

Erkenning voor de functie van troost na zelfdoding

Verslag van een lezing voor en een daaropvolgende discussie met de *Zelfhulpgroep Nabestaanden na Zelfdoding Zaanstreek/Waterland*, 14 december 2012 in gebouw 'De Vertoeving', naast de Doopsgezinde Kerk aan de Westzijde 82 te Zaandam.

Aanwezig: 34 nabestaanden, 11 specifiek genodigden en vier helpers. Tien nabestaanden hadden afgezegd vanwege de dreigende weersvoorspelling, enkelen waren ziek.

Beste mensen,

Jannie Schuit heeft mij uitgenodigd om hier vandaag voor u te spreken. Het is een verdrietige dag, omdat het thema zelfdoding gisteren weer heel prominent in het nieuws was. Een meisje van 15 jaar is voor de trein gesprongen, waarschijnlijk ten gevolge van het feit dat ze gepest werd. In samenhang hiermee besteedde *Nieuwsuur* aandacht aan het feit dat het aantal slachtoffers van zelfdoding met bijna 7% is gestegen als gevolg van de economische crisis. Dat was een ernstig bericht. Ik hoop dan ook dat het verzoek van psychiater Jan Mokkenstorm gehonoreerd zal worden. Deze vroeg om extra middelen voor Stichting 113. Ik hoop daarnaast dat u uzelf zult laten horen, want er is niet alleen geld nodig voor de mensen die 113 bellen of mailen, maar ook voor ondersteunende gespreksgroepen voor nabestaanden van suïcide. Ook dát is namelijk preventie.

Waarom heeft Jannie mij uitgenodigd om voor u te spreken? Ik denk omdat ik een psychiatrisch verpleegkundige ben, omdat ik geïnteresseerd ben in familieleden van psychiatrische patiënten en omdat ik een onderzoek heb gedaan naar de ontwikkeling van het verpleegkundige beroep in de psychiatrie. Voor dat onderzoek heb ik (onder andere) in alle leerboeken die in Nederland in de loop der tijd voor psychiatrisch verpleegkundigen werden geschreven opgezocht wat er zoal werd verwacht van verpleegkundigen als een patiënt het voornemen had zich van het leven te beroven. Wat moesten zij doen en wat moesten zij nalaten? Ik was juist een lezing over deze historische ontwikkeling aan het schrijven toen Jannie mij opbelde om te vertellen dat zij niet wilde dat ik als een soort 'geleerde' voor u zou optreden. Ik moest optreden als een 'gewoon mens', als 'iemand met warm menselijk gevoel'. En ik mocht het ook niet de hele tijd hebben over de gang van zaken in psychiatrische inrichtingen, omdat lang niet iedereen van u nabestaande is van een psychiatrische patiënt. Veel mensen die zelfmoord plegen zāten helemaal niet in de psychiatrie, zo waarschuwde zij.

In eerste instantie voelde ik mij toen nogal onthand. Wat te doen? Ik besloot mij te laten inspireren door het onderstaande schilderij.



Dit is een schilderij uit 1895 van de Spaanse schilder Julio Romero de Torres (1874-1930) uit Cordoba. In werkelijkheid beslaat dit schilderij bijna 12 vierkante meter; het is een gigantisch doek van een overweldigende schoonheid. Het heet: *'Mira que bonita era'*. (*Kijk eens, hoe mooi ze was.*) Toen ik vijftien jaar geleden in Cordoba het Museo Julio Romero de Torres bezocht, werd ik zó door dit doek gegrepen dat ik er een reproductie van heb gekocht. Die heb ik de laatste maanden boven mijn bureau gehangen, omdat mijn gevoel mij ingaf welke kant ik uitwilde met mijn lezing, maar ik de woorden daarvoor nog niet kon vinden. Het schilderij verbeeldt 'de schoonheid en de troost' die uitgaat van 'met anderen gedeelde rouw' na het overlijden van een dierbare. Uit alles wat ik de laatste jaren heb gehoord en de boeken die ik heb gelezen over u als verwanten van iemand die zichzelf van het leven beroofde, heb ik de indruk dat velen van u een dergelijke troost ontbeerd hebben. Soms omdat het niet meer mogelijk was uw overleden geliefde nog te zien te krijgen (laat staan dit aan anderen te tonen), vaak ook omdat het feit dat uw verwant het leven niet meer verdroeg, het u heel moeilijk maakte om dit leven ten overstaan van anderen nog op een mooie wijze te 'gedenken'. Sinds kort is dit overigens ook wel eens anders. Soms publiceert een nationale krant uitvoerig de mening van nabestaanden over de uitzonderlijk kunstzinnige of muzikale talenten van een jonge man of vrouw die de hand aan zichzelf sloeg. Dit hangt mijns inziens samen met het feit dat het taboe op zelfdoding in de samenleving afneemt. Een bewijs van dat laatste was de recente rouwadvertentie voor een jonge vrouw van adellijke afkomst die zelf de dood was ingegaan.

Het missen van troost door gedeelde rouw lijkt mij iets dat kan leiden tot een isolement waar je maar heel moeilijk uit loskomt. Daarom heb ik besloten dat ik u straks, na de pauze, ga vragen mij concrete punten aan te reiken waarmee nu juist *verpleegkundigen* u als nabestaanden met uw rouw kunnen helpen. Ik hoop dat dit gesprek, waarin u mij – door u uit te spreken - helpt om jonge verpleegkundigen nieuwe ideeën aan te reiken, ons nader tot elkaar zal brengen en zo ons allen troost zal bieden.

Ik heb Jannie Schuit leren kennen op 29 mei 2008. Een paar dagen daarvoor had ik in de krant gelezen dat er een première zou plaatsvinden van een documentaire over hulp bij zelfdoding, gevolgd door een forumdebat over eventuele hulp aan psychiatrische patiënten met een duurzame doodswens. Dit debat werd georganiseerd door de *Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende (NVVE)* en het *Humanistisch Verbond (HV)*. Omdat ik als jonge B-verpleegkundige in januari 1986 al eens in het Leidsch Dagblad had bepleit dat hulp bij zelfdoding wettelijk mogelijk moest worden gemaakt en ik bovendien nog werkte aan mijn onderzoek was ik benieuwd wat er dit keer over dit thema gezegd zou worden.

De zaal in Den Haag bleek afgeladen vol. Zó vol dat ik de voorzitter vroeg om te onderzoeken hoeveel psychiaters en verpleegkundigen er onder het publiek waren. Er bleken pakweg tien psychiaters in de zaal te zitten; twee van hen waren aanwezig omdat zij ofwel in de film, ofwel aan het Forumpanel deelnamen. Zelf bleek ik een van de vijf aanwezige verpleegkundigen. Met een schok realiseerde ik mij dat de professionals dus eenlingen waren in een zaal die (vermoedelijk) voor het overgrote deel gevuld was met mensen zoals u. Mensen die door iemand uit hun naaste omgeving regelmatig worden geconfronteerd met het verlangen een eind aan hun leven te maken, of mensen die reeds een dierbare aan de dood hebben verloren. Gezien de PR die met de lancering van de film gepaard was gegaan was deze vrijwel volstreekte afwezigheid van "psychiatrische hulpverleners" opvallend. Waarom toonden de professionals niet méér interesse?

Deze vraag bleek het centrale thema van de documentaire. De regisseur, Eveline van Dijck, zelf ook nabestaande, had alle vragen die maar kunnen opkomen rond het thema zelfdoding voorgelegd aan 'deskundigen' (een psychiater, een voormalig minister, een humanistisch raadvrouw annex consulent voor NVVE en een officier van justitie) en aan nabestaanden. Haar film bewees hoe intens de mensen die een eind aan hun leven maakten doorgaans hadden geworsteld met hun doodsverlangen. Nabestaanden die aan het woord kwamen, hadden behalve intens verdriet over hun enorme verlies, ook vaak verdriet dat zij de diepte van die wens niet al eerder hadden begrepen, of dat zij niet hadden durven helpen. Velen van hen betoonden zich eveneens verdrietig over het feit dat hun verwant ook niet door een arts was geholpen. De arts was op

basis van de euthanasiewet van 2001 immers de enige die het 'recht' had om iemand te helpen. Velen hoopten dat toekomstige slachtoffers op milder gruwelijk wijze zouden sterven.

Van Dijk's documentaire is bij mij blijven hangen als een film waarin de nabestaanden van mensen die suïcide pleegden er met invoelbare emotie voor pleiten dat GGz-professionals zich niet langer *doof houden* voor de doodswens van mensen die keer op keer ten prooi vallen aan een psychose of depressie en dit niet meer aankunnen. Niet omdat deze nabestaanden er allemaal op staan dat juist de psychiaters toekomstige patiënten actief gaan helpen, maar omdat diverse ervaringen (zoals bijvoorbeeld opgedaan in de woonvorm *Klaverblad* te Eindhoven) lijken uit te wijzen dat meer openheid over de doodswens levens *spaart*.

De forumdiscussie ná de film focuste evenwel volledig op het thema hulp bij zelfdoding. Oud minister Els Borst - een belangrijke stuwende kracht achter de Euthanasiewet van 2001 - beschuldigde de psychiaters van onprofessioneel handelen. Psychiaters verschuilden zich volgens haar achter de eed van Hippocrates ('levens redden') en hielden er geen rekening mee dat zij *naast* hun patiënt moesten blijven staan ('het lijden verlichten'), óók als deze een eind aan zijn leven wilde maken. Psychiaters zouden volgens haar een voorbeeld kunnen en moeten nemen aan de oncologen, die dit (aldus Borst) veel beter doen. Borst kreeg steun van de ethicus Prof. dr. Inez De Beaufort en de jurist Mr. E. Ph. R. Sutorius. Ook psychiater dr. A.J. (Fons) Tholen (Universitair Medisch Centrum Groningen en *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)*) gaf toe dat Borst een punt had. Hij had zichzelf als voorzitter van de *Commissie Hulp bij zelfdoding* in 2004 al afgevraagd of hij niet 'harder op tafel moest slaan' toen bleek dat de *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* verzuimde om de door zijn *Commissie* herziene richtlijn onder haar leden te verspreiden en alleen achter een code op hun website beschikbaar te stellen. Tholen bleek daarnaast echter evenzeer van mening dat de psychiaters veel te hard werden aangevallen. Volgens hem waren er wel degelijk psychiaters die wél openheid betrachtten en lag de kern van het probleem in de onvoorspelbaarheid van suïcide. Tholen maakte duidelijk dat van de ongeveer 1.550 mensen die jaarlijks zelfdoding plegen, circa 600 mensen bij de psychiatrie bekend zijn. (Hij ging niet in op de circa 14.000 pogingen tot suïcide, gepleegd door mensen van wie velen in de ggz bekend zijn). Daarnaast wees hij erop dat er onderzoek bestaat dat van de 320 psychiaters aan wie jaarlijks een patiënt met een duurzame doodswens om zelfdoding heeft gevraagd, 70 psychiaters ernstig overwogen hebben dit verzoek in te willigen.

Een mevrouw uit het publiek leek Tholen bij te vallen; zij vertelde dat zij het advies om 'vooral veel te praten' met haar broer over diens doodswens dertig jaar geleden van een vrouwelijke psychiater uit het UMC gekregen had. Zij had van deze gesprekken met haar broer (die op 29 mei 2008 nog steeds in leven was) ontzaglijk veel geleerd, maar zou hem niet langer 'veroordelen' als hij toch de hand aan zichzelf zou slaan.

Tholen beweerde dat jaarlijks tussen de twee en de vijf patiënten met een doodswens werden 'geholpen' door een psychiater. De jurist Mr. E.Ph.R. Sutorius (*NVVE*), Femke Halsema (*Groen Links*) en Rein Zunderdorp (*Humanistisch Verbond*) stelden daar tegenover dat zich jaarlijks 50 chronische ggz-patiënten van het leven beroven zónder hulp, terwijl er ongeveer 60 duurzaam naar de dood blijven verlangen. Voor deze omvangrijke groep eisten zij een 'perspectief op een waardig levenseinde'. Psychiaters moesten gaan accepteren dat chronische patiënten die hun lijden als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren, heel goed wilsbekwaam kunnen zijn. Als psychiaters aan deze mensen niet de hulp geven waartoe ze volgens hun eigen richtlijn en de Euthanasiewet (2001) als enige bevoegd zijn, dan zou de *NVVE* bevorderen dat anderen die bevoegdheid gaan krijgen, zo stelde Sutorius.

Geachte aanwezigen, het is nu december 2012. Het is duidelijk dat er sinds het voorjaar van 2008 heel veel is gebeurd rond de thema's zelfdoding en hulp bij zelfdoding. Dat is belangrijk. Hoe minder mensen voor de trein springen, des te beter is het. Al is er nu een minister van Volksgezondheid herbenoemd (mevr. E. Schippers) die ooit vrijwel direct na haar aantreden zei dat zij zich niet ten doel stelde het aantal zelfdodingen te verlagen omdat ze dit onhaalbaar achtte. M.i. heeft Schippers ondanks die uiting wel degelijk dingen in gang gezet. Ook

Jannie Schuit en Vellah Colcher zijn doorgestaan met het opvangen van u als nabestaanden; zij bereiden thans met Eveline van Dijck een nieuwe documentaire voor en hebben het boek van Vellah onlangs weer heruitgegeven. Lector GGz-verpleegkunde Berno van Meijel had in maart 2008 al (samen met Drs. Ing. Esther Meerwijk en de professoren Jan van den Bout, Mieke Grypdonck en Ad Kerkhof) een richtlijn voor ggz-verpleegkundigen opgesteld over *Effectief omgaan met suicidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis*. (De tekst daarvan is te vinden op de website van Hogeschool Inholland onder het kopje 'producten' van het Lectoraat ggz-verpleegkunde). De *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* heeft een nieuwe richtlijn over *Hulp bij Zelfdoding* opgesteld en deze is nu wel vrij beschikbaar en in een boekje uitgegeven. De telefonische hulplijn 113 en de website 113online zijn opgezet (hiervoor werken overwegend psychologen), het aantal mensen dat van een psychiater hulp bij zelfdoding krijgt neemt de laatste drie jaar duidelijk toe en de NVVE heeft de *Kliniek voor een Vrijwillig Levenseinde* opgericht, waar ook psychiatrische patiënten met een duurzaam doodswilgen hulp kunnen krijgen. Kortom: zowel verpleegkundigen, psychiaters als psychologen hebben de oproep van de nabestaanden opgepakt. Ook de NVVE heeft woord gehouden. Eveline van Dijck heeft door haar documentaire en haar samenwerking met NVVE en het *Humanistisch Verbond* in korte tijd uitzonderlijk veel bereikt.

En ik? Wat heb ik gedaan? Waarom stá ik hier vandaag eigenlijk?

1. Ik heb een verslag over de bijeenkomst van 29 mei 2008 geschreven voor het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* (Aan de Stegge 2008) en aan dit blad tevens gevraagd om een themanummer over zelfdoding te maken. Dat laatste is er gekomen (MGV 2010 nummer 12). In MGV 2011, nummer 11 stonden meerdere teksten over hulp bij zelfdoding weer (pag. 800-813). Onlangs is ook een speciaal nummer daarover verschenen van *Deviant* (Deviant, nr. 74, september 2012).
2. De laatste jaren heb ik contact gehouden met Jannie Schuit-Lemstra. Ik ben toegetreden tot het Stichtingsbestuur van de Stichting 2xPsychiatrie (dat 2x slaat op psychose én zelfdoding; de stichting werd opgericht door Anna Zanstra, Jannie Schuit, Siem Groot en Vellah Colcher) en heb geprobeerd om bij het Ministerie van VWS subsidie te verkrijgen voor Zelfhulpgroepen voor nabestaanden. Helaas heeft die poging geen succes gehad. Wel is het gelukt om eind 2009 het toen 50 jaar oude Fonds Psychische Gezondheid te motiveren Jannie Schuit en Vellah Colcher een bos bloemen te bezorgen bij wijze van waardering voor hun werk.
3. In mijn proefschrift (verschijningsdatum 16 maart 2012) heb ik in detail aangetoond dat zelfmoord/suicide/zelfdoding een centraal thema was in alle leerboeken die ooit in Nederland verschenen voor verpleegkundigen in de psychiatrie. Reeds in het allereerste Nederlandse handboek voor verpleegkundigen - de uit Amerika gehaalde en vertaalde gids *Handleiding voor oppassers in gasthuizen voor krankzinnigen van John Curwen M.D., voor Nederland gewijzigd door F.A.Hartsen (1862)* - werden drie specifiek op de Nederlandse situatie gerichte voetnoten gewijd aan de tragedie van zelfmoord. Hartsen stond erbij stil dat het motief tot zelfmoord behalve in 'beweegredenen' (motieven) ook gelegen kon zijn in 'gewaarwordingen' (psychotische belevingen). Daarnaast noemde hij het grote gevaar wat *depressieve* mensen liepen in periodes van 'ogenshijnlijk herstel'. Tot slot somde hij alle gevaarlijke voorwerpen op die bij potentiële zelfmoordenaars moesten worden weggenomen. Deze noten wekten de indruk dat Hartsen (evenals Jannie Schuit-Lemstra vandaag de dag) de 'krankzinnige lijdens' méér beschouwde als 'kwetsbare zieken' dan als bizarre, kwaadaardige of voor anderen gevaarlijke 'gekken'. Rond 1900 werden verplegenden bijna als vanzelfsprekend ontslagen wanneer een patiënt zich tijdens hun dienst van het leven had beroofd. De vaste regel in de leerboeken luidde dat 'zij patiënten met een doodswens NOOIT alleen mochten laten'. Zij mochten deze mensen dus evenmin isoleren. Om dit laatste te voorkomen werden zelfs speciale 'waakkamers' aangelegd bij de verpleegposten. Door de eeuw heen werd vervolgens eerst de lijst van potentiële 'zelfmoordwapens' die de verplegenden zouden worden aangerekend korter. Vervolgens erkenden de artsen dat zij níet tegelijkertijd een 'open deur systeem' konden aanhangen én pretenderen

dat zij in een psychiatrische inrichting elke zelfmoord konden voorkomen. Bovendien erkenden vooruitstrevende artsen dat een doodswens begrijpelijk kon zijn. Een enkeling waarschuwde dat bij belangrijke beleidswijzigingen in de inrichting terdege op potentiële zelfmoordenaars gelet moest worden. Daartoe verwachtten zij van de verpleging een steeds verfijnder observatie- en signaleringsvermogen. De verplegenden dienden hun patiënten zó goed te kennen dat zij wisten welke gedragingen ‘wezensvreemd’ aan hen waren en konden duiden op het voornemen tot zelfmoord. De grote groepen patiënten uit die tijd in aanmerking nemend lijkt mij dit een zware opdracht te zijn geweest. Onder invloed van de informalisering werd dit type waarschuwingen in de turbulente jaren zeventig en tachtig ingeruild tegen een meer gedifferentieerd beleid aangaande zelfdoding, waarin de patiënt in kwestie en diens existentiële probleem nadrukkelijk werd meegewogen. De zeer expliciete bezorgdheid voor het alleen laten van potentiële zelfmoordenaars vond ik niet meer terug. Omdat die oude waarschuwingen mij inmiddels vertrouwd waren geworden vond ik het belangwekkend in latere publicaties te lezen dat het aantal zelfmoorden in de jaren zeventig hoog opgelopen was. Dit niet alleen met het oog op de betrokken patiënten en hun nabestaanden, maar ook met het oog op de betrokken verplegenden zelf, omdat inzake zelfdoding ook alle naargeestige taken nog steeds op het bord van de verpleging lagen.

4. Omdat ik die oude aansporing aan verpleegkundigen om psychiatrische patiënten met zelfmoordplannen in elk geval nooit *alleen* te laten met al hun angsten belangrijk vind, heb ik onlangs de kans gegrepen om dit streven op te (laten) nemen in het zogenaamde *Toetsingskader Terugdringen separeren 2013* van de Inspectie voor de Gezondheids Zorg. Zoals u waarschijnlijk wel weet is de IGZ er de laatste jaren op gebrand om het toepassen van dwangmiddelen in psychiatrische ziekenhuizen te verminderen. Het komende jaar gaat de Inspectie in dit kader opnieuw allerlei instellingen langs met dit ‘Toetsingskader’. Ik kreeg de kans dit toetsingskader te beïnvloeden. Ik heb dat gedaan door vanuit V&VN te stellen dat het streven suïcidale mensen niet alleen te laten er weer in opgenomen moest worden. Deze opmerking is, vermoedelijk mede omdat de IGZ hier zelf ook al eens voor gepleit heeft, overgenomen, zo hoorde ik.
5. Ik ben met Jannie Schuit eens dat preventie van suicide niet alleen zou moeten bestaan uit de primaire preventie van een zelfdoding bij de betrokken persoon zèlf, maar ook uit secundaire en tertiaire preventie door betere opvang van nabestaanden. Daarom heb ik mij op dit optreden voorbereid door te praten met twee mensen die ik goed ken. De eerste daarvan is Thur Borgers, geestelijk verzorger bij Mondriaan Maastricht, een man die door zijn lange staat van dienst reeds veel nabestaanden heeft opgevangen. Hem heb ik gevraagd of hij op basis van zijn ervaringen wellicht een paar concrete tips voor mij had omtrent wat verpleegkundigen anders en beter zouden kunnen doen. De tweede is een goede vriendin van mij, die in maart 1981 haar broer van 28 jaar verloor, omdat deze verdronk in een bad, helaas op de afdeling van een psychiatrische inrichting. Volgens deze instelling was zijn verdrinking het resultaat van zelfdoding, volgens zijn moeder was het een ongeluk ten gevolge van onoplettendheid van het personeel (niet voldaan aan de voorgeschreven aanwezigheid tijdens het baden). Onderzoek gaf geen uitsluitsel. Hoe is deze familie destijds opgevangen? Had dat beter gekund?
6. De twee gesprekken leidden tot de volgende negen punten waaraan professionals (verpleegkundigen, artsen) extra aandacht kunnen geven. Ik wil u als publiek vragen naar deze punten te luisteren en mij na de pauze te vertellen welke van deze punten u herkent/onderschrijft en welke niet. Hun tips zijn:
 - a) Tijdens *elke* psychiatrische behandeling moet ook met de familie van de patiënt open en eerlijk gepraat worden. In elk geval wordt deze actief uitgenodigd om te komen kennismaken met behandelaar en verpleging en de verblijfssituatie van betrokkene te bekijken. Tijdens de hetero-anamnese moet serieus aandacht besteed worden aan somatische ziektes in de familie (schildklier en andere endocrinologische problemen, allergieën etcetera).

- b) Met patiënten die suïcide overwegen moet open gepraat worden zonder dat geoordeeld wordt over het voornemen als zodanig. Dat spaart levens.
- c) Er moet aandacht zijn voor de belangrijke data in de familie van alle patiënten. Verjaar- en/of sterfdagen van moeder, vader, broers, zussen en geliefden moeten aan de Eerst Verantwoordelijk Verpleegkundige bekend zijn. Veel mensen suïcideren zich vlak voor een dergelijke verjaardag. Dan dus extra alert zijn, evenals aan het begin van een nieuw (levens)jaar. (Dit is een punt waarop ook Jannie Schuit-Lemstra altijd hamert.)
- d) Verpleegkundigen en artsen moeten open met de familieleden van patiënten met suïcidale neigingen spreken, zelfs als de persoon in kwestie geen contact (meer) beoogt met zijn familie. De professionals moeten dus proberen niet defensief te reageren, ook niet als zij eerder al eens door een familie of een patiënt zijn vervolgd tot bij de tuchtrechter. Over een serieuze kans op een suïcide moet veel en zo open mogelijk gepraat worden.
- e) Wanneer verpleegkundigen iemand vinden na suïcide, zouden zij zich moeten beheersen om te snel te handelen in de zin van 'opruimen'. Het is belangrijk dat ouders/familieleden zelf (gesteld dat zij dat willen) de overledene nog kunnen zien zoals die werd aangetroffen. Dat zij desgewenst hun naaste mogen vasthouden en mogen helpen met het afleggen en opbaren. Het kan voor de nabestaanden een grote troost zijn, deze handelingen nog voor hun naaste of geliefde te kunnen verrichten. Als het lichaam ernstig is verminkt, is het vaak toch nog mogelijk om zonder het hele lichaam te zien een deel ervan aan te raken, ook dat kan voor nabestaanden belangrijk zijn.
- f) Men mag een geslaagde suïcidepoging nooit telefonisch mededelen en in elk geval nooit als eerste aan een jong broertje of zusje van de overledene. Men vertelt dit alleen face-to-face en altijd aan een volwassene.
- g) De nabestaanden moeten correct worden opgevangen. Dit betekent bijvoorbeeld dat een verpleegkundige de persoonlijke eigendommen van betrokkene nooit in een vuilniszak teruggeeft. Verder is belangrijk dat er tijd wordt genomen voor gesprek met de nabestaanden, hun adres wordt genoteerd, en de hulpverlening het een telefoonnummer opgeeft voor eventuele vragen naderhand, etcetera.
- h) Mogelijk kunnen de eerst verantwoordelijk verpleegkundige en/of de behandelend arts hun eigen rouwproces en hun machteloosheid naderhand delen met de nabestaande familieleden. Zij dienen in elk geval te informeren of de familie het op prijs stelt dat zij de begrafenis bijwonen.
- i) Met de nabestaanden moet altijd contact worden gehouden. Het is belangrijk 1) op de eerste verjaardag na en 2) op de jaardag van het overlijden iets te laten horen.

PAUZE

- Na de pauze blijkt allereerst dat zich onder de circa 50 aanwezigen – die onderling zeer betrokken en persoonlijk spreken – nogal wat mensen bevinden die de GGz beslist géén vriendelijke sector vinden. Er is bijvoorbeeld een moeder die haar eigen zoon na diverse opnames nauwelijks nog terugkent, omdat deze 70 kilo aangekomen is door de medicatie (waardoor hij thans elk medicament weigert en een sterk en agressief persoon is geworden die nergens meer wordt opgenomen en zijn eigen woning totaal heeft vernield), maar ook omdat deze anderszins beschadigd is, bijvoorbeeld door frequente separaties. Naast haar is er een ouderpaar wier (inmiddels overleden) kind in een Beschermd Woonvorm woonde waar de ouders nooit één psychiater gezien hebben, terwijl 'de verpleging' er enerzijds onherkenbaar was en zich

anderzijds altijd ophield in het kantoor. Het is, kortom, beslist niet het geval dat aandachtspunt a altijd herkend wordt.

- De zaal is algemeen van mening dat hulpverleners bij patiënten actief moeten informeren naar hun vermogen om het leven nog te verdragen. Men hoeft dit natuurlijk niet direct te vragen: 'Heb je plannen om jezelf te doden?' Beter is: 'Kun je het leven aan, heb je wel eens gedachten die..... etcetera'. En men moet aangeven: als je het ooit echt wilt, dan kunnen we hulp bieden.
- Een suïcidepoging mag nooit gepresenteerd worden als een vorm van aandachttrekkerij.
- Aanwezigen zijn van mening dat zelfdoding een infectieuze handeling is. De aanwezigen hebben de ervaring dat de patiënten in een psychiatrische inrichting onderling veel praten en dat zij onderling ook de gang van zaken bij suïcides toelichten. Achterblijvers schatten dan hun eigen kansen: 'Zou mij die methode ook lukken?' Soms worden suïcidepogingen gekopieerd. Men kan zich dan ook goed voorstellen dat de vroegere auteurs van handboeken voor verpleegkundigen waarschuwden dat over suïcides *niet* gepraat mocht worden. Anderzijds vinden de aanwezigen het juist goed dat de patiënten ('collega's') op elkaars begrafenis komen. Helemaal consistent is het een niet met het ander.
- Allen vinden het belangrijk dat er gesproken wordt van psychiatrische ziekenhuizen; niet van gekkenhuizen. Men beschouwt de patiënten dus als 'ziek'. Niet als 'gek'.
- Een suïcide mag nooit telefonisch worden doorgegeven; dit moet altijd gebeuren tijdens een persoonlijk bezoek, bij voorkeur bij de nabestaanden thuis. Persoonlijke eigendommen mogen niet in een vuilniszak worden overhandigd. Begrafenisbezoek door de hulpverleners wordt zeer gewaardeerd, evenals aandacht later, enige tijd na de suïcide. Het zou fijn zijn als hulpverleners het boek van Vellah Colcher (*Hun weg liep dood...*) tijdens hun opleiding verplicht moeten lezen.
- Men acht het heel voornaam dat de hulpverleners aan de nabestaanden de keus voorleggen of dezen hun familielid (of desnoods een heel klein stukje daarvan, zo vertelt een vrouw) nog willen zien. Het is in elk geval onverstandig die keuze niet aan te bieden en het lichaam als vanzelfsprekend af te schermen. Als de nabestaanden ervoor kiezen zich de persoon 'in goede doen' te herinneren dan moet dat echter ook kunnen. Mensen verschillen op dit punt van elkaar.
- De zaal is algemeen van mening dat na een suïcide de behandelend arts altijd direct het gehele dossier van betrokkene zou moeten overhandigen aan de nabestaanden, opdat dezen kunnen begrijpen waarom de suïcide heeft plaatsgevonden. In de praktijk blijkt het echter vaak voor te komen dat nabestaanden het dossier *niet* mogen inzien. De meeste aanwezigen zijn zeer gefrustreerd en furieus over behandelaars die het dossier achterhouden en die nabestaanden informeren in louter algemene statements. Nabestaanden willen na een suïcide details weten: waarom, hoe, wanneer, waarom *nu*? Men is kwaad als behandelaars zich dan verschuilen achter de Wet op de Persoonsgegevens. Men ziet dit als een vorm van persoonlijke lafheid omdat er ook behandelaars zijn die wèl openheid van zaken geven. Nabestaanden moeten een leven lang verder met hun vragen naar het 'waarom'. Men pleit dan ook voor een wet op openheid over het dossier. Patiënten moeten ten overstaan van hun familie verklaren of zij inzage in hun dossier toestaan na zelfdoding, zo vindt men. De Wet op de Privacy is er voor levenden, niet voor doden, zo vinden de nabestaanden. Een enkeling merkt op dat als je als familielid al actief bent tijdens de behandeling, je ook meer kans hebt het dossier los te krijgen na zelfdoding.
- In RIBW's werken veel te weinig personeelsleden om de verpleging actief betrokken te laten zijn bij de patiënten, laat staan bij hun familie, zo wordt opgemerkt. Vooral 's nachts en in de weekends is de bezetting daar erg laag. Ook vindt men dat de verpleegkundigen veel te vaak een mentaliteit hebben die diensten van 9 tot 5 strikt opvat. Als er eens iemand met een patiënt naar een terrasje gaat, moet de

patiënt vaak alweer om 17.00 uur naar huis terug, ook al geniet deze nog met volle teugen van het terras. Er kan geen 'extraatje' meer vanaf, zo lijkt het.

- Er bestaat (naast enkele positieve ervaringen) heel veel teleurstelling in verpleegkundigen, huisartsen en politieagenten in de zaal. Menig huisarts weet totaal niet op suïcide te reageren en informeert bij de nabestaanden nooit naar hun wel en wee. Een dergelijke opstelling brengt enorme teleurstelling en vaak ook een enorme vertrouwensbreuk teweeg. Op grond van deze ervaring komt de zaal algemeen tot het standpunt dat het hoog tijd wordt voor lessen door nabestaanden aan verpleegkundigen, huisartsen en politieagenten. Een aantal mensen geeft zich hiervoor bij mij op. Deze adressen zijn bij mij op te vragen door opleiders van de genoemde beroepsgroepen.
- Eén vrouw vertelt dat haar zoon zich heeft omgebracht, maar dat zijn vrienden haar al 15 jaar bezoeken, zowel op zijn verjaardag als op zijn sterfdag. Daaraan ontleent zij bijzonder veel steun.
- Mensen klappen als iemand zegt: "Chemische troost bestaat niet". Mensen kunnen elkaar alleen helpen door contact.
- Bij napraten wordt duidelijk dat moeders anders reageren op de suïcide van een kind dan vaders en dat dit voor de betrokken echtparen heel erg moeilijk is. Ik spreek een moeder die vertelt dat zij gedurende een half jaar vier uur per dag in een hoek zat te huilen. Een moeder die naast haar zit bevindt zich nog in dit proces. Hun echtgenoten kijken elkaar begrijpend aan. Dit illustreert de hele middag: hier zijn nabestaanden met veel pijn en verdriet, die steun en troost ontlene aan elkaar. In alle ellende die zij meegemaakt hebben en meemaken, is dit contact, deze uitwisseling van gedachten en emoties, dit elkaar begrijpen van onschatbare waarde.

Dr. G.J. C. (Cecile) aan de Stegge,

GGZ-verpleegkundige en historicus van de GGZ-verpleegkunde,

19 december 2012

Literatuur:

Bakker, Bram en Bram Hulzebos (2004). *Loden last. Het taboe rond zelfmoord*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.

Colcher, Vellah (1996 / 2008 / 2012). *Hun weg liep dood*. Nijkerk: Uitgeverij Callenbach / Amsterdam: Ypsilon / Castricum: F&N Eigen Beheer.

Curwen, John/Fredrik Anthony Hartsen (1862). *Gids voor Oppassers in Krankzinnigengestichten*. Utrecht: Kemink & Zn.

Deviant. Themanummer 74 over het levenseinde en hulp daarbij. September 2012.

Dijk, Arnold van en Els van Gilst, red. (1989). *Na zelfdoding. Hulp aan nabestaanden*. Nijkerk: Intro.

Hendriks, Vincent et al. (1983). *Zelfdoding en verliesverwerking. Ervaringen van nabestaanden*. Baarn: In den Toren.

Hulzebos, Bram (2003). *Een te dunne huid*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. Themanummer over suïcide. Nummer 12, 2010.

Meijel, Berno van et al. (2008). *Effectief omgaan met suïcidaliteit bij patiënten met schizofrenie of een aanverwante psychotische stoornis*. Alkmaar: Hogeschool InHolland.

NVVE (2008). *Keuzes rond het levenseinde: Perspectieven op waardig sterven*. Amsterdam: NVVE.

Polak, Freek (2011). Hulp bij zelfdoding door psychiatrische patiënten. Voorstel voor een lichtere procedure. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 66(11), 800-803. (Met reacties op dit voorstel van de hand van Frank Koerselman; Paul Vlaardingerbroek; A.P. de Boer en T.I. Oei; Lieve Thienpont en Lia A.A. Verlinde, plus een weerwoord van Freek Polak.)

Reedijk, Laura en Bas (1982). *Troost*. Den Haag: J.N. Voorhoeve.

Stegge, Cecile aan de (2008). Mag ik dood? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 63(10), 845-848.

Stegge, Cecile aan de (2012). *GEKKENWERK. De ontwikkeling van het beroep 'psychiatrisch verpleegkundige' in Nederland, 1830-1980*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.

Tholen, A.J. et al. (2009). *Richtlijn omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom/NVvP.

Zandstra, Palske, Jan van der Woude en Ben de Ree (2002). *Suïcidaliteit van begin tot eind. Verpleegkundige richtlijn*. Utrecht: Vereniging voor Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen.