

Handreikingen om suïcide te voorkomen

De GGZTotaal-XL van oktober

Het is geen gemakkelijk thema, suïcide. Maar daardoor zeker niet onbelangrijk. Het onderwerp staat bol staat van misvattingen ('als iemand echt wil, doet-ie het toch wel', 'mensen die er mee dreigen, doen het niet' en 'als je er naar vraagt, breng je mensen op ideeën'). Er over praten vinden veel mensen doodeng. Onder hen ook hulpverleners.

Misschien is dat wel, realiseren we ons bij de release van dit magazine, waarom drie van de vijf artikelen over de praktijk gaan van instituties en weinig over wat individuen kunnen doen: Carla Aantjes en Hans Landman houden, als hulpverleners, een pleidooi om de religieuze gemeenschap te betrekken bij de hulpverlening aan suïcidale cliënten; Willem Gotink haalt een Canadees onderzoek aan dat aantoont dat de berichtgeving in de media veel positieve invloed kan hebben op het voorkomen van suïcide; de Amsterdamse GGD komt aan het woord met een integrale aanpak van suïcidepreventie. Alleen Beau Menke is enigszins een uitzondering bij het stellen van de vraag: hoe kun je suïcidale uitingen op social media herkennen en wat kun je op zo'n moment doen?



De vraag die Stijn Ekkers stelt is breder: hoe komt het toch dat, ondanks alle preventie, het aantal suïcides zo hoog is? Eén mogelijk antwoord: we verwachten een bestaan zonder lijden, en dat is geen reële verwachting.

Het antwoord op de vraag wat je als individu kan doen als iemand zegt dat hij een einde aan zijn leven wil maken (of als je vermoedt dat hij daarover denkt), is overigens in essentie niet ingewikkeld: neem opmerkingen en andere signalen serieus, vraag er naar, luister zonder te bagatelliseren en te oordelen, zoek samen naar perspectief. Er is hulp genoeg voorhanden, zowel voor degene die met gedachten over suïcide rondloopt, als voor degene die daarmee geconfronteerd wordt.

Het taboe en de angst er over te praten is misschien wel het grootste probleem in het zoeken naar een uitweg.

Dit is ons eerste magazine in de nieuwe opzet. We [berichten](#) daar twee weken geleden al over. Per uitgave zijn er iets minder artikelen, maar we verschijnen wel tweemaal per maand in plaats van één keer. We zijn wat minder mooi gevormd, maar we krijgen wel meer inhoud. En we blijven gratis!

DOOR: STIJN EKKERS
MENS, DURF TE LIJDEN

Het GGZ-landschap kent vele gedaanten en stromingen. En zit vol vreemde paradoxen. Neem de lang bestaande ambulantisering en beddenafbouw - hoe kan het dat nog altijd 60% van het GGZ-budget wordt besteed aan intramurale zorg en beschermd wonen? Of kijk naar psychofarmaca. Waarom blijft ondanks de vele bijwerkingen, in het gunstigste geval leidend tot symptoomreductie, dit de meest ingezette interventie? Het zijn zaken, waar ik vanaf nu, in deze column, mijn licht op probeer te schijnen. In deze speciale editie over suïcide, richt ik mij eerst op een andere paradox: over het maar niet dalende suïdecijfer in Nederland.

'Zero' blijkt onhaalbaar

De laatste jaren zijn in ons land vele ggz-organisaties, gemeenten, scholen en tal van sleutelfiguren zoals huisartsen, zogeheten gatekeepers, getraind in het herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaliteit. Er zijn mediacampagnes. Speciale folders ontwikkeld voor suïcidepogers die op de SEH belanden. Bij tal van risicovolle spoorwegtrajecten hebben ProRail en 113 'Ik luister'-borden geplaatst. Velerlei strategieën, kortom, om het aantal suïcides terug te dringen. Maar de uitkomst? In 2017 maakten 1.917 mensen een einde aan hun leven. Het hoogste aantal ooit!

Weliswaar is met dit cijfer het aantal suïcides relatief gelijk gebleven sinds 2013. Een afname, of zoals 113-oprichter Jan Mokkenstorm zelfs ambieerde, een daling naar 'zero', blijkt er verre van in te zitten. Alle professionalisering ten spijt, werden zij die de fuik van de zelfgekozen dood in zijn gezwommen niet meer bereikt.

Stijn Ekkers is SPV, POH-GGZ en historicus Hij werkt bij de GGD Amsterdam en is als docent verbonden aan Avans+

Een geleidelijk proces van bewustzijnsvernaauwing

Over die onbereikbaarheid: wat nogal eens wordt vergeten, zo staat te lezen in Eigenlijk zegt u dat u dood wilt?!, een uitstekend boek van Paul van Hoek en Frans Brinkman over gespreksvoering rondom suïcide, is dat er geen directe relatie hoeft te zijn tussen ernstige problemen en de doodswens. De aantrekkelijkheid van de dood kent een eigen negatieve dynamiek. "Mensen kunnen langdurig straatarm zijn, in meervoudige pijnlijke of onvolkomen situaties verkeren of plotselinge verliezen voor hun kiezen krijgen zonder dat er suïcidaliteit ontstaat; in ieder geval niet meteen." Vaak is het een geleidelijk proces van bewustzijnsvernaauwing, waarbij uiteindelijk de balans tussen stress, kwetsbaarheid en draagkracht gevaarlijk doorslaat en de ultieme optie de enige optie is geworden.



Maar dat verklaart nog niet het gelijkblijvende suïcidecijfer in Nederland. Zijn de hoogrisicogroepen- en kenmerken niet in beeld? Jawel, bekend is dat psychische kwetsbaarheid, alcohol- en drugsgebruik en lichamelijke gesteldheid een rol kan spelen, homoseksuele gearardheid en eenzaamheid, ouderen met weinig sociale steun, mannen van Surinaamse afkomst als ook jonge allochtone vrouwen. Slaagt de preventie er dan onvoldoende in contact met hen te leggen? Of zijn er juist nog veel meer doden voorkomen en is de professionalisering een relatief succes te noemen?

Inhaalslag

113-woordvoester Anke Wammes maakt de volgende analyse: “Het Nederlandse suïcidepreventiebeleid kreeg sinds 2009 met de nationale zelfmoordpreventielijn 113Online (nu 113 Zelfmoordpreventie) een publiek gezicht. Hiermee werd voor het eerst duidelijk hoe groot de verborgen hulpvraag in de bevolking is naar anonieme online en telefonische hulpverlening gericht op suïcidepreventie. Ook bij een zeer lage naamsbekendheid (0-2%) was er een structureel tekort aan capaciteit om aan de hulpvraag te voldoen. Dus de duur en intensiteit van de interventies waren beperkt, ook was er de invloed van de economische crisis en veranderingen in het zorgstelsel, waardoor het niet waarschijnlijk is dat 113 in haar eentje in de eerste 10 jaar veel invloed heeft kunnen uitoefenen op de populatiesterfte. Bovendien is het moeilijk om aan te tonen dat de cijfers anders zouden zijn als 113 er niet was geweest.”

Er was dus sprake van een inhaalslag. En mogelijk worden de effecten van de 113-aanpak dan ook pas in de komende jaren zichtbaar. “Nu is er een naamsbekendheid van 40% onder de bevolking en zijn er in 2017 circa 50.000 crisisgesprekken gevoerd. Verder zijn er inmiddels duizenden mensen getraind als gatekeeper: in de spoorsector, het onderwijs, de schuldhulpverlening en in wijkteams.”

Wammes wijst daarnaast op het belang dat niet alleen professionals “de strijd” tegen suïcide aangaan. “Iedereen kan gatekeeper zijn. Alles begint met het besef dat suïcide een onderwerp is waar we het met elkaar over moeten hebben: zorg-professionals, gatekeepers maar ook als ‘gewone’ burger kun je het bespreekbaar maken, dat is niet makkelijk maar wel belangrijk. Voor voetbaltrainers, voor vrienden, maar ook als dominee, leraar of buurvrouw. Stel de vraag: denk je weleens aan zelfmoord als je je zorgen maakt over iemand.”

Het lijden aanvaardbaar maken

De maatschappelijke tendens lijkt evenwel anders te zijn: kwetsbaarheid is een taboe en problemen worden juist geëxternaliseerd. Recent liet psychiater Damiaan Denys, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en hoogleraar aan de UvA, in NRC weten hoe gelukkig zijn de norm is geworden, waarbij ook hier een paradox speelt: “Hoe rijker het land, hoe gelukkiger de mensen en des te vaker ze psychische hulp zoeken. In Zwitserland en Scandinavië is dat hetzelfde. Alles gaat goed, gelukkig zijn is de norm. En als dat even niet lukt, zoekt men hulp. Dat komt doordat ze niet kunnen aanvaarden dat ze lijden. En ook niet dat de ander lijdt. Tegen iemand die het moeilijk heeft, zegt men: zoek hulp. Het lijden aanvaardbaar maken, lukt dus alleen met behulp van een professional. Vroeger bestond dat niet; je werd gedwongen zélf je lijden aanvaardbaar te maken.”

Zijn visie is niet uniek. Psychiater Dirk de Wachter wees er al op in *Borderline Times* of hoogleraar psychologie Paul Verhaeghe in veel van zijn boeken: we zijn niet meer in staat om te gaan met gebreken en tekorten. Lijden wijst eveneens op het niet kunnen geven van zin en betekenis aan het leven; onze verhouding tot lijden is uiterst fragiel. Vandaar ook dat o.a. de Nieuwe GGZ-beweging of Machteld Hubers’ ‘positieve gezondheid’ zo’n belangrijke rol ziet weggelegd voor spiritualiteit en zingeving. Betekenisgeving, naast elementen als contact, verbinding, menselijkheid

en identiteit als mens (en niet als patiënt), blijven essentieel om levensproblemen het hoofd te kunnen bieden.

Gelukkig zijn, valt je toe. Het is de zoete vrucht van hard werken om op alle levensgebieden het een beetje op orde te hebben. Lijden is daar een integraal onderdeel van.

Door het werk van o.a. 113 lijkt de kans groot dat het suïdecijfer in de toekomst zal dalen. Maar in een maatschappij waar lijden niet mag bestaan, waar iedereen succesvol en alles leuk-lekker moet zijn, kunnen mensen al snel het gevoel krijgen te zijn mislukt en blijft er altijd een voedingsbodem voor suïcidaliteit.

M E N S , D U R F T E L I J D E N

Denk jij wel eens aan zelfdoding? Realiseer je dan dat erover praten helpt en dat er altijd hulp mogelijk is. 99% van de mensen die over suïcide denken weten zich uiteindelijk te redden met hulp van hun omgeving of een professional! Voor hulp kun je terecht bij de landelijke hulplijn: 0900-0113 of www.113.nl



De religieuze gemeenschap als beschermende factor bij suïcidaliteit

Een pleidooi voor het inzetten van de geloofsgemeenschap bij behandeling van suïcidaliteit

Het hebben van een steunend sociaal netwerk en een religieuze overtuiging worden in de literatuur vaak beschreven als beschermende factoren bij suïcidaliteit (5). In een geloofsgemeenschap komen die twee bij elkaar en daarmee kan deze dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de professionele behandeling van suïcidaliteit. Dit vraagt echter wel om een uitgebalanceerde samenwerking tussen cliënt, professionals uit de GGz en geestelijk verzorgers. Daarbij zijn wederzijdse toerusting en afstemming van verwachtingen belangrijke aspecten.

Suïcidaliteit is een veel voorkomend probleem in de GGz. In Nederland neemt het totale aantal suïcides de laatste jaren, ondanks intensieve preventie campagnes, toe. Dit aantal is gestegen van 1.353 in 2007 naar 1.893 in 2016; gemiddeld vijf mensen per dag (bron: CBS).

Ongeveer de helft van het aantal inwoners in Nederland geeft aan gelovig te zijn. Daarbij benoemt iets minder dan 15 procent actief religieus betrokken te zijn (bron: CBS), wat impliceert dat een groot aantal van de suïcidale cliënten die wij in ons werk ontmoeten gelovige is.

Een geloofsgemeenschap kan gezien worden als een belangrijke bron van geestelijke, emotionele en praktische steun. Daarmee maakt ze een wezenlijk onderdeel uit van het sociale netwerk van de cliënt en is daarmee een beschermende factor. De literatuur bevestigt dat de aanwezigheid van een geloofsovertuiging bij de cliënt, in welke mate dan ook, een belangrijke beschermende factor vormt bij suïcidaliteit (1,5).

Op grond van deze twee gegevens mag het als zinvol worden verondersteld de om de geloofsovertuiging en de geloofsgemeenschap van de cliënt actief bij de behandeling te betrekken. Dat geldt natuurlijk ook in het algemeen, maar zeker in het geval van suïcidaliteit. Dit vraagt om visie en inzet van beide kanten!



Kwetsbaarheid, Omstandigheden en Beschermende factoren

Er zijn factoren die mensen kwetsbaarder maken en die het risico op het ontwikkelen van suïcidaal gedrag verhogen. Bekende factoren zijn genetische aanleg, persoonlijkheid, opvoeding, of eerdere ervaringen met suïcidaal gedrag. Maar ook life events en moeilijke omstandigheden kunnen de neiging tot suïcidaal gedrag vergroten. Denk maar aan het verlies van een dierbare of van werk, het lijden aan een invaliderende aandoening, het recent vóórkomen van suïcide in de familie of vriendenkring, armoede, alleenstaand zijn en/of het ontbreken van sociale steun. Misbruik van drank- en drugs zijn daarbij extra complicerende- en risico verhogende factoren!

Recente verlieservaringen en andere ingrijpende gebeurtenissen leiden, in combinatie met een aanwezige kwetsbaarheid, vaak tot wanhoop gevoelens. De persoon krijgt dan het gevoel volledig klem te zitten en voelt zich als het ware een gevangene in zijn eigen situatie. Gevoelens van verslagenheid, verlies en wanhoop gaan dan overheersen waardoor men geen uitweg meer ziet (2). Suïcide kan dan ook gezien worden als een resultaat van mislukte zingeving en het gebrek aan perspectief en hoop (5).

Aan de andere kant zijn er de beschermende factoren; die geven hoop en verminderen de kans op suïcidaal gedrag. Voorbeelden hiervan zijn: persoonlijke veerkracht, weerbaarheid, een goede behandelrelatie en een steunend sociaal netwerk. Maar ook religieuze overtuiging(en) en het dragen van verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld voor kinderen of ouders (2,4).

Religie als beschermende factor

Uit internationaal onderzoek is gebleken dat religieuze betrokkenheid een beschermende factor vormt bij suïcidaliteit. Uit ander onderzoek naar de rol van religie blijkt dat deze ook in het algemeen een beschermende rol speelt bij psychisch lijden (6,7). Dit staat ook in de Multidisciplinaire Richtlijn Suïcidaliteit (3).

Over hoe dit effect precies tot stand komt is nog weinig bekend, maar religie wordt vaak geassocieerd met sociale samenhang. Mogelijk spelen sociale inbedding en morele en ethische bezwaren tegen suïcide, die vaak in geloofsgemeenschappen aanwezig zijn, een rol. Ook blijken religieuze overtuigingen houvast te bieden bij zingevingsvragen, die vaak ontstaan als gevolg van lijdensdruk (5).

In een onderzoek bij depressieve stoornissen (8), vanuit het Kennisinstituut christelijke ggz (KICG), zijn 155 patiënten onderzocht op de samenhang van de depressieve stoornis, ernst van de suïcidaliteit en geloof. Evenals in elders uitgevoerde studies op dit gebied, werd ontdekt dat sociale binding samengaat met minder suïcidaliteit. Een nieuwe bevinding was dat er, bij de gelovige cliënten, een samenhang bestaat tussen de aard van het godsbeeld en de ernst van de suïcidaliteit. Daarnaast werd er geconcludeerd dat de mate van overtuiging dat God suïcide verbiedt (morele bezwaren), sterk samenhangt met de ernst van de suïcidaliteit en ook met suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis.

Pleidooi om de geloofsgemeenschap te betrekken bij behandeling van gelovige suïcidale cliënten

In de behandeling en preventie van suïcidaliteit zijn er twee belangrijke aandachtspunten: namelijk contact maken en samenwerking met naasten. Suïcidale personen zoeken veel eerder en vaker steun bij hun ouders, partners, (volwassen) kinderen en vrienden dan bij professionals. Een steunend sociaal netwerk en religieuze overtuiging zijn beschermende factoren die wellicht binnen de geloofsgemeenschap vergroot kunnen worden. Suïcidale cliënten zijn in hun geloofsgemeenschap leden waar deze gemeenschap gezamenlijk zorg voor draagt (5). Voor een gemeentelid dat gevoelens van wanhoop of uitzichtloosheid, of zelfs suïcidale gedachten, ervaart, kan een geestelijk verzorger en de gemeenschap veel betekenen: in contact blijven, tijdig doorverwijzen naar professionele hulpverlening, een (dreigende) crisis signaleren en opnieuw contact (laten) opnemen met de hulpverlener, en het gesprek voeren over God en geloof in relatie tot de problematiek.

Aan de geestelijk verzorger en de geloofsgemeenschap kan gevraagd worden om zorg te dragen voor een goede inbedding binnen de gemeenschap. Gerichte inzet van gemeenteleden, bijvoorbeeld vrijwilligers die op bezoek gaan of mensen ophalen voor geloofsactiviteiten, kan hierbij behulpzaam zijn. Zoals eerder geconcludeerd kan het Godsbeeld dat een gelovige heeft de ernst van de suïcidaliteit beïnvloeden. Voor de geestelijk begeleiding betekent dit dat de vraag naar de opvattingen over wie en wat God voor iemand is, essentieel zijn. Een goed gesprek hierover kan verlichting bieden.

Casus

(Met toestemming van betrokken cliënt, gemeenteleden en predikant | met gefingeerde naam)

Arie is een man van 55 die al vanaf zijn 26e levensjaar behandeling ontvangt vanuit verschillende GGz instellingen. Hij is wisselend tevreden en kan maar moeizaam compliance vinden en is ambivalent over de aangeboden (medicamenteuze) interventies.

Hij meldt zich nu aan met depressieve klachten, vermoedelijk in het kader van de al eerder bij hem gestelde bipolaire stoornis. Arie is niet alleen depressief, maar ook suïcidaal en het kost hem moeite om op te staan en voor zichzelf te zorgen. Hij verklaart zijn klachten zelf vanuit een religieus kader, waarbij hij zijn schuld- en schaamtegevoelens ervaart als zondig. Hij voelt zich te onwaardig om door God en zijn omgeving geliefd te zijn. Hij heeft het contact met zijn kerk en geloofsgenoten nagenoeg verloren, omdat hij niet meer wekelijks naar de kerk gaat en al een aantal keren een huisbezoek van iemand uit de kerk heeft afgeslagen. Niet omdat hij dit gebaar niet op prijs stelde, maar omdat hij hen niet wilde belasten met zijn ellende en sores. Om diezelfde reden heeft hij, twee maanden geleden, zijn relatie beëindigd. Verder is er sprake van een uitzichtloze financiële situatie, waar hij zich erg druk om maakt en die hij niet overziet.

In het intakegesprek worden alle risicofactoren, kwetsbaarheden en beschermende factoren in kaart gebracht. Daarna

wordt met Arie afgesproken dat zijn netwerk actief bij de behandeling betrokken wordt, dit uiteraard met zijn toestemming. Samen met de predikant van het kerkgenootschap waar hij deel van uitmaakt, werden zijn worsteling met zijn Godsbeeld en zijn neiging om zich daardoor terug te trekken uit het kerkelijk leven besproken. Nadat duidelijk was geworden hoe dit bij hem is ontstaan en werkt, werden er enkele gerichte psycho-pastorale interventies gedaan. Het was lastig voor Arie om open te zijn over zijn gevoelens en om de steun van zijn geloofsgenoten te aanvaarden. Na enige tijd werd duidelijk dat, naast behandeling in de reguliere GGz, dit hem hielp om in contact met de omgeving te blijven en om zijn suïcidale gedachten bespreekbaar te maken. Doordat hij nu weer nabijheid van anderen kon aanvaarden, kwamen belangrijke beschermende factoren weer meer beschikbaar, waardoor de suïcidaliteit verminderde en zijn (zelf)vertrouwen groeide.

Deze samenwerking (afstemming) tussen de GGz en zijn (kerkelijk) netwerk werd door hem erg gewaardeerd en effectief ingezet. In een gezamenlijk signaleringsplan werden de acties beschreven die het netwerk kan, mag en wellicht moet ondernemen bij terugkeer van de depressieve klachten en suïcidaliteit.

Conclusie

Wetenschappelijk onderzoek, maar ook de praktijk, heeft aangetoond dat religieuze levensovertuiging en betrokkenheid bij een geloofsgemeenschap een beschermende factor kunnen zijn bij

suïcidaliteit. Het is goed om daar kennis van te hebben en er op een gepaste wijze gebruik van te maken bij de behandeling van gelovige suïcidale cliënten. Dat vraagt wel om een wederzijdse bereidheid om samen te werken en om kennis en ervaring uit te wisselen. Dit laatste overigens met het respecteren van elkaars professionele competenties.

Handreikingen

- Vraag al bij de (reguliere) intake naar de levensovertuiging van cliënt.
- Biedt - indien gewenst door de cliënt - ruimte om levensbeschouwelijke aspecten in te brengen in de behandeling.
- Biedt aan om, als de eigen levensovertuiging niet aansluit bij die van de cliënt, of wanneer de mate van inbreng het professionele statuut overstijgt, een eigen geestelijk verzorger van de cliënt bij de reguliere behandeling te betrekken.
- Betrek in geval van suïcidale crisis ook capabele personen uit het religieuze netwerk van de cliënt.
- Investeer in het onderhouden van contacten met geestelijk verzorgers en betrek hen wederzijds bij deskundigheidsbevordering.

[Voor literatuuroverzicht zie website.](#)

Het betrekken van de levensovertuiging van cliënt in de behandeling is in feite niets anders dan het oprecht interesse tonen voor de belevingswereld van je cliënt. Daarbij gericht luisterend naar waar je je behandeling kunt laten aansluiten bij deze belevingswereld en waar onderdelen en aspecten uit deze belevingswereld ondersteunend kunnen zijn aan het doel van je behandeling.

Carla Aantjes is verpleegkundig Specialist bij de Hoop GGz en betrokken bij het Kennis Instituut Christelijke Ggz (KICG)

Hans Landman is Senior Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij de Hoop GGz

Denk jij wel eens aan zelfdoding? Realiseer je dan dat erover praten helpt en dat er altijd hulp mogelijk is. 99% van de mensen die over suïcide denken weten zich uiteindelijk te redden met hulp van hun omgeving of een professional! Voor hulp kun je terecht bij de landelijke hulplijn: 0900-0113 of www.113.nl



door Willem Gotink

‘Mensen weer perspectief laten zien is soms hartstikke ingewikkeld’

Amsterdamse integrale aanpak suïcidepreventie lijkt succesvol

Wie na een suïcidepoging op de Eerste Hulp van één van de locaties van het OLVG terechtkomt, heeft een goede kans dat hij of zij binnen tien dagen gebeld wordt door Monique van Raan van de Amsterdamse GGD. Ze zal vragen hoe het gaat, wat de aanleiding van de suïcidepoging was, wat er in het ziekenhuis geadviseerd is en of de patiënt al een afspraak met de hulpverlening heeft gemaakt. Dit zogenoemde casemanagement is één van de belangrijkste onderdelen van de Amsterdamse Integrale Aanpak Suïcidepreventie, die in 2011 in de hoofdstad van start ging. Een ander belangrijk onderdeel van het programma wordt gevormd door de gatekeepers-trainingen: trainingen voor mensen die door hun beroep of vrijwilligerswerk makkelijk in aanraking kunnen komen met mensen die met suïcidegedachten rondlopen.



Tegen de landelijke trend in

Het aantal suïcides in Nederland steeg tussen 2007 en 2017 met maar liefst 42%, van 1353 naar 1917 per jaar. Gelukkig trad de afgelopen vier jaar een kentering op en bleef het (relatieve) aantal ongeveer gelijk: 11,2 per 100.000 inwoners. In Amsterdam trad die kentering al eerder op. Tegen de landelijke trend in daalde het aantal suïcides in de hoofdstad in dezelfde periode van 13,5 per 100.000 inwoners in 2007 naar iets onder het landelijke gemiddelde van 11,1.

Lyna Polikar, coördinator van het suïcidepreventieproject, is de eerste die toegeeft dat de aantallen te klein zijn om er conclusies aan te verbinden. Of de daling van het aantal suïcides een direct gevolg is van het project, is daarom niet met zekerheid vast te stellen. Ook Polikar weet dat er veel méér factoren meespelen dan alleen het project dat zij leidt. Desondanks is het aannemelijk dat de trendbreuk (mede) te danken is aan het suïcidepreventieproject dat de GGD in 2011 startte.

Casemanagement

“Er zijn geen handboeken voor”, zegt Monique van Raan op de vraag hoe dat nou gaat, zo’n telefoongesprek met iemand die een week daarvoor nog een eind aan zijn leven wilde maken.

“De meeste mensen zeggen dat er niets aan de hand is, maar ik probeer toch verder in gesprek te komen. Dat is op eieren lopen, fingerspitzen, aanvoelen wat de goede vraag is.” Achterliggende gedachte van dat contact leggen, is dat iemand een dergelijke poging niet voor niets doet en dat de kans op herhaling groot is als er niets aan de problemen gedaan wordt. Het ziekenhuis zorgt immers wel dat iemand lichamelijk niet meer in gevaar verkeert, maar de aanvankelijke problemen bestaan na het verlaten van de Eerste Hulp natuurlijk nog steeds.

Van Raan krijgt alleen te maken met mensen bij wie twijfel is of ze goed in zorg zijn, of waarbij vragen zijn over de continuïteit van zorg. Of als er helemaal geen zorg is geregeld. Als mensen wel goed in zorg zijn, komt er geen melding met verzoek voor casemanagement. Ook als mensen op de Eerste Hulp geen toestemming geven om contact op te nemen, krijgt Van Raan geen persoonsgegevens. Dat laatste is in slechts drie procent van de 180 suïcidepogingen het geval. Van de overigen komt de helft niet bij de GGD terecht, omdat ze elders al in zorg zijn of er geen casemanagement nodig is.

De eerste reacties zijn wisselend. Sommigen zijn blij met het contact, anderen willen er niets van weten, sommigen nemen de telefoon niet op. Monique Van Raan heeft in de zes jaar dat ze dit werk doet een scala aan manieren ontwikkeld om het gesprek gaande te houden. “Dan zeg ik: ‘Ik begrijp dat u geen behoefte heeft aan contact, maar ik probeer mijn werk zo goed mogelijk te doen. Vindt u het goed als ik dan over een maand nog een keer terugbel?’ Dan zeggen ze bijna altijd ‘ja.’”

“En als mensen helemaal niet opnemen, ga ik langs. Als er niet opengedaan wordt, laat ik een kaartje achter met het verzoek contact op te nemen. Uiteindelijk lukt het wel, maar je moet volhouden. Het is meer dan een lijstje afvinken.”

Als het contact is gelegd, ligt de weg open om verder te praten wat er moet gebeuren om

herhaling te voorkomen. Daarbij kan de huisarts en de familie worden betrokken, maar het belangrijkste is luisteren en begrip hebben.

Van Raan: “Ik begrijp echt heel goed dat mensen wanhopig kunnen zijn en geen uitweg meer zien. Ik zal ook nooit zeggen ‘het komt wel goed’ of iets dergelijks, ik probeer echt ergens te komen waar ze weer perspectief zien. En soms is dat hartstikke ingewikkeld. Bijvoorbeeld bij ernstige en langdurige depressies, of bij mensen die niets meer lijken te hebben. Dan moet je blijven luisteren en zoeken. Dat is ook wat ik terug hoor, dat mensen zeggen dat ik echt luister, betrokken ben.”

Onlangs kreeg ze een bericht van iemand die ze twee jaar geleden had gezien. De afzender vertelde dat ze er niet meer was geweest als Monique haar destijds niet had gebeld.

Gatekeepers trainingen

Een tweede pijler van het Amsterdamse suïcidepreventieproject zijn de zogenoemde gatekeeperstrainingen (‘gatekeeper’, Engels voor poortwachter, in dit geval de mensen die signalen doorkrijgen). De trainingen zijn bedoeld voor iedereen die vanuit zijn functie in aanraking kan komen met mensen die suïcidaal zijn. Daarbij kan worden gedacht aan politiemensen, maar ook deurwaarders, schuldhulpverleners, schoolmedewerkers en maatschappelijk werkers. In 2017 werden 31 van dergelijke gatekeeperstrainingen georganiseerd voor in totaal 350 gatekeepers.

Tijdens zo’n training, die drie-en-een-half uur duurt, leren deelnemers het gesprek aan te gaan met mensen die suïcidaal zijn, ze krijgen handvatten, oefenen gespreksvaardigheden en krijgen een beetje theorie.

Volgens Polikar zijn de trainingen ook geschikt voor sommige hulpverleners, die lang niet altijd in staat blijken te zijn het gesprek aan te gaan over suïcidale gedachten. Angst voor het antwoord, niet goed weten wat met de problemen aan te vangen, het komt vaak voor. Ook van Raan hoort van de mensen die ze spreekt, dat er lang niet altijd door hulpverleners naar suïcidale gedachten wordt gevraagd.

Risicogroepen

De mensen die met van Raan in gesprek komen, komen uit heel verschillende maatschappelijke geledingen. “Het varieert echt van BN-ers tot mensen met LVB-problematiek. Alleenstaande mannen vormen een belangrijke groep. Er worden ook allochtone meisjes, maar ook steeds meer allochtone mannen aangemeld, veel van de laatste hebben verslaving en LVB-problematiek. Soms lopen ze al bij Inforsa (afdeling forensische psychiatrie. WG), dan gaat het traject daar uiteraard verder.

De laatste jaren zie ik soms buitenlandse studenten, die in hele kleine dure kamertjes wonen, geen enkel netwerk hebben, middelen gebruiken, soms seksueel geïntimideerd worden of verkracht zijn. Dan lukt het ze niet om hun studie op te pakken. Na een half jaar loopt hun visum af, er is geen geld of een potje om hulpverlening te regelen, ze kunnen zelfs niet naar de huisarts. Die zitten echt helemaal klem, de zorgverzekeraars doen daar niets voor.”

Het aantal vluchtelingen dat aangemeld wordt is daarentegen te verwaarlozen: 2 per jaar. Wel organiseert de GGD gatekeeperstrainingen voor mensen die onder andere bij het COA werken.

Meerdere doelgroepen

Behalve het casemanagement en de gatekeeperstrainingen heeft het Amsterdamse programma nóg twee onderdelen, die wat minder op de voorgrond staan.

Onder de noemer ‘Beperken van gevaarlijke middelen en locaties’ monitort de GGD en kan adviseren als er trends blijken te zijn in de manier waarop of de locaties waar suïcide gepleegd wordt (bijvoorbeeld specifieke hoge gebouwen). In Amsterdam zijn dergelijke trends (nog) niet gevonden, vooralsnog blijft het daarom bij monitoren.

Ook gespreksgroepen voor nabestaanden, deels door de GGD geïnitieerd en opgezet, worden tegenwoordig door de twee grote GGZ-instellingen die Amsterdam rijk is, GGZ InGeest en Arkin, georganiseerd.

Nabestaanden vormen zelf een risicogroep, daarbij blijken veel mensen het op prijs te stellen als ze over het verlies van hun naaste kunnen praten met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt.

Succesformule

Hoewel de resultaten dus niet wetenschappelijk aantoonbaar zijn, is het wel aannemelijk dat het Amsterdamse programma effect sorteert. Suïcidepreventie is niet eenvoudig, en veel projecten in den lande boeken weinig resultaat. Wat maakt de Amsterdamse werkwijze tot een succes?

“Voor we begonnen is er veel onderzoek gedaan en een heel goed plan van aanpak geschreven”, zegt Polikar. “Daarbij komt, dat de gemeente Amsterdam structurele subsidie heeft gegeven. De gemeente vond het onderwerp belangrijk en heeft het tot prioriteit gemaakt. We hoeven dus niet elk jaar af te wachten of we verder kunnen.”

Van Raan: “Wat in Amsterdam ook meespeelt, is dat de GGD regisseur is. We zijn in die zin onafhankelijk. Terecht of onterecht, mensen hebben liever te maken met de GGD dan met de GGZ. Al heb ik één keer veel moeite gehad iemand te spreken omdat ze de GGD associeerde met de prikken en de testjes op de lagere school. Maar dat zijn uitzonderingen.

We hebben als GGD ook heel veel contact en samenwerking met andere instanties: met de GGZ, met 113-Zelfmoordpreventie met de organisaties waar we gatekeeperstrainingen geven, enzovoorts.”

Een derde factor is het team. Polikar over Van Raan: “Je moet mensen hebben die zich willen inzetten, mensen met passie. Iedereen kan bellen en een lijstje afvinken, maar niet iedereen is zo gedreven om daarin dóór te gaan.” Al eerder in het gesprek bleek dat mensen Van Raan ook ’s nachts mochten bellen. Daar is ze op een gegeven moment toch mee gestopt, omdat het te belastend was. ’s Avonds mag nog wel.

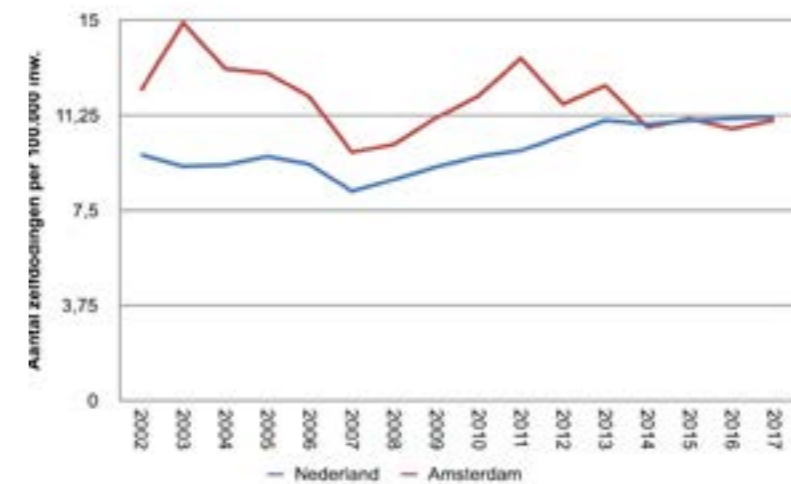
Van Raan over Polikar: “Het is belangrijk dat de projectleider ook verstand van het onderwerp heeft. Zij is psycholoog, heeft onder andere bij het Trimbos-instituut onderzoek gedaan en bij

ZonMW secretaris van het programma “Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag” en verdiept zich in de materie. Het is méér dan gewoon projectmanagement.” Ook de, niet bij het gesprek aanwezige, epidemioloog Marcel Buster noemen beiden als belangrijk onderdeel van het team.

Een programma als dit staat of valt met betrokkenheid, zo lijkt de gemeenschappelijke conclusie.

Denk jij wel eens aan zelfdoding? Realiseer je dan dat erover praten helpt en dat er altijd hulp mogelijk is. 99% van de mensen die over suïcide denken weten zich uiteindelijk te redden met hulp van hun omgeving of een professional! Voor hulp kun je terecht bij de landelijke hulplijn: 0900-0113 of www.113.nl

Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners Nederland versus Amsterdam (2002-2017)



Zelfdoding en social media: hoe te herkennen en wat te doen?

DOOR: BEAU MENKE

In deze post wil ik het graag hebben over de rol van social media op het gebied van zelfmoordpreventie. De reden daarvoor is dat het zeer belangrijk is om door het stijgende social media gebruik in Nederland aandacht te besteden aan dit onderwerp. Daarnaast is hier naar mijn mening de afgelopen jaren te weinig aandacht aan besteed. Een voorbeeld daarvan is de elfjarige Tysen Benz uit Michigan, die door een misplaatste grap van zijn toenmalige vriendin op social media zichzelf van het leven beroofde. Dit had voorkomen kunnen worden als er meer aandacht besteed was aan het herkennen van de signalen op sociale media.

Alarmbellen

Allereerst is het erg lastig om signalen van een suïcidaal iemand te herkennen. Maar er zijn signalen die aangeven of

iemand suïcidaal is. Een voorbeeld daarvan is een verandering in de toon van de posts. Iedereen weet hoe vrienden klinken en als de toon op een negatieve manier veranderd, zou dit al een klein signaal kunnen zijn dat het niet goed gaat met diegene.

Een ander signaal zou kunnen zijn dat je vrienden negatieve en verdrietige posts beginnen te plaatsen op sociale media. Voorbeelden kunnen zijn: "Ik kan niks goed doen", "Niemand vindt mij aardig".

Deze kreten zouden de alarmbellen moeten laten rinkelen. Ook het posten van verdrietige foto's of quotes kan een teken van hopeloosheid zijn en moeten zeker serieus genomen worden.



Het laatste signaal wat ik ook erg belangrijk vind, is als vrienden op ongebruikelijke tijden berichten plaatsen op sociale media. Dit kan namelijk een teken zijn dat een van je vrienden aan slapeloosheid lijdt wat verband kan houden met het hebben van een depressie. Laat ik voorop stellen dat dit alleen niet gelijk betekent dat iemand hulp nodig heeft, maar dat het in combinatie met bovengenoemde signalen toch de moeite waard is om er rekening mee te houden.

Wat kunnen we doen?

Nu we weten hoe we aan het social media gedrag van iemand kunnen zien of ze hulp nodig hebben, komen we bij de belangrijkste stap: wat kunnen we doen?

Het allerbelangrijkste is om het bericht niet te negeren. Er is natuurlijk een verschil tussen negeren en ervoor kiezen om jezelf er niet in te mengen omdat diegene zichtbaar al geholpen wordt. Maar als je denk dat iemand in acuut gevaar is, handel dan onmiddellijk door zelf contact op te nemen als je diegene kent of door de hulplijn voor zelfmoordpreventie te bellen.

Posts op social media die te maken hebben met zelfmoord zijn gemakkelijk voorbij te scrollen. Het is makkelijk om aan te nemen dat iemand anders wel hulp zal aanbieden en het is vaak moeilijk om de ernst van de post in te schatten.

Er zijn echter genoeg voorbeelden van mensen die hun leven verliezen na het plaatsen van een post met dergelijke inhoud. Dus kies ervoor om te reageren in plaats van te negeren en voorkom dat zulke tragedies voorkomen.

Dit artikel is geschreven door Beau Menke, teamlid van MyTherapy. MyTherapy is een product van Smartpatient, dat bijdraagt aan het voorkomen van depressies en zelfdoding. Beschikbaar in de App store en in Google Play.

Denk jij wel eens aan zelfdoding? Realiseer je dan dat erover praten helpt en dat er altijd hulp mogelijk is. 99% van de mensen die over suicide denken weten zich uiteindelijk te redden met hulp van hun omgeving of een professional! Voor hulp kun je terecht bij de landelijke hulplijn: 0900-0113 of www.113.nl



Hoe de berichtgeving in de media het aantal suïcides kan beïnvloeden

Door Willem Gotink

Een uitgebreide studie in Canada naar berichtgeving over suïcides, toonde aan dat er een significant verband is tussen manier waarop de media over suïcides publiceren en het aantal suïcides dat op die publicaties volgt. Het onderzoek ondersteunt daarmee nog eens de noodzaak van een verantwoordelijke berichtgeving.

Onderzoekers uit Canada, Oostenrijk en Australië beoordeelden de relatie tussen potentieel schadelijke of juist preventieve elementen in berichten over suïcide in zowel papieren als online media. Ze onderzochten daarvoor liefst 17 duizend artikelen waar suïcide in voorkwam, in de periode tussen 2011 en 2014 in 13 grote tijdschriften die in Toronto verkrijgbaar waren (inclusief The New York Times). In ruim 6000 van deze artikelen was suïcide het hoofdonderwerp.

Daarnaast keken de onderzoekers naar het verband met suïcides (947) in Toronto in dezelfde periode. Ze letten daarbij op het verband tussen de manier van berichtgeving en het aantal suïcides in de zeven dagen na publicatie.??



Richtlijnen

“Het is belangrijk voor journalisten en de media in het algemeen om in te zien dat de manier van berichtgeving over suïcide een behoorlijke impact heeft op de bevolking,” vertelde hoofdauteur Mark Sinyor tegen CBC-News. Sinyor is psychiater bij Sunnybrook Health Sciences Centre en de University of Toronto in Canada.

Het viel de onderzoekers op dat weinig media zich iets aan leken te trekken van de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO. Zo zegt de richtlijn het woord zelfmoord in de kop van een artikel te vermijden, maar in bijna een kwart van de artikelen stond dat woord gewoon in de kop. Ook de methode was in de helft van de artikelen terug te vinden, in vier procent zelfs in de kop.

De WHO raadt aan berichten over zelfdoding af te sluiten met een verwijzing naar een hulpinstantie. In Nederland doen de meeste media dat ook, bleek uit een mailronde van GGZTotaal onder twintig landelijke en regionale (papieren en online) kranten. Maar de Canadese

onderzoekers vonden zo'n verwijzing in nog geen 2 procent van de artikelen. Dat is opmerkelijk weinig, zeker omdat ze in hun statistieken wel een ontmoedigend effect zagen, zelfs van dat geringe aantal verwijzingen.?

Meerdere elementen in de berichtgeving leken van invloed te zijn op de toename van suicides, zoals het beschrijven van de gebruikte methode, vooral als dat in de kop van het artikel stond. Ook als werd gesuggereerd dat de suicide onvermijdelijk was, of wanneer het om bekende personen ging, vonden de onderzoekers een verband met een toename van het aantal suicides. Wanneer het bericht een misdadiger betrof, leek er een verband met een afname.

Mogelijkheden van hulp

“Wanneer berichten in de pers ook verwijzen naar mogelijkheden van hulp (zoals in Nederland 113, red.) of hoopvolle boodschappen meegeven, kan dat een positieve impact hebben op het publiek en iemand in een crisis er aan helpen herinneren dat suicide niet de enige optie is en dat hulp beschikbaar is,” zegt Mark Sinyor. Hij vervolgt: “Deze studie benadrukt het belang van verantwoorde berichtgeving en laat tevens zien dat relatief weinig media over behulpzame informatie berichten zoals hulpverleningsinstellingen en hoopvolle boodschappen.”

“Suicide is een complex verschijnsel dat door veel factoren wordt beïnvloed. We moedigen journalisten aan om extra op de context van hun berichtgeving te letten, speciaal als het om personen of situaties gaat waarmee mensen geneigd zijn zich te identificeren. Dit kopieergedrag lijkt vooral te gebeuren als kwetsbare lezers zich identificeren met berichten die suicide-gerelateerd zijn. Het feit dat berichten over suicide bij beroemdheden lijkt te leiden tot kopieergedrag, maar dat het tegenovergestelde gebeurt als het om misdadigers gaat, bevestigt wat we al vermoedden.”

“Het overgrote deel van de mensen die over suicide nadenken kunnen er uiteindelijk weerstand aan bieden en overlijden niet door suicide. Daadwerkelijke suicide vindt bijna altijd plaats als gevolg van een behandelbare psychische aandoening, of door een overmaat aan stress en

aanpassingsproblemen. Voor elk van deze problemen is behandeling mogelijk. Er is hoop. Wij gaan door met het helpen van de Canadese media de media in Canada, om zich er van bewust te worden hoe ze het publiek op een veilige manier kunnen informeren.”

Sleutelrol

In een begeleidend commentaar bij het artikel schrijft dr. Ian Colman, hoogleraar aan de ‘School of Epidemiology and Public Health’ van de Universiteit van Ottawa: “Journalisten hebben een sleutelrol in het publieke debat over belangrijke maatschappelijke thema's. Het is bemoedigend dat discussies over psychische gezondheid en suicide een prominente plaats hebben gekregen in de afgelopen jaren en dat het stigma rond psychische aandoeningen minder wordt. De media hebben daaraan bijgedragen.”

Toch vindt hij het ook teleurstellend dat maar weinig media de aanbevolen richtlijnen om suicide te voorkomen opvolgen. Slechts één op de vijf gevonden artikelen besprak alternatieven voor suicide, en minder dan 2% noemde waar mogelijke hulpverlening voorhanden was voor wie over suicide dacht.

Colman: “De media hebben de plicht om nieuws te brengen. Maar ze hebben ook de mogelijkheid om een positieve verandering op gang te brengen. Verantwoorde berichtgeving kan praten over suicide aanmoedigen, het zoeken van hulp stimuleren en een bijdrage leveren aan de vermindering van stigma's bij psychische aandoeningen.”

Overigens lijken de media in Nederland terughoudender te zijn met de berichtgeving over suicide. Stichting 113 Zelfmoordpreventie publiceerde 10 tips voor journalisten voor een zorgvuldige berichtgeving. Vrijwel alle media die onze mail beantwoordden kenden die tips. Ze zijn hier te vinden.

De publicatie “The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports” is gepubliceerd op 30 juli 2018 in Canadian Medical Association Journal (2018). DOI: 10.1503/cmaj.170698