

Frank Vandendries

Impact van suïcide op GGz-medewerkers

Een boekbespreking

Impact

“De manier waarop een patiënt suïcide pleegt, draagt naar mijn idee rechtstreeks bij aan de impact die het op hulpverleners heeft. Hulpverleners zijn ook een soort nabestaande na een suïcide.” (p.137) Aldus Ad, manager in enkele psychiatrische klinieken, in *Impact van suïcide op GGz-medewerkers*. In dit boek, geschreven en samengesteld door Floris Bijlsma, komt een veelheid aan hulpverleners uit GGz-instellingen aan het woord om kond te doen van ervaringen met een suïcide en de gevolgen daarvan voor het eigen emotionele welzijn, voor de voortzetting van de hulpverlening en voor de relaties tussen medewerkers onderling (collegialiteit). In het eerste deel van het boek doen 21 medewerkers hun verhaal, eenieder vanuit een eigen persoonlijke en professionele achtergrond, eenieder met een eigen visie op de opvang na een suïcide (wat moet, wat kan). Alle verhalen tezamen geven een aardig beeld (zeker voor outsiders) van wat een zelfdoding in of buiten een instelling teweeg kan brengen bij betrokken hulpverleners. Ook de wijze waarop mensen met weinig middelen creatief hun leven weten te beëindigen, en die diepe indruk maakt op de personen die een overledene aantreffen, is evocatief. Sigmund (van Peter de Wit) relativeert en verluchtigt her en der de zware materie:

Patiënt: “Dokter, ik heb een diepe doodswens en wil hulp bij het beëindigen van mijn leven.”

Sigmund: “Dat is nu niet mogelijk. Maar de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde onderzoekt de haalbaarheid van een levenseindekliniek.” Patiënt: “Ah. Nou, ik hoop dat ik lang genoeg leef om dat mee te maken.”

In het tweede deel van het boek komen, middels interviews, vakspecialisten aan het woord. Bijlsma, verpleegkundige en teamlijder psychiatrie, sluit met een door hem zelf bedacht (preventie)model het boek af. Hieronder sta ik met citaten en toelichting stil bij de feitelijke inhoud.

De reeds genoemde Ad is nuchter als het gaat om begrenzing van de mogelijkheden in een hulp- en begeleidingstraject: “Je bent als hulpverlener niet verantwoordelijk voor een persoon. Je bent verantwoordelijk voor het stukje behandeling dat jou aangaat. (...) Geen enkele hulpverlener is verantwoordelijk over de totale mens, de totale patiënt. Dat kan helemaal niet, want ieder mens, iedere patiënt heeft een eigen wil. Naar mijn idee snappen veel hulpverleners dat verschil uiteindelijk wel.” (p.136) Ad, die contact (praten, vertellen) van groot belang acht, zal het eens zijn met psychiater/geneesheer-directeur van een GGz instelling, Leo: “Als suïcide net heeft plaatsgehad, moet een behandelaar zijn verhaal kwijt kunnen, los van een evaluatie. Dat is belangrijk: mensen moeten zich veilig voelen in hun organisatie. Verbinding maken met wie je werkt. Pas later in de evaluatie worden de puntjes op de i gezet. En dan wordt inhoudelijk doorgevraagd.” (p.188) Maar dat gaat niet altijd zoals gewenst, want wat ‘gewenst is’ valt lastig te definiëren. Het eigen karakter, een opvoeding, levens- en werkervaring, culturele achtergrond, draaglast en draagkracht hebben alle invloed op de wijze waarop iemand (als hulpverlener) met een suïcide omgaat – van nuchter accepterend tot emotioneel verpletterend.

Voor de een is suïcide iets wat erbij hoort, voor een ander roept dat onherroepelijk schuldgevoelens op, voor weer een ander kan het traumatiserend werken. Manon, werkzaam in de ouderenzorg, vertelt over de confrontatie met de zelfdoding van een oudere vrouw, en haar verhaal is een voorbeeld van het ontbreken van die veiligheid, van het ondersneeuwen

van het verhaal in gebrekkige communicatie, foutieve inschattingen en onderlinge conflicten. “Het advies van de manager was anders dan dat van mijn huisarts, namelijk doorwerken. Dat zou beter voor mij zijn, anders zou ik maar teveel afstand nemen van mijn werk en later niet meer durven. Die gedachte snap ik wel, en daar zit ook wel wat in, maar ik kon dat niet meer opbrengen op dat moment. Toch ben ik na een aantal dagen weer gaan werken, maar heb wel mijn ontslag ingediend. (...) Ik ben altijd goed geweest in de zorg voor anderen. Maar nu moet ik voor mijzelf zorgen. Ik weet alleen niet goed hoe dat moet.” (p.179) Andere voorbeelden: “Ik heb volledig vrede met suïcide als een weloverwogen daad waarbij iemand zegt: mijn lijden is uitzichtloos, ik wens daar geen onderdeel meer van te zijn. Dat is heel wat anders dan de schreeuw om hulp van iemand die een borrel teveel op heeft en zegt: voor mij hoeft het niet meer. Dat vind ik geen suïcide. Suïcide is voor mij altijd rationeel. Een suïcidepoging is altijd gevoelsmatig, nooit rationeel. Dat is een belangrijk verschil. Je moet namelijk bedenken: ik stap nu echt uit het leven. Daarvoor moet je jezelf over je instinct zetten dat je moet leven.” (Jaap, neuropsycholoog, p.41) “Ik liep de nachten erna ontzettend gespannen rond op het werk. En ik bleef gespannen als ik vrij was. Ik was mezelf niet. Ik was overal alert op. Het leek of ik superman was. Bij elk geluidje in de nachtdienst sprong ik op en ging ik kijken of er iets aan de hand was.” (Nancy, medewerker gesloten afdeling acute psychiatrie, p.55). “Toch bleef ik wel een tijd het gevoel houden dat ik iets fout had gedaan, iets gemist had, signalen meer had moeten opvangen. Dat had deels te maken met de verantwoordelijkheid en zorg die je als behandelaar hebt, en deels misschien met mijn oorspronkelijke visie op de rol van een behandelaar: mensen beter maken. Het voelde alsof ik gefaald had.” (Marianne, psychotherapeute, p.99).

Hulpverleners en behandelaars moeten oog hebben voor de grondrechten van mensen, zo stelt psychiater Leo: “Je moet altijd, bijvoorbeeld bij omgang met suïcidaliteit, kiezen voor het minst ingrijpende middel, het moet passend zijn bij de mate van suïcidaliteit en het moet doelmatig zijn. De afweging van deze aspecten behoort tot de deskundigheid van de hulpverlener. Die weet of het redelijkerwijs ook zal werken voor die patiënt wat je uiteindelijk gaat opleggen. En of het de doelen, die de patiënt zelf wil bereiken, dichterbij kan brengen.” (p.181) Maar dat die deskundigheid niet zo eenvoudig is te beoordelen, toont het verhaal van Frank, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die vanuit goed hulpverlenerschap een ondergedoken vrouw weet te vinden en dreigt de politie erbij te halen als ze de deur van haar appartement niet opent. Ze springt aan de achterzijde van haar woning van het balkon. “Ik besef dat er een direct verband is tussen mijn handelen op die dag en haar dood. (...) Ik moet aannemen dat ik juridisch gezien geen schuld heb, maar ik vormde wel de directe aanleiding tot de definitieve actie van haar, waaronder een diepere oorzaak lag.” (p.121) “Goed hulpverlenerschap kan –hoe tegenstrijdig dat ook klinkt– soms betekenen dat iemand iets naars moet doorstaan [waardoor patiënt en familie zwaar kunnen lijden].” (Leo, over onder meer doorbehandeling met dwang, p.186). Inderdaad. Het blijft keer op keer inschatting, intuïtie, gebruik maken van beschikbare kennis: met vallen en opstaan – het blijft mensenwerk. En hulpverleners moeten hun plaats weten: “Ik zie de hulpverlener niet als een mensenredder. Dat zou veronderstellen dat je regie hebt over het leven van een ander en dat heb je per definitie niet.” (Leo, p.183)

Vakspecialist Sjef Berendsen, Hoofd Hulpverlening bij het Instituut voor Psychotrauma, geeft toelichting op psychotrauma, PTSS, EMDR, en op de noodzaak personeel op te vangen. Rouwdeskundige Daan Westerink belicht de complexiteit die samenhangt met en de gevarieerdheid van rouwprocessen. Mandré Koops spreekt over de opvang na suïcide: “Als hulpverleners een realistisch beeld hebben van hun eigen taak en doelstellingen in de behandeling van een patiënt, hun eigen kwetsbaarheden goed kennen en daar ook rekening mee kunnen houden in het werk, lopen zij minder kans om door een schokkende gebeurtenis als suïcide getraumatiseerd te raken.” (p.222) Psychiater Lotte Berkhout vertelt over haar

onderzoek naar de impact van suïcide op behandelaars; voorzitter van de Expertisegroep Suïcidepreventie, Rob van Dijk, benoemt het belang van intervisie met alle bij de overleden patiënt betrokken medewerkers. Psychiater Paul Wisman bespreekt ondermeer nut en onnut van protocollen bij opvang na suïcide, en Hans Slijpen, accountmanager Gezondheidszorg politie Utrecht, licht het optreden van politie en recherche na een suïcide toe: “*Is het verplicht aan het verhoor mee te werken?* Ja, dat is verplicht.” (p.244) De laatste deskundige is Yvonne Fase, Hoofd begeleidingsteam Vangrail (een laagdrempelig en toegankelijk opvangteam bij de NS): “Sommige machinisten en conducteurs denken wel eens dat [suïcide] er gewoon bij hoort. Dat is beslist niet waar. De NS is een dienstverlenend bedrijf dat mensen van A naar B brengt.” (p.255)

Aan het slot van diens zeer toegankelijke boek, presenteert Floris Bijlsma het KKC-model, bedoeld ter “preventie van ontregeling van een medewerker met mogelijk ziekte en uitval als gevolg.”(p.259) De K staat voor Kennis: kennis van bijvoorbeeld trauma en impact, van protocollen, zelfkennis. De tweede K staat voor Keuze: door als medewerker snel zelf keuzes te kunnen maken, wordt de regie over zichzelf herwonnen. Keuzes over aan- of afwezigheid, over betrokkenheid of distantie, keuzes die betrekking hebben op zaken voor korte(re) of lange(re) termijn. De C staat voor Contact: “De factor contact is een constante, iets waar je blijvend in moet investeren met elkaar, zowel formeel als informeel” (p. 262) – contact tussen collega’s én leidinggevend. (p.262) Het KKC-model is bedoeld om ziekte en uitval te voorkomen.

Bijlsma, Floris, *Impact van suïcide op GGZ-medewerkers*, Uitgeverij Van Gorcum, Assen 2012, ISBN 978-90-232-5063-0, € 42,50 (273 pagina’s)

Gepubliceerd in: Het Besluit 76 (periodiek Stichting de Einder)

© Frank Vandendries, december 2012

Frank Vandendries

In gesprek met Floris Bijlsma

Op een koude maar fraaie en zonnige februaridag reis ik doorheen Hollandse landschappen met her en der sneeuwresten af naar de gemeente De Bilt om daar Floris Bijlsma te ontmoeten. Ik bezoek de 39-jarige psychiatrisch verpleegkundige naar aanleiding van zijn publicatie *Impact van suïcide op GGz-medewerkers* (zie de boekbespreking in Het Besluit 76) en wil graag met hem spreken over een thema dat *niet* de kern van diens boek vormt: is er begrip bij verpleegkundigen en andere teamleden voor het verlangen van patiënten naar de dood – en hoe wordt daarmee omgegaan. *Impact* heeft als hoofdthema de invloed van suïcide op medewerkers binnen de GGz-zorg en zij wil een handreiking bieden hoe het beste met die impact op de werkvloer om te gaan.

There is nothing to fear but...

Personeel in gezondheidszorginstellingen wordt vaak geconfronteerd met patiënten die de dood als oplossing voor hun problemen ervaren. Verpleegkundigen hebben immers zowel dagelijks als intensief contact met bewoners, zijn eerste aanspreekpunten en niet zelden

vertrouwenspersonen. De doodswens of de hulpvraag die in het directe contact wordt geuit, kan vanwege de status van de eigen functie worden gesignaleerd en verkend, en gedeeld met collega's. Ze hoeven geen oplossingen aan te dragen en de begeleiding is voor alles praktisch georiënteerd: bieden van directe en goede zorg (op maat). Hetgeen gesignaleerd wordt, komt ter sprake in de diverse patiëntoverleg-situaties.

Verpleegkundigen hebben een eindverantwoordelijkheid op tal van zaken binnen de behandeling, maar niet op het gebied van leven en dood, zoals een verzoek tot euthanasie. In hoeverre een verpleegkundige een rol heeft om euthanasie uit zichzelf bespreekbaar te maken bij een suïcidale patiënt, is vooral een kwestie van de wijze waarop de afdeling functioneert: meer hiërarchisch of meer als een multidisciplinair team. Hoe meer verpleegkundigen als gelijken worden behandeld in relatie tot de rest van de staf des te vruchtbaarder zal de uitwisseling van ervaringen en ideeën zijn. Anders gezegd: hoe beter het teamwerk, hoe beter de zorg.

In elk geval is het niet gebruikelijk dat een verpleegkundige uit zichzelf over euthanasie of hulp bij zelfdoding begint. Het zou eerder onderwerp van gesprek zijn met een verpleegkundige als een patiënt er *zelf* over begint. Dan zou de verpleegkundige hier verder kunnen spreken met de patiënt en doorvragen hoe de patiënt hier tegenaan kijkt en de bevindingen van dat gesprek terugkoppelen naar de behandelend arts.

Floris neemt de tendens waar dat uit angst fouten te maken (en daar later op aangesproken te worden) personeel steeds vaker en makkelijker signalen die zelfdoding betreffen, melden. Dat kan ten koste gaan van privacy en van meer adequate benaderingen van de (onderliggende) hulpvragen omdat paniek van het personeel zelf aan lijkt te zetten tot snelle actie. Denk bijvoorbeeld vanuit ambulante situaties aan het opleggen van een IBS, niet zelden schadelijk voor het welzijn van de persoon. Het belang van de hulpverlener zelf prevaleert dan boven het goed hulpverlenerschap: het zo goed als het kan aansluiten bij de nood van de patiënt. In plaats van het bang zijn voor het maken van uitglijders, van fouten, kunnen bijvoorbeeld verpleegkundigen beter vertrouwen op de eigen hulpverlenerkwaliteiten dan gestuurd worden door vrees voor de mogelijkheid van negatieve evaluatie en sanctionering. Zorgvuldigheid bij het maken van afwegingen en het nemen van besluiten is iets heel anders dan verkramptheid vanuit angst, met als gevolg geen gewogen risico's durven nemen.

Uitzichtloos

Er zijn patiënten waarvan hulpverleners vinden dat zij uitbehandeld zijn: het heeft geen zin om nog meer medicijnen uit te proberen, het is nutteloos iemand wederom een ECT te laten ondergaan of een gedwongen opname, separatie, 'alles' is al geprobeerd, etc. Alleen, het geven van de status 'uitbehandeld' bij psychiatrische patiënten ligt toch lastiger dan bij het uitbehandeld zijn van somatische patiënten. Dus in plaats van de mogelijkheid om een volwaardig verzoek tot levensbeëindiging te plaatsen, wordt de patiënt 'doorbehandeld': behandeling na behandeling, medicijnen na medicijnen. En hoewel de zorgzwaarte van persisterende patiënten groot is, de moedeloosheid bij begripvolle hulpverleners groeiende en de vraag naar de zinvolheid van doorbehandelen geregeld gesteld wordt, worden er geen concrete stappen naar stervenshulp gezet of voorbereid. Soms verdwijnt een patiënt naar een andere afdeling omdat daar betere zorg geleverd kan worden en wordt een team (tijdelijk) ontlast. Zo kan iemand van acute zorg (naar aanleiding van een crisisopvang) vertrekken naar langverblijf in een kliniek – daar is dan vaak sprake van het behouden van de status quo (wat niet betekent: verbetering van de kwaliteit van het leven). Als ik vraag of de preventiegedachte in de zorg nog immer leidend is, bevestigt Floris dat volmondig. Of preventie dan ook dé oplossing biedt, wordt door hem met enige scepsis weerlegd. Ook al zit iemand bijvoorbeeld op een gesloten afdeling met cameratoezicht en ontnem je hem alles, dan is dat nog geen

garantie dat iemand niet in staat is zichzelf te doden. Hij vertelt over een patiënt die met succes vuilnisemmerzakken aan elkaar knoopt en zich aan bedstijlen verhangt. Of de patiënt die in de separeer gaat en zich tracht te verstikken door wollen sokken in te slikken – daar zijn de hulpverleners op tijd bij.

Suicide? Gewoon over praten!

Floris Bijlsma stelt nuchter: suicide is een manier om te overlijden. Punt. Waarom, vraagt hij zich af, moet dat ontkend en op afstand gezet worden – waarom kan daar niet gewoon over gesproken worden? Het is toch zeker een normaal onderwerp? Zeker als het gaat om iemand die weloverwogen tot de conclusie komt dat het dé oplossing is? Zou het echt zo zijn dat als er veel media-aandacht aan geschonken wordt, er sommige mensen zijn die daardoor zelf geprikkeld raken een dergelijke stap te gaan zetten? Zet een boodschap van de overheid om huiselijk geweld bespreekbaar te maken aan tot méér huiselijk geweld? Het laat zich lastig controleren, maar hoeveel winst valt er wel niet te behalen door zelfdoding als een normaal onderwerp te beschouwen en het in de openbaarheid te gooien? Daar heeft de overheid zeker een taak.

De openheid over het onderwerp kan positieve gevolgen hebben. Patiënten kunnen uit hun eenzaamheid breken door het onderwerp van zelfdoding bespreekbaar te maken; medewerkers van GGz-instellingen wordt ook de gelegenheid geboden uit hún eenzaamheid te treden. Nog maar al te vaak vinden hulpverleners zelf dat zij ‘gewoon’ om moeten kunnen gaan met de zelfdoding van een patiënt. Het wordt als een vanzelfsprekendheid gezien dat hulpverleners er goed mee om moeten kunnen gaan. Sterker: omdat gedacht wordt dat zelfdoding nu eenmaal bij het werk hoort, wordt het taboe extra gevoed en schaamte voor het eigen onvermogen er ‘goed’ mee om te gaan gesterkt. Echter, professionals zijn zelf ook kwetsbaar en moeten leren een goede, d.w.z. persoonlijk passende weg te vinden voor de omgang met een suicide.

Toen Floris begon met het verzamelen van verhalen, viel het hem op hoeveel ‘stille verhalen’ er waren: herinneringen van lang geleden kwamen boven tafel als er rechtstreeks naar gevraagd wordt – en hoe gevoelig het allemaal nog lag, wat bijvoorbeeld bleek indien van nabij of van horen zeggen een recente suicide bekend werd. Juist omdat er zo weinig gedocumenteerd was over dit onderwerp, is hij in de pen gesprongen. Hij heeft al veel reacties mogen ontvangen: positief, stimulerend. Het belang van zijn onderzoek wordt ingezien en de herkenning van de noodzaak aan erkenning van de problematiek is groot. Het zou mooi zijn als instellingen jaarlijks een cursusdag organiseren zodat constructief een basis geboden kan worden, een veilige basis, om het gevoelig liggende onderwerp bespreekbaar te maken. En dan maar hopen dat managers er een budget voor willen vrij maken. Het zou ziekteverzuim (bijv. burnout) kunnen voorkomen.

Pro-actief? Of toch maar niet?

In *Impact* zijn de suicides die besproken worden zonder uitzondering gewelddadig. Zou de impact van een suicide op medewerkers niet veel minder belastend zijn indien de gewelddadigheid voorkomen kan worden? Kan het personeel daar invloed op uitoefenen door bijvoorbeeld te wijzen op het bestaan van organisaties als De Einder? Floris Bijlsma weet van horen zeggen dat patiënten wel eens gewezen worden op die organisaties en dat dat men name gebeurt door (hoofd)behandelaars. Hij vraagt zich af of individuele hulpverleners zoiets zouden moeten doen en of het niet beter is dat het geven van informatie over hulp bij humane zelfdoding breed gedeeld en staand beleid moet zijn. Ofwel: het moet, vanwege het signaal dat er mee afgegeven wordt, overeenstemmen met de visie van een afdeling. Mijn reactie is: wordt de afdeling (of de instelling) dan geen poortwachter en gaat dat niet ten koste van de

autonomie van de patiënt, heeft die niet het recht te weten dat het ánders kan? Waarom geen flyers van De Einder in het rek tussen folders over onder andere 'maagklachten' en 'somber of depressief'? Dat is een provocatieve gedachte met een ethische strekking! Welk signaal geef je daar als instelling mee af? Hoe reageren patiënten daarop? Of familieleden? Of verpleegkundigen zelf? De laatste twee groepen gaan toch voor alles uit van 'behandelen' – dat is toch de reden dat iemand opgenomen is: iemand naar het leven helpen, extra steun en bagage geven, vitaliseren. Voor afdelingen voor langdurige zorg ligt dat mogelijk weer anders, stelt Floris. Niettemin, het kan geen kwaad een balletje (of een foldertje) op te werpen. Geeft zeker aanleiding tot discussie!

—

Gepubliceerd in: Het Besluit 77 (periodiek Stichting de Einder)

© Frank Vandendries, maart 2013