Adviesnota

Ervaringsdeskundigheid

bij suïcidaliteit

Antwan Wiersma
Rita van Maurik

Samen Minder Suïcide

"Mensen moet je niet individueel zien, maar in systemen. Het gaat om de relatie met jezelf, de ander, de omgeving."

Glenn Helberg

Inleiding

Het doel van deze adviesnota is het verbeteren van de kwaliteit van zorg wanneer er sprake is van suïcidaliteit. Door middel van professionele inzet van ervaringskennis in de samenwerking tussen cliënt, naaste* en professional.

De inhoud van de adviesnota is de weerslag van een verkennend onderzoek naar het bevorderen en gebruikmaken van ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit in de GGZ en in het sociaal domein. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van de expertise en ervaringen van een brede en divers samengestelde kerngroep bestaande uit cliënt- en naasten-ervaringsdeskundigen, hulpverleners, behandelaars en mensen met betrokkenheid bij en kennis over het thema ervaringsdeskundigheid.
De nota is geschreven in het kader van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025, een vijfjarig plan om suïcide en suïcidepogingen in Nederland terug te dringen. Ruim 50 partijen hebben samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en 113 de ambitie uitgesproken om het aantal suïcides in Nederland te verminderen. In het kader van dit plan brengt de stichting Suïcide Preventie Centrum een landelijk dekkend netwerk van ervaringsdeskundigen en/of initiatieven vanuit ervaringsdeskundigheid tot stand: het Netwerk Ervaringsdeskundigheid Suïcide Preventie (NESP).

Het netwerk dient ter verspreiding van opgedane kennis en ervaringen en op deze manier ook voor de ontwikkeling van de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid.Het NESP dient als basis voor een groep ervaringsdeskundigen die inzetbaar is bij suïcidaliteit op locatie (crisis, voorlichting, ondersteuning).
Het tot stand brengen van deze adviesnota is onderdeel van deze ontwikkeling, maar de inzetbaarheid van dit document kan breder gezien worden: als een manifest om ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid als levensreddend middel in te zetten bij suïcidaliteit.

Het is niet voor niets dat dit manifest nodig is: er ontbreekt in onze optiek het nodige in de manier waarop nu in de professionele GGZ-praktijken wordt omgegaan met suïcidaliteit. Ondanks alle professionele kennis en deskundigheid daarover, en ondanks de positieve intenties, inzet en betrokkenheid van de professionele hulpverleners. Er wordt iets gemist en wel steun bij herstel vanuit gedeelde ervaring.

Voor een uitleg van wat we verstaan onder herstel-ondersteuning én de inzet van de drie kennnisbronnen daarbij, te weten wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis, zie Bijlage 1.

* We gebruiken hier de term 'naasten', die de focus richt op de directe betrokkenen van de cliënt. Vaak wordt er ook gesproken over 'netwerk', een term die een groter bereik heeft dan 'naasten'. In de lhbtiq+ gemeenschap gebruikt men de term 'chosen family'. Deze 'gekozen familie' is een breed netwerk, heeft heel veel kennis van wat er aan de hand is.

Ervaringsdeskundigen: Iedereen die zijn ervaring op professionele manier inzet bij suïcidaliteit (cliënten, naasten en professionals).

Leeswijzer

De Adviesnota Ervaringsdeskundigheid bij Suïcidepreventie bevat 5 hoofdstukken, vooraf gegaan door een Proloog.

De **Proloog** geeft een toelichting op het doel van de Adviesnota. Toegelicht wordt waarom er gekozen is voor de definitie 'Ervaringsdeskundigheid' van de VvEd. Ook hier wordt benadrukt dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid vraagt om een cultuurverandering in het denken en handelen van organisaties en teams.

In hoofdstuk **01 Professionele inzet van ervaringsdeskundigheid**, komen in paragraaf 01.1 tot en met 01.3 de volgende onderwerpen aan bod: 01.1 Cliënt-ervaringsdeskundigheid; 01.2 Naasten-ervaringsdeskundigen; 01.3 Kwetsbaarheid en hulpverlening: ervaringen van professionals. Samenwerking en vrije ruimte voor de ervaringsdeskundigen om hun kennis in te kunnen zetten, komen aan de orde. Bij de professionals komt de collegiale opvang als belangrijk in te zetten ondersteuning naar voren.

In hoofdstuk **02 Professionals en suïcidaliteit**, behandelen we in paragraaf 02.1 tot en met 02.2 achtereenvolgens 02.1 Professionele nabijheid; 02.2 Benadering van cliënten en naasten. Betrokkenheid van de professional, in verbinding staan met de cliënt, hem echt zien en horen, daar gaat het om. Het betrekken van naasten, als belangrijke informatiebron, zou vanzelfsprekend moeten zijn.

Hoofdstuk **03 Suïcidepreventie** gaat in paragraaf 03.1 tot en met 03.3 in op het onderwerp suïcidaliteit. In 03.1 wordt in gegaan op de rol van de ervaringsdeskundigen bij het bespreekbaar maken van dit onderwerp en welke rol de organisatie hierin op zich kan nemen. 03.2 Specifieke aandachtspunten voor jeugdzorg. Op professioneel niveau ontbreekt in de jeugdzorg nog veel kennis over hoe contact en verbinding te leggen met jongeren. Uit onderzoek blijkt dat jongeren graag hun ervaringskennis willen inzetten. De rol van de organisatie komt hierbij aan de orde. 03.3 Nazorg voor nabestaanden, oftewel postventie die tegelijkertijd ook preventief kan werken.

Hoofdstuk **04 Cultuurverandering**, gaat in paragraaf 04.1 tot en met 04.3 dieper in op de voorwaarden om tot de gewenste cultuurverandering met betrekking tot de inzet van ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit te komen. 04.1 Mobiliseren van ervaringskennis betekent in veel organisaties en teams het startpunt van een cultuurverandering. In 04.2 Ruimte scheppen wordt niet alleen aandacht gevraagd voor het scheppen van ruimte van cliënten en hun eigen regie, maar ook voor het perspectief en meer eigen ruimte voor de professionals en de naasten. In 04.3 Perspectieven verbinden en beweging creëren is de kern de onderlinge, gezamenlijke dialoog, het creëren van tijd en gelegenheid hiervoor door de organisatie.

Hoofdstuk **05 Advies & toepassing** gaat in paragraaf 05.1 tot en met 05.4 in op praktische zaken en de borging via dit veelbelovende project NESP. 05.1 Inzet ervaringsdeskundigen behandelt de mogelijkheden tot financiering op verschillende manieren voor het verder ontwikkelen en borgen van de inzet van

ervaringsdeskundigen, zowel in de GGZ als in het sociaal domein. Paragraaf 05.2 Voorlichting en opleiding kijkt vanuit een breder perspectief naar het opleiden en trainen van ervaringsdeskundigen. Ook het aanbod aan voorlichting door ervaringsdeskundigen wordt genoemd evenals intervisie in de organisatie waarbij ervaringsdeskundigen regelmatig aansluiten. Ook opleiding en scholing in systemisch werken is noodzakelijk om de professional te trainen in het als vanzelfsprekend actief betrekken van naasten. In de transculturele psychiatrie blijkt dat verbinding maken te trainen is. 05.3 Borging via het NESP maakt duidelijk dat een belangrijke vereiste voor het slagen van borgen van de inzet van ervaringsdeskundigheid bij suïcidaliteit, centrale begeleiding is. Het vervolg van het project wordt beschreven. Via de ervaringsdeskundigen aangesloten bij NESP en werkzaam in GGZ instellingen kan de adviesnota onder de aandacht gebracht worden. Implementatie wordt door de stuurgroep NESP verder ontwikkeld. In 05.4 worden de 4 belangrijke te nemen stappen genoemd die voor borging en implementatie noodzakelijk zijn.

Deze Adviesnota bevat twee bijlagen:

Bijlage 1. Herstel en herstelondersteunende zorg
Bijdrage van kerngroeplid Nanette Waterhout, Senior/ opleider ervaringsdeskundige at GGZ NHN en ZZP'er (familie)ervaringsdeskundigheid, professioneel coach (nobco), WRAP Advance Level en HOP facilitator.

Bijlage 2. Uitgebreide literatuurlijst bij paragraaf 03.2
Specifieke aandachtspunten jeugdzorg. Bijdrage van kerngroeplid Shireen Kaijadoe, onderzoeker bij Karakter, expertisecentrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie.
Zij is bezig met promotie-onderzoek naar suïcidaliteit en suïcidaal gedrag onder jongeren in de gesloten jeugdzorg. Haar promotie-onderzoek heeft zij uitgevoerd in nauwe samenwerking met ervaringsdeskundige jong-volwassenen.

De auteurs

Antwan Wiersma verloor zijn geliefde en moeder van zijn twee jonge zoontjes door zelfdoding. Zijn ervaringen met de hulpverlening bij suïcidaliteit en nazorg aan nabestaanden gebruikt hij om lotgenoten te ondersteunen en hulpverlening te verbeteren.

Antwan is initiatiefnemer van **stichting Aurora**, voorzitter van de Coalitie Nabestaandenzorg Suïcide en lid van de werkgroep suïcidepreventie van MIND.
In 2022 ontving hij van het ministerie van VWS de **Shakingtree Award** voor zijn activiteiten.

Rita van Maurik is familie-ervaringsdeskundige (forensische) GGZ. Rita's drijfveren zijn haar ervaringen rondom de hulpverlening en begeleiding van haar zoon met een dubbele diagnose. Al ruim twintig jaar spant zij zich in om een actieve samenwerking tot stand te brengen in de driehoek cliënt - naaste - professional.

Rita is lid van de werkgroep suïcidepreventie van MIND en lid van de suïcidepreventiecommissie van Altrecht GGZ. Daarnaast is zij onafhankelijk voorzitter van de Naastbetrokkenenraad Fivoor, instelling voor forensische en intensieve psychiatrie. Zij is **professioneel adviseur** en coach op het gebied van familiebeleid binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Inhoudsopgave

Inleiding 02
Leeswijzer 03
De auteurs 04
Inhoudsopgave 05
Proloog: Ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid 06

01 **Professionele inzet van ervaringsdeskundigheid**

01.1 Cliënt-ervaringsdeskundigen 09
01.2 Naasten-ervaringsdeskundigen 10
01.3 Kwetsbaarheid en hulpverlening: ervaringen van professionals 11

02 **Professionals en suïcidaliteit**

02.1 Professionele nabijheid: bij uitstek het werkveld van ervaringsdeskundigen 12
02.2 Benadering van cliënten en naasten 13

03 **Suïcidepreventie**

03.1 Omgaan met suïcidaliteit 14
03.2 Specifieke aandachtspunten voor jeugdzorg 15
03.3 Nazorg voor nabestaanden 16

04 **Cultuurverandering**

04.1 Mobiliseren van ervaringskennis 17
04.2 Ruimte scheppen 17
04.3 Perspectieven verbinden en beweging creëren 18

05 **Advies & toepassing**

05.1 Inzet Ervaringsdeskundigen 19
05.2 Voorlichting en opleiding 19
05.3 Borging via het NESP 20
05.4 Te nemen stappen 21

Woord van dank 22
Literatuur 22
Bronmateriaal 22
Bijlagen 23

Proloog

Ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundigheid

De opdracht luidde: stel een adviesnota op die als doel heeft de inzet van ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit te bevorderen, zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als in het sociaal domein (Zorg en Welzijn). Dat is een flinke uitdaging. Als auteurs van deze adviesnota hebben we als eerste een kerngroep bij elkaar gebracht, samengesteld uit ervaringsdeskundige cliënten, naasten, professionals en behandelaren en onderzoeker(s) om met hun gebundelde kennis en praktijkervaring tot een consensus te komen van wat er in deze adviesnota zou moeten staan. In de projectbeschrijving is de volgende definitie van ervaringsdeskundigheid opgenomen:

"Een ervaringsdeskundige is iemand die zijn of haar eigen ervaringen inzet om anderen te ondersteunen en begeleiden op het gebied van suïcidaliteit. Ervaringsdeskundigheid bestaat uit verschillende lagen/ niveaus, waarin per laag bepaalde vaardigheden en kennis benodigd zijn. Ervaringsdeskundigen zijn ook hulpverleners die vanuit hun eigen ervaring werken (hulpverlener met eigen ervaringsdeskundigheid)."

Meteen al in de eerste bijeenkomst van de kerngroep bleek dat deze definitie geen recht doet aan de uitdagingen en mogelijkheden die de inzet van ervaringsdeskundigheid bij suïcidepreventie met zich meebrengt. Zo ontbreekt in bovenstaande definitie bijvoorbeeld de 'collectieve ervaring', d.w.z. die van collega professionals, cliënten, naasten en nabestaanden. De erkenning van genderneutraliteit ontbreekt, net als de nuance van de gelijkwaardige ontmoeting in verbinding. De inzet van ervaringsdeskundigheid gebaseerd op ervaringskennis houdt niet per se verband met een hulpvraag, een ervaringsdeskundige hoeft ook niet per se een hulpverlener te zijn. Het begrip 'facilitator', bijvoorbeeld in de rol van klankbord, lijkt hier meer op zijn plaats. Dat werkt tegelijkertijd drempelverlagend.

"Een ervaringsdeskundige zet eigen ervaringen (en die van anderen) in om mensen bij te staan op het gebied van suïcidaliteit. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van andere kennisbronnen (bijv. literatuur, filmpjes, scholing) en wordt dit ingezet waar passend."
Elwin Goedgedrag

Wij kunnen ons het beste vinden in de definitie van de Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvEd) uit hun '**Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid**':

"Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen en collectieve ervaringskennis voor anderen ruimte te maken hun ervaringskennis te ontdekken en ontwikkelen. De ervaringsdeskundige heeft het vermogen ontwikkeld om:

1. *De eigen ervaringen met ontwrichting en het te boven komen ervan (herstel) in wederkerigheid in te zetten om anderen te ondersteunen bij het vinden of maken van ruimte voor hun eigen herstel- of ontwikkelingsproces.*
2. *De eigen ervaringen van stigmatisering en empowerment in te zetten bij de inrichting van humane en toegankelijke zorg en dienstverlening en bij het realiseren van een inclusieve samenleving.*
3. *Eigen ervaringen en cliëntperspectief in te brengen om inzichtelijk te maken welke impact beleid kan hebben op het leven van mensen en bij te dragen aan een inclusieve samenleving."*

Tijdens de drie bijeenkomsten van de kerngroep blijkt onderling dat er veel kennis is, veel overlap in kennis en deskundigheid. Dat biedt veel kansen. Consensus is het waar het hier om draait, er is een verschil tussen iemand die ervaring heeft met suïcidaliteit en iemand die ervaringsdeskundige is op dit gebied. Ervaringskennis is hoe dan ook een verbindende factor voor samenwerking en voor optimale aansluiting van de hulpverlener bij de behoeften van cliënten en naasten. Onafhankelijk of deze door een professional, naaste of cliënt wordt gedeeld in het kader van behandeling.

Deze adviesnota gaat dieper in op het mobiliseren van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Ervaringskennis is het resultaat van het leren van (meerdere) ervaringen. Er worden twee soorten ervaringskennis onderscheiden: persoonlijke kennis en collectieve kennis.

Persoonlijke ervaringskennis is verworven door na te denken over persoonlijke ervaringen en vast te stellen wat deze betekenen. Zo worden ervaringen niet alleen geplaatst in een levensperspectief, maar kunnen ze ook gebruikt worden voor persoonlijke versterking. Het brengt de persoon weer terug bij de eigen kracht en draagt bij aan het herstelproces. Er is persoonlijke ervaringskennis die benoembaar is en er is persoonlijke ervaringskennis die niet benoembaar is, maar dat een subtiel weten van binnenuit is dat niet in woorden is te vatten. Ervaringskennis is een complementaire bron van kennis.

Collectieve ervaringskennis ontstaat door de persoonlijke ervaringen te verbinden met die van anderen, naasten én cliënten; het is de kennis die je deelt met anderen met soortgelijke ervaringen. Het verschilt van professionele kennis en van wetenschappelijke kennis in die zin dat collectieve ervaringskennis nog steeds primair gaat over de meer algemene thema's die in een proces van ontwikkeling en benutten van ervaringskennis aan de orde blijken te zijn. Dat kan het gaan over zin, betekenis, rouw, stigma etc. **Meer info**.

Ervaringsdeskundigheid is deskundigheid die je verwerft door de eigen ervaringen serieus te nemen, die te verwerken en erop te reflecteren. Het betekent ook het serieus nemen van vergelijkbare ervaringen van anderen, daarnaar te luisteren en in de eigen reflecties te verwerken. Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen ervaringen ruimte te maken voor anderen. Belangrijk criterium voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid is dat het eigen herstelproce is doorlopen. Maar het herstelproces kan, met het oog op eventuele terugval, blijvend aandacht vragen.

Een mens met suïcidale gedachten ervaart ontwrichting en lijdensdruk in zijn of haar leven. Het zou dan vanzelfsprekend moeten zijn ervaringsdeskundigen te betrekken in het proces om verbinding te maken met het perspectief van de lijdensdruk die aanwezig is. Om dat perspectief beter te doorgronden is het essentieel de sociale context van de cliënt met suïcidale gedachten, de naasten, vrienden, het netwerk, de 'chosen family' ook wel 'gekozen familie'* genoemd, actief bij het behandel- en/of ondersteuningsproces te betrekken. Als naasten kennen zij hun dierbare, weten zij wanneer er aan de bel getrokken moet worden. Zij zijn als naasten ervaringsdeskundig op dit vlak. Als organisatie is het fundamenteel te zeggen 'we hebben de naasten nodig willen we de cliënt écht en daadwerkelijk helpen. We kunnen niet zonder het naastenperspectief!'

Geef als organisatie de naasten een duidelijke plaats en erken hun rol, waar de professional niet omheen kan. Deze investering betaalt zich later in het behandeltraject dubbel

* In de lhbtiq+ gemeenschap gebruikt men de term 'chosen family'. Deze 'gekozen familie' is een breed netwerk, heeft heel veel kennis van wat er aan de hand is. Het is zogezegd een zelfgekozen 'familie' (niet perse bloedverwant) waarop je terug kunt vallen.

en dwars terug in effectiviteit. Voor de naaste is dan duidelijk: ik ben onderdeel van de behandeling, ik heb recht van spreken. Ook voor naasten en nabestaanden is de ervaringsdeskundigheid van eigen lotgenoten belangrijk in hun herstelproces. Zij kunnen elkaar opvangen, present zijn, luisteren, elkaar laten zijn in het eigen verdriet en de (levende) rouw.

Om ervaringsdeskundigheid professioneel in te zetten is een cultuurverandering nodig in denken en handelen in de organisatie én in de context van de alledaagse praktijk op de werkvloer. Een belangrijke voorwaarde om deze cultuurverandering op gang te brengen is het om verschillende perspectieven in de organisatie met elkaar te verbinden in een voortdurende dialoog op zowel macroniveau (raad van bestuur, geneesheer-directeuren en directies in de instelling), mesoniveau (teammanagers, de 'middenlaag'), en op microniveau.
Deze materie wordt uitgebreid behandeld in de **Generieke Module Ervaringsdeskundigheid** en het **Kwaliteitskader van de VvEd**.

01

Professionele inzet van ervarings-deskundigheid

01.1 Cliënt-ervaringsdeskundigen

Er is nog steeds veel schaamte om over suïcidaliteit te praten. Wanneer suïcidaliteit in de behandeling ter sprake komt, is het nog steeds niet vanzelfsprekend samen te werken met een cliëntervaringsdeskundige. Maar waarom wordt de kracht van die ervaringsdeskundigen niet ingezet? Het is belangrijk dat de cliënt gezien wordt in zijn sociale context. De ervaringsdeskundige kan hierbij ondersteunend zijn voor de professional, door vanuit het cliëntenperspectief te vragen 'Wat is er met jou gebeurd? Wie ben jij?' 'Waar kom je vandaan?' 'Wat heb je nodig?' Zo wordt de verbinding met menselijkheid en kwetsbaarheid versterkt in het gesprek.

Belemmerend in de organisatie context is de hiërarchie in een team die invloed kan hebben op de inzet van ervaringsdeskundigen. Hulpverleners werken met hun professionele kennis, kennis verkregen door opleiding en behandelingservaring. Ervaringdeskundigen zetten hun individuele en collectieve ervaringskennis professioneel in en vervullen daarmee de dubbele rol van én ervaringsdeskundige én professional. Dit roept nogal eens verwarring op, ervaringskennis wordt niet altijd als gelijkwaardig gezien aan de kennis van de hulpverleners.

Belangrijke voorwaarde voor een effectieve inzet van de cliëntervaringsdeskundige is dat deze het vertrouwen heeft dat de organisatie hem de vrije ruimte gunt om zijn kennis en ervaring in te zetten bij behandel-en ondersteuningstrajecten. Die rol is wezenlijk anders dan de rol van de hulpverlener. De cliënt-ervaringsdeskundige is een professional, maar geen hulpverlener. De cliëntervaringsdeskundige is veel meer faciliterend en ondersteunend dan hulpverlenend. Hij zoekt niet naar oplossingen, heeft geen behandeldoelen. Vaak gaat de ervaringsdeskundige op een ander niveau de verbinding aan. Hij maakt het verschil door present te zijn, te luisteren, de verbinding te leggen met de cliënt, zijn leefwereld en zijn kwetsbaarheid, door het geven van aandacht zonder waardeoordeel. De ervaringsdeskundige deelt zijn ervaringen en reflecteert daarop zonder het stuur over te nemen. Hij weet wat de andere persoon

ervaart en voelt, uniek daarin is erkenning en bevestiging. Ervaringsdeskundigen maken het verschil doordat zij lotgenoten zijn. 'Ik heb iets vergelijkbaars mee gemaakt, ik weet wat je voelt.'

Voorlichting en advies door cliëntervaringsdeskundigen aan professionals kan daarnaast taboedoorbrekend werken en schroom wegnemen bij hulpverleners om suïcidaliteit openlijk te bespreken. Interactieve interventies, zoals het organiseren van workshops, met o.a. het inzetten van rollenspelen waarin een cliënt met suïcidale gedachten optreedt, kunnen het proces van cultuurverandering in beweging zetten. Dit vraagt een financiële inspanning van de organisatie. Daarnaast is het aan te bevelen ervaringsdeskundigen de **Suïcidepreventietraining GGZ** en/of de **EHBS training** te laten volgen.

01.2 Naasten-ervaringsdeskundigen

Voor deze Adviesnota gaan wij ook uit van het perspectief van naasten met ervaringskennis met suïcidepogingen, suïcidale gedachten en suïcide van hun dierbare. De naasten-ervaringsdeskundige is een naaste die door eigen ervaringen over kennis beschikt van hoe het is om met een familielid met psychische problematiek en/of verslavingsproblematiek om te gaan. Zij hebben een eigen herstelproces doorlopen en weten hoe het is om te gaan met eigen emoties, te reflecteren op het eigen gedrag in de relatie met hun suïcidale naaste. Ze hebben weer oog gekregen voor de eigen kwaliteit van leven. Ze zijn deskundig in het omgaan met de maatschappelijke reacties op de ontstane situatie in hun leven, of dit nu positieve of negatieve reacties zijn. Zij weten hoe lotgenoten - naasten en nabestaanden - te steunen in hun herstelproces en rouwproces. Daarnaast weten zij hoe contacten te onderhouden met de professionals.

Kortom, de naasten-ervaringsdeskundige weet gebruik te maken van de eigen ervaringskennis en hoe die eigen ervaringen van ontwrichting en herstel in te zetten om ruimte te kunnen maken voor het proces van herstel bij naasten en nabestaanden.

De context van de werkplek in de organisatie is, net als bij de cliënt-ervaringsdeskundigen, sterk bepalend voor de inzet van naasten-ervaringsdeskundigheid en de resultaten daarvan. De naasten-ervaringsdeskundige moet het gevoel en vertrouwen hebben dat de organisatie hem de vrije ruimte geeft om zijn kennis en ervaring in te zetten die past bij de rol van ervaringsdeskundige. Die rol is wezenlijk anders dan de rol van de professional. De naasten-ervaringsdeskundige is geen hulpverlener, zoekt niet naar oplossingen, geeft geen adviezen. De ondersteuning door de naasten-ervaringsdeskundige is indirecter. De naasten-ervaringsdeskundige is present, luistert legt de verbinding met de naaste of de nabestaande, ondersteunt het herstelproces, zonder aan de (levende) rouw voorbij te gaan.

Tegelijkertijd is het belangrijk dat de ervaringskennis van de naasten-ervaringsdeskundige als gelijkwaardig beschouwd wordt aan de professionele kennis over de belevingswereld van naasten. Wat is daarvoor nodig? Voorop staat dat het belangrijk is dat professionals ervan doordrongen zijn dat het gebruikmaken van familie- en naasten-ervaringsdeskundigheid van grote waarde is bij het bespreekbaar maken van suïcidaliteit bij de naasten. Het vraagt lef en moed van de professional om de naasten-ervaringsdeskundige bij het bespreekbaar maken van dit complexe onderwerp te betrekken.

Als er vanaf het begin ondersteuning door een ervaringsdeskundige wordt aangeboden aan familie en naasten, kan dat op meerdere vlakken preventief en herstel bevorderend werken. Voor naasten is het helpend te praten met een ervaringsdeskundige die hun ontwrichting, worsteling, verdriet en emoties herkent. Door

het doorvoelde contact ontstaat er een vertrouwensband, een verbinding, waardoor de naasten-ervaringsdeskundige informatie hoort die de professional gemist kan hebben, doordat hun contact met de naasten op een ander, dat wil zeggen niet-behandeltechnisch, niveau plaats vindt. De naasten-ervaringsdeskundige kan vanuit zijn rol het team ondersteunen in het maken van die verbinding. Dan gaat het niet alleen om de frequentie van het contact, maar om HOE je dat doet. Het is present zijn, naast de naaste zitten, onbevooroordeeld luisteren en trachten te achterhalen hoe het netwerk rond de client eruit ziet en welke ondersteuningsbehoeften naasten hebben om een helpende rol te spelen bij de behandeling van hun dierbare.

01.3 Kwetsbaarheid en hulpverlening: ervaringen van professionals

De kwetsbaarheid van de professional is een gevoelig onderwerp in de organisatiecontext. Suïcide van een cliënt is een stressvolle ervaring. Naast emoties als schrik, verdriet, onmacht, angst, is het de verantwoordelijkheid die diep wordt gevoeld, en vragen opwerpt als 'Had ik het kunnen voorkomen, wat heb ik over het hoofd gezien, had ik iets anders kunnen of moeten doen qua hulpverlening?'. Het vraagt durf en moed van de professional om zijn kwetsbaarheid te laten zien en ervaringen te delen. Er is het risico dat wanneer de professional dit aankaart, er op een andere manier naar zijn professioneel handelen wordt gekeken. Verantwoordelijkheidsgevoel en angst om erover te praten werken verlammend. Naast alle formele procedures is ruimte voor het bespreken van de emoties en ervaringen voor de professional een eerste vereiste.

Collegiale opvang is belangrijk voor de hulpverlener die een cliënt verloren is. Op dezelfde dag samen met collega's (peer to peer) erover praten, ondersteunt het analyseren van de suïcide en de mentale verwerking. Collegiale opvang kan voorkomen dat in een nieuwe situatie er twijfel ontstaat in het professionele handelen en de professional verlamming voelt opkomen. Een tweede belangrijk aspect hierbij is aandacht voor en ondersteuning van de collega op de langere termijn. Vraag regelmatig hoe het gaat; bel of vraag de collega hoe het gaat op de dag een jaar na het verlies van de cliënt.

Op hulpverleners wordt een groot beroep gedaan om een oplossing te bieden als er iets aan de hand is. De eerste vraag die gesteld wordt in lastige situaties 'Heb je het de hulpverlener gevraagd?' Als professional moet je kunnen zeggen dat je ook angst en kwetsbaarheid voelt. Onder collega's kun je niet altijd open zijn. Het is belangrijk dat je je kwetsbaarheid als professional mag erkennen. Naar cliënt en naasten, maar zeker ook naar collega's. Als die 'just'cultuur (1) er niet is, dan is het lastig om je als hulpverlener kwetsbaar op te stellen. Kwetsbaarheid is vaak een drempel onder professionals. Dit in tegenstelling tot professioneel opgeleide ervaringsdeskundigen, waar kwetsbaarheid als kracht ervaren wordt.

Het laten zien van kwetsbaarheid behoeft een cultuurverandering die aandacht en ondersteuning vraagt van het management. De belangrijkste voorwaarde bij collegiale opvang is het bieden van een veilig kader. Afspraken met alle partijen moeten veilig voelen, zeker als er gesproken wordt over afschalen van intensieve begeleiding. Het is aan de organisatie ervoor te zorgen dat die veiligheid geboden en gegarandeerd wordt.

Maak als organisatie, óók door het beschikbaar stellen van financiële middelen, ruimte voor de medewerkers zodat zij met elkaar de dialoog aan kunnen gaan en met elkaar in gesprek kunnen blijven. Postventie als preventie: door goede postventie wordt voorkomen dat de betrokken professional de eigen mentale gezondheid en die van collega's uit het oog verliest. Dit is belangrijk, omdat we uit de literatuur weten dat er onder professionals een verhoogd risico op suïcide is, na het meemaken van het verlies van een cliënt door suïcide (2, 3).

02

Professionals en suïcidaliteit

02.1 Professionele nabijheid: bij uitstek het werkveld van ervaringsdeskundigen

Als professional dien je op zoek te gaan naar verbinding met de cliënt. Het is als professional prettig om te merken dat cliënten je betrokkenheid op prijs stellen. Naast je rol als behandelaar ben je ook mens en van daaruit ben je present bij, en medelevend met de ander.
De mens is fundamenteel relationeel. Daarom is de ervaring van verbinding en gezien worden van essentieel belang. Ervaringsdeskundigen kunnen hierin een wezenlijke rol spelen. Als iemand in doodsnood terecht komt is elk moment van contact van groot belang. Professionele distantie is hier dan niet op zijn plek, professionele nabijheid is gevraagd. Dat eerste contactmoment kan zoveel uitmaken.

Het gevaar bestaat, dat je als hulpverlener de suïcidaliteit wilt oplossen. Jij wilt dat niet alleen, dat willen de naasten ook. Maar als dat de wens is, dan wordt het gesprek over de suïcidalititeit, daar waar het écht over moet gaan, afgesloten. We weten uit de literatuur, de praktijk, van cliënten en vanuit de richtlijnen suïcidepreventie dat contact maken over de suïcidaliteit de suïcidale gevoelens verlaagd. Praten over suïcidale gevoelens helpt. Dus de belangrijkste switch die je mag maken als hulpverlener is dat je van oplossen kunt gaan naar het écht zien, het écht horen van de suïcidale ander.

Door de cliënt wordt een bepaalde waarde gekoppeld aan de functie die iemand heeft. De ervaringsdeskundige heeft, meer dan de hulpverlener, tijd om te wandelen met de cliënt met suïcidale gedachten, een hapje te eten etc. Die nabijheid heeft een hele andere invloed op het contact. De hulpverlener voelt de druk van het productieplafond, de financiën spelen hier weer een grote rol, alhoewel er natuurlijk uitzonderingen zijn op deze regel. En, heel menselijk ook, aan de andere kant zit ook niet iedereen te wachten op die professionele nabijheid. Als het lukt om de verbinding voor elkaar te krijgen, ontstaat er een gedegen basis voor de behandeling en wederzijds vertrouwen.

02.2 Benadering van cliënten en naasten

Ga het gesprek over suïcidaliteit aan met naasten en cliënten. Betrek naasten meteen vanaf het begin bij de behandeling, dat moet een vanzelfsprekendheid zijn. Doe je dit niet dan kost het hoe langer de behandeling duurt, meer en meer moeite om ze er weer bij te halen. Om verwarring in de contacten met de naasten te voorkomen, is het verstandig een regievoerder/contactpersoon aan te wijzen binnen de familie/naasten. Iemand die dit kan, deze verantwoordelijkheid op zich wil nemen, en de communicatie met andere betrokken naasten onderhoudt. Help deze betrokken naaste om de angsten die spelen bespreekbaar te maken. Ieder mens voelt spanning rondom het thema suïcidaliteit. Van de hulpverlener vraagt het om deze spanning te herkennen, bij zichzelf maar ook bij de naasten. Probeer daarom taal te geven aan wat er speelt. En betrek waar nodig ervaringsdeskundigen.

De dood hoort bij het leven, daarom moeten gesprekken over suïcidaliteit open zijn en blijven. Hoe spannend het ook is voor hulpverleners, suïcidaliteit kan en mag benoemd worden. Suïcides zijn helaas een onvermijdelijk deel van het beroep. Uit gesprekken met professionals blijkt dat ondanks jarenlange ervaring het moeilijk te voorspellen is of een cliënt die suïcidale gedachten heeft inderdaad uit het leven stapt. Dit gegeven wordt bevestigd in de literatuur (11). De meta-analyse van Franklin et al. (2017) laat zien dat risicofactoren in de loop van de tijd hetzelfde blijven en dat het vermogen om zelfmoordgedachten en -gedrag te voorspellen de afgelopen 50 jaar niet is verbeterd. De door de jaren heen opgedane ervaring van hulpverleners is dus belangrijk. Wat duidelijk is, is dat intuïtie en onderbuikgevoelens die zich aandienen in dergelijke situaties, zeker serieus genomen mogen en moeten worden.

Bespreek met de cliënt de gevoelde twijfel, ook als de oorzaak niet helemaal te duiden is. De manier waarop dit gesprek gevoerd wordt, het HOE, is essentieel, ook al lijkt het dat je dan niet praktisch bezig bent. De professional heeft cliënten in behandeling die in hun geest iets aan het uitspelen zijn met zichzelf. Als behandelaar ben je onderdeel van deze gecompliceerde situatie. In het moeilijke bestaat het gevaar dat je gaat ontmenselijken en dat is een reactie die een behandelaar niet zou moeten hebben. De cliënt zoekt verbinding met anderen, soms met niet-helpend en ronduit manipulatief gedrag. Maar door naast de cliënt te gaan zitten, te luisteren naar wat er speelt, te horen wat belangrijk is voor hem, overbrugt de behandelaar de afstand en weet zo de verbinding te leggen met de werkelijkheid en de gevoelswereld van de cliënt. Zorg ervoor dat je je twijfels bespreekt in je team, deel je gedachten met collega's.

Hetzelfde geldt voor het contact met naasten, die doorgaans een belangrijke informatiebron zijn. Geef hun de ruimte, zij verwachten geen oplossingen, maar ondersteuning. Neem de tijd, luister naar hun verhaal, (h)erken hun grote zorgen. Maak dit ondersteunen van de naasten tot een vanzelfsprekend onderdeel van het professionele handelen in de praktijk, waar mogelijk met de inzet van familie-ervaringsdeskundigen.

03

Suïcidepreventie

03.1 Omgaan met suïcidaliteit

Er is angst in veel organisaties om het belangrijke en complexe thema suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Suïcidaliteit is een ingewikkeld onderwerp voor de professional. Vaak komt er, vroeg of laat, het moment waarop de professional voor een dilemma komt te staan: Is het nog wel veilig? Is de cliënt nog handelingsbekwaam of moet ik de regie overnemen en moet ik de cliënt tegen zichzelf in bescherming nemen? De cliënt met suïcidale gedachten is een medemens die de verbinding met het leven heeft verloren. Hoe ga je daar als professional mee om? Hoe doorbreek je deze handelingsverlegenheid en ga je het gesprek op een goede manier aan? De ervaringsdeskundige vormt op dit vlak een essentiële bron van inspiratie en ondersteuning; ook voor professionals.

Suïcidale gedachten en gevoelens zijn een heel duidelijk signaal. Het praten over suïcidaliteit moet genormaliseerd worden, we moeten er aandacht voor hebben. Zo snel mogelijk je verhaal kunnen delen met iemand die vertrouwd voelt, dat kan zo ontzettend helpend zijn. Het per direct inzetten van ervaringsdeskundigen die door hun eigen doorleefde ervaring verbinding kunnen leggen met de cliënt, is in gevallen van doodsnood essentieel. Gedachten kunnen snel overgaan in plannen, dan heb je geen week om te wachten! Je verhaal kwijt kunnen dat geeft ruimte, het mag er zijn en die erkenning door het present zijn van de ervaringsdeskundige, maakt

het draaglijker. Uit de literatuur blijkt dat de inzet van lotgenotencontact en ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit nuttig is (12-14). Als dit niet direct mogelijk is, zijn er telefonische hulplijnen zoals van 113 (0800-0113); de Luisterlijn (088-0767000); MIND Korrelatie (0900-1450).

Echter, maandenlange wachttijden zijn de belemmerende factor bij het zo snel mogelijk ondersteunen van mensen met suïcidale gedachten. MIND Korrelatie biedt overbruggingshulp, 113 biedt een online therapietraject aan van 10 sessies. Die kan een wanhopige persoon in zijn eentje doen, wat eenzaam voelt. Er kan ook voor gekozen worden deze training met lotgenoten te volgen. Ook hiervoor is een wachttijd van 1 tot 6 weken. Onafhankelijke directe ondersteuning voor cliënt en naasten kan geboden worden door de Stichting Eigen Krachtcentrale (085-0498564). Een overzicht van organisaties waar je laagdrempelig en op hele korte termijn terecht kunt om je verhaal te delen, is hard nodig. In het ideale geval is de professional op de hoogte van het regionale ondersteuningsaanbod.

Ook het betrekken van naasten is essentieel. Vaak blijkt uit een psychologische autopsie na een suïcide dat informatie die naasten en nabestaanden hebben, is gemist omdat er geen goed contact met naasten en cliënten tot stand was gebracht (15). Om hier gestructureerd verandering in aan te brengen, is het advies om op organisatieniveau een suïcidepreventiecommissie in te stellen. Deze commissie levert een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de zorg aan suïcidale cliënten, en stelt tegelijkertijd richtlijnen op voor het betrekken van naasten én de nazorg aan nabestaanden. Psychologische autopsie met nabestaanden zou hierin opgenomen moeten worden. Voor familie/naasten is het heel belangrijk om te horen wat er gebeurd is, wat er gemist is en, niet in het minst, welke ondersteuning zij kunnen krijgen. Deze nazorg helpt de nabestaanden in hun rouwverwerking.
Een effectieve en belangrijke ondersteuningsmogelijkheid is lotgenotencontact, zowel voor cliënten als naasten en nabestaanden. Bij deze contacten kan laagdrempelig gebruik gemaakt worden van ervaringsdeskundigen. Een drietal voorbeelden: in Zuidoost-Brabant worden twee sporen gevolgd voor groepen van cliënten met suïcidale gedachten: het spoor waarin de mogelijkheid wordt besproken om te kiezen voor het leven en de mogelijkheid om uit het leven te stappen. Beide opties mogen er zijn. GGZ Noord-Holland Noord biedt groepen voor naasten van mensen met suïcidale gedachten en gevoelens. Stichting Suïcide Preventie Centrum organiseert groepen voor jongeren evenals bijeenkomsten voor naasten van mensen die kampen met suïcidale gedachten.

03.2 Specifieke aandachtspunten voor jeugdzorg

Ook professionals in de jeugdzorg kennen handelingsverlegenheid. Om die drempel te slechten is kennis over hoe contact en verbinding te leggen met jongeren, hun vertrouwen te krijgen, cruciaal. Er ontbreekt op professioneel niveau nog veel kennis over hoe je écht contact maakt, écht verbinding kunt krijgen met deze kwetsbare jongeren. Op dat gebied is aan opleiden en kennis overbrengen nog heel veel te doen. Jongeren tussen 18 en 30 jaar hebben aangegeven dat zij hun ervaring willen inzetten, o.a. door het geven van voorlichting en advies aan hulpverleners. Het is aan de organisatie om deze ervaringskennis in te zetten en zo de ervaringsdeskundigheid van jongeren te faciliteren.

Het meemaken van een suïcide heeft impact op het handelen van hulpverleners. Hulpverleners zijn geneigd om meer te administreren zodat zij in het geval van een suïcide kunnen laten zien wat zij gedaan hebben. Daardoor blijft er minder tijd over voor het contact met jongeren. Daarnaast zijn hulpverleners geneigd om beheersmatiger te werken (beheersmatige maatregelen zijn: meer isoleren, fixeren, plaatsing onder cameratoezicht etc.) om fysieke

veiligheid te garanderen (16). Jongeren geven echter aan dat zij behoefte hebben aan nabijheid en contact, iemand die bij hen blijft en samen met hen de suïcidale crisis doorstaat. In de jeugdzorg is collegiale opvang na suïcide ook een punt van aandacht. Wanneer een cliënt overgeplaatst wordt naar een andere instelling, en er is sprake van suïcidaal gedrag, dan zouden de hulpverleners in de nieuwe instelling hiervan op de hoogte gesteld moeten worden. Ook daar moet aandacht voor komen!

Jongeren die het moeilijk hebben met het leven en suïcidale gedachten ontwikkelen, hebben behoefte om hun verhaal kwijt te kunnen, maar dan wel met iemand die ze vertrouwen. Onderzoek laat zien dat jongeren een goede band met vertrouwde naasten nodig hebben om hun suïcidaliteit te boven te komen (17). Jongeren willen niet dood, maar vinden het leven te zwaar. Suïcidaliteit is dan een vorm van coping geworden (18). Uit onderzoek in de gesloten jeugdzorg is gebleken dat jongeren bang zijn om met hulpverleners over hun suïcidale gedachten te praten. Ze zijn bang voor beheersmatige consequenties: gedwongen opgenomen worden, gecontroleerd worden. Eenmaal opgenomen is er angst voor isolatie, fixatie. Alle geïnterviewde jongeren geven aan behoefte te hebben aan nabijheid, hoop en contact bij dreigende suïcidaliteit en automutilatie. Als er geen contact en verbinding is tussen hulpverleners en jongeren, kunnen hulpverleners de situatie niet goed inschatten. Dit leidt tot gevoelens van onmacht bij hulpverleners en vervolgens tot nóg meer beheersmatige maatregelen om wel de veiligheid te kunnen garanderen en risico's te verkleinen. Aldus heeft beheersmatig handelen in reactie op suïcidaal gedrag de neiging zichzelf te versterken (19).

De jongeren uit dit onderzoek misten de inzet van ervaringsdeskundigen in de gesloten jeugdzorg. Jongeren die wel ervaring hebben met deze inzet van ervaringsdeskundigheid zijn daar heel enthousiast over. Het is helpend voor ze om met iemand te praten die hetzelfde heeft meegemaakt en de problematiek (h)erkent. Een ervaringsdeskundige biedt hoop en perspectief. Zij vinden dat ervaringsdeskundigheid meer ingezet moet worden in de (gesloten) jeugdzorg. Dit is een essentieel verbeterpunt, is gebleken uit interviews met jongeren (20).

'Het is gewoon helpend. Dat was echt een doorbraak, dat heeft mij echt geholpen', vertelt een van de geïnterviewden. 'Waarom wordt dat niet eerder ingezet?' Verbinding en vertrouwen in het contact met de ervaringsdeskundige zijn essentieel, omdat er herkenning is: deze ervaringsdeskundige weet wat ik doormaak. Hij of zij wordt wel geloofd door de jongere als die zegt 'het wordt echt beter!' Dit in tegenstelling tot het contact met de hulpverlener, die niet echt geloofd wordt als die hetzelfde zegt. Een andere geïnterviewde vertelt dat, wanneer een hulpverlener over de eigen ervaring vertelt, dat helpend is, omdat dat een fijner gevoel geeft, het gevoel dat je er wel toe doet.

03.3 Nazorg voor nabestaanden

Goede nazorg, ook wel postventie genoemd, is tegelijkertijd ook goede preventie. De impact die ontbrekende opvang heeft op de nabestaande, heeft ook weer repercussies op kinderen van de nabestaande. Ondersteuning en zorg voor nabestaanden na een suïcide van de dierbare kan voorkomen dat zij zorgvrager worden door de zware belasting van ervaren stress, rouw, verdriet en schuldgevoel. Ook voor professionals die te maken hebben met suïcide in het werk, is postventie evenals de collegiale support, een belangrijk punt van aandacht. Zij zijn ook achterblijvers, net als de familie en vrienden. Iedereen is daarin kwetsbaar en dient dan de mogelijkheid te hebben om ondersteund te worden door ervaringsdeskundige lotgenoten. Het online platform **https://levennazelfdoding.nl** biedt een overzicht van ondersteuningsmogelijkheden.

04

Cultuurverandering

04.1 Mobiliseren van ervaringskennis

Zoals uit de eerdere passages in deze adviesnota al blijkt, vindt de inzet van ervaringsdeskundigen op het gebied van suïcide en het mobiliseren van hun ervaringskennis veelal plaats in een professionele context: de dagelijkse professionele praktijken van de GGZ, in organisaties en teams waar professionals verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning en begeleiding van mensen met suïcidale gedachten. Dat betekent dat binnen die organisaties en teams de randvoorwaarden en ruimte aanwezig moeten zijn om ervaringskennis effectief in te zetten. Mobiliseren van ervaringskennis betekent in veel organisaties en dien ten gevolge ook in teams het startpunt van een cultuurverandering of zelfs een vernieuwing. In dit hoofdstuk aandacht voor een aantal belangrijke aspecten en aandachtspunten in deze cultuurverandering.

04.2 Ruimte scheppen

De inzet van ervaringsdeskundigen creëert als het goed is ruimte voor het perspectief van cliënten, en ruimte voor hun eigen regie. Dat vraagt dat er dan ook ruimte is voor het perspectief van professionals en de naasten. Die moeten immers kunnen meebewegen in het proces dat de cliënt doormaakt.

De praktijk is echter vaak dat de handelingsruimte van professionals beperkt wordt door regelgeving (die extern wordt opgelegd, maar vaak óók intern wordt gecreëerd), protocollen en beleidsprocedures. Het is daarom als organisatie zaak om institutionele en hiërarchische ruimte te scheppen voor de eigen professionals. Met andere woorden: de beoogde cultuurverandering reikt verder dan alleen de manier waarop professionals werken. Hoeveel ruimte ervaren professionals in hun dagelijkse werk? Zijn de systemen, procedures, regels, werkafspraken er op afgestemd? Bieden die ruimte? Hoe wordt er leiding

gegeven? Wat leeft het management voor? Waarop worden professionals afgerekend?

Daarnaast is ruimte nodig in de zin van tijd en aandacht. Een cultuurverandering gaat niet vanzelf, maar vraagt aandacht en voortdurende onderlinge dialoog. Het expliciet organiseren en faciliteren daarvan is een belangrijke voorwaarde.

04.3 Perspectieven verbinden en beweging creëren

Die onderlinge, gezamenlijke dialoog is noodzakelijk om de 'onderstroom' in teams en organisaties zichtbaar en bespreekbaar te maken. In de professionele contexten van de GGZ leven – vaak onbewust – specifieke beelden over kennis en professionaliteit, die naar voren treden als cliënt- en naastenervaringsdeskundigen in de hulpverlening worden betrokken. Ze kunnen leiden tot vragen en twijfels. Is ervaringskennis wel 'echte', geldige kennis? Zijn ervaringsdeskundigen mede-professionals of vertegenwoordigen zij cliënten en naasten? Ook gelden er (vaak ongeschreven) professionele normen en waarden, zoals de norm van 'professionele afstand'. En al deze beelden bepalen mede hoe er naar suïcidaliteit wordt gekeken, en naar de manier waarop daarmee moet worden omgegaan. Ze bepalen hoe teams in de dagelijkse praktijk kijken naar mensen met suïcidale gedachten en hoe ze daar als team en als professionals concreet mee om gaan.
Zorg dus als organisatie dat er tijd en gelegenheid voor professionals is om deze beelden en verwachtingen bespreekbaar te maken en uit te wisselen. Organiseer deze dialoog. Alleen door de verschillende perspectieven – van ervaringsdeskundigen, professionals, managers – bij elkaar te brengen ontstaat een vruchtbaar klimaat om tot gewenste veranderingen te komen, om samen te leren en te ontwikkelen. Want uiteindelijk blijkt vaak dat er ondanks de verschillen een gedeeld verlangen is om goede hulp en ondersteuning te bieden aan mensen met suïcidale gedachten. Daarnaast betekent het organiseren van ruimte voor dialoog en reflectie dat professionals een veilige omgeving ervaren. In hoofdstuk 2.1 kwam al aan de orde hoe belangrijk het is een plek te bieden waarin zij hun kwetsbaarheid kunnen laten zien en emoties mogen tonen.

Deze benadering creëert meer draagvlak en biedt meer mogelijkheden tot een geslaagde borging en implementatie van de vernieuwing dan een aanpak die van bovenaf wordt gestuurd. Samen de beweging tot inzet van meer ervaringsdeskundigheid in gang zetten, maakt dat teams en professionals zich mede verantwoordelijk voelen. Immers, iedereen kan cultuurdrager zijn en bijdragen aan verandering.

Tot slot: cultuurverandering is een kwestie van lange adem. Ervaringsdeskundigheid inzetten bij suïcidepreventie is niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Werk met pilots, laat 'vuurtjes ontstaan', waarin mensen de verandering kunnen ervaren. Onderzoek op een waarderende manier en in een professionele dialoog de opbrengsten: wat gaat er goed, hoe komt dat, en hoe kunnen we dat versterken? Stel 'ambassadeurs' aan, trekkers in de organisatie en in teams die de inzet van ervaringsdeskundigen een warm hart toedragen, suïcidepreventie in portefeuille hebben en dit thema tot speerpunt maken van het team waarbinnen zij werkzaam zijn. En zorg voor steun en een basis waarop deze ambassadeurs terug kunnen vallen: een intervisie- of projectgroep, een suïcidepreventiecommissie, expliciete steun van het management, en voldoende tijd om deze rol als ambassadeur te vervullen. Cultuurverandering klinkt groot en abstract, maar gaat uiteindelijk om mensenwerk, waarin samen wordt geleerd in kleine, concrete stappen.

05

Advies & toepassing

05.1 Inzet Ervaringsdeskundigen

Deze nota levert een aantal adviezen op voor het verder ontwikkelen en borgen van de inzet van ervaringsdeskundigen bij suïcidaliteit in zowel de GGZ als het sociaal domein. Daarvoor zijn financiële middelen nodig.

De inzet van ervaringsdeskundigen binnen de GGZ kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Ervaringsdeskundigen die in dienst zijn van een GGZ-instelling worden, in de meeste gevallen, gefinancierd vanuit een zorgverzekeraar. Dit is mogelijk vanuit urendeclaraties of vanuit de overheadkosten die de instelling van de zorgverzekeraar ontvangt. Door de ervaringsdeskundigen met ervaring op het gebied van suïcidaliteit een aantal uur per week/maand vrij te maken voor activiteiten op het gebied van suïcidepreventie kunnen de instellingen een bijdrage leveren. Deze inzet kan voor de instellingen een positieve invloed hebben op het personeelstekort en de wachttijden voor cliënten. Door preventief activiteiten te organiseren waar hun cliënten aan deel kunnen nemen, is er een grote kans dat zij (de cliënten) minder beroep doen op de hulpverleners. Tegelijkertijd kan dit ook de draaglast en zorgen van naasten verlichten.

Vanuit het sociaal domein kan de financiering mogelijk gemaakt worden vanuit de preventie akkoorden.

Binnen deze regeling kan er geld vrijgemaakt worden vanuit het gedeelte Mentale Gezondheid. De inzet van ervaringsdeskundigen suïcidaliteit kan zorgen voor een verbetering van de mentale gesteldheid van inwoners. De inwoners kunnen zich door de ondersteuning beter staande houden en daardoor beter een rol oppakken in de maatschappij. Daarnaast komt er vanuit de overheid geld beschikbaar (wetsvoorstel Integrale suïcidepreventie – verwachte invoer 2024) dat specifiek bedoeld is voor het uitvoeren van beleid op suïcidaliteit.

05.2 Voorlichting en opleiding

De ervaringsdeskundigen die zich gaan inzetten bij de activiteiten gericht op suïcidepreventie moeten beschikken over de nodige kennis en kunde. Het gaat hierbij niet alleen om het hebben van ervaringskennis en het kunnen inzetten van eigen ervaring. Het gaat ook om kennis van het herstelproces, kennis van het suïcideproces en kennis

over het begeleiden van individuele en groepstrajecten. Om dit tot stand te brengen volgen zij een speciaal hiervoor ontwikkelde opleiding/training. Het volgen van de training geeft de ervaringsdeskundigen niet alleen de nodige kennis van de genoemde processen, maar geeft ook inzichten over hoe om te gaan met anderen die te maken hebben met suïcidaliteit. Hierbij is kennis over groepsdynamiek (wat gebeurt er in een groep) van belang. De Stichting Suïcide Preventie Centrum heeft deze training ontwikkeld en gaat deze in 2023 verder ontwikkelen en uitrollen. Hierbij wordt onder andere samen opgetrokken met het MIND Expertcenter.

Uit deze adviesnota blijkt dat er veel behoefte is aan voorlichting, onder andere gericht op het verminderen van de handelingsverlegenheid bij professionals. Door het geven van voorlichtingen door ervaringsdeskundigen suïcidaliteit vergroten de professionals nog meer hun kennis over het denkpatroon van mensen die te maken hebben met suïcidale gedachten. De handelingsverlegenheid zal hierdoor afnemen, wat niet alleen ten goede zal komen aan de cliënten, maar ook aan de naasten van de mensen met suïcidaliteit. Als je dierbare suïcidaal is, heeft dat een toenemende invloed op de kwaliteit van leven van de naasten. Door de voortdurende draaglast en stress, lopen zij het risico een zorgvraag te ontwikkelen, fysiek of psychisch, zoals depressiviteit.

Deze noodzaak tot voorlichting geldt zowel voor professionals uit de GGZ als uit het sociaal domein. Binnen de GGZ zal het verminderen van de handelingsverlegenheid leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Voor de professionals die werkzaam zijn in het sociaal domein zal het verminderen van de handelingsverlegenheid leiden tot een betere kennis over wat de behoefte aan ondersteuning is bij de inwoners die te maken hebben met suïcidaliteit. In beide gevallen kan dit ervoor zorgen dat de persoon die te maken heeft met suïcidaliteit zich beter staande kan houden in de maatschappij. Door een betere afstemming van de ondersteuning op de behoefte zullen mensen beter in staat hun plek in de maatschappij weer in te vullen. Vanzelfsprekend is het dat deze ondersteuning helpend is voor de naasten.

In de kern van de opleidingen ontbreekt de gegronde aandacht voor systemisch en contextueel werken. De financiering is gericht op 1-op-1 behandeling. Hoe faciliteer je de gevraagde cultuur- en gedragsverandering dan in de toekomst? Opleidingen zijn essentieel hierin om het gedrag van de professional in beweging te krijgen. Het is aan de organisatie om de financiële inspanning te verrichten om deze verandering te doen slagen. Professionals zijn ook praktisch ingesteld, te weten HOE is voor hen belangrijk.

Dialoog en samenwerking met ervaringsdeskundigen komt de verbinding met de cliënt en naasten ten goede. In de transculturele psychiatrie is daarnaast gebleken dat verbinding maken te trainen is. Daarvoor is het **transitiebehandelmodel** ontwikkeld. In dit model moet de professional de eigen overtuigingen opzij zetten om de ander nabij te komen. Die relatie kan dus beïnvloed worden. Trainen op nabijheid zou een onderwerp moeten zijn in de opleiding.

05.3 Borging via het NESP

Het bevorderen van de inzet van ervaringsdeskundigen heeft grotere kans van slagen als dit centraal begeleid wordt. De Stichting Suïcide Preventie Centrum voert onder de vlag van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie van het ministerie van VWS het project NESP uit. NESP staat voor Netwerk Ervaringsdeskundigen Suïcide Preventie. Deze adviesnota is een van de producten van dit project.

In het vervolg dat aan dit project wordt gegeven, vanuit de Landelijke Agenda, wordt gewerkt aan het verder

ontwikkelen van het netwerk. Het verder uitbreiden en ontwikkelen van NESP biedt een goede mogelijkheid om de adviezen uit deze adviesnota een basis te geven. NESP gaat de ervaringsdeskundigen niet alleen met elkaar in verbinding brengen, maar zal de ervaringsdeskundigen ook voorzien van de nodige kennis en kunde (door de training van de Stichting Suïcide Preventie Centrum). Daarnaast zal NESP de collectieve kennis bevorderen door het organiseren van intervisie.

Om NESP in beeld te brengen bij ervaringsdeskundigen (met ervaring op het gebied van suïcidaliteit) zal er een publiciteitscampagne gevoerd worden. Om een zo groot mogelijk bereik tot stand te brengen zal de samenwerking met MIND, 113 en de NVZH gezocht worden. Het doel van de campagne is het uitbreiden van het aantal ervaringsdeskundigen dat deelneemt aan NESP.
Door het onderbrengen van de ervaringsdeskundigen onder één paraplu ontstaat er een beter overzicht van de preventieactiviteiten door het land. Vanuit dit overzicht (voor iedereen zichtbaar via de website **https://www.suicidepreventiecentrum.nl/nesp**) kan er gekeken worden naar welke activiteiten er waar nog ontwikkeld moeten worden.

De ervaringsdeskundigen die aangesloten zijn bij NESP zijn in de meeste gevallen werkzaam bij een GGZ-instelling. Hierdoor kan er makkelijker contact gelegd worden met de instellingen om de adviesnota onder de aandacht te brengen. De implementatie van deze adviesnota wordt ingebed in het Implementatieplan GGZ van de Landelijke Agenda 2021-2025.

05.4 Te nemen stappen

Om de inzet van ervaringsdeskundigen op het gebied van suïcidaliteit te bevorderen is er noodzakelijke aandacht nodig voor de deze vier Actiepunten:

1. **Opleiding**: Om de inzet van ervaringsdeskundigen suïcidaliteit domein overstijgend beschikbaar te maken is een toegepsitste opleiding ervaringsdeskundigheid noodzakelijk
2. **Training**: Om de hulpverleners te voorzien van handvatten hoe om te gaan met mensen die te maken hebben met suïcidale gedachten én hun naasten is het belangrijk dat zij hierin getraind worden door ervaringsdeskundigen
3. **Voorlichting**: Bewustwording creëren bij hulpverleners over de samenwerkingsmogelijkheden met ervaringsdeskundigen, zowel binnen als buiten de behandelomgeving
4. **Laagdrempelige bereikbaarheid**: Zowel mensen die te maken hebben met suïcidaliteit als hulpverleners weten waar en hoe zij ervaringsdeskundigen suïcidaliteit kunnen bereiken

Het tot stand brengen van deze vier Actiepunten kan vanuit het NESP en de Stichting Suïcide Preventie Centrum. Dit vergt de nodige financiering. Deze financiering moet structureel (langdurig) geregeld worden vanuit gelden van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, het IZA akkoord, de wet Integrale Suïcide Preventie en de zorgverzekeraars.

De laagdrempelige bereikbaarheid moet tot stand gebracht worden via regionale/gemeentelijke ondersteuningspunten suïcidaliteit. Dit past binnen het huidige **Integrale Zorgakkoord**.
Ervaringsdeskundigen suïcidaliteit kunnen via deze steunpunten en via NESP ondersteuning bieden aan mensen die daar behoefte aan hebben en aan hulpverleners vanuit het sociaal domein en de GGZ.

De opleiding, voorlichting en trainingen vallen binnen bijna alle pijlers van de Landelijke Agenda waardoor financiering vanuit de Landelijke Agenda terecht en passend zou zijn.

Woord van dank

Wij bedanken de leden van de kerngroep hartelijk voor hun actieve bijdrage tijdens de drie bijeenkomsten:

Agnes de Groot
Aukje Leemeijer
Carlien Meesters
Elwin Goedgedrag
Evelien Hulshof
Glenn Hellberg
Hans van der Weijden
Ivonne Heijnen
Marian van Vliet
Nanette Waterhout
Paul Ulrich
Sanne Dierick
Shireen Kaijadoe

In het bijzonder een woord van dank aan Shireen Kaijadoe, zij heeft paragraaf 03.2 Specifieke aandachtspunten Jeugdzorg voor haar rekening genomen. En aan Aukje Leemeijer, zij heeft Hoofdstuk 04 Cultuurverandering geschreven.

Wij bedanken projectleider Koos de Boed voor de mogelijkheid een bijdrage aan het NESP te leveren met deze adviesnota. Koos heeft de tekst voor Hoofdstuk 05 Advies en toepassing geleverd.

December 2022,

Antwan Wiersma
Rita van Maurik

Literatuur

- Glenn Helberg, Irene Zwaan 'Als ik luister. Persoonlijke reflecties over de complexiteit van ons bestaan' | Uitgever Nijgh & van Ditmar, september 2021
- Ilana Buijssen, Pijn aan de zijlijn. Hulpverleners vertellen over suïcide van een cliënt | GGZ Breburg, februari 2022
- Jan Mokkenstorm 'Hoop doet leven. De 113 Suicide Survival Guide| Boom uitgevers Amsterdam, april 2013
- Julia von Graevenitz, Menno Visser. 'Doodzonde. Zelfmoord is nooit alleen.' Uitgever Studio Noodzaak, september 2020
- René den Haan, Frederike Bannink 'Suïcidepreventie. Bouwen aan Hoop' | Boom uitgevers Amsterdam, november 2017
- Kwartiermaken voor ervaringsdeskundigen, Movisie, 2022

Bronmateriaal

- Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid
- Generieke Module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag
- Generieke Module Ervaringsdeskundigheid
- Generieke Module Naasten
- Kwaliteitskader van de VvEd
- Transitiebehandelmodel van het Expertisecentrum Transculturele Therapie

Titelbeeld op pagina 1 door Greg Rosenke

Bijlage 1

Herstel en herstelondersteunende zorg

Herstellen is wat mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid zelf doen. Het is een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met hun kwetsbaarheid en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen. Voor de uitwerking van herstel nemen we een uitgebreidere beschrijving over uit de handleiding Herstel Ondersteunende Intake (HOI) van GGZ NHN (Waterhout et al., 2020).

Vaak wordt herstel gezien als een multidimensionaal begrip met drie dimensies (Whitley en Drake, 2010):

- Klinisch herstel en fysiek herstel (samen te vatten als symptomatisch herstel);
- Sociaal herstel en functioneel herstel (samen te vatten als sociaal/maatschappelijk herstel);
- Persoonlijk/existentieel herstel.

Naast de verschillende te onderscheiden dimensies, is meer recentelijk het begrip herstel aangevuld met aandacht voor iemands sterke kanten (positieve psychologie en gezondheid) en eigen regie (self-management, self-determination; Shepherd et al., 2008).

Twee belangrijke modellen voor herstel worden beschreven door Andresen et al. (2003) en door Leamy et al. (2011) (het zgn. CHIME-model). Belangrijkste overeenkomsten van beide, het gaat bij herstel om:

- Het vinden en houden van hoop. Hoop is de brandstof voor herstel. Daarbij gaat het niet om naïeve of irreële verwachtingen aan te moedigen. Het hebben van positieve verwachtingen en perspectief maakt het eerder mogelijk dat er ook verbetering plaatsvindt dan lage verwachtingen die een selffulfilling prophecy kunnen worden;
- Het hervinden van een eigen identiteit, waarin het hebben van de mentale aandoening een plek heeft, en waarbij er een positief zelfgevoel is;
- Het opbouwen van een betekenisvol leven, ondanks het hebben van een psychische aandoening;
- Zelf de regie en de controle hebben over de psychische aandoening en over het leven zelf; empowerment;
- Leamy et al. voegen aan deze vier aspecten het aspect ‘connectedness’ toe en daarbij gaat het om het hebben van ondersteunende relaties, deel uitmaken van de maatschappij.

Herstelondersteuning en herstelondersteunende zorg

Herstelondersteunende zorg is alle zorg die ten dienste staat van herstelprocessen van cliënten. Doel ervan is de cliënt te ondersteunen zoveel mogelijk zichzelf te leren helpen door het aanspreken van het zelf herstellend, zelf helende en zelf lerende vermogen. Hierin wordt aangesloten bij de eigen ervaringen, kennis en overlevingsstrategieën van mensen.

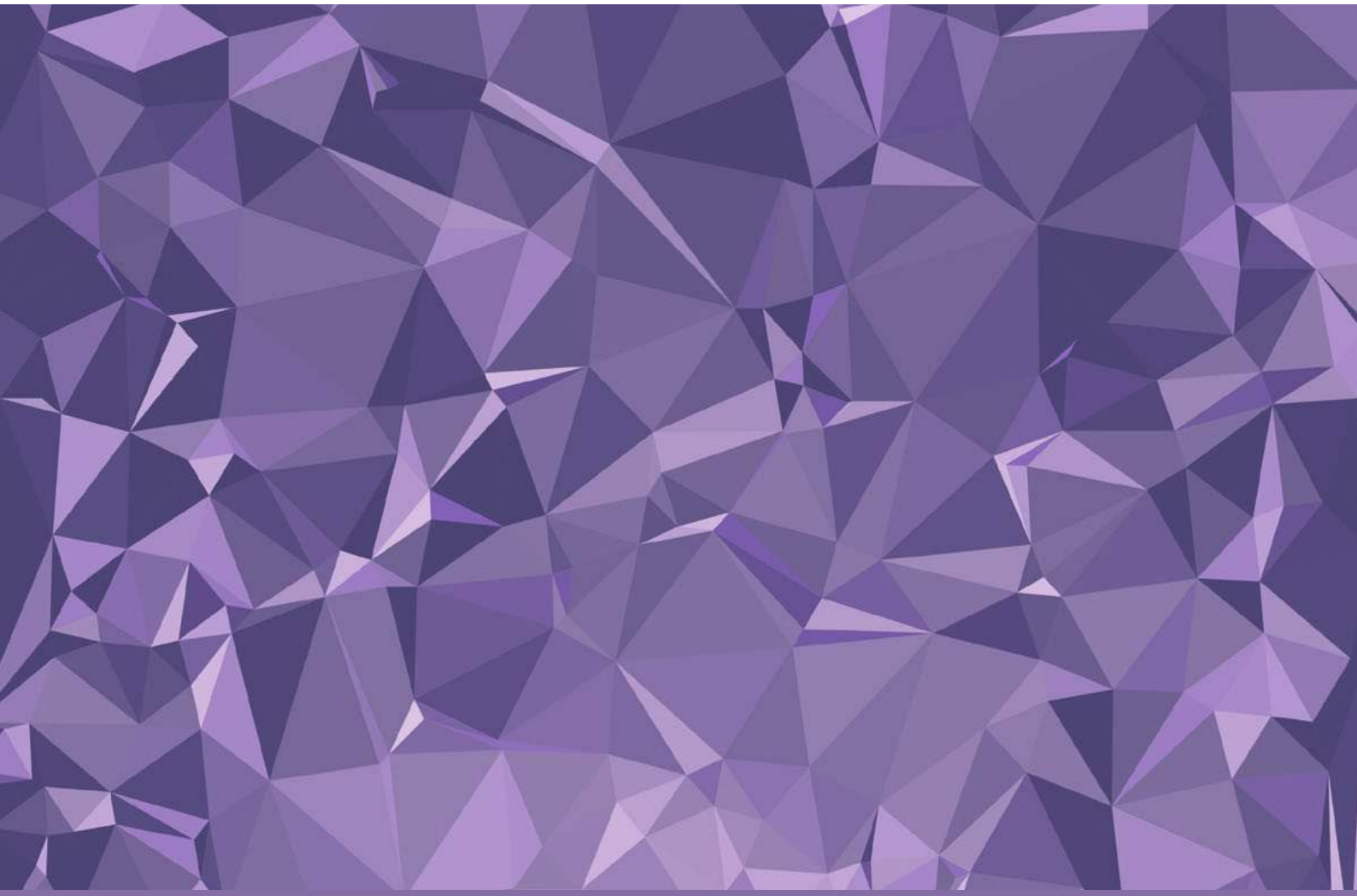
Bron: Nanette Waterhout

Bijlage 2

bij 03.2 Specifieke aandachtspunten voor jeugdzorg

1. Dekker SW. Just culture: Balancing Safety and Accountability. 2nd ed. Boca Raton: crc Press; 2012. 171 p.
2. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PlosOne. 2019;14(12):e0226361. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361
3. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). The American journal of psychiatry. 2004;161(12):2295-302. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295
4. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Torigoe RY, Kinney B. Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. Professional Psychology: Research and Practice. 1988;19:416-20. https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416
5. Dransart DA, Gutjahr E, Gulfi A, Didisheim NK, Séguin M. Patient suicide in institutions: emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. Death studies. 2014;38(1-5):315-21. https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766651
6. Finlayson M, Graetz Simmonds J. Impact of Client Suicide on Psychologists in Australia. Australian Psychologist. 2018;53(1):23-32. https://doi.org/10.1111/ap.12240
7. Gulfi A, Dransart DA, Heeb J, Gutjahr E. The Impact of Patient Suicide on the Professional Reactions and Practices of Mental Health Caregivers and Social Workers. Crisis. 2010;31(4):202-10. https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000027
8. Landers A, O'Brien S, Phelan D. Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Ireland. The Psychiatrist. 2010;34(4):136-40. https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.025312
9. Rytterström P, Ovox S, Wärdig R, Hultsjö S. Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. International Journal of Mental Health Nursing. 2020;29(5):982-91. https://doi.org/10.1111/inm.12738
10. Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A, et al. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. BMC psychiatry. 2011;11(1):38. 10.1186/1471-244X-11-38
11. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychological bulletin. 2017;143(2):187-232. https://doi.org/10.1037/bul0000084
12. Hom MA, Davis L, Joiner TE. Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. Psychol Serv. 2018;15(3):289-97. 10.1037/ser0000195
13. Pickering TA, Wyman PA, Schmeelk-Cone K, Hartley C, Valente TW, Pisani AR, et al. Diffusion of a Peer-Led Suicide Preventive Intervention Through School-Based Student Peer and Adult Networks. Frontiers in psychiatry. 2018;9:598. 10.3389/fpsyt.2018.00598
14. Schlichthorst M, Ozols I, Reifels L, Morgan A. Lived experience peer support programs for suicide prevention: a systematic scoping review. International journal of mental health systems. 2020;14(1):1-12
15. Mérelle S, Van Bergen D, Popma A, al. e. Suïcide onder 10-tot 20-jarigen in 2017: Een verdiepend onderzoek. Amsterdam: 113 Zelfmoordpreventie; 2019.
16. Kaijadoe SPT, Nijhof KS, Klip H, Weerd de A, Popma A, Scholte RHJ. (submitted) How are you doing? The impact of adolescent suicide on professionals in secure residential youth care Residential Treatment for Children & Youth. 2022
17. Bostik KE, Everall RD. Healing from suicide: Adolescent perceptions of attachment relationships. British Journal of Guidance & Counselling. 2007;35:79-96. https://doi.org/10.1080/03069880601106815
18. Van de Koppel M, Mérelle SYM, Stikkelbroek YAJ, Van der Heijden PT, J. S, Popma A, et al. Tijdschrift voor psychiatrie. 2022
19. Kaijadoe SPT, Klip H, Weerd de A, Arragon van EA, Nijhof KS, Popma A, et al. (accepted, in press) How do group workers respond to suicidal behavior? Experiences and perceptions of suicidal female adolescents residing in secure residential youth care in the Netherlands. PlosOne. 2022
20. Kaijadoe S, van Arragon E, Derksen C, e.a. Een stil gevecht. Suïcide en suïcidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij? Available from: https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/JeugdzorgPlus/eindverslag_Stil_gevecht.pdf. [Accessed 12 December 2022]

Bron: Shireen Kaijadoe



Samenvatting

Het inzetten van cliënt- en naasten-ervaringsdeskundigen bij suïcidepreventie, vraagt van GGZ-organisaties (en organisaties in het sociaal domein) een cultuurverandering, in het denken en handelen van de professionals. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat er in organisaties en teams ruimte aanwezig is om ervaringskennis effectief in te zetten. Daarnaast is het organiseren van een structurele onderlinge dialoog een tweede belangrijke voorwaarde om deze cultuurverandering te bewerkstelligen. Die onderlinge dialoog maakt de 'onderstroom' in teams en organisaties zichtbaar en bespreekbaar.

Door het bij elkaar brengen van perspectieven van ervaringsdeskundigen, professionals, managers ontstaat een vruchtbaar klimaat om tot gewenste veranderingen te komen, om samen te leren en te ontwikkelen. Cultuurverandering is een proces van lange adem, van mensenwerk, waarin samen geleerd wordt in kleine, concrete stappen. Deze vernieuwing: het inzetten en borgen van ervaringsdeskundigen bij suïcidepreventie en het ondersteunen van professionals vereist een financiële inspanning van organisaties.

Deze nota kwam tot stand door een samenwerking van Hestia ABC en stichting Aurora.