hebben') kan gebouwd aan een passende zorg voor mensen in deze nood.

Hans van Dam, docent en consultant hersenaandoeningen en voorzitter Stichting Zorg en Zelfdoding

Jannie Schuit-Lemstra en Siem Groot, ervaringsdeskundigen en beiden al jarenlang actief in persoonlijke opvang van nabestaanden na zelfdoding en organisatoren van Lotgenotencontactgroep Zaanstreek/Waterland en Omstreken.