

Er gaan te veel mensen dood door suïcide. Psychologen kunnen meer doen om onnodige, onvrijwillige, onbegrepen en eenzame suïcides te voorkomen, stelt Ad Kerkhof. Eerst beschrijft hij iets van de recente geschiedenis van suïcidepreventie in Nederland. Daarna gaat hij in op onderzoeken en ontwikkelingen in Nederland waarbij hij betrokken is geweest. Kerkhof sluit af met een aantal aanbevelingen. ‘We moeten mensen behoeden voor beslissingen waarvan ze later geen spijt meer kunnen hebben.’

PLEIDOOI VOOR BETERE OPLEIDING

DE ROL VAN DE PSYCHOLOGIE IN SUÏCIDEPREVENTIE

ONVRIJE KEUZEN

Hoe kunnen wij de aanloop tot suïcide het beste begrijpen? Wij weten nu meer van de verschillende individuele trajecten die naar suïcide leiden en van de algemene wetmatigheden in de chaos en emotionele ontredde- ring. Oncontroleerbaar piekeren, radeloze angst en paniek, menen de ander tot last te zijn, klem zitten, hopeloosheid en hulpeloosheid, de overtuiging onbehandelbaar te zijn, slapeloosheid en uitputting, verlies van controle, verlies van realiteit, waanachtige belevingen, schuldwanen, psychosen, dwangmatig denken aan de eigen suïcide, overlopend in terugkerende beelden van de eigen suïcide, intrusies en de bijna niet te stuiten angst geen weerstand meer te kunnen bieden aan de eigen aanvechtingen – dat alles leidt tot een situatie waarin mensen zich gedwongen voelen tot suïcide als laatste nooduitgang. Want dóórleven is nog veel erger.

Het denken, voelen en de verbeelding – kortom: het bewustzijn – zijn onverdraaglijk pijnlijk geworden en iemand kan er niet meer aan ontsnappen anders dan door suïcide. Niet omdat iemand zo graag dood wil zijn, maar iemand wil ontsnappen aan de martelende zelfkwellen- g. Hij of zij is zichzelf niet meer. Gelukkig hebben we in Nederland bij schrijnende gevallen van levensnood de mogelijkheid van hulp bij levensbeëindiging op verzoek. Daarmee wordt de suïcide met hulp nog niet een echt vrije keus. Ook met hulp wordt suïcide geen goede dood. Het blijft in alle omstandig- heden de minst slechte optie.

OPVANG SUÏCIDE-POGERS IN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Mijn carrière begon veertig jaar geleden met een onderzoek naar de opvang van suïcide-pogers in algemene ziekenhui- zen (Kerkhof, 1985). Daar is de noodzaak van preventie immers het meest acuut. Er kwam een grote variatie in beleid en praktijk naar voren. In een enkel ziekenhuis was de zorg optimaal geregeld en vastgelegd, het personeel geschoold. Maar in andere ziekenhuizen was er geen of lang niet altijd een psychiatrisch consulent die suïcide-pogers zag. Markant was de vaak negatieve houding van medisch personeel naar mensen die zichzelf iets hadden aangedaan. Ziekenhuismedewerkers vonden dat zij niet goed waren opgeleid voor hun taak.

In een volgend onderzoek werd een groep suïcide-pogers geïnterviewd vlak na de poging en een jaar later, om na te gaan wat er van hen terecht kwam en wat hun ervaringen waren met de ontvangen zorg (Kerkhof, 1985). Ook werd ingegaan op hun motieven en de aanloop tot de suïcide- poging. Zeven zaken viel op:

1. Na ontslag kwam 10% binnen anderhalf jaar om het leven door suïcide;
2. Nogal wat geïnterviewde mensen konden zich het gesprek met de psychiatrisch consulent in het ziekenhuis helemaal niet meer herinneren;
3. Van degenen die zich dit gesprek wel herinnerden, had een flink aantal dit gesprek als onprettig ervaren. Ze

voelden zich soms niet gehoord, maar juist veroordeeld, afgewezen, niet begrepen. Ze voelden zich getaxeerd, gewogen, beoordeeld. Ze ervoeren afwijzing van het medisch personeel, soms zelfs vijandigheid. Patiënten hadden vooral behoefte aan begrip, steun en troost: ze wilden gehoord worden;

4. De motieven in aanloop tot de suïcide waren vooral: 'De situatie was zo ondraaglijk dat ik niets anders wist om te doen.' En: 'Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn.' De intentie om te sterven was bij de helft aanwezig, maar vaak tegelijk met de wens hulp te krijgen. *De wens om dood te gaan* was er vooral om een einde te maken aan de chaos in het hoofd, niet omdat men nu zo graag dood wilde zijn. Ambivalentie was alom. Maar hun machteloosheid in de crisis waarin ze zich bevonden en zelfkwellend gepieker waren de dominante redenen. Van belang is ook dat respondenten aangaven dat ze de *controle over zichzelf kwijt waren geraakt* – een zeer angstige ervaring. 'Ik kan me niet voorstellen dat ik dat gedaan heb,' vertelden nogal wat suïcide-pogers. Ook werd een aantal malen als belangrijkste reden genoemd: 'Ik wilde het voor anderen gemakkelijker maken.' Patiënten ervoeren zichzelf als last voor hun dierbaren. Juist bij degenen met dit motief kwamen in de follow-up suïcidepogingen met dodelijke afloop voor. Dit werd bekend door Joiner (2006) in zijn nadruk op *perceived burdensomeness*;

De wens om dood te gaan was er vooral om een einde te maken aan de chaos in het hoofd, niet omdat men nu zo graag dood wilde zijn

5. Verpleegkundigen rapporteerden hun onmacht en soms vijandigheid ten aanzien van suïcide-pogers en daarnaast ook een gebrek aan opleiding;
6. Na ontslag uit het ziekenhuis was de emotionele crisis meestal niet voorbij. Men bleef piekeren en was bij voortdurend emotioneel ontredderd;
7. De suïcidepoging was vaak slechts een van een lange reeks van incidenten, met eerdere suïcidepogingen,

zelfbeschadiging, relatiebreuken, mishandeling, misbruik, bedreigingen, et cetera. Veel respondenten leefden van crisis naar crisis.

Op grond van dit onderzoek werd een opleidingsmodule voor verpleegkundigen gemaakt. Deze is een aantal jaren verzorgd voor verpleegkundigen van de IC en SEH in Leiden (Schouten en Kerkhof, 1991). Ze waren daar laaiend enthousiast over; eindelijk kregen ze wat kennis en vaardigheden waarmee ze patiënten en hun familieleden beter konden bejegenen. Na enkele jaren bleek de animo van de verpleegkundige opleidingen om door te gaan met deze module echter verdwenen. Er kwam geen structurele inbedding in de verpleegkundige opleidingen.

Mede op grond van deze onderzoeken kwam het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing in 1992 met een richtlijn voor de opvang van suïcide-pogers in algemene ziekenhuizen. Centraal daarin stonden de minimale eisen om altijd een psychiatrisch consult in te roepen na een suïcidepoging, personeel op te leiden, en een doeltreffend beleid te installeren voor effectieve verwijzingen. Dit protocol werd onderschreven door alle betrokken beroepsgroepen (Hengeveld, Kerkhof en Van Rooijen, 1992).

In 2007 vond Verwey dat Nederlandse ziekenhuizen de richtlijnen maar mondjesmaat opvolgden. Dit onderzoek bevestigde de eerdere observatie dat veel suïcide-pogers het psychiatrische consult gewoon waren vergeten. Minder dan de helft van de geïnterviewde suïcide-pogers kon uit een rijtje foto's de foto aanwijzen van de psychiater met wie ze de dag van te voren hadden gesproken.

Follow-uponderzoek bevestigde de eerdere bevindingen dat na ontslag uit het ziekenhuis de problemen van de patiënten nog niet voorbij waren. Hun conditie werd nog slechter beoordeeld dan in het ziekenhuis. Een derde van de geïnterviewden was hun verwijzing vergeten (Verwey, 2007).

Recent heeft de stichting 113Zelfmoordpreventie opnieuw een onderzoek ingesteld naar de opvang van suïcide-pogers in algemene ziekenhuizen en dan vooral gezien door de ogen van SEH-artsen en -verpleegkundigen (Mérelle et al., 2018). Daaruit bleek dat ook in 2017 de zorg voor suïcide-pogers op de SEH nog altijd belemmerd werd door onvoldoende kennis en vaardigheden bij het personeel, een soms negatieve attitude jegens suïcide-pogers en een hoge werkdruk.

Een laatste vermeldenswaardig onderzoek is het Amsterdamse Tools-onderzoek van het Andreas Lucas/OLVG ziekenhuis en de GGD (Dekker et al., 2017). Dat onderzoek richtte zich op de toeleiding naar ggz-hulp van suïcide-po-

gers die na ontslag uit het ziekenhuis geen gevolg gaven aan hun verwijzing. Dit onderzoek maakte twee dingen duidelijk: nogal wat patiënten komen niet opdagen op hun verwijzing na hun ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast zorgt inzet van een casemanager er inderdaad voor dat moeilijk te verwijzen mensen zich alsnog melden bij de ggz voor noodzakelijke behandeling.

PERSOONLIJKE REFLECTIE De opvang van suïcide-pogers in ziekenhuizen is de laatste jaren verbeterd. De psychiatrische consultatieve diensten zijn nu veel meer ingebed in het algemeen ziekenhuis en de standaardbeoordeling en -verwijzing is steeds beter geworden. Toch ben ik nog niet tevreden. De reden hiervoor is dat ook bij de betere ziekenhuizen suïcide-pogers soms onvoldoende beschermd worden tegen hun aanvechtingen. Het blijft uiterst moeilijk te voorspellen wie in de nabije toekomst wel en wie niet een nieuwe suïcide-poging zal doen, al dan niet met dodelijke afloop.

Als behandelaar zie ik veel nabestaanden na een suïcide. Ouders die een kind verloren hebben, volwassenen die hun partner hebben verloren. Veel nabestaanden geven aan dat hun dierbare overleden is in een periode vlak na een eerdere poging en na een ziekenhuisbehandeling. Soms op de dag na ontslag, soms binnen drie dagen, een week of een maand – maar bijna altijd in verband met een ziekenhuisbehandeling die niet resulteerde in onmiddellijke verwijzing of behandeling. Mensen die na een suïcidepoging in het ziekenhuis komen, zitten vaak nog midden in de suïcidale crisis. Alleen patiënten met het evident hoogste risico en ernstigste psychopathologie krijgen onmiddellijke behandeling, terwijl de meeste anderen pas na verwijzing en lang wachten aan de beurt komen voor behandeling. Als ze al aankomen, want in de tussentijd duurt de crisis voort en is er alle tijd opnieuw de controle over zichzelf te verliezen.

Daarom zou – net zoals in het ziekenhuis een gebroken been onmiddellijk gezet wordt, een open wond geheeld en allerlei andere acute zaken onmiddellijk worden aangepakt – suïcide-pogers tijdens de ziekenhuisbehandeling onmiddellijk behandeling moeten worden geboden op het meest belangrijke punt waarop het fout is gegaan. En dat is dat deze mensen in een crisis verkeren en zij zichzelf niet veilig kunnen houden ten opzichte van hun dwangmatige gedachten, beelden en gevoelens en tegen de drang om aan hun verschrikkelijke ervaringen te ontsnappen. Daarom moet de behandeling bestaan uit het helpen verbeteren van de mogelijkheden van mensen om zich veilig te houden tegen deze bijna onbedwingbare aanvechtingen.

Mijn aanbeveling is dat er bij alle suïcide-pogers die in het ziekenhuis komen ten minste een *veiligheidsplan* wordt gemaakt – op papier of in een app. Maar de patiënt stelt samen met de hulpverlener dat plan op. Welke signalen kunnen een crisis aankondigen? Wat kan hij of zij doen om rustiger te worden? Waar is afleiding te vinden? Bij wie kan je terecht met je gevoelens? Wie kan hulp bieden? Hoe zorg je dat de patiënt veilig is en blijft in een crisis? Wie uit iemands netwerk en welke hulpverlener kan gebeld worden (invoeren telefoonnummers)? Dit veiligheidsplan is in de gebruikelijke ggz-behandeling van suïcidale personen een belangrijke interventie. Mijn aanbeveling is dit plan bij alle patiënten na een suïcidepoging dus naar voren te halen en onmiddellijk toe te passen zodra de patiënt medisch gezien veilig is en voordat hij of zij het ziekenhuis mag verlaten. De klassieke crisisinterventie past binnen dit veiligheidsplan – praten met naasten eveneens, net als het regelen van onderdak en het even uit de situatie halen. Bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis moeten ook meteen psychotherapeutische interventies worden toegepast, dat past allemaal in het kader van het veiligheidsplan.

In Amerika hebben Stanley en Brown (2012) in verschillende cohorten aangetoond dat de toepassing van zo'n plan uitstekend werkt in het algemeen ziekenhuis. Patiënten voelen zich gehoord en begrepen, want het gaat onmiddellijk in op hun belangrijkste angst en hun grootste behoefte. En het leidt tot minder recidivepogingen. Uit follow-up-onderzoek bleek dat veel patiënten nog jaren na het voorval het veiligheidsplan bij zich droegen. Ze bewaarden dat op een speciale plaats, keken er soms in, raadpleegden het in nieuwe crisissituaties. Uiteraard zijn vervolcontacten met de ggz onderdeel van dit plan. Patiënten waardeerden het dat ze uit het ziekenhuis iets mee kregen. Bij bijvoorbeeld een gebroken been krijg je gips mee; nu kregen ze een veiligheidsplan mee, op papier of via een app.

Mijn aanbeveling is dit veiligheidsplan in een app op te nemen: de BackUp, ontwikkeld door Vlaamse collega's naar voorbeeld van de Amerikaanse collega's, en voor Nederland vertaald door 113Zelfmoordpreventie. Patiënten kunnen die app downloaden op hun mobieltje. Patiënten dragen dan hun veiligheidsplan altijd met zich mee en kunnen er snel op kijken indien nodig. Het veiligheidsplan kan ook worden ingevuld door de patiënt in het bijzijn van familie of partner, dat maakt het nog veel sterker. Patiënten voelen zich zo veiliger.

Dit komt overeen met de aanbevelingen in de Multidisciplinaire Richtlijn. Die stelt een veiligheidsplan verplicht en

beveelt samenwerking met familieleden en partners aan. Dat helpt patiënten hun verwijzing niet te vergeten, bovendien hebben ze houvast voor de eerstkomende dagen tot aan de volgende afspraak.

HOUDING EN OPLEIDING

De vaak afwijzende houding van medische hulpverleners weerspiegelt een verkeerd begrip van suïcidepogingen en de aanleidingen daartoe en, daarmee samenhangend, een gebrek aan opleiding. De grootste fout is dat deze hulpverleners denken dat suïcidepogingen uit vrije keuze worden gedaan. En dan irriteren ze zich aan de mensen die zichzelf het letsel of de vergiftiging hebben toegebracht, vaak nog vanwege schijnbare flutaanleidingen zoals een vriendje dat het uitmaakt.

Kortom: nogal wat verpleegkundigen en artsen begrijpen er weinig tot helemaal niets van – met onprofessioneel handelen tot gevolg. Dat is niet bevorderlijk voor een goed herstel. Daarom moeten ziekenhuismedewerkers die met suïcidale patiënten werken geschoold worden. Deze opleiding kan opgenomen worden in erkenningsvoorwaarden van SEH- en IC-afdelingen, en in de criteria voor opname van verpleegkundigen en SEH- en IC-persoon in het BIG-register.

DE OVERHEID De Gezondheidsraad kwam in 1986 met een *Advies inzake suïcide*. Daarin werd onder meer aangedrongen op betere opleiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, betere opvang van suïcide-pogers in ziekenhuizen en meer onderzoek. Staatssecretaris Dees reageerde drie jaar later dat verbetering van suïcidepreventie geen specifieke overheidsmaatregelen zou vergen. Hij rekende het tot de reguliere taak van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren zelf om verbeteringen in de zorg aan te brengen en om deskundigheidsbevordering ter hand te nemen door betere opleidingen (vws-Discussienota, 1989). Dit advies en de reactie van de staatssecretaris daarop brachten evenwel geen enkele verandering.

De onvrede over de stand van zaken in de gezondheidszorg en daarbuiten bleef derhalve bestaan. De Ivonne van de Ven Stichting pleitte voor betere suïcidepreventie, met als ideaal in de toekomst minder (nabestaanden van) suïcide te moeten betreuren. In 2002 kwam deze stichting met een voorstel tot een Nationaal Actieplan Suïcidepreventie. Het ministerie van vws vroeg daarop nog maar eens om een nieuw advies. Dat leverde het Trimbos: *Verminderen van suïcidaliteit* (Boel, 2007). Opnieuw kwamen de adviezen op de belangrijkste punten terug – nu met nog meer nadruk op de

regie van de overheid om al die voorgestelde maatregelen ook echt op te pakken en door te voeren. Bovendien had de overheid in 2005 op de ministersconferentie van de WHO in Helsinki het zogenaamde *green paper* ondertekend, waarin regeringen zich committeerden aan maatregelen voorgesteld vanuit de wetenschap, zoals streefcijfers voor de overheid, betere hulpverlening, betere opleiding en een multidisciplinaire richtlijn (Kerkhof, 2005).

Uiteindelijk kwam onder het ministerschap van Ab Klink de overheid pas echt in beweging. De politieke partijen werden gemasseerd om de aard van de problematiek te onderkennen en hun verantwoordelijkheid te nemen. De boodschap was dat het niet gaat om de gezondheidszorg alleen, maar om de samenwerking met alle sectoren in de samenleving: het ministerie van Verkeer en Waterstaat vanwege de trein suïcides, het ministerie van Sociale Zaken vanwege de suïcides die verband houden met sociale uitkeringen, arbeidsongeschiktheid, armoede en schuldhulpverlening, en het ministerie van Onderwijs vanwege de suïcides op scholen.

ONDERZOEK Het ministerie van vws en de stichting Zon-MW hebben de Ivonne van de Ven Stichting en mij gevraagd een voorstel te doen voor een onderzoeksprogramma. Dat is gehonoreerd met 3,4 miljoen euro. Dit programma wordt op dit moment op vele plaatsen in Nederland uitgevoerd (Kerkhof en Sluijter, 2015).

Toen in 2018 bleek dat het aantal suïcides onder jongeren in 2017 dramatisch was gestegen, van 48 naar 81, reageerde het ministerie onmiddellijk met een aanzet tot een onderzoek naar deze stijging. Daaruit zou wellicht blijken dat eerder overheidsbeleid ten aanzien van de transitie van de jeugdgezondheidszorg naar de gemeenten en de uitwerking ervan in de praktijk, een riskante invloed kan hebben gehad op suïcidepreventie. Denk aan beperkingen in de crisisbehandeling en crisisopnamen in de jeugd-ggz als gevolg van bekijbelling in budgetten door gemeenten. Of aan de recente gunning van jeugdhulpverlening aan een goedkopere partij dan Triversum in Noord-Holland, met veel meer reistijd voor de jongere patiënten en hun familie tot gevolg.

Desalniettemin ben ik blij dat de overheid het voortouw heeft genomen in de strijd tegen suïcide. Als de politiek ook nog het Engelse voorbeeld overneemt en een Minister van Suïcidepreventie installeert, ben ik helemaal content.

TREINSUÏCIDES

Sinds jaar en dag kent Nederland een groot aantal suïcides op

Wie is er verantwoordelijk om iets aan preventie van treinsuïcides te doen?

het spoor. Ongeveer 10 tot 12% van alle suïcides betrof treinsuïcides. Wie is er verantwoordelijk om iets aan preventie van treinsuïcides te doen? Dat bleef lang onduidelijk (Kerkhof, 2003). Voor de NS en ProRail leek het een onbeheersbaar probleem. Uiteindelijk was het vooral het werk van Cornelis van Houwelingen (2011) waaraan NS en ProRail niet meer voorbij konden: over tientallen jaren had Van Houwelingen nauwgezet data bijgehouden, onderzoek naar hotspots gedaan en naar kenmerken van suïcides op het spoor, zoals seizoensinvloeden en lichtintensiteit over de loop van de dag, psychopathologie, et cetera.

De Ivonne van de Ven Stichting wist in 2004 subsidie te organiseren om samen met ProRail en de NS een eerste onderzoek te doen naar het structureel veranderen van aanleg en omgevingen van hotspots om daar suïcides te verminderen. Dat bleek succesvol. Later hebben ProRail en de NS nog meer maatregelen genomen ten aanzien van onder meer hotspots, afrastering, betere verlichting, camera's en struikelmatten. Het ministerie van V&W, nu I&M, faciliteerde ProRail om treinsuïcide als speerpunt van beleid op te nemen. Er is een uitgebreide campagne geweest om spoormedewerkers op te leiden tot gatekeepers om mogelijk suïcidale personen rond het spoor of op de perrons te kunnen identificeren en aan te spreken. Er zijn Ik luisterborden geplaatst, samen met 113 Zelfmoordpreventie.

Dit beleid is in de laatste jaren succesvol geweest. Er zijn tientallen suïcides per jaar voorkomen (Van Houwelingen et al., 2019). Van belang was toch de omslag in houding van ProRail en de NS om zich wel medeverantwoordelijk te voelen voor suïcidepreventie op het spoor. Er valt echter nog veel te winnen. Het aantal suïcides kan nog veel verder omlaag, door het minder toegankelijk maken van het spoor, sluiten van gelijkvloerse kruisingen, gebruik van moderne technologie, struikelmatten, en met de inzet van sociale controle.

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN In 2009 kwam op initiatief uit het veld en met steun vanuit VWS het verzoek aan de beroepsverenigingen om een Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag

te formuleren. Onder leiding van Bert van Hemert werd alle empirische evidentie en consensus van experts verzameld omtrent diagnostiek van suïcidaal gedrag en effectieve behandelvormen. In 2012 kwam de richtlijn uit, geldend voor alle BIG-beroepen in de gezondheidszorg (Van Hemert et al., 2012). De richtlijn gaf een empirisch onderbouwde en door experts gesteunde visie op de behandeling van suïcidale patiënten met als essentiële elementen: contact maken, diagnostiek van de suïcidaliteit, behandeling van suïcidaliteit als focus, continuïteit van zorg, veiligheid en, als vijfde, betrekken van naasten.

De richtlijn werd goed ontvangen door het beroepsveld. Nu was er een leidraad voor zorgvuldig handelen, iets waaraan men zich te houden had. Ook was er een duidelijk toetsingskader voor de inspectie. Het werd evenwel al snel duidelijk dat veel ggz-professionals onvoldoende waren opgeleid om de richtlijn te kunnen toepassen. In een poging dit te bevorderen is aan de Vrije Universiteit (VU) een onderzoek gedaan naar de beste manier van implementatie in het veld, door middel van een 'train-de-trainerconcept': de PITSTOP-studie (De Beurs, 2016). Teams van ggz-hulpverleners werden getraind door een trainer uit hun midden, die weer getraind was door ervaren psychologen en psychiaters, en ondersteund door een e-learningmodule. Het betrof een gerandomiseerde studie waarbij de helft van de teams als controle-conditie moesten wachten totdat de experimentele afdelingen getraind waren. Belangrijkste resultaten? De deelnemende hulpverleners waren erg positief. Eindelijk kregen ze wat scholing en konden ze met meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen suïcidale patiënten behandelen. De patiënten van de experimentele afdelingen werden sneller minder suïcidaal dan de patiënten van de controle-afdelingen.

Deze studie was internationaal de eerste waarin op patiëntniveau is aangetoond dat betere opleiding direct ten goede komt aan patiënten. De studie is gepubliceerd in het *British Journal of Psychiatry* en kreeg internationaal veel aandacht. In Nederland bleek verder veel behoefte aan deze implementatie/scholing, en de PITSTOP-training werd op honderden plaatsen aan duizenden hulpverleners gegeven.

EEN METAFORISCH EN ATMOSFERISCH MODEL: DE VERKEERDE RAKET

Stelt u zich voor dat u bij een reis in Florida een bezoek brengt aan een lanceerplatform op Cape Canaveral. U betreedt een raket voor bezoekers. Plotseling bemerkt dat u in de verkeerde raket bent gestapt: hij wordt meteen daarna gelanceerd.

De eerste trap wordt gevoed door depressie die u tot op grote afstand van de aarde schiet. U wilt helemaal niet in deze raket zitten, het is niet uw raket, maar u zit er wel in. Op de een of andere manier reageert deze raket op uw gevoelens van depressie. Hoe ongelukkiger u bent om deze situatie, hoe harder de raketmotor brandt en hoe hoger de baan om de aarde.

Dan gebeurt er iets dat nog veel bedreigender is: de tweede trap ontbrandt. En die trap wordt gevoed door angst – angst voor de eigen gevoelens en gedachten en angst om de controle te verliezen. U merkt dat hoe angstiger u wordt voor een onomkeerbare reis naar de Melkweg, hoe sneller de raketmotor gaat branden en hoe hoger de baan om de aarde. Hoe banger u wordt om toe te geven aan uw angst, of hoe meer u geneigd bent uw angst te vermijden, hoe sneller de raketmotor brandt. U merkt het misschien niet onmiddellijk, maar hoog in de ruimte kunt u allerlei vreemde dingen gaan denken – bijvoorbeeld dat u zelf schuldig bent aan deze verkeerde missie, dat uw naasten op aarde het best goed zonder u kunnen stellen, dat ze u niet erg zullen missen als u niet meer terug zou komen. Of u ontwikkelt wanen, schuldwaan bijvoorbeeld, vanwege de gewichtsloosheid.

U ziet in die raket een noodknop. Met als tekst: *U moet hier nooit op drukken. Want dan wordt u de ruimte in geschoten.* Hoe angstiger u wordt, hoe meer die knop u gaat obsederen. U gaat er zelfs van dromen en krijgt levendige beelden van hoe u de ruimte in wordt geschoten. Die beelden worden op zich steeds angstiger, maar gek genoeg ook troostrijker. Want u weet dat als u eenmaal op die knop drukt, dat u dan van alles af bent en geen angst meer zult voelen. U moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken, u moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken. Die beelden komen maar terug, u kunt er niet meer aan ontsnappen.

De binding met Moeder Aarde wordt steeds vager. U merkt dat de zuurstof in uw capsule langzaam opraakt en u wordt bang dat u binnenkort zult stikken. Dat vooruitzicht maakt u helemaal panisch. Maar u heeft die noodknop nog. Als echt alles tegenzit, kunt u die altijd nog gebruiken, als bescherming tegen het allergenste.

Gelukkig komt er net op tijd een raket langszij met een reddingsbrigade van psychiater en psycholoog die u liefdevol mee naar beneden neemt, uit de gevarezone. Anders zweefde u inmiddels tussen de Poolster en de Grote Beer.

Veel ervaren hulpverleners zijn inmiddels opgeleid tot PITSTOP-trainer en zijn inzetbaar via 113Zelfmoordpreventie, die de organisatie van deze trainingen coördineert. Maar wat in deze studie opnieuw duidelijk werd, was het gebrek aan opleidingsniveau van veel hulpverleners. Vooral verpleegkundigen en spv'ers hadden nauwelijks scholing genoten. Hun dankbaarheid was groot om op deze wijze hun competentie te vergroten.

De Multidisciplinaire Richtlijn bracht tevens de mogelijkheid om achteraf, na een suïcide, te toetsen of aan de eisen van zorgvuldigheid was voldaan. De vu heeft hiervan een geautomatiseerde versie ontwikkeld die teams van hulpverleners kunnen invullen na een suïcide van een patiënt – met als doel ervan te leren. Onlangs is dit KEHR-instrument door de GGZ Eindhoven als eerste instelling in gebruik genomen (De Groot et al., 2019).

ANONIEME EN ONLINE HULPVERLENING

113Zelfmoordpreventie bestaat nu tien jaar. De stichting werd in 2008 opgericht door wijlen psychiater Jan Mokkstorm, samen met de stichting ex6, praten-online, de Ivonne van de Ven Stichting, de vu en GGZinGeest. 113 biedt 24 uur per dag anonieme hulp via chat en telefoon, crisisinterventie en zelfhulp (Van Spijker, 2014), informatie, fora en een website. 113 biedt informatie en onderwijs aan het veld van de hulpverlening, de scholen, het bedrijfsleven en andere geïnteresseerden. De stichting verzorgt de PITSTOP-trainingen en de Gatekeeperstraining, ontwikkeld door de vu in samenwerking met de GGZ Friesland. Sinds 2013 is 113Zelfmoordpreventie ook coördinator en uitvoerder van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie. Supranet-Care en Supranet-Community zijn initiatieven om partijen op regionaal en institutioneel niveau tot samenwerking te brengen en hun dienstverlening te verbeteren. Het doet mij veel deugd dat 113 zich zo ontwikkeld heeft tot de motor in suïcidepreventie. Gezamenlijk met de vu en 113 is een onderzoeksconsortium opgericht, SURE-NET, dat toekomstig onderzoek gaat entameren en coördineren.

Daarbij moet ook gewezen worden op de samenwerking met Belgische collegae uit Gent van het vLESP en Zelfmoord 1813. Zij hebben de BackUp-app ontwikkeld die hier door 113 is vertaald en beschikbaar gesteld. Onze Belgische collegae hebben de online interventie van 113 overgenomen en in een experimentele studie op effectiviteit getoetst (De Jaegere et al., 2019). Ook wat betreft de Multidisciplinaire Richtlijn is er intensief contact en wederzijdse inspiratie geweest. De online interventie is inmiddels ook in Australië uitgetest

(Van Spijker et al., 2018) en in Denemarken (Muhlmann, 2020). In Nederland en Engeland is een versie voor Turkse migranten ontwikkeld en uitgetest, helaas op te weinig beschikbare proefpersonen (Eylem, 2020). Binnenkort komen er ook Franse en Engelstalige Canadese online versies beschikbaar.

ZICH VEILIG HOUDEN

Het gaat er bij de behandeling van suïcidale patiënten om hen te helpen zich veilig te houden tegen de eigen aanvechtingen. Dan gaat het niet alleen om depressie, maar er komt een verdieping en versnelling in het suïcidale proces met angst, dwang en traumatisering. Onze modellen houden te weinig rekening met psychologische processen die zichzelf versterken. Daarom wil ik een nieuw model van suïcidaliteit lanceren: het verkeerde-raketmodel (zie kader).

OCD, PTSS EN INTRUSIES BOVENOP DEPRESSIE Uit onderzoek van Batterham (2017) naar de relatie tussen suïcide-ideatie, suïcidepogingen en psychopathologie bleek dat het uiteindelijk niet zozeer de depressieve symptomen waren die onderscheidend waren voor het al dan niet uitvoeren van suïcidepogingen, maar vooral de symptomen van de obsessief compulsieve stoornis (OCD) en posttraumatische stressstoornis (PTSS) – de tweede trap van de raket. De boodschap: om de suïcidale ontwikkeling te kunnen begrijpen, heeft u niet voldoende aan depressie. U moet ook rekening houden met zichzelf versterkende psychologische processen van groeiende angst, dwang, waanachtige verschijnselen, trauma, en een afkalvend vermogen weerstand te bieden aan de eigen aanvechtingen door die te vermijden en te ontvluchten. Om mensen te helpen niet in die tweede raketfase te komen, of zich veilig te houden als ze in die tweede fase komen, lopen aan de vu twee onderzoeken die ik kort wil noemen.

Het eerste onderzoek betreft een studie naar de bruikbaarheid en effectiviteit in de ggz van een mobiele veiligheidsapp, BackUp, in combinatie met een nieuwe app die dagelijkse schommelingen in suïcidale symptomen registreert en teruggeeft aan patiënt en behandelaar. Het idee is dat hoe beter we in staat zijn van moment tot moment de variatie in symptomen te registreren, hoe beter we in staat zijn de patiënt te helpen zich veilig te houden tegen eigen aanvechtingen. Dit heet Ecological Momentary Assessment. Als dit werkt, zou het een wereldwijde primeur zijn (Nuij et al., 2018).

Het tweede onderzoek betreft de effectiviteit van Eye Movement Desensitisation (zonder) Reprocessing: snelle

oogbewegingen inzetten als behandeling tegen suïcidale intrusies, indringende repeterende flashforwards over de eigen suïcide of eigen begrafenissen (Van Bentum et al., 2017; 2019). Zoals bekend hebben veel suïcidale patiënten last van indringende en angstige intrusies, en die geven weer extra voeding aan de suïcidale aanvechting om aan deze beelden te ontsnappen. Dit gaat eigenlijk over het pre-suïcidale syndroom van Ringel (1976), alleen had hij het toen over suïcidale fantasieën. Had hij nu geleefd, dan zou hij die niet fantasieën maar intrusies genoemd hebben. Ook dit zou, als het werkt, een wereldprimeur zijn. Deze behandeloptie is een extensie van het goede werk dat traumaonderzoekers en behandelaren in Nederland hebben verricht (bijv. De Jongh en Ten Broeke (2003), Van den Hout (2012) en Engelhard (2010)).

NOGMAALS OPLEIDING

Ik kom nogmaals terug op het gebrek aan opleiding, in het bijzonder bij psychologen. Zij worden maar mondjesmaat opgeleid in suïcidepreventie. Waar de overheid tegenwoordig verantwoordelijkheid neemt en voorop loopt in suïcidepreventie, blijven opleidingen in de psychologie hopeloos achter.

Op grond van ervaringen opgedaan in onderzoek en op basis van ervaring van klinici en docenten moeten we concluderen dat de meeste psychologen in de loop van het academische en postacademische onderwijs onvoldoende zijn opgeleid om professioneel met suïcideproblematiek om te gaan. Dat betekent in de praktijk dat psychologen vaak door schade en schande hun professionaliteit moeten verwerven, met alle risico's van dien, en door nascholingsactiviteiten. De ervaring leert echter dat nascholingstrajecten lang niet altijd voldoen aan de behoefte. Wel is de ervaring algemeen dat cursisten na het volgen van nascholing verzuchten dat ze die in de initiële en postacademische opleiding al hadden moeten hebben.

Het gaat dan om onvoldoende kennis en vaardigheden in de diagnostiek, gespreksvoering en behandeling, uitmondend in handelingsverlegenheid. Dit leidt er niet zelden toe dat psychologen getraumatiseerd raken bij de suïcide van een patiënt, vanuit het besef onvoldoende competent te zijn geweest. Dit is navrant omdat de kennis wel voorhanden is (in de Multidisciplinaire Richtlijn) en de vaardigheidstrainingen bekend en effectief zijn. Het is bovenal navrant omdat de omvang van de problematiek zo groot is. Naar schatting kampt 40% van alle ggz-patiënten in meer of mindere mate met suïcide-ideatie.

Daarom roep ik de opleidingscommissies en hoofdopleiders en de nieuw opgerichte landelijke opleidingsraad op, mede namens de minister van vws, de Tweede Kamer, het NIP, en vooral namens de patiënten, hun naasten en (toekomstige) nabestaanden, om studenten in het initiële en cursisten in het postacademische onderwijs in de psychologie op te leiden tot een goede uitgangssituatie bij het afstuderen (op gatekeeper-niveau) om uit te groeien tot een professioneel niveau – dus tot het kunnen toepassen van de Multidisciplinaire Richtlijn na afloop van de BIG-opleidingen. En ik vraag de Staatssecretaris van vws om opleiding in suïcidepreventie verplicht te stellen bij opname in het BIG-register. Want het is te gek voor woorden dat hulpverleners aan kwetsbare mensen geen EHBS-diploma hoeven te hebben. Een petitie van deze strekking door de Ivonne van de Ven Stichting en ondergetekende is inmiddels door velen onderschreven en aangeboden aan staatssecretaris Blokhuys (2019). Die heeft toegezegd al het mogelijke te doen om suïcidepreventie in de verschillende ggz-opleidingen op te nemen. Ook het vLOGO, het overkoepelende orgaan van PDO-opleidingen in de ggz, is gevraagd suïcidepreventie op te nemen in de opleidingsvereisten van de postdoctorale psychologische opleidingen.

Kern van het onderwijs aan psychologiestudenten en cursisten moet zijn dat suïcide geen vrije keuze is en dat mensen die suïcide plegen niet dood willen, maar willen ontsnappen aan ondraaglijke kwellende gedachten, gevoelens, herinneringen en beelden. Wij psychologen moeten mensen met suïcidedgedachten kunnen helpen hun zelfkwellung te verzachten, te verdragen en te verminderen.

RICHTLIJN HULP BIJ LEVENSBEEÏNDIGING OP VERZOEK

Hoe zit het dan met zelfbeschikkingsrecht, balanssuïcides en hulp bij levensbeëindiging op verzoek? Zijn er dan geen situaties denkbaar dat mensen echt kiezen om eruit te stappen?

Uiteraard zijn er situaties denkbaar waarin mensen langdurig lijden en een pil willen hebben – zoals de bekende pil van Drion, die men zelfstandig en zonder tussenkomst van wat voor dokter ook vrijelijk zou moeten kunnen innemen. Rechtsgeleerde Huib Drion (1917-2004) was in Leiden mijn buurman en een goede vriend, en we hebben hierover veel gediscussieerd. We zouden samen publiceren, maar ik heb me teruggetrokken, want wij waren het fundamenteel oneens. Het was overigens een genoegen om het met hem oneens te zijn. Ik had en heb sympathie voor

het idee van zijn pil, maar niet op het nachtkastje. Er moet altijd een beoordeling plaatsvinden van het lijden van de betrokkene. Het is onze plicht mensen te helpen zich veilig te houden als er nog behandel mogelijkheden zijn, we moeten hen behoeden voor beslissingen waarvan ze later geen spijt meer kunnen hebben. Drion vond dat oude mensen altijd het recht hebben om er een einde aan te maken, ze zouden prima in staat zijn om hun levensperspectieven te beoordelen. Hij had niet zo veel ervaring met psychische problemen en met hoe mensen tijdelijk of permanent niet in staat kunnen zijn hun belangen te behartigen. Drion bekeek het meer juridisch. Ik vond dat wij mensen veilig moeten houden, ook op de momenten dat ze daartoe zelf niet in staat zijn – ook al zijn ze heel erudiet en zelfvoorzienend; ook obstinate oude mannen moeten goed onderzocht worden op een mogelijk behandelbare depressie.

Dat is uiteraard ook het belangrijkste aspect van de Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychische problemen, die onlangs is herschreven (Gijsbers van Wijk, 2019). Compassie met mensen die langdurig en ondraaglijk lijden heeft ertoe geleid dat in Nederland in schrijnende gevallen hulp bij zelfdoding mogelijk is, op een zorgvuldige en veilige manier. Uiteindelijk komt er een punt waarop doorleven met ondraaglijke klachten voor sommigen niet meer in hun belang is. Dan is dóór leven juist onveilig geworden.

Ik ben blij met de nieuwe richtlijn en de mogelijkheid om mensen te helpen zich uit hun lijden te verlossen. En dan niet in gruwelijke eenzaamheid voor de trein, maar in rust en in aanwezigheid van naasten. Deze optie gaat goed samen met het ideaal van suïcidepreventie. Het maakt het behandelaars mogelijk met patiënten te reflecteren over de vragen: Ben je echt onbehandelbaar? Kun je het echt niet langer verdragen? De antwoorden op deze vragen zijn van levensbelang. Beide bewegingen – een waardig einde vinden en helpen met een waardig leven te vinden – gaan goed samen. De opleiding van psychologen in suïcidepreventie kan niet zonder de bezinning op levensbeëindiging op verzoek, beide aspecten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

OVER DE AUTEUR

Ad Kerkhof is emeritus-hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suïcidepreventie aan de Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam. Dit artikel is een bewerking van de afscheidsrede die hij uitsprak op 11 december 2018. E-mail: ajfm.kerkhof@gmail.com.

Literatuur

- Batterham, P.J., Calear, A.L., & Sunderland, M. (2017). Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide and Life threatening Behaviour*, 48, 5, 512-521. <https://doi.org/10.1111/sltb.12379>
- Bentum J. van, Sijbrandij, M., Huibers, M.J.H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E.A. & Kerkhof, A.J.F.M. (2017). Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 714. doi:10.3390/ijerph14070714
- Bentum, J. van, Sijbrandij, M., Kerkhof, A., Huibers, M. & Schaik, A. van. (2019). Eye Movement Dual Task als behandeling van suicidale intrusies bij depressieve patiënten; Pilotstudie naar de veiligheid, verdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van de interventie. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 12 december 2019.
- Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijsers, J.de, Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208
- Bool, M. (Red.; 2007). *Verminderen van Suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide van de Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Dekker, W.P.H., Vergouwen, A.C.M., Buster, M.C.A. & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry*, 17:332 DOI 10.1186/s12888-017-1491-z.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C. & Beek, J. van der (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of images about 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.
- Eylem, O. Straten van A., Wit de, L., Rathodd, S., Bhui K. & Kerkhof, A.J.F.M. (2020; under review). Reducing Suicidal Ideation among Turkish Migrants in the Netherlands and in the UK: A Pilot RCT of a guided Online Intervention. *Frontiers in Psychiatry*.
- Gezondheidsraad (1986). *Advies inzake Suïcide*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gijsbers van Wijk, C. (2019). Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. NVVP. Zie www.richtlijnen.nl.
- Groot, M.H., Kleppe, R.T., Pols, E., Winter, R.P.F. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2018). Datagestuurd leren van suicidale incidenten met KEHR-SUÏCIDE: GGZ Eindhoven als praktijkvoorbeeld. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(9), 581-591.
- Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J.F.M. & Van Rooijen, E. (1992). Opvang van suïcide-pogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 8, 376-381.
- Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., De Keijsers, J., Verwey, B. Boven C. van et al. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (NVP, NIP en VeVN)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van den Hout, M. & Engelhard, I. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.
- Houwelingen, C.A.J. van (2011). *Studies into Train Suicide*. Academisch proefschrift, Vrije Universiteit.
- Houwelingen, C.A.J. van, Beersma, D.G.M., Di Bucchianico, A. & Kerkhof, A.J.F.M. (2020; under review). National Suicide Mortality and Railway Traffic Intensity as Predictors of Railway Suicides in the Netherlands. Crisis.
- Ivonne van de Ven Stichting (2002). *Nationaal Actieplan Suïcidepreventie*. Zie <https://ivonnevandenvenstichting.nl>
- Jaegere de, E. Landschoot van, R., Heeringen van, K., Spijker van, B.A.J., Kerkhof, A.J.F.M. et al. (2019). The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.05.003>
- Joiner, T.E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press: Cambridge, MA, USA.
- Jongh, A. & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson.
- Kerkhof, A.J.F.M. (1985). *Suïcide en de Geestelijke Gezondheidszorg*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, Lisse: Swets & Zeitlinger
- Kerkhof, A.J.F.M. (2003). Railway Suicide : Who is responsible? *Crisis*, 24, 2, 47-48.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Sluiter, (2005). Suicide prevention discussed at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. (Editorial). *Crisis*, 26, 2, 51-52.
- Kerkhof, A.J.F.M. & Sluiter, A. (2015). *Onderzoeksagenda Suïcidepreventie ZonMw 2016-2020*. Den Haag: ZonMw.
- Mérelle, S.Y.M., Boerema, I., Linden, C. van der & Gilissen, R. (2018). Knelpunten in SEH-zorg voor suïcide-pogers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (www.ntgv.nl 13-07-2018).
- Mühlmann, C., Madsen, T., Hjorthøj, C., Forman, J.L., Kerkhof, A.J.F.M. et al. (2020; under review) Effectiveness of an internet-based self-help therapy program for suicidal ideation offered in Denmark: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*.
- Nuij, C., Ballegooijen, W. van, Ruwaard, J., Beurs, D. de, Mokkenstorm, J. et al. (2018). Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interventions*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.04.005>
- Ringel, E. (1976). 'The Presuicidal Syndrome'. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6(3), 131-149. doi: 10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x.
- Schippers, E. (2014). Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer over Preventief Gezondheidsbeleid: *De Landelijke Agenda Suïcidepreventie* (20 januari 2014, 32793 nr. 113).
- Schouten, M. & Kerkhof, A.J.F.M. (1991). How to deal with suicide attempters and their relatives. A course for intensive care nurses. *Italian Journal of Suicidology*, 1, 83-88.
- Spijker, B.A.J. van, van Straten, A. & Kerkhof, A.J.F.M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 9, e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>
- Spijker, B.A.J. van, Werner-Seidler, A., Batterham, P.J., Mackinnon, A., Calear, A.L. et al. (2018). Effectiveness of a web-based self-help program for suicidal thinking in an Australian community sample: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.8595>
- Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: a Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.
- Verwey, B. (2007) *Don't Forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital*. Academisch Proefschrift, Universiteit Leiden.
- VWS: *Discussienota (1989) n.a.v. het Advies inzake Suïcide van de Gezondheidsraad uit 1986*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (BD-89-4).