

# Vergelijkbaar leed, verschillende verhalen

*Directbetrokkenen over een suicide(-poging)*



**Verhalenbundel 2017**  
**Ivonne van de Ven Stichting**

# Colofon

© Ivonne van de Ven Stichting  
Vormgeving Angélique Kersten

Uitgeverij aquaZZ Arnhem | [www.aquazz.com](http://www.aquazz.com)



Eerste druk 2018

ISBN 978 90 78459 77 4

NUR 402, 740, 749

Ook te downloaden als PDF  
[www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl)

*Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Copyright en overige rechten blijven voorbehouden aan de Ivonne van de Ven Stichting. Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur. Hoewel dit boek met zorg is samengesteld, aanvaarden de Ivonne van de Ven Stichting noch de uitgever enige aansprakelijkheid voor het feit dat het gebruik van hetgeen geboden wordt niet aan de behoeften of verwachtingen van de eindverbruiker voldoet, noch voor eventuele fouten of onvolkomenheden in dit boek.*

# **Uitnodiging om jouw verhaal ook te delen**

Wij nodigen je uit je verhaal over een suïcide of suïcidaliteit van jezelf of iemand in je directe omgeving met ons te delen. Op onze website [www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl) tref je de Monitor aan die je daar handvatten voor biedt.

Ook in 2018 bundelt de Ivonne van de Ven Stichting weer verhalen en brengt ze naar buiten om de suïcidepreventie in Nederland te versterken.



# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>De rode draad in 15 verhalen</b>	<b>13</b>
2.1	De mensen met suïcidaal gedrag en hun naasten leren kennen	15
2.2	Vergelijkbaar leed, verschillende verhalen	15
2.3	Hulp uit de directe omgeving: op zoek naar helderheid en wat werkt	19 24
2.4	Professionele hulp: op zoek naar betrokkenheid	25
2.5	Concrete verbeter suggesties voor hulpverlening op menselijke maat	32
		<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Verhalen van directbetrokkenen</b>	
	• Het verhaal van Lida	39
	• Het verhaal van Petra	42
	• Het verhaal van Kim	44
	• Het verhaal van Anna	46
	• Het verhaal van Roos	50
	• Het verhaal van Sanne	52
	• Het verhaal van Renée	55
	• Het verhaal van Alysia	60
	• Het verhaal van Bernadette	62
	• Het verhaal van Femke	64
	• Het verhaal van Els	67
	• Het verhaal van Katrien	69
	• Het verhaal van Mieke	71
	• Het verhaal van Jozefien	73
	• Het verhaal van Vera	75

Ik ben verwaald in het Verdwalen.....

# Voorwoord

Elk verhaal in deze bundel maakt de worsteling zichtbaar van een mens met psychische ziekte, dood en leven. Een worsteling die ik – inmiddels al heel wat jaren geleden – van nabij heb meegemaakt bij een dierbare vriendin; de vrouw die onze stichting een naam en een gezicht heeft gegeven.

Naasten en nabestaanden, die in deze bundel hun verhaal delen, proberen te doen wat in hun vermogen ligt. Tegelijkertijd zien zij hoe hun dierbare in een draaikolk van verwarring en psychisch lijden steeds weer of steeds verder naar de dood toe getrokken wordt.

In het publieke debat wordt de laatste jaren nogal eens lichtvaardig over de dood door eigen hand gesproken. Alsof het om een rationeel proces zou gaan, waarin een autonoom individu een weloverwogen keuze maakt. Ik zou ervoor willen pleiten dat we daar heel voorzichtig mee zijn. Suïcidaliteit is namelijk juist bijzonder complex. Het is geen rechtlijnig proces. Het kent crisis, periodes van relatieve rust en soms ook nieuwe levenslust.

De Ivonne van de Ven Stichting koestert de kostbaarheid van het leven en pleit er daarom voor met betere zorg en meer onderzoek suïcidaliteit zoveel mogelijk te voorkomen.

Dit is de tweede keer dat de Ivonne van de Ven Stichting een verhalenbundel uitbrengt. Ook het komende jaar gaan we dat weer doen. Ons streven is hiermee de stem te laten klinken van al die mensen, die uit eigen bittere ervaring weten hoe belangrijk betere suïcidepreventie is.

Menno van Leeuwen, voorzitter.



# 1

## Inleiding

Voor u ligt de verhalenbundel 2017 van de Ivonne van de Ven Stichting. Jaarlijks brengt de stichting zo'n bundel uit. De eerste keer was dat in 2016.

In de bundels vertellen directbetrokkenen, vanuit hun eigen perspectief, wat er gebeurde toen iemand dicht bij hen suïcidaal was. Door deze intense verhalen naar buiten te brengen kunnen ervaringen aan het licht komen die anders verborgen zouden blijven.

De verhalen laten veel betrokkenheid en verborgen kracht zien van naasten bij hun suïcidale familielid, vriend of vriendin. Zij hebben behoefte aan meer professionaliteit en minder distantie van de kant van hulpverleners. Of zoals een nabestaande het verwoordt:

*“Het protocol is een professionele afstand, ik voelde me daardoor heel eenzaam.”*

Met directbetrokkenen bedoelen we in deze bundel nabestaanden en naasten van iemand met suïcidaal gedrag. Hun verhaal gaat over de zorg en steun die de suïcidale persoon kreeg van hulpverleners, van familie en van vrienden. Boven-

dien doen zij op basis van hun ervaringen concrete suggesties voor betere zorg.

De verhalen zijn verzameld met de Monitor van de Ivonne van de Ven Stichting. De Monitor biedt directbetrokkenen de kans om hun verhaal te delen. (Zie voor de Monitor: [www.ivonnevandevenstichting.nl](http://www.ivonnevandevenstichting.nl)).

In deze bundel zijn de namen van de vertellers veranderd en duidelijk traceerbare feiten weggelaten, evenals de gehanteerde methode. We hebben de verhalen ingekort en samengevat. De betrokkenen hebben de Ivonne van de Ven Stichting toestemming gegeven om hun verhaal in deze bundel op te nemen.

Met onze verhalenbundel richten we ons tot:

- *Ervaringsdeskundigen (mensen met suïcidaal gedrag), hun naasten en nabestaanden.*  
De verhalen bieden hen herkenning en erkenning van hun ervaringen. Hopelijk voelen zij zich daardoor minder alleen en helpen de verhalen hen bij het zoeken naar passende hulp.
- *Directies van zorginstellingen, politici en beleidsmakers.*  
Zij vinden in deze bundel aanknopingspunten om tot beleid voor suïcidepreventie te komen.

- *Professionals in de hulpverlening.*  
De bundel daagt hen uit om in hun dagelijkse praktijk aandachtig om te gaan met suïcidale cliënten, om samen te werken met hun naasten en om met collega's het gesprek aan te gaan over betere zorg.
- *Ieder ander die privé of op het werk geconfronteerd wordt met iemand met suïcidaal gedrag.*  
Zij vinden hierin eyeopeners om er realistisch naar te kijken.

De Ivonne van de Ven Stichting spant zich in om suïcidepreventie in Nederland te verbeteren. Er sterven in Nederland al jaren meer dan 1850 mensen door suïcide\* en er zijn naar schatting zo'n 90.000 pogingen, waarvan zo'n 14.000 mensen behandeld worden in het ziekenhuis.

Suïcides en suïcidepogingen zijn in veel gevallen te voorkomen. De mensen die actief zijn in de Stichting hebben zelf meegemaakt hoe verschrikkelijk het is als je dierbare door suïcide overlijdt en je het gevoel hebt dat het anders had gekund.

Op basis van onze eigen ervaringen en de verhalen van directbetrokkenen heeft de Stichting in 2017 een handreiking opgesteld voor naasten die iemand steunen die suïcidaal is: *Tien tips voor naasten*. Voor nabestaanden hebben wij informatie op een rijtje gezet over mogelijkheden voor hulp. (Zie: [www.ivonnevandenvenstichting.nl](http://www.ivonnevandenvenstichting.nl))

---

\* Wij gebruiken het woord 'suïcide' omdat het een neutraal woord is; andere woorden met hetzelfde betekenis: zelfmoord of zelfdoding.



## 2

# De rode draad in 15 verhalen

Vijftien intense verhalen die directbetrokkenen verbinden. Soms uitgebreid; soms kort en krachtig. Over hoe het is om te leven met iemand met psychische klachten en suïcidale gedachten. Al deze verhalen laten de worsteling en wanhoop van de directbetrokkenen zien, maar ook de kracht en volharding om je dierbare te helpen om uit het dal te komen. De verhalen gaan ook over ervaringen met de hulpverlening. Daar ontbreekt het, volgens de vertellers, juist vaak aan aandacht: voor de specifieke klachten, de specifieke situatie en de specifieke wensen. Daarover tonen deze nabestaanden zich teleurgesteld. Behoeftte aan echte aandacht vormt de kern in de vijftien verhalen zoals die in hoofdstuk 3 zijn beschreven.

De vertellers delen hun verhaal omdat zij, ondanks hun pijn, verdriet en boosheid toch bij willen dragen aan verbetering van de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag. Ook verwachten zij winst van een sterkere en beter toegeruste rol van naasten. Zij hopen dat in de toekomst met betere zorg voorkomen wordt dat anderen deze gruwelijke ervaringen mee moeten maken. Zij doen concrete voorstellen voor betere hulpverlening.

Vijftien verhalen, die vragen om echte aandacht voor de cliënt en zijn omgeving, in plaats van een focus op protocol-

len. Zij roepen hulpverleners en zorginstellingen op om hun distantie te laten varen en meer betrokken te zijn bij hun cliënt en samen te werken met naasten.

*“Voor alle jonge mensen hoop ik dat alles menselijker wordt en alle termen en etiketten ook verdwijnen, daar word je alleen maar beroerder van en het ontmenselijkt enorm.”*

*“Het is ontzettend moeilijk om hulp te zoeken en te ontvangen. Het is vaak de wetgeving van de privacy die het moeilijk maakt.”*

*“Het kwam erop neer dat er op het moment dat mijn vader nog geen gevaar was voor zichzelf, de hulpverlening niets voor hem kon betekenen.”*

*“In mijn beleving ontbreekt de menselijke maat en ook de impact van suïcide voor de nabestaanden wordt niet gezien en erkend.”*

De directbetrokkenen hopen met hun verhaal bij te dragen aan het persoonlijker en daarmee krachtiger maken van de professionele hulp voor mensen met suïcidaal gedrag. De suggesties, die zij hiervoor doen, zijn in paragraaf (2.5) op een rij gezet.

## 2.1 De mensen met suïcidaal gedrag en hun naasten leren kennen

### *De vertellers*

In deze bundel vertellen veertien nabestaanden en één naaste (allen vrouw) over een suïcide(-poging) die zij van dichtbij hebben meegemaakt. Twee van hen hebben ooit zelf een poging gedaan. De vertellers verwoorden hun persoonlijke ervaringen en waarnemingen als partner, ouder, kind, zus, nicht of vriendin. De meeste verhalen gaan over recente suïcides (vanaf 2014). Eén verhaal gaat over iemand die een suïcidepoging heeft overleefd.

### *Overzicht mensen met suïcidaal gedrag (verhalenbundel 2017 en 2016)*

	Man	Vrouw	Totaal 2017	Totaal 2016
15-20 jaar	2	1	3	-
20-30 jaar	1	-	1	7
30-50 jaar	3	2	5	8
50 > jaar	3	2	5	3
<b>Totaal</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>14*</b>	<b>18</b>

---

\* Eén man, vijftiger, heeft zijn suïcidepogingen overleefd.

Het overzicht laat zien dat er in de verhalen uit 2016 een wat andere verdeling was over de leeftijdsgroepen dan in de bundel van 2017. Ook de verdeling over mannen en vrouwen was in 2016 anders; het ging toen om negen mannen en negen vrouwen.

### **Achtergrond**

De personen met suïcidaal gedrag uit deze verhalen hadden meestal een betaalde baan of studeerden. Enkelen hadden hun werk verloren, leefden van een uitkering of waren met pensioen. Ze woonden verspreid over Nederland.

### **Moeilijke omstandigheden**

Al deze verhalen gaan over moeilijke omstandigheden zoals het verlies van een baan, een huwelijks crisis, eenzaamheid, verslaving (drank, drugs), het niet meer zien van een kind of complexe familierelaties.

*“Op een gegeven moment verloor hij zijn baan. Een dag later heeft hij een poging gedaan.”*

### **Ziekteproces**

Tegelijk met deze levensproblemen hadden de meesten te maken met lichamelijke en psychische klachten zoals depressiviteit, psychoses, een bipolaire stoornis, onverwerkte trauma's of een angststoornis. Zij maakten veelal een lange lijdensweg



door met terugkerend suïcidaal gedrag. Er is een zichtbaar ziekteproces vooraf gegaan aan hun dood.

In drie gevallen kwam de suïcide als een volkomen verrassing. In ongeveer de helft van de gevallen had de betrokkene een eerdere poging gedaan.

*“Hij had er geen controle over. De suïcidale gedachten kwamen opeens op. Dan had hij het niet meer en koste het hem veel moeite om er tegen in te gaan. Hij beschreef het zo: Alsof hij in een put hing met de handen aan de rand.”*

*“Naast de grote wond van het verlies, vind ik het enorm schrijnend, dat het in wezen niet zijn bedoeling was, niet zijn eigen keuze was, maar hem overkomen is.”*

### **Praten over suïcidale gedachten**

Sommigen met suïcidaal gedrag praatten er openlijk over, wat mensen in hun omgeving een kans bood om hen te steunen. Anderen gaven alleen vage hints of uitten hun suïcidale gedachten helemaal niet. De directbetrokkenen realiseerden zich soms pas na de suïcide wat er in iemand omging.

*“De angst om over de problemen te praten heeft ervoor gezorgd dat alles onder de ‘dekmantel’ bleef en mijn broer dus geen hulp inschakelde met zelfmoord als gevolg.”*

### **Als naasten steun geven**

De meeste vertellers waren actieve ondersteuners van de persoon met suïcidaal gedrag. Zij hebben het gevoel dat de suïcide voorkomen had kunnen worden. Vier vertellers waren meer toeschouwer omdat de suïcidale persoon steun niet toestond of omdat de ernst van de situatie onzichtbaar bleef. Zowel voor de actieve ondersteuners als voor de toeschouwer geldt dat zij zich vaak machteloos voelden, niet wisten welke betekenis zij aan het suïcidale gedrag konden geven en hoe zij er mee om konden gaan.

In de verhalenbundel uit 2016 meldden bijna alle vertellers dat er steun was uit de directe omgeving. In die bundel waren twee van hen meer toeschouwer.

*“Ik heb zelf hulp en steun geboden, evenals de familie, maar we zijn tekort geschoten en dat is heel verdrietig.”*

### **Beroep doen op hulpverlening**

De meeste suïcidale personen hebben professionele hulp ontvangen. In vier gevallen (drie mannen en een vrouw) was die hulp er niet. Over de geboden hulpverlening zijn vrijwel alle naasten niet tevreden.

In de verhalenbundel 2016 gaven dertien vertellers aan dat er professionele hulp in het spel was; in vijf gevallen was dat niet zo.

*“Het doet pijn als ik eraan denk dat als mijn vader was geholpen hij nog gewoon, wellicht met begeleiding, zijn werk had kunnen doen. Dan had er veel ellende kunnen worden voorkomen.”*

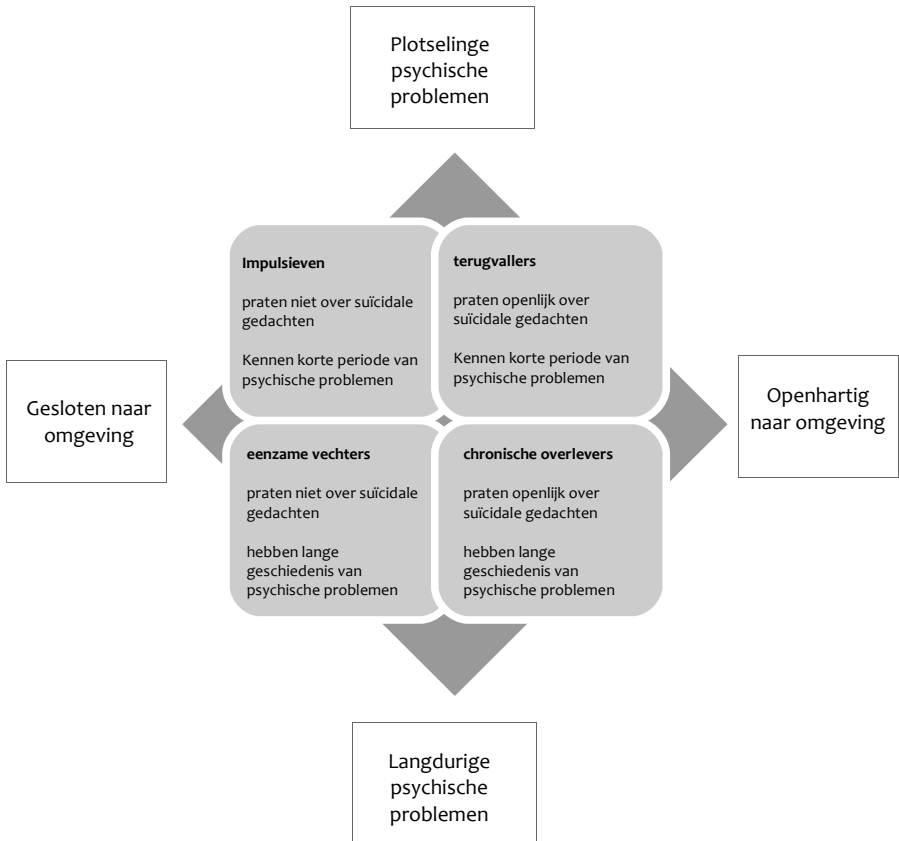
## 2.2 *Vergelijkbaar leed, verschillende verhalen*

De mensen met suïcidaal gedrag uit deze bundel hebben een lijdensweg gemeen, waarin zij geen perspectief meer zien. Hun ziekteproces is echter ook heel divers. Ieder heeft zijn eigen verhaal. Sommigen praten nauwelijks over hun suïcidale gedachten, terwijl anderen daar heel open over zijn. Ook zijn er grote verschillen in de mate waarin zij een beroep doen op de hulpverlening. Sommigen zijn levenslang professioneel bijgestaan en anderen hebben geen enkele zorgverlener geraadpleegd.

Naasten en hulpverleners kunnen er baat bij hebben als zij deze verschillen kunnen herkennen. Daarom hebben wij uit de vijftien verhalen in deze bundel een eenvoudig hulpmiddel gestedilleerd waaraan zij zich kunnen spiegelen. Zij kunnen daarmee het suïcidale gedrag typeren. Dit hulpmiddel heeft overigens geen diagnostische pretenties. Het kan hen helpen om sneller te begrijpen wat iemand nodig heeft. We hebben daar-

toe vier types suïcidaal gedrag onderscheiden. Deze typering is gebaseerd op twee lijnen (zie het kader). De ene lijn hangt samen met de mate waarin mensen met suïcidaal gedrag hun leed met anderen delen of juist niet. De andere lijn gaat over de mate waarin het leed hen plotseling overweldigt of dat zij er juist langdurig mee worstelen.

*Overzicht typering personen met suïcidaal gedrag*



## ***De impulsieven***

Voor de buitenwacht lijkt het alsof deze personen plotseling, zonder duidelijke aanleiding, hun leven hebben beëindigd. Het komt als een donderslag bij heldere hemel. De overledenen hebben niets verteld over hun innerlijke roerselen. Hun suïcidale gedrag heeft hen mogelijk zelf ook overvallen. Het gaat soms om jonge mensen.

Anderen hebben wel contact, bijvoorbeeld met hun huisarts. Maar ook daar verzwijgen ze hun suïcidale gedachten. Het vraagt een grote mate van alertheid van hulpverleners om bij deze groep door het masker heen te prikken.

De nabestaanden zijn op geen enkele wijze voorbereid op de suïcide. Voor hen volgt een zoektocht naar oorzaken en achtergronden.

*“We zagen het absoluut niet aankomen, er leek helemaal niets aan de hand.”*

*”Hoe heb ik dat niet kunnen zien aankomen.”*

## ***De eenzame vechters***

Deze groep worstelt gedurende langere tijd met het leven. Vaak zijn er duidelijke gebeurtenissen te benoemen die een inbreuk doen op hun levensvreugde. Scheiding, problemen op het werk en eenzaamheid zijn ervaringen die hun leven ontregelen. Ook hebben zij, soms langdurig, te maken met psychische problemen. De omgeving probeert te helpen en te pra-

ten, maar de suïcidale persoon wil niemand tot last zijn en probeert zijn of haar leven zelf op de rit te krijgen. Zij zijn moeilijk te motiveren voor professionele hulp. Als ze (vaak op aandringen van hun naasten) professionele hulp zoeken haken zij bij het minste of geringste al weer af. Soms hebben deze mensen een heel beperkt sociaal netwerk.

*“Hij was echt iemand die nergens over sprak en wilde dus ook niet met een psycholoog praten.”*

### **De chronische overlevers**

Deze groep kampt eveneens al langere tijd met psychische problemen. Het zijn mensen met chronisch suïcidaal gedrag. Ook bij hen spelen levensproblemen vaak een rol. Zij zoeken echter juist wel professionele hulp en zijn gemotiveerd om een leefbare balans te vinden. Al jaren proberen zij samen met hun omgeving en de hulpverlening weer grip op hun leven te krijgen. De ervaringen die ze met de hulpverlening opdoen zijn echter helaas niet altijd positief. De uitdaging voor hulpverleners is om hun professionele afstandelijkheid te laten varen, echte interesse te tonen in hun problematiek en passende hulp te bieden.

*“Continu werd de verantwoordelijkheid bij ‘de cliënt’ gelegd en een beroep gedaan op de rede/ het gezonde verstand, maar mijn vriend was wanhopig en had hier geen toegang meer toe.”*

## **De terugvallers**

Tenslotte zien we een groep die voor de suïcide(poging) redelijk functioneert. Zij hebben (soms na een periode van behandeling) geen contact (meer) met professionele hulpverleners. Zij zijn in een eerder stadium open geweest over hun suïcidale gedachten naar hun naaste omgeving. Naasten hebben het idee dat de problemen voorbij zijn. Deze personen worden overvallen door het opnieuw opduiken van hun suïcidale gedachten. Zij zien het dan plotseling niet meer zitten, komen in een acute crisis terecht en maken een einde aan hun leven. Voor naasten en hulpverleners komt de dood van deze personen als verrassing. Deze groep heeft het nodig dat hulpverleners hen blijven monitoren en open staan voor signalen van hen zelf en hun naasten over een terugval.

*“Mijn partner heeft zich in een impulsieve daad van wanhoop van het leven beroofd in ons huis.”*

*“Wij vermoeden dat de suïcide is gebeurd vanuit zijn psychose.”*

Alleen al deze eenvoudige typering laat zien hoe groot de verschillen in suïcidaal gedrag kunnen zijn. Elke persoon heeft zijn eigen verhaal. Wat er voorafgaand aan de suïcide precies in hem of haar omgegaan is zullen we nooit weten. De samenvatting van alle verhalen uit deze bundel in vier types kan nooit volledig recht doen aan elk specifiek verhaal. Wel kan

het een hulpmiddel zijn om te begrijpen welke zorg iemand passend bij de verschillende types nodig heeft.

## 2.3 Hulp uit de directe omgeving: op zoek naar helderheid en wat werkt

Naasten zijn intensief met hun suïcidale dierbare bezig voor praktische en mentale steun. Soms komt het leven van de naaste geheel in het teken te staan van de zorg om hem of haar af te houden van een fatale daad.

### ***Hoe ga je als naaste om met een suïcidale persoon?***

Toen de vertellers nog naasten waren, vroegen zij zich wanhopig af wat er aan de hand was, hoe zij het gedrag van hun dierbare konden duiden en hoe zij er mee om konden gaan. Hoe reageer je als tante als je achttienjarige nicht aangeeft dat suïcide voor haar de enige oplossing is? Je kunt en wilt het niet letterlijk nemen. Toch wil je ook op een open manier naar haar luisteren en je niet voor haar afsluiten.

Of als je man in de ban is van dwingende gedachten aan de dood. Hoe blijf je in contact met hem als hij de controle over zijn eigen gedachten kwijt is? En hoe bescherm je hem in zo'n situatie?

Enkele vertellers signaleren soms terughoudendheid bij omstanders omdat zij niet weten hoe contact te maken met een suïcidale persoon.



*“Ik weet uit ervaring dat iedereen ongemakkelijk wordt van emoties als angst, woede en depressies. Bij familie voel je je nog beroerder omdat zij zich overduidelijk ongemakkelijk en belast voelen.”*

## 2.4 Professionele hulp: op zoek naar betrokkenheid

In de beleving van de vertellers reageren hulpverleners vaak niet adequaat als zij geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag. Het heeft veel weg van handelingsverlegenheid. Bovendien zitten protocollen en de privacywetgeving, volgens de vertellers, in de weg.

### **Urgentie**

De aanpak van hulpverleners past, volgens de vertellers, vaak niet bij de urgentie waar de suïcidaliteit om vraagt. Er zijn lange wachttijden, ook voor acuut suïcidale personen. Er is soms weinig oog voor het dwingende karakter van de hulpvraag van een suïcidale persoon.

De vertellers geven aan dat het voorkomt dat afspraken, die wellicht levensreddend hadden kunnen zijn, afgezegd worden. Ook is er niet altijd een goede overdracht in geval van vakantie of vrije dagen.

De crisisdienst speelt soms niet goed in op een suïcidale crisis en biedt onvoldoende de acute hulp die nodig is.

*“Wij hebben in maart bij de dokter aangegeven dat we hulp nodig hadden en uiteindelijk konden we pas in september terecht.”*

### **Intake**

De vertellers maken duidelijk dat zij bot vingen toen zij als naaste erop aandrongen dat hun dierbare opgenomen werd. De reden was dat degene geen gevaar was voor zichzelf. Ook als een partner smeekt om acute hulp gaan hulpverleners daar niet op in.

*“Ik heb contact gezocht met de hulpverlenende instanties en gesmeekt om hulp. Die we niet hebben gekregen. In een impulsieve daad van wanhoop heeft mijn partner zichzelf toen gedood.”*

Hoewel de naasten anders verwacht hadden, schatten de professionele hulpverleners het suïcidale gedrag van de betrokkene lang niet altijd goed in. Volgens de vertellers is er soms sprake van simplificeren. Ook vertellen zij dat er soms vanuit de GGZ om onduidelijke redenen condities gesteld worden (bijvoorbeeld dat iemand bepaalde medicatie eerst afbouwt voordat hulp geboden kan worden).

### **Behandeling**

In de beleving van de vertellers hebben hulpverleners soms weinig interesse in de persoon met suïcidaal gedrag. Een

warm, empathisch contact en actieve betrokkenheid komen in deze situaties onvoldoende tot stand. Ook hebben de vertellers de indruk dat niet altijd een passende methodiek gehanteerd wordt.

*“Graven in het verleden door hulpverleners maakte haar juist gekker.”*

*“Beroep doen op eigen verantwoordelijkheid en het gezonde verstand werkt niet bij iemand die al in die mate geestelijk ziek is geworden. Sterker nog: het versterkt het gevoel van wanhoop en onmacht.”*

*“De behandeling was conform het boekje... maar niet iedereen is daar gebaat bij ... hij zeker niet.”*

*“Hulpverlening die actief betrokken is in deze delicate situatie wordt dan ook zeer gewaardeerd.”*

In sommige gevallen blijkt medicatie bij te dragen aan een sterke verbetering van de situatie van de betrokkene. Toch komt het – volgens nabestaanden – voor dat artsen op het verkeerde moment kiezen voor afbouw van de medicatie. De monitoring van de effecten daarvan op de toestand van hun cliënt schiet te kort.

## **Contacten tussen hulpverleners en naasten**

In deze verhalen is een goed contact tussen hulpverleners en naasten niet van de grond gekomen. Er was vanuit de hulpverleners geen aandacht voor de bijdrage van de directbetrokkenen. Volgens de vertellers zagen de hulpverleners de meerwaarde niet van samenwerking om de persoon met suïcidaal gedrag door de crisis heen te helpen. De wenselijkheid van die samenwerking wordt echter wel voorgeschreven in de richtlijnen van de beroepsgroepen (MDR-DBSG).

Naasten merkten dat hulpverleners onvoldoende open stonden voor hun signalen. Zo legden hulpverleners het signaal naast zich neer, dat het – gezien de psychotische toestand van een cliënt –, geen goed idee was om te stoppen met de behandeling.

De vertellers drukken hun verbijstering uit over deze houding van hulpverleners. Zij zelf steunen hun dierbare immers zo goed mogelijk en hebben hem of haar vaak gemotiveerd om hulp te zoeken. Dat in voorkomende gevallen hulpverleners er op uit lijken te zijn om de suïcidale persoon los te maken van zijn of haar steunnetwerk, vinden de vertellers onbegrijpelijk. Dat kan immers leiden tot een levensbedreigend isolement voor de suïcidale persoon in zijn thuissituatie. Van de hulpverleners kregen zij te horen dat privacy voorop stond.

*“Wat mij echter is opgevallen, is dat er weinig tot geen aandacht is voor de partner/omgeving van de persoon. Meerdere malen heb ik geprobeerd om betrokken te*

*worden bij de behandeling, maar dat werd doelbewust afgehouden uit privacyoverwegingen. Mijn eerste uitnodiging voor een gesprek moest ik zelf initiëren en ik werd uiteindelijk pas uitgenodigd voor een gesprek toen mijn partner al was overleden. Mijn wanhopige pogingen om hulp te vinden voor mijn partner werden niet gehoord en/of gehonoreerd.”*

*“Er zijn veel hulpverleners betrokken geweest, maar als familie zijn wij niet op de hoogte gebracht.”*

### **Organisatie van de hulpverlening**

De vertellers ervaren de instellingen voor hulpverlening als bureaucratisch met weinig oog voor de menselijke maat. De mentale gesteldheid van een persoon met suïcidaal gedrag verdraagt dat slecht en is niet opgewassen tegen protocollen, zeggen zij. Ook wordt verteld dat intern in een instelling de communicatie soms niet goed loopt waardoor een cruciale gesprek niet door kan gaan.

De vertellers geven aan dat de bereikbaarheid van de hulpverleners/ hulpverlenende instanties tekortschiet en dat zij weinig tijd hebben.

Het komt voor dat een cliënt te maken krijgt met steeds weer andere hulpverleners, waardoor zijn motivatie wegzakt. Een aantal verhalen gaat over iemand die opgenomen is geweest. Uit een gesloten afdeling blijkt het echter heel eenvoudig om weg te gaan (te ‘ontsnappen’ zegt een verteller). In de beleving van de vertellers ontbreekt de nodige zorg voor de

veiligheid van de cliënt. Ook komt het voor dat iemand een eind aan zijn leven maakt binnen de instelling. Bovendien rapporteren de vertellers dat er onvoldoende communicatie en samenwerking is tussen verschillende hulpverlenende instanties zoals verslavingszorg en GGZ.

*“Als ouder denk je dat je kind veilig is als het wordt opgenomen, en dat blijkt dan niet zo te zijn.”*

*“De instanties werkten over het algemeen erg bureaucratisch en met weinig oog voor de mens en de menselijke maat.”*

*“Voor mij is het niet acceptabel dat de instelling waar het gebeurde de zelfmoord niet heeft weten te voorkomen. Dit is een gemiste kans in het terugdringen van suïcide.”*

Het komt erop neer dat deze directbetrokkenen de professionele hulpverlening te formeel en te afwachtend vinden. Zij pleiten voor minder distantie, meer echte aandacht en een warm contact. Het lijkt erop dat de hulpverlening niet ingesteld is op suïcidaal gedrag en de zorg die dat vraagt. Mogelijk wordt suïcidaliteit zelfs gezien als een bijverschijnsel van een onderliggende problematiek en richten hulpverleners zich vooral op die onderliggende ziektebeelden. Uit de verhalen van de vertellers spreekt een pleidooi voor een professionele benadering van het suïcidale gedrag op zichzelf. Ook spelen wellicht bij hulpverleners – net als bij een breed publiek –my-

thes over suïcidaal gedrag zoals: ‘je houdt ze toch niet tegen’ of ‘het is aandacht vragen’.

Een positieve uitzondering op de negatieve evaluaties over de hulpverlening zijn ervaringen met een wijkzorgteam.

*“Het enige waar ik zeer over te spreken ben, is de begeleiding vanuit het IBT (intensieve thuisbegeleidings-team). Deze mensen kwamen bij ons aan huis voor gesprekken en onderhielden actief contact met mij en mijn partner. Zij waren beschikbaar wanneer de nood hoog was en hebben zich voelbaar ingespannen voor ons. Over de andere instanties ben ik zeker niet te spreken.”*

### **Nazorg na een opname of een poging**

De vertellers laten zien dat het nog steeds voorkomt dat mensen na een opname, vanwege een suïcidepoging, zonder goede aansluitende zorg naar huis gaan.

*“Als een oncoloog tegen zijn of haar patiënt zegt: ‘Ik kan u helaas niet verder helpen, u bent uitbehandeld’, wordt er onmiddellijk gezorgd voor transmurale zorg, thuiszorg, hospicezorg, palliatieve zorg, terminale zorg en/of euthanasie. Als een psychiater tegen zijn of haar patiënt zegt: Ik kan u helaas niet verder helpen, u bent uitbehandeld, gebeurt er helemaal niets. Dat vind ik schandalig.”*

*“De behandeling was strikt zes weken; een goede, begeleide overgang en nazorg ontbraken volkomen.”*

### **Nazorg voor nabestaanden actief aanbieden**

Nabestaanden zijn een risicogroep voor suïcide. Heel belangrijk is daarom het actief aanbieden van nazorg door de GGZ of door de werk- en studieomgeving van een overleden persoon.

*“Vanuit het zorgteam van de onderwijsinstelling vond met ons alleen een standaard gesprek plaats.”*

*“Ik heb alleen een gesprek gehad met mijn huisarts, dit was in de week na de begrafenis. De psychologe was inmiddels weg uit de praktijk. Na dit gesprek heb ik nooit meer contact gehad met mijn huisarts.”*

## **2.5 Concrete verbeter suggesties voor hulpverlening op menselijke maat**

De vertellers willen met hun verhaal het taboe doorbreken om over suïcidaliteit te praten. Ze pleiten voor concrete verbeteringen in de professionele zorg om suïcides te voorkomen. Hun verbeter suggesties komen in grote lijnen overeen met die in de verhalenbundel van 2016.



### ***Samenwerking naasten en hulpverleners***

- Als hulpverlener samenwerken met naasten. Hun bijdrage waarderen en een gezamenlijk plan maken.
- Aandacht voor het verhaal en de signalen van naasten. Als hulpverlener de familie vragen hoe iemand in zijn goede doen is.
- Naasten serieus nemen en actie ondernemen op basis van hun signalen dat het niet goed gaat.
- Afspraken maken over goede communicatie tussen naasten en zorgprofessionals over en weer.

### ***Organisatie***

- Verandering van hulpverlener zo veel mogelijk voorkomen (tenzij dat gewenst is omdat er geen match is tussen cliënt en hulpverlener).
- Als een hulpverlener op vakantie gaat altijd zorgen voor een vervanger en de cliënt laten weten wie die vervanger is.
- Een gesloten instelling ook echt gesloten houden om de veiligheid van de cliënt te beschermen.
- De bereikbaarheid van professionals (en hun eventuele vervangers) goed organiseren en communiceren.
- Zorgen voor informatie in duidelijke taal voor de cliënt en voor de naasten.
- Communicatie en afstemming tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorginstellingen zo organiseren.

ren dat de behandeling van een cliënt vloeiend verloopt.

### ***Intake***

- Effectieve signalering van suïcidaal gedrag. De ernst van de suïcidaliteit zo goed mogelijk inschatten.
- Het spoedeisende karakter van suïcidaliteit erkennen en er op inspelen met directe acties in crisissituaties. De organisatie en de crisisdienst erop inrichten.
- Een goede diagnose van de suïcidaliteit maken (en niet alleen van de onderliggende problematiek). Suïcidaliteit niet opvatten als ‘bijverschijnsel’ maar als een ernstige en te behandelen aandoening.
- Zo vroeg mogelijk herkennen dat mensen suïcidale gedachten hebben en er op inspelen.

### ***Behandeling***

- Preventief ingrijpen voordat iemand een gevaar is voor zichzelf.
- Tijdens een behandeltraject, of het nu ambulante is of tijdens een opname, de cliënt serieus nemen. Echte aandacht geven en goed luisteren met empathie.
- Als hulpverlener oprecht geïnteresseerd zijn in de behoeften van de cliënt. Contact maken en open staan.
- Minder afstand maar juist betrokkenheid.
- De cliënt uitnodigen om te praten over eventuele suïcidale gedachten.

- Het in de ban zijn van suïcidale gedachten professioneel serieus nemen zonder oordeel. Deze geestesgesteldheid er laten zijn en erkennen. Luisteren en aanhoren wat er echt omgaat in de persoon.
- Medicatie niet afbouwen als daarmee een risico voor terugval in suïcidaal gedrag ontstaat. Bij afbouw goed monitoren hoe de cliënt reageert.
- Als een cliënt aangeeft dat het slecht gaat snel in actie komen. Een proactieve houding van de hulpverlener. De mogelijkheid bieden voor 24/7 contact of gesprek (digitaal of *face to face*).
- Afspraken altijd nakomen vanwege de urgentie van zorg voor iemand die in de ban is van suïcidale gedachten.
- Heldere communicatie met personen met suïcidaal gedrag en hun naasten.

### ***Nazorg na een opname of poging***

- Na een opname en voor uitbehandelde cliënten een protocol hanteren in de zorgketen (met monitoring en gesprekken) om te voorkomen dat zij overgaan tot suïcide of pogingen doen.

### ***Afsluiting en nazorg voor de nabestaanden***

- Na een suïcide in gesprek gaan met de nabestaanden over verloop en toedracht.

- Nabestaanden vragen een (schriftelijke) evaluatie te leveren om er als GGZ van te leren.

# 3

## Verhalen van directbetrokkenen





# Het verhaal van Lida

## ***Intro***

Mijn man is in 2012 op vierenvijftigjarige leeftijd plotseling overleden aan suïcide. Hij had werk. Niemand had het aanzien komen ondanks de opname in de GGZ. Hij had slechts een korte periode suïcidale gedachtes waar hij ook openlijk over sprak.

## ***Het verhaal***

Mijn partner worstelde kort voor zijn overlijden voor het eerst met psychische klachten. Een aantal maanden daarvoor had hij allerlei vage lichamelijke klachten waarvoor geen duidelijke oorzaak werd gevonden. Hij stortte eind november 2011 op eens in en was suïcidaal. Een paar dagen daarvoor was hij nog gezien door een waarnemend huisarts. Hij bleek toen angstig en depressief te zijn.

## ***Professionele hulp***

Eind november, bij een controlebezoek aan de internist, gaf hij aan dat, als hij niet werd opgenomen, hij niet voor zichzelf kon

instaan. Dezelfde dag werd hij vrijwillig opgenomen op een gesloten afdeling van de GGZ.

Zes weken na zijn opname deed hij een suïcidepoging. Vier weken later volgde een geslaagde suïcide tijdens een weekendverlof naar huis. In tien weken tijd was hij er niet meer ... Ongeloof en schok bij iedereen. Niemand had dit ooit zien aankomen.

Hij had er geen controle over. De suïcidale gedachten kwamen opeens op. Dan had hij het niet meer en kostte het hem veel moeite om ertegen in te gaan. Die toestand beschreef hij alsof hij in een put hing met de handen aan de rand. Niet wetend of en hoe hij ooit uit die put zou komen. Dit vertelde hij mij in deze periode van tien weken bijna dagelijks.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik heb verschillende vrienden die in de hulpverlening werken en mij bijstonden. Vooral een vriendin die psychiater is, keek met mij mee hoe de behandeling ging. Ik praatte haar steeds bij en vroeg om advies. Ondanks mijn expertise en de hulp die ik kreeg, heb ik de hulpverlening van de GGZ als slecht ervaren. Heb dit toen ook verteld tijdens de behandeling en ook later nog na het overlijden. Vanuit suïcidepreventie van de GGZ heb ik toen een evaluatiegesprek gehad.

Ik ben heel tevreden met de steun uit mijn omgeving. Mijn boodschap is: ook al weet je zelf hoe het anders kan, en wat er nodig is, dan nog kan het fout gaan met je dierbare naaste.



**Wat ik zou willen:**  
beter luisteren.

Er was wel enige samenwerking en overleg tussen mij en de hulpverleners. Alleen was ik hen meer tot steun dan zij mij. Ik werd als deskundige behandeld in plaats van als partner. En naar mijn partner werd heel weinig geluisterd. Hij werd ook niet serieus genomen. Een van de dingen die de behandelend arts zei na zijn afscheidsdienst was: goh, zo kende ik hem helemaal niet. Mijn boodschap was toen: misschien kan je bij een volgende cliënt moeite doen om hem te leren kennen en te vragen aan de familie hoe iemand in zijn goede doen is. In plaats van alleen uit te gaan van wat je ziet tijdens een opname.

# Het verhaal van Petra

## ***Intro***

Mijn zoon is in 2016 op negentienjarige leeftijd overleden. Hij studeerde. Hij worstelde met psychische klachten, maar sprak er niet over.

## ***Het verhaal***

Mijn zoon had geen duidelijke psychische klachten. Heeft dit in ieder geval niet met zijn omgeving willen delen. Ik heb geen idee of hij eerder suïcidale klachten had. Na zijn dood werd duidelijk dat hij bang was dat hij een bipolaire stoornis had. Een vriendin van hem vertelde me dat hij het internet afgestruind heeft en voor zichzelf tot die conclusie gekomen was. Hij was ook iemand die heel onzeker over zichzelf was. Hij had een slecht zelfbeeld.

## ***Professionele hulp***

Mijn zoon is een paar maanden voor zijn suïcide door mij naar onze huisarts gestuurd, omdat hij naar een vriendin suïcidale uitspraken geuit had. Hierop is hij doorverwezen naar een praktijk-ondersteunend psycholoog. Die een testje gedaan

heeft bij hem waaruit de conclusie 'lichte depressie' getrokken werd. Nadat bij een vervolgspraak de psychologe zich ziek meldde liet zij vervolgens een paar maanden niets meer van zich horen. Toen zij daarna weer contact met mijn zoon opnam heeft hij van verder consult afgezien, naar zijn zeggen omdat het goed met hem ging (wat hij overigens in zijn gedrag ook liet zien).

Contact tussen mij en de psychologe is er niet geweest. Dit was volgens mij op dat moment ook niet nodig omdat mijn zoon tegen mij gezegd had dat zijn suïcidale gedachten voorbij waren en hij op mij ook overkwam als een jongen die vol in het leven stond.

Ik zelf heb geen contact meer gehad met de zorgverleners van mijn zoon.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik heb maar beperkt zicht op de sociale contacten van mijn zoon. Met een aantal heb ik wel contact gehad.

# Het verhaal van Kim

## ***Intro***

Mijn zwager is in 1998 overleden. Hij was toen eenendertig jaar en werkte. Hij was open naar mij over zijn suïcidale gedachten. Mijn zus was niet op de hoogte van de ernst van zijn toestand. Hij heeft veel professionele hulp ontvangen.

## ***Het verhaal***

Mijn zwager worstelde met psychische klachten. Daarover heeft hij veel gesproken met zorgverleners, zijn zus en met mij. Op een gegeven moment was dat zodanig, dat hij suïcidale gedachten kreeg. Daar sprak hij ook openlijk over. Doordat ik kort daarvoor een suïcide van dichtbij had meegemaakt en hierover met hem sprak, werd hij ook steeds opener naar mij toe. Hij heeft over alle mogelijke manieren nagedacht en de meest succesvolle gekozen.

## ***Professionele hulp***

Ik ben erg ontevreden over de hulpverlening. De dag voor mijn zwager overleed had hij een afspraak met een zorgverlener. Deze ging vier weken met vakantie en er was geen ver-

vanger. Hij kon wel iemand bellen als het slecht ging. Mijn zwager voelde toen al aan dat hij die vier weken zonder hulp niet ging redden.

Hij heeft voor zijn overlijden gebeld, maar omdat zijn therapeut er niet was, werd hij niet verder geholpen. Hij werd in de wacht gezet met de mededeling dat ze zouden kijken of ze iemand voor hem konden vinden die hem even te woord kon staan. Binnen vijf minuten was hij er niet meer.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

De directe omgeving had weinig oog voor zijn problemen: die lieten hem in zijn sop gaarkoken. Ik wilde wel helpen, maar het mocht niet.

### ***Wat ik zou willen:***

direct actie in crisissituaties.

En dat tijdens vakanties de vervanger bekend is bij de patiënt. Als de patiënt aangeeft dat het heel slecht gaat, dat er dan snel actie wordt ondernomen.

# Het verhaal van Anna

## ***Intro***

Mijn vader, vijftiger, heeft meerdere pogingen gedaan, maar gelukkig heeft hij het overleefd. Ik ben zijn dochter van begin twintig en ik hoop dat taboes worden doorbroken en men mensen met zelfmoordgedachten beter kan herkennen, zodat minder mensen in deze vreselijke situatie terecht komen.

## ***Het verhaal***

Toen ik twintig jaar was heeft mijn vader getracht zichzelf van het leven te beroven. Ik had het zien aankomen, maar ik kon het niet voorkomen. De reden dat ik wist dat hij het ging doen, is dat ik de signalen zag. In een aantal jaren zag ik een man, die goed was voor een ander, bescheiden en stil maar toch gelukkig leek en activiteiten ondernam, veranderen in een man die steeds neerslachtiger werd en steeds minder goed was te bereiken. Eigenlijk kon ik dit goed verklaren door een aantal verdrietige levensgebeurtenissen.

Er kwam door andere gebeurtenissen meer verdriet bij. Hij begon te merken dat een biertje verlichting gaf, maar hij had steeds meer nodig. Totdat een paar jaar later hij zo ver weg was gezakt dat hij het zelf niet eens door had, maar de andere

gezinsleden en ik wel. En dat heb ik ervaren als een van de moeilijkste periodes in mijn leven. Omdat mijn vader nog geen gevaar was voor zichzelf kon de hulpverlening niets voor hem betekenen. Wij konden alleen machteloos toekijken.

Op een dag deed hij bijna een zelfmoordpoging, maar bedacht zich op het laatste moment. Hij is naar huis gegaan en heeft toen hulp gezocht door de huisarts te bellen. Toen werd hij doorverwezen naar de crisisdienst van de GGZ. Hij werd niet opgenomen en het duurde een paar dagen voordat hij naar een psycholoog kon. Helaas verloor hij in die dagen zijn baan.

De dag na zijn baanverlies heeft hij een poging gedaan. Gelukkig werd hij op tijd gevonden. Hij besepte toen dat hij hulp nodig had. Tijdens de ziekenhuisopname had hij gesprekken met hulpverleners.

Na de ziekenhuisopname kwam er een keer een psychiater aan huis en daarna moest hij voor gesprekken naar de GGZ. Ik had niet de indruk dat mijn vader blij was met deze hulp. De wisselende contacten kwamen rommelig over en soms was het wat haastig, waardoor er niet 'echt' contact werd gemaakt. Mijn vader wist/onthield niet eens de naam van zijn hulpverlener.

Na een jaar volgde de tweede poging. Ook deze keer is hij op tijd gevonden. Deze keer werd hij wel opgenomen en ging het daarna een stuk beter met hem.

Door de verwondingen kon mijn vader niet meer het werk uitvoeren dat hij oorspronkelijk deed. Hij heeft toen een re-integratie traject gevolgd en daardoor een leuke nieuwe baan gevonden.

Financieel is hij er wel enorm op achteruitgegaan, en onder andere door zijn beperkingen moet hij er meer voor doen. Hij wil erg graag werken maar het is soms ‘vechten’. Hij is sterk, maar heeft nog weleens mindere periodes. Hij kan dan altijd weer bij zijn hulpverlener terecht, waar hij positief over is. En dat geeft mij rust.

### ***Professionele hulp***

Er zijn veel hulpverleners betrokken geweest, maar als familie zijn we niet op de hoogte gebracht. Sommige hulpverleners hadden één keer een gesprek met mijn vader en verwezen hem dan weer door. Het kwam op ons rommelig over en wij hadden behoefte aan duidelijkheid. Mijn vader had behoefte aan iemand die tijd voor hem had en een luisterend oor bood, niet aan een paar verschillende hulpverleners in een week die steeds weer wat van hem wilden. Dit vond hij juist vermoeiend en hij voelde zich niet echt serieus genomen maar een nummer.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Sociale steun is heel belangrijk. Het doet je goed als er een kaart komt of een bos bloemen, maar veel mensen weten niet wat ze moeten zeggen en durven niet langs te komen.

### ***Wat ik zou willen:***

eerder signalen van naasten oppakken.



Er zijn veel dingen die beter kunnen in de professionele hulp. Belangrijk vind ik om eerder in te grijpen. Niet alleen op het moment dat iemand een gevaar is voor zichzelf, maar daarvóór. Dat moet mogelijk worden. Signalen van naasten beter oppakken en daarop reageren.

Het doet pijn als ik er aan denk dat mijn vader jaren geleden geholpen had kunnen worden en misschien nog gewoon, met begeleiding, zijn werk had. Dan had er veel ellende kunnen worden voorkomen. Ik denk dat een aantal dingen voorkomen hadden kunnen worden. Dat maakt het soms extra pijnlijk.

# Het verhaal van Roos

## ***Intro***

Mijn vader is in 2012 overleden. Hij was achtenvijftig jaar en had een betaalde baan. Ik weet niet of hij al langer depressieve klachten had. Zijn ouders en zus hebben nooit kunnen vermoeden dat hij tot zelfmoord in staat zou zijn. Hij heeft daarvoor geen eerdere pogingen ondernomen. Vroeger was hij een trotse man, maar tijdens zijn huwelijk en na zijn scheiding veranderde hij in een stille, in zichzelf gekeerde man.

## ***Het verhaal***

Omdat ik mijn vader niet meer zag, weet ik niet of hij psychische problemen had, maar mogelijk had hij wel last van depressiviteit omdat hij zijn dochter niet meer zag. Bij zijn dood lag een foto van mij op de keukentafel. Ik was net jarig geweest, mogelijk was dat net die trigger geweest waarop het hem teveel is geworden. We zullen het nooit weten. Hij heeft geen bericht achtergelaten.

Pas een week na zijn overlijden is hij gevonden. Er kwamen twee politieagenten aan de deur om het mij te vertellen. Pas toen kreeg ik contact met de zus van mijn vader en heb ik mijn vader – door haar verhalen – van een andere kant leren

kennen. Ik kende alleen de kant van mijn moeder; daar ben mee opgegroeid.

### ***Professionele hulp***

Ik denk niet dat hij hulp gezocht heeft, daarvoor was hij te veel op zichzelf. Zelf heb ik ook geen contact gehad met de hulpverlening over mijn vader.

# Het verhaal van Sanne

## **Intro**

Een kennis van mij was tweeënveertig jaar op het moment dat zij overleed. Dat was in 2016. Op dat moment werkte zij niet. Ze sprak weinig over haar problemen en had al eerder een poging ondernomen. Mijn kennis heeft veel professionele hulp ontvangen.

## **Het verhaal**

Mijn kennis had af en toe last van depressieve periodes. Zij sprak slechts in bedekte termen over haar problemen. Ze was aangesloten bij de vereniging van vrijwillige levensbeëindiging. Bij haar vorige poging had haar moeder gezegd: de volgende keer willen je vader en ik er bij zijn. We willen niet dat je dit in je eentje op een nare manier moet doen. Ze is dus in het bijzijn van haar ouders geëuthanaseerd.

Van de vorige poging weet ik niets. Alleen van de uiteindelijke suïcide weet ik dat hij vreedzaam was.

Ik ben zelf ook suïcidaal geweest en weet uit ervaring dat de hulp niet goed is.

## ***Professionele hulp***

Er zijn veel dingen die beter kunnen. Informatievoorziening bijvoorbeeld. Niet alleen méér informatie, maar ook in duidelijkere taal. Vooral de hulp kan beter. Er moet meer interesse voor de behoefte van de persoon komen. Ook de bereikbaarheid van de professionals kan beter. De zorg is heel bureaucratistisch ingericht. Als je erg down bent, kun je niet alle protocollen volgen.

## ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik weet uit ervaring dat iedereen ongemakkelijk wordt van emoties als angst, woede en depressies. Bij familie voel je je nog beroerder omdat ze zich zo overduidelijk ongemakkelijk en belast voelen. Daarom beland je zo in een crisis. Niemand leert je omgaan met emoties en trauma's.

Ik ben voor mijn familie blij dat mijn poging niet is gelukt en dat ik het tot nog toe heb weten te overleven. Er is geen zorg en je kunt het met niemand delen. Iedereen wordt er ongemakkelijk en bang van. Het laatste dat je nodig hebt als het water je aan de lippen staat, is iemand die je moet gaan helpen te accepteren hoe het met jou gaat. Dat is vervreemdend; dat je dan de ander moet gaan helpen.

## ***Wat ik zou willen:***

minder professionele afstand.

Betere communicatie van de hulpverleners met de patiënten en naasten, en heel belangrijk: minder professionele afstand.

# Het verhaal van Renée

## ***Intro***

Mijn zoon is in 2015 overleden op de leeftijd van vierentwintig jaar. Hij worstelde al enige jaren met psychische klachten, maar sprak nooit over suïcidale gedachten. Ik heb het weleens gevraagd, maar volgens hem was dat niet aan de orde.

## ***Het verhaal***

Mijn zoon kreeg vijf maanden voor zijn overlijden een ernstige psychose. Hier ging een hele periode aan vooraf, waarin een aantal dingen steeds moeizamer gingen: hij trok zich terug, was vaak moeilijk te bereiken, toonde steeds minder initiatief, ging niet meer naar zijn opleiding, kon zich nog maar heel moeilijk concentreren, maakte van de dag een nacht en andersom, ging steeds meer blowen en was passief. Dit ging allemaal heel sluipend.

Vanaf zijn negentiende is hij wel bij verschillende hulpverleners geweest, maar dat was altijd maar voor korte tijd. Hij haakte snel af en was niet gemotiveerd voor hulp. Zag ook niet in dat het niet goed met hem ging en dat hij hulp nodig had.

Er ontwikkelde zich bij hem een psychose met paranoia, stemmen, wanen en hallucinaties. Hij werd een gevaar voor zichzelf en zijn omgeving en werd – nadat hij eerst nog een poosje vanuit ons huis door de crisisdienst was begeleid – uiteindelijk gedwongen opgenomen op een gesloten afdeling.

Zijn suïcidale gedachten waren niemand bekend. Na zijn overlijden vonden we een soort dagboek, waarin hij beschrijft dat er engelen/stemmen zijn die hem uitdagen tot suïcide. Hij schrijft letterlijk: de engelen zeggen: je doet het toch niet. Alsof hij uitgedaagd werd.

Er staan geen depressieve aanwijzingen in zijn dagboek. Integendeel, hij is in het dagboek gericht op de toekomst, wat hij allemaal wil gaan doen. Hij schrijft: *ik heb er weer zin in*.

Wij vermoeden dat de suïcide is gebeurd vanuit zijn psychose. Drie weken voor zijn overlijden is de medicatie verlaagd van zes naar vier mg. Risperdal. Dit leek in eerste instantie goed te gaan. Na twee weken van de medicatie verlaging begon hij zich echter weer te onttrekken aan de kliniek: eerst een hele avond, daarna een hele nacht en ook de avond voor zijn overlijden was hij ongeoorloofd weg. Dit werd wel gemeld aan de politie, die hem probeerde te zoeken. Dit zwerfgedrag vond ook veelvuldig plaats aan het begin van zijn opname. Hij is de eerste twee maanden acht keer weggelopen uit de kliniek. Soms was hij wel vijf dagen weg, tot hij weer ergens opdook.

Toen hij na twee maanden eindelijk verplichte medicatie kreeg, knapte hij enorm op. Hij zag in dat het goed was dat hij was opgenomen, ging serieus bezig met zijn herstel en was weer toekomstgericht bezig. Hij liep niet meer weg en zag in



dat zijn wanen niet de realiteit waren. We hadden goed contact met hem.

Het weer opnieuw weglopen de laatste drie weken voor zijn overlijden had een signaal moeten zijn dat het minder goed ging en de psychose weer toenam. Dit is helaas niet herkend.

Toen hij, na de medicatieverlaging, toch weer over een engel sprak, maakten wij ons zorgen. De verpleging gaf aan dat dit nog een staartje kon zijn van de psychose, maar niet veront-rustend was. Daarna heb ik ongeveer een week voor zijn overlijden tot tweemaal toe nog aangegeven dat ik hem verward vond. Dit is echter niet in de rapportage gezet en ook niet doorgegeven aan de psychiater

Het weekend voor zijn overlijden was onze zoon overdag bij ons. Hij had verlof. Natuurlijk zagen we een zoon die nog lang niet de oude was. Hij was nog herstellende, gebruikte nog steeds flink medicatie, maar was een stuk beter dan aan het begin van zijn opname. We hebben een goed weekend gehad en onze andere kinderen waren er ook. We zijn wezen zwemmen en hebben gebarbecued. Onze zoon wilde graag mee met ons naar de kerk en hij heeft ook nog met een vriend wat gedronken in de stad. Daar wilde hij graag een alcoholvrijbier-tje, want medicatie en bier gingen niet samen, zei hij. Dan ben je toch heel serieus bezig met je herstel! Ook maakte hij nog een afspraak met die vriend voor de aankomende week.

De avond daarna, wat de avond voorafgaand aan zijn overlijden was, belde de kliniek dat hij weg was. Ze gingen weer een melding doen bij de politie en zouden ons terugbellen. Wij gaven aan dat we niet begrepen wat er aan de hand was met onze zoon, omdat hij juist zo gemotiveerd was.

Eind van de avond belden ze ons dat hij weer terug was. Ze zouden de volgende dag met hem in gesprek gaan. Dit is echter niet gebeurd door een communicatiefout.

De volgende ochtend is hij naar therapie geweest, heeft daarna geluncht met begeleiding en wilde daarna graag een wandelingetje maken. De deuren werden weer geopend zonder een gesprek vooraf.

Deze wandeling was zijn laatste.

### ***Professionele hulp:***

betere communicatie naasten  
en betere monitoring medicatie.

Ik vind dat de zorg ernstig tekort is geschoten. Allereerst vind ik het niet kunnen dat het mogelijk was dat onze zoon de eerste twee maanden van zijn opname acht keer kon 'ontsnappen' uit een gesloten instelling. Daarmee duurde de psychose veel langer dan nodig was. En hoe langer het duurt, hoe schadelijker dat voor iemand is. Als ouders denk je dat je kind veilig is als hij wordt opgenomen, en dat blijkt dan niet zo te zijn. Wat voor zin heeft een gesloten afdeling in een gedwongen kader op deze manier?

Door betere signalering was de suïcide misschien te voorkomen geweest. Tenminste op dat moment. Hoewel onze zoon geen suïcidale signalen heeft laten zien, waren er wel signalen dat hij toch weer meer psychotisch was ten gevolge van de medicatievermindering. Aan medicatievermindering zitten risico's en dat vraagt nauwkeurige observatie en signalering. Daarnaast is met het signaal dat ik doorgegeven heb aan de

verpleging, namelijk zijn verwardheid, niets gedaan. Een fout in de communicatie.

Door gebrek aan communicatie, vond er geen gesprek tussen onze zoon en zijn behandelaren plaats op de fatale dag. Dat was wel nodig aangezien hij ongeoorloofd weg was geweest. Misschien had daarmee de suïcide voorkomen kunnen worden.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Mijn man en ik hebben onze zoon heel veel bezocht in de kliniek en probeerden op alle mogelijke manieren er voor hem te zijn. Ook anderen uit ons gezin en vrienden van onze zoon bezochten hem en waren betrokken.

### ***Wat ik zou willen:***

betere signalering en betere communicatie.

Betere signalering en betere communicatie tussen familie en zorgprofessionals en tussen zorgprofessionals onderling. Daarnaast erkenning dat er veel fout is gegaan. Naast de grote wond van het verlies, vind ik het enorm schrijnend, dat het in wezen niet zijn bedoeling was, niet zijn eigen keuze was, maar hem overkomen is.

# Het verhaal van Alysia

## ***Intro***

Mijn broer is op zesenvijftigjarige leeftijd overleden. Hij worstelde met psychische klachten, waar hij niet openlijk over sprak. Hij was zelfstandig ondernemer. Na zijn derde poging is hij overleden in 2014.

## ***Het verhaal***

De traumatische jeugd, die mijn broers en ik hebben gehad, heeft zijn eerste slachtoffer opgeëist ... De angst om over de problemen te praten heeft ervoor gezorgd dat alles onder ‘de dekmantel’ blijft en mijn broers dus geen hulp inschakelen met zelfmoord als gevolg. (Twee dagen na de crematie deed een andere broer ook een poging.) Ook nu mijn broer is overleden, wordt alles (ook mijn broer!) doodgezwegen.

In bedekte termen gaf mijn broer weleens aan dat zijn suicidaliteit nog steeds actueel was. Echter: hij heeft eerst gezorgd dat zijn gezin helemaal goed verzorgd zou achterblijven. Toen alles goed geregeld was en er zich een geschikt moment voordeed heeft hij de stap gezet om zich te suicideren.

Mijn broer heeft gezien hoe zwaar en uitputtend mijn weg naar herstel is geweest. Ook ik deed een suïcidepoging in 1993. Hij gaf meermalen aan dat hij diezelfde weg niet durfde, niet wilde en niet kon gaan. Dat maakte dat ik me heel vaak erg machteloos heb gevoeld.

### ***Professionele hulp***

Hij heeft geen professionele hulp gehad, omdat hij dat niet wilde en niet aandurfde. Na het overlijden van mijn broer heb ik hulp gezocht bij een rouwbegeleider. Andere familieleden hebben geen hulp gehad.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik heb zelf hulp en steun geboden aan mijn broer. Sinds ruim een jaar zet ik me in als suïcidepreventie-werker.

# Het verhaal van Bernadette

## ***Intro***

Mijn ex-vriendje is toen hij zestien jaar was in 2015 overleden. Hij worstelde met psychische klachten. Blijkbaar was hij depressief, maar niemand had dat in de gaten. Ik ben zestien jaar.

## ***Het verhaal***

Het was een complete verrassing voor iedereen. Niemand wist waar hij mee worstelde.

## ***Professionele hulp***

Hij heeft helemaal geen professionele hulp gehad. Hij kon niet geholpen worden, want niemand wist wat er aan de hand was. Ook het zorgteam van school heb ik nauwelijks gesproken, alleen het standaard gesprek. Nadien heb ik geen enkele hulpverlener meer gesproken.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Zijn ouders en zus wisten ook niet van zijn suicidaliteit. Dus konden zij hem niet helpen. Zijn vader deed sowieso niets voor hem.

# Het verhaal van Femke

## ***Intro***

Mijn partner is op vierendertigjarige leeftijd overleden door suïcide. In de laatste maanden kon hij door zijn ziekte niet meer werken en had kort een ziektebewijs. Hij worstelde met psychische problemen. In relatief korte tijd is hij in een proces terechtgekomen waar hij geen controle meer over had. Bij zijn tweede suïcidepoging is hij tot mijn grote verdriet in 2016 overleden.

## ***Het verhaal***

In 2014 is mijn schoonmoeder na een kort, maar hevig ziekbed gestorven. Mijn schoonmoeder was – net als ik – zijn grote steun en toeverlaat.

In 2015 zijn mijn partner en ik onze banen kwijtgeraakt. Hij kreeg al gauw last van somberheid en steeds heviger angst- en paniekaanvallen.

Afgelopen zomer is hij, na een eerste suïcidepoging, meerdere malen opgenomen geweest bij hulpverlenende instanties voor klinische opname.

Na de derde opname van zes weken, is hij naar huis gestuurd zonder goede aansluitende hulp. De angst, paniek,



somberheid en gedachten aan de dood werden steeds dwingender. Ik heb contact gezocht met hulpverlenende instanties en gesmeekt om hulp, die we niet hebben gekregen. Mijn partner heeft zich in een impulsieve daad van wanhoop van het leven beroofd in ons huis.

### ***Professionele hulp***

Wat mij opviel is dat er bij de hulpverlening weinig oog lijkt te zijn voor de ernst van de klachten en het dwingende karakter ervan. Continu werd de verantwoordelijkheid bij de 'cliënt' gelegd en een beroep gedaan op de rede/het gezonde verstand. Maar mijn vriend was wanhopig en had hier geen toegang meer toe.

In korte tijd zijn we veel in aanraking geweest met instanties voor professionele hulpverlening. Daar heb ik geen goede ervaring mee: vaak was er niet voldoende tijd, had men te weinig interesse in de persoon en zijn omgeving. Ook de bereikbaarheid verliep moeizaam en was te beperkt.

Wat mij ook is opgevallen is, dat er weinig aandacht is voor de partner/omgeving van de persoon. Meerdere malen heb ik geprobeerd om betrokken te worden bij de behandeling, maar dat werd doelbewust afgehouden uit privacyoverwegingen. Een eerste gesprek moest door mij zelf geïnitieerd worden. Ik werd uiteindelijk pas uitgenodigd voor een gesprek toen mijn partner al was overleden. Mijn wanhopige pogingen om hulp te vinden werden niet gehoord en/of gehonoreerd.

Wel ben ik zeer tevreden over het intensieve thuisbegeleidingsteam. Zij waren beschikbaar wanneer de nood hoog was en hebben zich voelbaar ingespannen voor ons.

Over de crisisopvang ben ik niet positief. Vooral het gebrek aan betrokkenheid, de mogelijkheid om als partner betrokken te worden heeft mij veel verdriet gedaan.

Ook nu mijn partner is overleden is er geen steun of initiatief tot evaluatie.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik heb veel steun en hulp gekregen van mijn vriendinnen en mijn ouders, maar erg weinig steun van de directe familie van mijn partner.

### ***Wat ik zou willen:***

meer aandacht voor preventie en steun voor naasten.

Er zou veel meer gedaan kunnen worden om het onderwerp uit de taboesfeer te halen. Daarnaast zie ik dat de steun aan naasten verbeterd zou kunnen worden.

# Het verhaal van Els

## **Intro**

Mijn partner is in 2017 overleden op negenenveertigjarige leeftijd. Hij worstelde met psychische klachten. Hij was heel open over zijn problemen.

## **Het verhaal**

Mijn partner had een angststoornis die begonnen is in zijn jeugd en als een rode draad door zijn leven liep. Hij heeft openlijk gesproken over de wijze waarop hij er een einde aan zou maken.

Hij zou voor zes weken opgenomen worden in het UMC in Leiden om van zijn medicatie Lorezepam te detoxen, maar na één nacht verliet hij het ziekenhuis, omdat hij niet kon slapen en niet mocht roken omdat de afdeling in het ziekenhuis van 23.00 tot 07.00 gesloten is. Hulp en gesprekken heeft hij niet gekregen die nacht.

De volgende ochtend heb ik de GGZ gebeld dat hij weg was en het enige dat zij zeiden was : ... wij kunnen hem niet helpen als hij niet van de medicatie af is.

Een paar dagen later was hij dood.

### ***Professionele hulp***

Ik ben niet tevreden over de hulpverlening. Ze waren slecht bereikbaar, hadden weinig interesse en te weinig tijd voor ons. De professionele hulp kwam erg laat op gang. Wij hebben in maart 2016 bij de dokter aangegeven dat we hulp nodig hadden en uiteindelijk konden we pas in september 2016 terecht. De wachttijden zijn veel te lang.

### ***Hulp vanuit de directe omgeving***

Naast de steun die ikzelf bood was er geen hulp en steun vanuit zijn directe omgeving.

### ***Wat ik zou willen:***

sneller hulp in crisissituaties.

Dat in crisissituaties patiënten direct geholpen worden.

# Het verhaal van Katrien

## ***Intro***

Een vriendin van mij is op drieënvijftigjarige leeftijd in 2017 overleden aan suïcide. Zij was zzp'er maar moest wegens haar ziekte stoppen met haar werk. Zij worstelde met psychische klachten.

## ***Het verhaal***

Ik denk dat zij leed aan een schizo-affectieve stoornis, alhoewel zij mij niet verteld heeft of en welke diagnose er in de psychiatrische inrichting, waar zij een tijd verbleef, gesteld is. Zelf wilde ze het geen depressie noemen. Het was erger dan dat, zei ze. Ze was erg spiritueel en had bedacht dat ze was 'uitgekotst door de spirituele wereld'.

## ***Professionele hulp***

Toen ze niet verder geholpen kon worden in de Belgische psychiatrische instelling waar ze verbleef, werd ze naar huis gestuurd. Na een paar weken ging ze voor behandeling naar een spiritueel centrum en omdat het te ver weg was van haar woonplaats verbleef ze in een hotel. Daar is ze een dag voor

kerstmis overleden. Eigenlijk kun je zeggen dat ze geen professionele hulp heeft gehad.

Ik heb eenmaal contact gehad met de spirituele behandelaar, en gewezen op haar verantwoordelijkheid mijn vriendin te verwijzen naar een psychiater.

Mijn vriendin is tweemaal opgenomen geweest, in twee verschillende instellingen. Met de eerste instelling waar zij verbleef, heb ik contact opgenomen toen mijn vriendin mij liet weten dat ze de behandeling daar wilde stoppen (zij was toen psychotisch). Ik heb de instelling dringend verzocht haar daarvan af te praten, maar daar is niets mee gedaan.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Ik heb zelf hulp en steun geboden, evenals de familie, maar we zijn tekort geschoten en dat is heel verdrietig.

### ***Wat ik zou willen:***

betere monitoring uitbehandelde patiënten.

Er zou voor patiënten met een psychiatrische ziekte, die uitbehandeld zijn een protocol in werking moeten treden, waardoor er een transmurale zorgketen uitgerold wordt die ervoor zorgt dat ze geen suïcide plegen of een poging daartoe doen, door monitoring, gesprekken, vragen stellen et cetera.

# Het verhaal van Mieke

## **Intro**

Toen mijn moeder vijfenzestig jaar was is zij door suïcide om het leven gekomen. Dat was in 2016. Het was haar tweede poging. Zij was met pensioen en worstelde al vrij lang met psychische klachten. Zij was heel open over haar suïcidale gedachten. Ze zei gewoon: als je vader doodgaat, moet je een dubbele begrafenis regelen.

## ***Het verhaal***

Zij had in een tehuis gezeten toen ze zestien was; haar vader vond haar lastig. Ze is daar misbruikt. Op haar achttiende is ze uit dat tehuis in Zetten gekomen. Ze heeft mijn vader kort daarna leren kennen en is met hem getrouwd. Ze heeft veel professionele hulp gekregen.

## ***Professionele hulp***

Ik ben heel ontevreden over de professionele hulp. Ze maakten haar alleen maar gekker. Ze hadden beter kunnen zeggen: laat het rusten, in plaats van in haar verleden te graven. Ik

ben door de hulpverlening nooit betrokken geweest bij de behandeling.

### ***Hulp vanuit de directe omgeving***

Ik heb zelf hulp en steun geboden.



# Het verhaal van Jozefien

## ***Intro***

Mijn moeder worstelde met psychische klachten. Zij is op achtenveertigjarige leeftijd, na verschillende pogingen in 2007 definitief uit het leven gestapt.

## ***Het verhaal***

Mijn moeder was psychisch erg kwetsbaar en labiel. Ze leed ook aan psychoses en depressies. Ze was onder behandeling bij een psychiater. Ze had al langere tijd een doodswens. Ze heeft zich weleens van eten onthouden en ook een keer iets ingenomen.

## ***Professionele hulp***

De hulpverlening was vooral bezig met haar in leven te houden en niet met haar verlangen om te sterven. Het is in een dergelijke situatie zo belangrijk dat er een mooi, sluitend netwerk is voor de 'hulpvrager'. Daar was in die tijd gewoon nog geen sprake van.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Er was wel steun uit de directe omgeving, maar niet die steun die zij nodig had. Het is een heel delicaat iets, wat voor de directe omgeving moeilijk is om mee te dealen.

#### ***Wat ik zou willen:***

verlangen tot suïcide serieus nemen.

Het verlangen tot suïcide serieus nemen zonder een oordeel te hebben. Deze wens en dit verlangen er laten zijn en erkennen. Luisteren en aanhoren wat er nou echt omgaat in een persoon.

# Het verhaal van Vera

## ***Intro***

Mijn nichtje van slechts achttien jaar heeft, zeer plotseling, in 2016 een einde aan haar leven gemaakt. Mijn nichtje had al enige tijd last van psychische problemen en had eerder een suïcidepoging gedaan.

## ***Het verhaal***

Ik ben niet betrokken geweest bij de hulpverlening. Haar behandelaar vertelde haar moeder dat de gedachte aan suïcide zeer sterk aanwezig was. Mijn nichtje zag geen andere uitweg meer om verder te willen leven. De aanhoudende gedachte 'er niet meer te willen zijn' leek haar de enige uitweg. Zij pleegde suïcide in de instelling waar zij verbleef. De instelling was op loopafstand van huis. Zij kon komen wanneer zij zich slecht voelde en naar haar ouderlijk huis gaan wanneer zij zich weer beter voelde.

Onaangekondigd, zonder familie in te lichten of een afscheidsbrief achter te laten, pleegde ze in de nacht zelfmoord. Ze wilde niemand kwetsen, ze zei: ik hou van jullie, vergeet dat niet, maar dit leven is ondraaglijk voor mij.

Ze verwoordde haar gevoelens en teleurstelling in het leven in zelfgeschreven teksten.

### ***Professionele hulp***

Voor mij is het een teleurstelling dat de instelling waar het gebeurde de zelfmoord niet heeft weten te voorkomen. Dit is een gemiste kans in het terugdringen van suïcide.

### ***Hulp uit de directe omgeving***

Mijn zus zocht af en toe steun bij mij, mijn broer en mijn moeder. Bemoeienis van onze kant met de dochter van mijn zus zou veel te ingewikkeld worden. Toch had ik er meer voor mijn zus willen zijn.

### ***Wat ik zou willen:***

aandacht.

Ik zou vooral meer aandacht, ondersteuning en handvatten willen voor directbetrokkenen in de omgeving en vooral de familie van iemand die persistente suïcidale gedachten heeft.

# 113 zelfmoord preventie

Stichting **113** Zelfmoordpreventie is de nationale organisatie voor preventie van suïcide. Onze missie is een land, waarin niemand eenzaam en radeloos sterft door zelfmoord. Wij zijn ervan overtuigd dat er jaarlijks honderden suïcides meer kunnen worden voorkomen wanneer zelfmoord beter bespreekbaar is en de zorg innovatiever en menselijker wordt georganiseerd.

Het idee voor **113** Zelfmoordpreventie is ontstaan uit het besef dat op spreken over zelfmoord nog steeds een taboe rust. Dit, terwijl praten juist zo essentieel is voor suïcidepreventie. Via [www.113.nl](http://www.113.nl) en **0900-0113** biedt **113** verschillende vormen van contact en behandeling aan. Je kunt gratis en anoniem praten of chatten over je gedachten aan zelfmoord. Een kortdurende online therapie via chat of e-mail bij een psycholoog volgen kan ook.

Uniek is dat professionele hulpverleners intensief samenwerken met meer dan 150 vrijwilligers van **113** zelf maar ook met die van Sensor. Zij bedienen 24/7 de crisistelefoon en de crisis-chatlijn en kunnen hulpvragers direct doorverbinden met professionals.

**113** staat aan de kant van het leven en probeert te zoeken

naar een uitweg uit de wanhoop. Religieuze of ideologische achtergronden spelen geen rol. Geschat wordt dat we met de huidige bezetting tientallen, wellicht honderden levens per jaar redden en veel suïcidepogingen helpen voorkomen.