

**Reactie van de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen op de concept multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag'.  
juli 2011**

Geachte Prof. dr. van Hemert, mw. van Zon, mw. Sax, en hr. van de Glind,

Onze hartelijke dank voor uw uitnodiging te reageren op uw concept multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag'. Als beroepsvereniging van geestelijk verzorgers (de Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen) nemen wij uw uitnodiging graag aan. Wij beginnen onze reactie met enkele algemene opmerkingen, om vervolgens een aantal tekstuele aanpassingen voor te stellen.

***Algemene opmerkingen***

Bij een suïcide of suïcidedreiging doen velen in de GGz, terecht, een beroep op geestelijk verzorgers. Met name in de klinische praktijk gebeurt dit veelvuldig. Patiënten en behandelteams verwachten een eigen professionele expertise van onze beroepsgroep in het omgaan met vragen rondom leven en dood. Dan gaat het enerzijds om het herkennen en articuleren van de vragen, emoties, worstelingen en ambivalenties, anderzijds om het bieden van geëigende vormen van aandacht en rituelen.

In onze ervaring wordt de geestelijk verzorger bij een suïcide, suïcidepoging, of ernstig suïcidale patiënt, dikwijls als vanzelf voor kortere of langere tijd tot sleutelfiguur en vertrouwenspersoon. Ook in tijden van toenemende secularisatie en afnemende institutionele religiositeit ervaren wij als geestelijk verzorgers in onze instellingen onverminderd dit appel. Ons bewust van de veranderingen op levensbeschouwelijk vlak in Nederland, zoeken wij naar manieren die passen bij deze tijd en bij de mensen die in ons hun vertrouwen stellen, om tegemoet te komen aan hun vragen en behoeften. Een individueel gesprek, groepsgesprek, of met zorg vormgegeven afscheidsritueel door de geestelijk verzorger, kunnen voor betrokkenen veel betekenen; - al was het maar om een begin te maken met het verwerken van de schok of voor de preventie van nieuwe suïcidepogingen.

Als geestelijk verzorgers nemen wij daarbij onze geesteswetenschappelijke scholing, blik en attitude mee. De taal waarmee wij met mensen communiceren is die van de existentie, van zingeving en spiritualiteit of levensbeschouwing. Niet of nauwelijks op handelen en interventie gericht, maar vooral op luisteren en erkennen van pijn en onmacht, proberen wij ruimte te scheppen voor gedeelde, gemeenschappelijke menselijkheid. En puttend uit een verscheidenheid aan tradities en communicatiemogelijkheden, variërend van religieuze verhalen tot poëzie, en van humor tot een arm om de schouder, proberen wij isolement en onvermogen tot contact te doorbreken, en geschokte of geschonden mensen terug te brengen bij mogelijke bronnen van hoop en vertrouwen.

Terecht merkt u in het voorwoord van uw richtlijn op, dat het bij suïcidaliteit in elk geval ten dele gaat om hoogst persoonlijke en existentiële thema's. Deze vragen van de hulpverlener, naast diens vaktechnische en professionele deskundigheid, een persoonlijk engagement. Nu horen existentiële vragen en thema's tot de kern van onze deskundigheid en werkzaamheden als geestelijk verzorgers. Daarom voelen wij behoefte mee te denken hoe deze thema's voor alle betrokkenen zo goed mogelijk tot hun recht komen in de situaties waar de richtlijn over gaat. Hoe kunnen hulpverleners zich in zulke situaties op passende wijze engageren? En hoe kan de existentiële dimensie voldoende geïntegreerd worden in de zorg voor mensen met een doodswens, in suïcidepreventie, en in de omgang met nabestaanden? Hiertoe doen wij hieronder een aantal concrete tekstuele voorstellen.

Temeer vinden wij de integratie van aandacht voor deze thema's en vragen van belang, omdat, zoals het voorwoord zo helder verklaart, de evidentie voor besluitvorming in de praktijk belangrijke beperkingen kent. Hoe hulpverleners moeten handelen bij suïcidaal gedrag en moeten reageren op de existentiële nood en pijn van mensen die zeggen een doodswens te hebben, is niet zo eenvoudig volgens *evidence based* methodes aan te geven. De meer praktische interventies, bijvoorbeeld

medicamenteus, zijn relatief makkelijk en eenduidig te onderzoeken en daarom reeds beter beschreven. Het zou echter te betreuren zijn als daardoor de aandacht voor centrale existentiële thema's uit beeld zou verdwijnen. Wellicht valt hiervoor, bij gebrek aan harde *evidence*, een toevlucht te nemen tot een beschrijving van de *best practice*. Of wellicht zijn er andere manieren om deze dimensie op zo'n wijze mee te nemen, dat de mensen die het betreft zich ook op dit niveau daadwerkelijk gehoord en geholpen voelen.

Alvorens wij overgaan tot het noemen van onze voorstellen voor tekstuele aanpassingen, laten wij u in dit verband weten, dat wij in de toekomst vanuit onze expertise graag meewerken aan het verder ontwikkelen van goede suïcidepreventie en zorg voor mensen met een doodswens. Daarbij spreken wij de hoop uit, dat het Trimbosinstituut en anderen in de toekomst willen investeren in nader onderzoek naar juist de moeilijker grijpbare aspecten van hulpverlening. Te denken valt aan de relationele, niet-specifieke factoren van goed hulpverlenerschap. Tevens denken wij aan de existentiële en zingevingsdimensie van de hulpverlening. Ook nader onderzoek naar de bijdrage van geestelijke verzorging in de GGz zouden wij zeer verwelkomen.

Dan gaan wij nu over tot het voorstellen van een aantal concrete tekstuele aanpassingen aan de richtlijn. Eerst noemen wij een aantal voorstellen waarmee wij de persoonlijke, relationele en existentiële thema's meer accent zouden willen geven in de richtlijn. Vervolgens noemen wij enkele voorstellen voor aanpassingen die specifiek ons vak, dat van geestelijk verzorger, betreffen.

### **Voorstellen voor tekstuele aanpassingen**

Een geslaagde suïcide of ernstige suïcidaliteit vergt 'meer dan het gewone' van hulpverleners. Zo mag van verpleegkundigen en behandelaren de creativiteit en het empathisch vermogen verwacht worden, om in zulke situaties buiten de lijnen te denken en inventief te zijn in het aanboren van bronnen van hulp en vertrouwen. Bovendien blijkt nogal eens, vooral daar waar patiënten in een zorginstelling te maken hebben met veel hulpverleners, dat een fysiotherapeut, muziektherapeut, recreatiemedewerker, geestelijk verzorger of zelfs een bepaalde schoonmaker voor een bepaalde patiënt of op een bepaalde afdeling een echte vertrouwensfiguur kan worden. Ook kan er in het persoonlijk netwerk van de patiënt een vertrouwensfiguur zijn, die nog niet in beeld is bij de behandelaar of verpleegkundigen. Aansluitend bij uw eigen relativerende opmerkingen over de toepassing van de richtlijn zoals o.a. vermeld onderaan pagina 34, stellen wij daarom voor de volgende tekst op te nemen in de aanbevelingen in **par. 4.1.2 op pag. 61**:

*'Het is sterk aan te bevelen dat professionals, bij een patiënt met ernstige suïcidale uitingen, zich met inventiviteit, creativiteit en empathie inspannen om hulpbronnen te vinden en vertrouwensfiguren in te schakelen, van binnen of buiten de zorginstelling.'*

Op **pag. 188 (regel 6)** lezen wij dat geïnventariseerd moet worden waarover patiënten het meest wanhopig zijn. Alleen inventarisatie hiervan lijkt ons onvoldoende. Het blijft dan wel heel observerend, zonder de door de richtlijn zelf bepleite houding van engagement. De wanhoop vraagt om begrip en empathie, én om een zoektocht naar de ándere kant: hoop, lichtpuntjes, perspectief, verbondenheid, oude of nieuwe bronnen om het vol te houden in de wanhoop en deze weer als eindig te kunnen ervaren. Wij stellen daarom voor om na de slotzin van regel 6 toe te voegen:

*'Deze inventarisatie zal gepaard moeten gaan met enerzijds begrip, empathie en uithoudingsvermogen, anderzijds met het actief, samen met de patiënt, zoeken naar mogelijkheden van nieuwe hoop en perspectief.'*

Op **pag. 189 (regel 27)** lezen wij hoe 'gevoelens van schuld, waardeloosheid en het de ander tot last zijn krachtig dienen te worden bestreden'. Dat is een mooi streven, maar het klinkt ons wel erg 'aanpakkerig' in de oren. Iemand afhelpen van zijn schuld of waardeloosheidsgevoel is in onze ervaring zo eenvoudig nog niet. Wij stellen voor als slotzin, na regel 27, aan deze alinea toe te voegen:

*'Behandelaars, verpleegkundigen en andere hulpverleners die acceptatie, genegenheid, hoop en vertrouwen weten uit te stralen kunnen hierin veel betekenen.'*

Wij stellen voor de aanbeveling in **par. 4.1.2 (pag. 58)** reeds in **par. 4.1.1 (pag. 57)** te plaatsen. Het betreft immers niet alleen een aanbeveling voor verpleegkundigen, maar voor alle professionals. Als deze aanbeveling dan ook nog als eerste in het rijtje op pag. 57 geplaatst wordt, zou de houding van engagement en het bieden van hoop naar ons idee de juiste nadruk krijgen. Voor de samenvatting op **pag. 12** zou dit tot gevolg hebben, dat de (te) snelle lezer dan meteen al bij het begin van de samenvatting kennis maakt met deze essentiële voorwaarde om betekenisvol hulp te verlenen. Bovendien stellen wij voor om in deze aanbeveling de woorden '*op een opname-afdeling*' weg kunnen laten. Immers, uw aanbeveling geldt o.i. bij het contact met iedere suïcidale patiënt.

Dan volgen nu enkele tekstuele wijzigingsvoorstellen die specifiek betrekking hebben op onze beroepsgroep.

De tweede zin van het **voorwoord (pag. iii)** luidt: 'Enerzijds gaat het bij vragen rondom leven en dood om hoogst persoonlijke en existentiële thema's, waar niemand als bijzondere deskundige kan worden aangemerkt.' Daar deze thema's, zoals wij reeds opmerkten, juist de kern van onze deskundigheid betreffen, stellen wij voor deze zin in uw voorwoord aldus te wijzigen (toevoeging schuin gedrukt):

'Enerzijds gaat het bij vragen rondom leven en dood om hoogst persoonlijke en existentiële thema's, waar niemand, *met uitzondering van geestelijk verzorgers*, als bijzondere deskundige kan worden aangemerkt.'

In dit verband vinden wij het van belang het verschil te zien tussen professionele geestelijk verzorgers in zorginstellingen enerzijds, en 'geestelijken' in de zin van 'basispastores' anderzijds. De laatsten zijn werkzaam in dorp of stadswijk, verbonden aan een lokale geloofsgemeenschap als predikant, pastoor, pastoraal werker, imam, rabbijn of pandit. De eersten daarentegen zijn, conform de kwaliteitswet zorginstellingen, werkzaam als geïntegreerde beroepsgroep in de zorg, met een eigen beroepsregister. In dit kader stellen wij voor de tekst in **regel 35 op pag. 34**, waar het gaat over professionals buiten de gezondheidszorg zoals 'onderwijspersoneel, politie en geestelijk verzorgers' te verbeteren in (verbetering schuin gedrukt):

'onderwijspersoneel, politie en *basispastores*'.

Op **pagina 29** missen wij onder 1 'Taken van de professional na suïcide van een patiënt' het informeren van de geestelijk verzorger, in elk geval in de kliniek. Wij stellen voor toe te voegen:

- *informeren, in elk geval binnen de kliniek, van de geestelijk verzorger*

De zin op **pag. 66, regel 38-40** bevreemdt ons. De toevoeging '*of de humanistisch raadman/vrouw*' kan geschrapt worden. Ook zij rekenen zich immers tot de beroepsgroep van geestelijk verzorgers in de zorg. En de toevoeging '*afhankelijk van de problematiek en het behandelplan*' kan wat ons betreft eveneens vervallen. Deze toevoeging raakt aan de professionele vrijheid van de geestelijk verzorger en roept meer vragen op dan zij beantwoordt. Zo kan de geestelijk verzorger wel eens een bijdrage leveren die niet direct van de problematiek of het behandelplan afhangt, maar bijvoorbeeld van iemands levensovertuiging, copingstijl, of gewoon een meer toevallige persoonlijk 'klik' in het contact.

De stelling op **pag. 92** dat levensovertuiging of religie een rol speelt in relatie tot suïcidaal gedrag sluit helemaal aan bij onze praktijkervaring. Wij pleiten ervoor dit aspect nog serieuzer te nemen, door de aanbevelingen op **pag. 93** aan te vullen met:

*'Ook is het aan te bevelen om die patiënten met een doodswens, bij wie religie een al dan niet beschermende factor of bron van coping is, te wijzen op de mogelijkheid van contact met een geestelijk verzorger.'*

Op **pag. 128**, waar o.a. het hebben van een positieve toekomst-oriëntatie genoemd wordt, stellen wij voor de volgende aanbeveling toe te voegen:

*'Het is aan te bevelen actief met de patiënt te zoeken naar mogelijke bronnen van steun en hoop, en naar steunfiguren binnen de instelling of binnen het persoonlijke netwerk. In dit verband kan eveneens doorverwijzing naar een geestelijk verzorger overwogen worden.'*

Bij de aanbevelingen op **pag. 190** noemt u bij het eerste bolletje 'hopeloosheid', en bij het laatste bolletje 'schuld, waardoeloesheid en zelfhaat'. Dit zijn bij uitstek existentiële gevoelens. Vanwege de eigen deskundigheid van de geestelijk verzorger op existentieel gebied, stellen wij voor onderaan de aanbevelingen op pag. 190 de volgende aanbeveling toe te voegen:

*'Aanbevolen wordt om bij typisch existentiële thema's als hopeloosheid, schuld, waardoeloesheid en zelfhaat, de cliënt uit te nodigen hierover met een geestelijk verzorger te spreken.'*

Op **pag. 192** staan aanbevelingen voor verpleegkundigen in de langdurende zorg. Wij stellen voor om, vanwege de eigen expertise van de geestelijk verzorger ten aanzien van wat het leven de moeite waard of dragelijk maakt, aan de laatste van deze 3 aanbevelingen (onmiddellijk na de zin 'Deze punten moeten worden besproken bij evaluaties van het behandelplan') toe te voegen:

*'Ook moeten deze punten aanleiding zijn om te bezien of inschakeling van een geestelijk verzorger gewenst is.'*

Op **pag. 213 (regel 30)** staat tussen haken vermeld 'bijvoorbeeld de huisarts'. Na een suïcide zijn geestelijk verzorgers vaak betrokken bij de uitvaart en bij verdere ondersteuning van de nabestaanden. Regelmatig mondt dit uit in één of meer nazorgcontacten. Daarom stellen wij voor om na het woord 'huisarts' toe te voegen:

*'of de geestelijk verzorger'.*

Tot slot hebben wij twee suggesties voor toevoegingen aan de door u vermelde literatuur. In **par. 5.8.3 (pag. 92)** noemt u religie als beschermende factor. Over religie als beschermende factor tegen depressie (en daarmee tegen suïcidaliteit) handelt de o.i. toonaangevende dissertatie van psychiater A. Braam:

A. Braam (2001): *Religion and depression in later life. An empirical Approach*. Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Wellicht wilt u deze publicatie vermelden bij de literatuur op **pag 147**.

Daarnaast willen wij hier de dissertatie van geestelijk verzorger H. Muthert vermelden. Deze biedt concrete, goed onderbouwde handreikingen aan hulpverleners in de GGz om cliënten met verlies-ervaringen te ondersteunen op existentieel en levensbeschouwelijk vlak. Wellicht kan deze publicatie vermeld worden in de literatuur, aansluitend bij één van de tekstgedeelten die gaan over de rol van hulpverleners ten aanzien van de existentiële dimensie.

H. Muthert (2007): *Verlies en verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie*. Assen: van Gorcum.

Wij hopen van harte dat onze reactie u verder helpt bij het opstellen van een in alle opzichten goede richtlijn. Hopelijk komen onze voorstellen voor tekstuele aanpassingen u daarbij van pas. Wij wensen u veel succes met de laatste redactionele inspanningen. Bovenal spreken wij de hoop uit, dat de richtlijn een belangrijk hulpmiddel zal worden om suïcides te voorkomen, en om bij geslaagde suïcides of uitingen van suïcidaliteit de meest deskundige, menswaardige en menslievende zorg te bieden aan alle betrokkenen.

Met hoogachting en vriendelijke groet,

Dhr S.A.A Evers, voorzitter VGVZ.

Dhr drs T. M. C. Bos, voorzitter werkveldraad psychiatrie VGVZ.