

# De rol van de psychologie in suicidepreventie.

**Prof. dr. A.J.F.M. Kerkhof**

Rede uitgesproken bij zijn afscheid als hoogleraar Klinische Psychologie, Psychopathologie en Suicidepreventie bij de Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam op 11 december 2018.

Mijnheer de rector magnificus, beste collegae, vrienden, kennissen en familie.

Er gaan *te veel* mensen dood door suicide. *Onnodig*. Als de juiste hulp op het juiste moment voorhanden zou zijn geweest dan had het niet zo ver hoeven komen. En *onvrijwillig*. Want de meeste mensen die suicide plegen willen helemaal niet dood. En *onbegrepen*, want vaak begrijpen familieleden, vrienden en hulpverleners niet wat de betrokkene heeft bewogen. Dat het geen vrije keuze was, maar dat hij aan zichzelf moest ontsnappen. Door de laatste nooduitgang. In alle *eenzaamheid*.

Wij psychologen kunnen meer doen om *onnodige, onvrijwillige, onbegrepen* en *eenzame* suicides te voorkomen.

Ik neem u mee in de recente geschiedenis van suicidepreventie in Nederland. Over onderzoeken en ontwikkelingen die in Nederland in dit kader hebben plaatsgevonden. Bij veel onderzoek ben ik betrokken geweest als promotor, of als lid of voorzitter van een advies-, begeleidings-, of richtlijncommissie. Ik zal afsluiten met een aantal aanbevelingen.

## **Onvrije keuzen**

Ik vertel u eerst hoe wij de aanloop tot suicide het beste kunnen begrijpen. Wij weten nu meer van de verschillende individuele trajecten die naar suicide leiden, en van de algemene wetmatigheden in de chaos en emotionele ontredde-ning.

Oncontroleerbaar piekeren, radeloze angst en paniek, menen de ander tot last te zijn, klemzitten, hopeloosheid en hulpeloosheid, de overtuiging onbehandelbaar te zijn, slapeloosheid en uitputting, verlies van controle, verlies van realiteit, waanachtige belevingen, schuldwanen, psychosen, dwangmatig denken aan de eigen suicide, overlopend in terugkerende beelden van de eigen suicide, intrusies, en de bijna niet te stuiten angst geen weerstand meer te kunnen bieden aan de eigen aanvechtingen: dat alles lijdt tot een situatie waarin mensen zich gedwongen voelen tot suicide als een laatste nooduitgang, want dóór leven is nog veel erger. Het denken, voelen en de verbeelding, kortom het bewustzijn is onverdraaglijk pijnlijk geworden, en men kan er niet meer aan ontsnappen anders dan door suicide. Niet omdat men zo graag dood zou willen zijn, maar men wil ontsnappen aan de martelende zelfkwellings. Men is zichzelf niet meer. Dit alles geldt vooral voor de aan depressief affect gekoppelde suicide.

Gelukkig hebben we in Nederland bij schrijnende gevallen van levensnood de mogelijkheid van hulp bij levensbeëindiging op verzoek. Ook daarmee wordt de suicide met hulp nog niet een echt vrije keus. Ook met hulp wordt suicide geen goede dood. Het blijft in alle omstandigheden de minst slechte optie. Ik kom hier aan het einde van mijn rede op terug.

### **Opvang van suicidepogers in het algemeen ziekenhuis.**

Ik begon mijn carrière 40 jaar geleden, met een onderzoek naar de opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen (Kerkhof, 1985). Want daar is de noodzaak van preventie immers het meest acuut. Wat daarbij naar voren kwam was een grote variatie in beleid en praktijk. In een enkel ziekenhuis was de zorg optimaal geregeld, vastgelegd en personeel was geschoold. Maar in andere ziekenhuizen was er geen of lang niet altijd een psychiatrisch consulent die suicidepogers zag. Markant was de vaak negatieve houding van medisch personeel naar mensen die zich zelf iets hadden aangedaan.

Ziekenhuismedewerkers vonden dat zij niet goed waren opgeleid voor hun taak.

In een volgend onderzoek, in het toenmalige AZL in Leiden, werd een groep suicidepogers geïnterviewd vlak na de poging en een jaar later, om na te gaan wat er van hen terechtkwam en wat hun ervaringen waren met de zorg die zij ontvingen (Kerkhof, 1985). Ook werd ingegaan op hun motieven en de aanloop tot de suicidepoging. Daaruit kwam een aantal zaken naar voren.

1. Na ontslag kwam 10% binnen anderhalf jaar om het leven door suicide.

2. Nogal wat geïnterviewden konden zich het gesprek met de psychiatisch consulent in het ziekenhuis helemaal niet meer herinneren.
3. Van degenen die zich dit gesprek wel wisten te herinneren waren er nogal wat die dit gesprek als onprettig hadden ervaren. Ze voelden zich soms niet gehoord, maar juist veroordeeld, afgewezen, niet begrepen. Ze voelden zich getaxeerd, gewogen, beoordeeld. Ze ervoeren afwijzing van de kant van het medisch personeel en soms zelfs vijandigheid. Waaraan de patiënten dan wel behoefte hadden was vooral begrip, steun en troost. Ze wilden gehoord worden.
4. De motieven in de aanloop tot de suicide waren vooral: 1) *De situatie was zo ondraaglijk dat ik niets anders wist om te doen.* En 2). *Mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn.* De intentie om te sterven was bij de helft aanwezig, maar vaak tegelijk met de wens hulp te krijgen. *De wens om dood te gaan* was er vooral *om een einde te maken aan de chaos in het hoofd*, niet omdat men nu zo graag dood wilde zijn. Ambivalentie was alom. Maar hun machteloosheid in crisis waarin ze zich bevinden en zelfkwellend gepieker waren de dominante redenen. Van belang is ook dat respondenten aangaven dat ze de *controle over zichzelf kwijt waren geraakt*, een zeer angstige ervaring. *Ik kan me niet voorstellen dat ik dat gedaan heb*, dat vertelden nogal wat suicidepogers mij. Ook werd een aantal malen als belangrijkste reden genoemd: *ik wilde het voor anderen gemakkelijker maken.* Patiënten ervoeren zichzelf als een last voor hun dierbaren. Juist bij degenen die dit motief aankruisten kwamen in de follow-up suicidepogingen met dodelijke afloop voor. Dit werd bekend door Joiner e.a. (2006) in hun nadruk op *perceived burdensomeness*, het gevoel en de overtuiging anderen tot last te zijn, als belangrijke verklaringsgrond voor suicide.
5. Verpleegkundigen rapporteerden hun onmacht en soms vijandigheid ten aanzien van suicidepogers. En gebrek aan opleiding.
6. Na ontslag uit het ziekenhuis was de emotionele crisis meestal niet voorbij. Men bleef piekeren en was bij voortduring emotioneel ontredderd.
7. De suicidepoging was vaak slechts een van een lange reeks van incidenten, met eerdere suicidepogingen, zelfbeschadiging, relatiebreuken, mishandeling, misbruik, bedreigingen, etc. Veel respondenten leefden van crisis naar crisis.

Op grond van dit onderzoek werd een opleidingsmodule voor verpleegkundigen gemaakt. Deze is een aantal jaren verzorgd voor verpleegkundigen van de IC en

de SEH (Schouten en Kerkhof, 1991) in Leiden en zij waren daar laaiend enthousiast over. Eindelijk kregen ze wat kennis en vaardigheden waarmee ze de patiënten en hun familieleden beter konden bejegenen. Na enkele jaren bleek echter de animo van de verpleegkundige opleidingen om door te gaan met deze module verdwenen. Er kwam geen structurele inbedding in de verpleegkundige opleidingen, want het programma was al vol, en er was geen geld.

Mede op grond van deze onderzoeken kwam het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing in 1992 o.l.v. Michiel Hengeveld met een richtlijn voor de opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen. Met daarin centraal de minimale eisen om altijd een psychiatrisch consult in te roepen na een suicidepoging, personeel op te leiden, en om een doeltreffend beleid te installeren om verwijzingen effectief te laten zijn. Dit protocol werd onderschreven door alle betrokken beroepsgroepen.

In 2006 vond Verwey e.a. dat Nederlandse ziekenhuizen de richtlijnen van het CBO maar mondjesmaat opvolgden. Dit onderzoek bevestigde de eerdere observatie dat veel suicidepogers het psychiatrische consult gewoon waren vergeten. Minder dan de helft van de geïnterviewde suicidepogers kon uit een rijtje foto's de foto aanwijzen van de psychiater waar ze de dag van te voren mee hadden gesproken.

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

Recent heeft de stichting 113Zelfmoordpreventie opnieuw een onderzoek ingesteld naar de opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen en dan vooral gezien door de ogen van SEH artsen en verpleegkundigen (Mérelle e.a., 2018).

Daaruit kwam dat ook in 2017 de zorg voor suicidepogers op de SEH belemmerd wordt door onvoldoende kennis en vaardigheden bij het personeel, een soms negatieve attitude jegens suicidepogers en een hoge werkdruk.

Een laatste onderzoek dat ik hier wil vermelden is het Amsterdamse Tools onderzoek van het Andreas Lucas / OLVG ziekenhuis en de GGD (Dekker e.a. 2017). Dat richtte zich op de toeleiding naar GGZ hulp van de suicidepogers die na ontslag uit het ziekenhuis geen gevolg gaven aan hun verwijzing. Dit

onderzoek maakte twee dingen duidelijk: 1) nogal wat patiënten komen niet opdagen op hun verwijzing na hun ontslag uit het ziekenhuis, en 2) Ja, het helpt. Inzet van een casemanager zorgt er inderdaad voor dat moeilijk te verwijzen mensen zich alsnog melden bij de GGZ voor de noodzakelijke behandeling.

Ik denk dat de opvang van suicidepogers in ziekenhuizen de laatste jaren verbeterd is, de psychiatrische consultatieve diensten zijn nu veel meer ingebed in het algemeen ziekenhuis en de standaard beoordeling en verwijzing is steeds beter geworden. Toch ben ik nog niet tevreden.

De reden hiervoor is gelegen in het feit dat ook bij de betere ziekenhuizen suicidepogers soms onvoldoende beschermd worden tegen hun aanvechtingen. Het blijft uiterst moeilijk om te voorspellen wie in de nabije toekomst wel en wie niet een suicidepoging zal doen met dodelijke afloop. Hoe goed we ook het suiciderisico denken te kunnen inschatten, het blijft moeilijk.

Als behandelaar zie ik veel nabestaanden na suicide, ouders die een kind verloren hebben, volwassenen die hun partner verloren hebben. Ik zie veel nabestaanden die aangeven dat hun dierbare overleden is in een periode vlak na een eerdere poging en na een ziekenhuisbehandeling. Soms op de dag na ontslag, soms binnen drie dagen, een week, of een maand, maar altijd in verband met een ziekenhuisbehandeling die niet resulteerde in een onmiddellijke verwijzing of behandeling.

Het probleem zoals ik dat zie is dat mensen die na een suicidepoging in het ziekenhuis komen nog vaak midden in de suicidale crisis zitten, en dat alleen de patiënten met het evident hoogste risico en ernstigste psychopathologie onmiddellijke behandeling krijgen, terwijl de meeste anderen pas na verwijzing en wachttijden aan de beurt komen voor een behandeling. Als ze al aankomen. In de tussentijd duurt de crisis voort en is er alle tijd om opnieuw de controle over zichzelf te verliezen.

Als je kijkt naar de aard van het suicidale gedrag, en je weet in welke crisis mensen verkeren, ook na de suicidepoging, dan zit er denk ik niets anders op dan tijdens de ziekenhuisbehandeling al onmiddellijk behandeling te bieden op het meest belangrijke punt waarop het fout is gegaan. Zoals een gebroken been onmiddellijk gezet wordt in het ziekenhuis, een open wond geheeld wordt en allerlei andere acute zaken onmiddellijk worden aangepakt, zo zou ook het acuutste probleem van suicidepogers onmiddellijk behandeld dienen te worden. En dat is dat deze mensen in een crisis verkeren en zij zich zelf niet veilig

kunnen houden ten opzichte van hun dwangmatige gedachten, beelden en gevoelens en tegen de drang om aan hun verschrikkelijke ervaringen te ontsnappen. Dan moet mijns inziens de behandeling bestaan uit het helpen verbeteren van de mogelijkheden van mensen om zich veilig te houden tegen deze bijna onbedwingbare aanvechtingen. Ik vind dat die behandeling eigenlijk zo snel mogelijk in het ziekenhuis moet aanvangen. Zoals dat nu al meer en meer begint te gebeuren met aansluitende Intensive Home Treatment teams.

Mijn aanbeveling is daarom dat er bij alle suicidepogers die in het ziekenhuis komen tenminste een *veiligheidsplan* wordt gemaakt. Dat houdt in dat op papier, of op een app, door de patiënt samen met de hulpverlener een veiligheidsplan wordt opgesteld dat aangeeft: (zie dia's) welke signalen kunnen bij jou een crisis aankondigen, wat kun je dan doen om rustiger te worden, waar vind je afleiding, bij welke personen uit je omgeving kan je terecht met je gevoelens, wie kan hulp bieden, en hoe zorg je dat je veilig bent en blijft in een crisis? Wie kan er voor je zijn uit je netwerk als je iemand nodig hebt, en welke hulpverlener kun je bereiken (tel. nrs zijn ingevoerd). Dit veiligheidsplan is in de gebruikelijke GGZ behandeling van suicidale personen een belangrijke interventie. Mijn aanbeveling is om dit dus naar voren te halen en onmiddellijk toe te passen zodra de patiënt medisch gezien veilig is en voordat hij of zij het ziekenhuis mag verlaten. Bij alle patiënten na een suicidepoging. De klassieke crisisinterventie past binnen dit veiligheidsplan, het praten met naasten eveneens. Het regelen van onderdak, het even uit de situatie halen eveneens. Bij mensen met borderline persoonlijkheidsstoornissen moeten ook meteen psychotherapeutische interventies worden toegepast, maar dat past allemaal in het kader van het veiligheidsplan.

Dit is een al langer bekend preventie-instrument dat door de WHO en door de IASP wordt aangeraden. In de VS hebben Stanley en Brown (2012) in verschillende cohorten aangetoond dat de toepassing van dit veiligheidsplan uitstekend werkt in het algemeen ziekenhuis. Patiënten voelen zich gehoord en begrepen, want het gaat onmiddellijk in op wat zij als belangrijkste angst hebben en wat hun grootste behoefte is. En het leidt tot minder recidive pogingen. Uit follow up bleek dat veel patiënten nog jaren na het voorval het veiligheidsplan bij zich droegen, het bewaarden op een speciale plaats, er af en toe in keken, en het raadpleegden in tijden van nieuwe crisissituaties. Uiteraard zijn vervolcontacten met de GGZ onderdeel van dit veiligheidsplan. Wat patiënten erg konden waarderen is dat ze uit het ziekenhuis iets mee kregen. Bij een

gebroken been krijg je gips mee, bij een wond krijg je verband mee, bij andere acute aandoeningen een pil, en nu kregen ze een veiligheidsplan mee, op papier of op een app. Dan hadden ze tenminste iets meegekregen waar ze zich aan vast konden houden. Een soort digitale buddy.

Terwijl ik dit zo uitspreek hoor ik verschillende mensen hier in de zaal denken: ja maar dat doen we toch al? We richten ons toch ook op het helpen de patiënt zich veilig te houden. En daar heeft u natuurlijk gelijk in bij de patiënten die u als het meest risicovol inschat. Maar lang niet bij alle patiënten en lang niet zo expliciet en systematisch als wanneer je met zijn tweeën zo'n veiligheidsplan op papier zet, of op een app intoetst. Liefst met de naasten erbij. Je helpt de patiënt zich zelf veilig te houden: wat kan hij of zij doen wanneer hij weer overweldigd dreigt te raken door de eigen krampachtige voorstellingen van zaken. Wat kan de patiënt zelf doen en wanneer kan hij zelf besluiten hulp in te roepen. Wat kan hij daarbij verwachten van zijn naasten. Daarmee bevestig je de patiënt dat hij wel degelijk zelf ook acties kan ondernemen om zich veilig te houden. Patiënten voelen zich daarmee veiliger.

Mijn aanbeveling is om dit veiligheidsplan op een app in te toetsen: de BackUp ontwikkeld door onze Vlaamse collega's naar voorbeeld van de Amerikaanse collegae, en voor Nederland vertaald door 113Zelfmoordpreventie. Patiënten kunnen die app downloaden van de Appstore op hun mobieltje. Patiënten dragen dan hun veiligheidsplan altijd mee en kunnen er snel op kijken als het nodig is. Je kunt het veiligheidsplan laten invullen door de patiënt in het bijzijn van familie of partner. Indien mogelijk. Dat maakt het veiligheidsplan nog veel sterker.

U hoort het dus goed, mijn voorstel is om het psychiatrisch consult te laten uitmonden in een psychologische interventie, het samen invullen van het veiligheidsplan middels de Back Up app. Indien mogelijk ook samen met de familie / partner. Dat komt helemaal overeen met de aanbevelingen in de Multidisciplinaire Richtlijn die een veiligheidsplan verplicht stelt, die de samenwerking met familieleden en partners aanbeveelt, het is evidence based, het helpt de patiënten hun verwijzing niet te vergeten, en ze hebben houvast voor de eerstkomende dagen tot aan de volgende afspraak.

## **Houding en opleiding**

De vaak afwijzende houding van medische hulpverleners weerspiegelt een verkeerd begrip van suicidepogingen en de aanleidingen daartoe en daarmee

samenhangend een gebrek aan opleiding. De grootste fout is dat deze hulpverleners denken dat suicidepogingen uit vrije keuze worden ondernomen: *ze kiezen er immers toch zelf voor*. En dan irriteren ze zich aan de mensen die zichzelf het leedsel of de vergiftiging hebben toegebracht, vaak nog vanwege schijnbare flutaanleidingen, zoals een vriendje dat het uitmaakt. Dat is voor hen vaak niet te verteren. Kortom, nogal wat verpleegkundigen en artsen begrijpen er weinig tot helemaal niets van. En dat leidt tot onprofessioneel handelen. Dat is niet bevorderlijk voor een goed herstel. Daarom vind ik dat ziekenhuismedewerkers die met suicidale patiënten werken geschoold moeten worden. Ik zou willen aanbevelen om deze opleiding op te nemen in erkenningsvoorwaarden van SEH en IC afdelingen en in de criteria voor opname van verpleegkundigen en SEH / IC personeel in het BIG register.

### **De overheid.**

Ik neem u even mee terug tot de jaren 80 van de vorige eeuw. De gezondheidsraad kwam in 1986 met een *Advies inzake suicide*. In dat advies werd o.a. aangedrongen op betere opleiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, en betere opvang van suicidepogers in ziekenhuizen en meer onderzoek. Staatssecretaris Dees kwam drie jaar later met een reactie waarin stond dat verbetering van suicidepreventie geen specifieke overheidsmaatregelen zouden vergen, en dat hij het tot de reguliere taak van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren zelf rekende om verbeteringen in de zorg aan te brengen. En om deskundigheidsbevordering ter hand te nemen door betere opleidingen. Klonk mooi allemaal, maar het was een typisch geval van *laissez faire*. Dit advies en de reactie van de staatssecretaris daarop brachten geen enkele verandering. De beroepsgroepen zorgden niet voor een betere opleiding. En een onderzoeksprogramma kwam er ook nauwelijks.

Dus bleef het knagen, de onvrede over de stand van zaken in de gezondheidszorg en daarbuiten bleef bestaan. De Ivonne van de Ven Stichting pleitte voor betere suicidepreventie, met als ideaal in de toekomst minder nabestaanden van suicide te moeten betreuren. In 2002 kwam zij met een voorstel tot een Nationaal Actieplan Suicidepreventie, en het ministerie van VWS vroeg daarop nog maar eens om een nieuw advies, dat het Trimbos in 2007 leverde: *Verminderen van suïcidaliteit* (Boel, 2007). Opnieuw kwamen de adviezen op de belangrijkste punten weer terug, nu met nog meer nadruk op de regie van de overheid om al die voorgestelde maatregelen nu eens werkelijk op te pakken en door te voeren. Bovendien had de overheid in 2005 op de

ministersconferentie van de WHO in Helsinki het zogenaamde “green paper” ondertekend waarin regeringen zich committeerden aan de maatregelen voorgesteld vanuit de wetenschap (Kerkhof, 2005). Voorgesteld werden o.a. streefcijfers voor de overheid, betere hulpverlening, betere opleiding, en een multidisciplinaire richtlijn.

Uiteindelijk kwam onder het ministerschap van Ab Klink de overheid pas echt in beweging. De politieke partijen werden gemasseerd om de aard van de problematiek te onderkennen en hun verantwoordelijkheid te nemen. De boodschap was: het gaat niet om de gezondheidszorg alleen, maar het gaat om de samenwerking met alle sectoren in de samenleving: Om het Ministerie van Verkeer en Waterstaat vanwege de trein suicides, het Ministerie van Sociale Zaken vanwege de suicides die verband houden met sociale uitkeringen, arbeidsongeschiktheid en armoede, en met schuldhulpverlening, en het Ministerie van Onderwijs vanwege de suicides op scholen. Ik herinner mij een heroïsche tocht langs alle politieke partijen die Age Niels Holstein van de Ivonne van de Ven Stichting en ikzelf ondernamen. Cruciaal was daarbij ons bezoek aan de VVD. Het standpunt van de VVD woordvoerder luidde als volgt: *Maar wij grijpen toch ook niet in als mensen een verkeerde partnerkeuze maken, dan heeft de politiek daar toch geen rol in? Waarom zou de politiek dan ingrijpen als mensen een verkeerde keuze maken om uit het leven te stappen? Daar hebben ze toch recht op om zo'n verkeerde keuze te maken?* We hebben toen al onze ervaringen en kennis ingezet om de woordvoerder te overtuigen dat mensen die suicide plegen dit meestal niet uit vrije keuze doen. En het is gelukt. Het wonder geschiedde. De woordvoerder liet zich overtuigen. Ik heb de indruk dat daar op dat moment de weg werd vrijgemaakt voor een meer samenhangend beleid in het opzicht van suïcidepreventie. Daarbij was de Christen Unie bij monde van Joel Voordewind al jarenlang volhardend bezig in de politiek om aandacht voor het dossier suïcidepreventie te vragen. De Tweede Kamer vroeg zelfs aan VWS een signaleringsinstrument te ontwikkelen voor suïcidaliteit onder adolescenten, een onderzoeksoopdracht die aan de VU werd verleend. Sindsdien hebben de ministers van VWS van CDA en VVD huize een veel actiever beleid ingezet, zeker de laatste jaren met de ondersteuning van 113Zelfmoordpreventie, de Landelijke Agenda Suicidepreventie, en de financiering van een onderzoeksprogramma via ZONMW. Verschillende malen heeft VWS mij om een advies gevraagd, omtrent streefcijfers, en omtrent de maatregelen in en buiten de GGZ, bijvoorbeeld in de economische sector, of bij scholen, en deze adviezen vanuit de wetenschap werden opgepakt en vertaald in

de Landelijke Agenda. Wat toen ook hielp was de bereidheid van deurwaarders om actief hun leden van informatie te voorzien over hoe ze hun rol als gatekeepers zouden kunnen vervullen. Hun initiatief kwam precies op het goede moment. Sterk punt van VWS bij de Landelijke Agenda Suicidepreventie was dat de coördinatie en de uitvoering bij 113Zelfmoordpreventie werd gelegd. 113 als speerpunt van nieuwe ontwikkelingen werkte als een versnellingsmotor om partijen in en buiten de GGZ bij elkaar te brengen en actief preventiebeleid te ontwikkelen en uit te voeren.

## **Onderzoek**

VWS en ZONMW hebben toen de Ivonne van de Ven Stichting en mij gevraagd een voorstel te doen voor een onderzoeksprogramma en dat werd gehonoreerd met 3,4 miljoen Euro en dat programma wordt op dit moment op vele plaatsen in Nederland uitgevoerd (Kerkhof en Sluijter, 2015). Ik vond de overheid steeds aardiger worden. Toen in 2018 bleek dat het aantal suicides onder jongeren in 2017 dramatisch was gestegen, van 48 naar 81, reageerde VWS onmiddellijk met een aanzet tot een onderzoek naar deze stijging. En dat vond ik zeer dapper want uit dit onderzoek zou misschien kunnen blijken dat eerder overheidsbeleid ten aanzien van de transitie van de jeugdgezondheidszorg naar de gemeenten en de uitwerking daarvan in de praktijk een negatieve invloed zouden kunnen hebben gehad. Ik denk dan vooral aan de beperkingen in de crisisbehandeling en crisis opnamen in de jeugd-GGZ als gevolg van beknibbeling in de budgetten door de gemeenten. Ik denk bijvoorbeeld aan de recente gunning van jeugdhulpverlening aan een goedkopere partij dan Triversum in Noord Holland. Met veel meer reistijd voor de jongere patiënten en hun familie als gevolg. Dan denk ik toch aan de mogelijk riskante gevolgen voor suicidepreventie.

Desalniettemin ben ik zeer blij met het voortouw dat de overheid heeft genomen in de strijd tegen de suicide. Als de politiek nu ook nog het Engelse voorbeeld zou overnemen: de installatie van een Minister van Suicidepreventie, dan ben ik helemaal content.

## **Trein suicides**

Sinds jaar en dag heeft Nederland een groot aantal suicides op het spoor. Ongeveer 10 tot 12% van alle suicides betrof trein suicides. De vraag was: wie is er verantwoordelijk om iets aan preventie van trein suicides te doen? Dat bleef heel lang onduidelijk. Het leek erop dat dit voor de NS en ProRail een onbeheersbaar probleem was. Uiteindelijk was het vooral het werk van Cornelis

van Houwelingen van de GGZ Eindhoven, die bevindingen leverde waaraan NS en Pro Rail niet meer voorbij konden gaan: over tientallen jaren nauwgezet bijhouden van de data, onderzoek naar hotspots, en naar kenmerken van suicides op het spoor, zoals seizoensinvloeden en lichtintensiteit over de loop van de dag, psychopathologie, etc. De Ivonne van de Ven stichting wist in 2004 subsidie bij elkaar te brengen om samen met de Pro Rail en de NS een eerste onderzoek te doen naar het structureel veranderen van aanleg en omgevingen van hotspots om daar suicides te verminderen. En dat bleek succesvol te zijn. Later hebben Pro Rail en NS nog meer maatregelen genomen ten aanzien van hotspots, afrastering, betere verlichting, camera's, struikelmatten enz. Het Ministerie van V & W, nu I & M, faciliteerde Pro Rail om trein suicide als speerpunt van beleid op te nemen. Er is een uitgebreide campagne geweest om spoormedewerkers op te leiden tot gatekeepers om mogelijk suicidale personen rond het spoor of op de perrons te kunnen identificeren en aan te spreken. En er zijn *Ik luister-borden* geplaatst, samen met 113 Zelfmoordpreventie. Zoals u wellicht vandaag op het symposium heeft kunnen zien, is dit beleid in de laatste jaren succesvol geweest en zijn tientallen suicides per jaar voorkomen. Van belang was toch de omslag in houding van Pro Rail en de NS om zich wel mede verantwoordelijk te voelen voor suicidepreventie op het spoor. Er valt echter nog veel te winnen. Het aantal suicides op het spoor kan nog veel verder omlaag, door het minder toegankelijk maken van het spoor, sluiten van gelijkvloerse kruisingen, gebruik van moderne technologie, struikelmatten etc., en met de inzet van de sociale controle.

## **Multidisciplinaire richtlijn**

In 2009 kwam op initiatief uit het veld en met steun vanuit VWS het verzoek aan de beroepsverenigingen om een Multidisciplinaire Richtlijn voor de Diagnostiek en Behandeling van Suicidaal Gedrag te formuleren. Onder leiding van Bert van Hemert van het LUMC hebben we alle empirische evidentie en expert consensus verzameld omtrent de diagnostiek van suïcidaal gedrag en effectieve behandelvormen. In 2012 kwam de richtlijn uit. Geldend voor alle BIG beroepen in de gezondheidszorg. De richtlijn gaf een empirisch onderbouwde en door expert consensus gesteunde visie op de behandeling van suïcidale patiënten met als essentiële elementen:

Contact maken

Diagnostiek van de suïcidaliteit

Behandeling van suïcidaliteit als focus

Continuïteit van zorg

Veiligheid

Betrekken van naasten

De richtlijn werd goed ontvangen door het beroepsveld, omdat men nu een leidraad had voor zorgvuldig handelen, iets waar men zich aan te houden had. En een duidelijk toetsingskader voor de inspectie. Eind goed al goed dachten we. Maar het werd echter al snel duidelijk dat veel beroepsbeoefenaren in de GGZ niet voldoende waren opgeleid om de richtlijn te kunnen toepassen.

In een poging dit te bevorderen hebben we aan de VU een onderzoek gedaan naar de beste manier van implementatie in het veld, door middel van een Train de Trainer concept, in de zogenaamde PITSTOP studie, het promotieonderzoek van Derek de Beurs.

Teams van hulpverleners uit de GGZ werden getraind door een trainer uit hun midden die getraind werden door ervaren psychologen en psychiaters, zoals Bert van Luijn en Ad Kaasenbrood, ondersteund door een e-learning module. Het betrof een gerandomiseerde studie waarbij de helft van de teams als een controleconditie moesten wachten totdat de experimentele afdelingen getraind waren.

Belangrijkste resultaten: De deelnemende hulpverleners waren erg positief. Eindelijk kregen ze eens wat scholing en konden ze met meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen suïcidale patiënten behandelen. De patiënten van de experimentele afdelingen werden sneller minder suïcidaal dan de patiënten van de controle afdelingen. Deze studie was internationaal de eerste studie waarin op patientniveau werd aangetoond dat betere opleiding direct ten goede kwam aan patiënten. De studie werd gepubliceerd in het British Journal of Psychiatry en kreeg internationaal veel aandacht. In Nederland bleek verder veel behoefte aan deze implementatie / scholing en de PITSTOP training werd op honderden plaatsen aan duizenden hulpverleners gegeven. Een enorm succes. Veel ervaren hulpverleners zijn inmiddels opgeleid tot PITSTOP - trainer die

inzetbaar zijn via 113Zelfmoordpreventie die de organisatie van deze trainingen coördineert.

Maar wat in deze studie opnieuw duidelijk werd was het gebrekkig opleidingsniveau van veel hulpverleners. Vooral verpleegkundigen / SPV ers, hadden nauwelijks scholing genoten. Hun dankbaarheid was groot om op deze wijze hun competentie te kunnen vergroten.

De Multidisciplinaire richtlijn bracht ook de mogelijkheid om achteraf, na een suicide, te toetsen of voldaan was aan de eisen van zorgvuldigheid. De VU, met name Marieke de Groot, heeft hiervan een geautomatiseerde versie ontwikkeld die teams van hulpverleners kunnen invullen na een suicide van een patiënt. Met het oogmerk te leren. Onlangs is dit instrument, het KEHR instrument, gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie, met de GGZ Eindhoven als eerste instelling die hier gebruik van maakte.

### **Anonieme en online Hulpverlening**

Zoals u weet bestaat 113Zelfmoordpreventie nu 10 jaar. In 2008 opgericht door Jan Mokkenstorm, samen met de stichting ex6, met praten-online, met de Ivonne van de Ven Stichting en de VU en GGZinGeest. 113 biedt 24 uur per dag anonieme hulp via chat en telefoon, en crisisinterventie en zelfhulp, en informatie en fora en een website. 113 biedt informatie en onderwijs aan het veld van de hulpverlening, de scholen, het bedrijfsleven en wat al niet meer. 113 verzorgt de PITSTOP-trainingen en de Gatekeeperstraining, ontwikkeld door de VU in samenwerking met Jos de Keijser en Martin Steendam van de GGZ Friesland. Sinds 2013 is 113Zelfmoordpreventie ook de coördinator en uitvoerder van de Landelijke Agenda Suicidepreventie. En doet dat met verve, en met wetenschappelijk onderzoek. Supranet-Care en Supranet-Community zijn geweldige initiatieven om op regionaal en institutioneel niveau partijen tot samenwerking te brengen en hun dienstverlening te verbeteren. Het doet mij veel deugd dat 113 zich zo ontwikkeld heeft tot de motor in suicidepreventie. We zullen daar nog veel van horen. Gezamenlijk met de VU en 113 hebben we een onderzoeksconsortium opgericht, SURE – NET dat toekomstig onderzoek gaat entameren en coördineren.

Daarbij moet ook gememoreerd worden aan de samenwerking met onze Belgische collegae uit Gent van het VLESP en Zelfmoord 1813. Zij hebben de BackUp app ontwikkeld die hier door 113 is vertaald en beschikbaar gesteld. Onze Belgische collegae hebben de online interventie van 113 overgenomen en

in een experimentele studie op effectiviteit getoetst. Ook wat betreft de multidisciplinaire richtlijn is er intensief contact en wederzijdse inspiratie geweest. Ik wil hen daarvoor hartelijk bedanken. De online interventie is inmiddels ook in Australië uitgetest en in Denemarken en in Nederland en Engeland is zelfs een versie voor Turkse migranten ontwikkeld en uitgetest, helaas echter op te weinig beschikbare proefpersonen. Binnenkort komen er ook nog een Franse en Engelstalige Canadese online versie beschikbaar.

### **Zich veilig houden**

Waar het om gaat bij de behandeling van suicidale patiënten is hen te helpen zich veilig te houden tegen de eigen aanvechtingen. Dan gaat het niet alleen maar om depressie, maar er komt een verdieping en versnelling in het suicidale proces met angst, dwang en traumatisering. Onze psychologische modellen houden te weinig rekening met die verdieping. Met psychologische processen die zichzelf versterken. Ik wil daarom vandaag een nieuw model van suïcidaliteit lanceren: het verkeerde raket model. Een metaforisch en atmosferisch model.

Stelt u zich voor dat u bij een reis in Florida een bezoek brengt aan een lanceerplatform op Cape Canaveral, en u kunt een raket betreden voor bezoekers en dat u dan plotseling bemerkt dat u in de verkeerde raket bent gestapt en dat hij meteen daarna wordt gelanceerd. De eerste trap wordt gevoed door depressie en die schiet u tot op grote afstand van de aarde. U wilt helemaal niet in deze raket zitten, het is niet uw raket, maar u zit er wel. En op de een of andere manier reageert deze raket op uw gevoelens van depressie. Hoe meer ongelukkig u bent om deze situatie hoe harder de raketmotor brandt en hoe hoger de baan om de aarde. Maar dan gebeurt er iets dat nog veel bedreigender is, de tweede trap ontbrandt, en die tweede trap wordt gevoed door angst, angst voor de eigen gevoelens en gedachten en angst om de controle te verliezen. En u merkt dat hoe angstiger u wordt voor een onomkeerbare reis naar de Melkweg, hoe sneller de raketmotor gaat branden en hoe hoger de baan om de aarde. Hoe banger u wordt om toe te geven aan uw angst, of hoe meer u geneigd bent om uw angst te vermijden, hoe sneller de raketmotor brandt. U merkt het misschien niet onmiddellijk maar hoog in de ruimte kunt u ook allerlei vreemde dingen gaan denken, zoals bijvoorbeeld dat u eigenlijk toch wel zelf schuldig bent aan deze verkeerde missie. En dat uw naasten op aarde het eigenlijk best goed zonder u zouden kunnen stellen, en dat ze u niet erg zullen missen als u niet meer terug zou komen. Of u ontwikkelt wanen, schuldwaan bijvoorbeeld, vanwege de

gewichtsloosheid. U ziet in die raket een noodknop. Met als tekst: *U moet hier nooit op drukken. Want dan wordt u de ruimte in geschoten.* En hoe angstiger u wordt hoe meer die noodknop u gaat obsederen. U gaat er zelfs van dromen, en u krijgt levendige beelden van hoe u de ruimte in wordt geschoten. Die beelden worden op zich steeds angstiger maar gek genoeg ook troostrijker, want u weet dat als u eenmaal op die knop drukt, dat u dan van alles af bent, en dat u dan geen angst meer hoeft te voelen. Maar u moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken, u moet op die knop drukken, u moet niet op die knop drukken. En die beelden komen maar steeds terug. U kunt er niet meer aan ontsnappen. De binding met moeder aarde wordt steeds vager. En u merkt dat de zuurstof in uw capsule langzaam maar zeker opraakt en u wordt bang dat u binnenkort zult gaan stikken. En het vooruitzicht te zullen gaan stikken maakt u helemaal panisch. Maar voor het zover is heeft u die noodknop nog. Als echt alles tegenzit kunt u altijd nog die noodknop gebruiken, als bescherming tegen het allerergste.

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

Uit een sterk onderzoek van Phil Batterham uit Australië naar de relatie tussen suicide ideatie, suicidepogingen en psychopathologie bleek dat uiteindelijk het niet zozeer de depressieve symptomen waren die onderscheid maakten tussen het al dan niet uitvoeren van suicidepogingen, maar dat het vooral de symptomen van de Obsessief Compulsieve Stoornis en de Post Traumatische Stress Stoornis waren die de doorslag gaven. De tweede trap van onze raket. De boodschap: om de suicidale ontwikkeling te kunnen begrijpen heeft u niet voldoende aan depressie of andere psychopathologische condities, maar moet u ook rekening houden met zichzelf versterkende psychologische processen van groeiende angst, dwang, waanachtige verschijnselen, en trauma, en een afkalvend vermogen weerstand te bieden aan de eigen aanvechtingen om te vermijden en te ontvluchten. En dat is nu precies het terrein waar psychologen goed in zijn.

Om mensen te helpen niet in die tweede raket-fase te komen, of zich veilig te houden als ze in die tweede fase komen, hebben we aan de VU twee nieuwe onderzoeken lopen die ik hier kort wil noemen:

Het eerste nieuwe onderzoek betreft een onderzoek naar de bruikbaarheid en effectiviteit van een mobiele veiligheidsapp, Back – Up, al eerder laten zien, in de GGZ in combinatie met een nieuwe app die dagelijkse schommelingen in de suicidale symptomen registreert en teruggeeft aan patiënt en behandelaar. Het idee is dat hoe beter we in staat zijn van moment to moment de variatie in symptomen te registreren, we beter in staat zijn de patiënt te helpen zich veilig te houden tegen de eigen aanvechtingen. Dit heet Ecological Momentary Assessment. Heleen Riper heeft daar in het symposium vandaag over gesproken. Wouter van Ballegooien en Chani Nuij zijn de uitvoerders van deze studie. Ik verwacht hier veel van. Dit is een wereldwijde primeur als het werkt.

Het tweede nieuwe onderzoek betreft de effectiviteit van Eye Movement Desensitisation (zonder) Reprocessing, d.w.z. met behulp van snelle oogbewegingen als behandeling tegen suicidale intrusies, de indringende repeterende flashforwards over de eigen suicide of de eigen begrafenis. Marcus Huibers heeft hierover gesproken in het symposium eerder vandaag. Marit Sybrandy is hier bij betrokken, samen met Annemiek Huisman, en Jaël van Bentum gaat hierop promoveren. Zoals bekend hebben veel suicidale patiënten last van indringende en angstige intrusies, en die vormen weer extra voeding aan de suicidale aanvechting om aan deze beelden te ontsnappen. Ik verwacht hier veel van. Dit gaat eigenlijk over het presuicidale syndroom van Ringel uit 1953, alleen had hij het toen over suicidale fantasieën. Als hij nu geleefd zou hebben zou hij het niet fantasieën maar intrusies genoemd hebben. Ook dit is een wereldprimeur, als het werkt. Deze behandeloptie is een extensie van het vele goede werk dat trauma onderzoekers en behandelaren in Nederland hebben verricht, zoals Ad De Jongh en Erik Ten Broeke, Marcel van den Hout, en Iris Engelhard.

### **Nogmaals Opleiding**

Ik kom nog een keer terug op de rode draad in mijn betoog: het gebrek aan opleiding. In het bijzonder bij psychologen. U zult het niet geloven, maar psychologen worden maar mondjesmaat opgeleid in suicidepreventie. Waar de overheid tegenwoordig haar verantwoordelijkheid neemt en voorop loopt in suicidepreventie blijven de opleidingen in de psychologie hopeloos achter.

Op grond van de ervaringen opgedaan in onderzoek, en ervaring als klinici en docenten moeten we concluderen dat de meeste psychologen in het academische en postacademische onderwijs onvoldoende zijn opgeleid om professioneel met

suicideproblematiek om te gaan. Dat betekent dat in de praktijk psychologen vaak door schade en schande hun professionaliteit moeten verwerven. Met alle risico's van dien. En door nascholingsactiviteiten. De ervaring leert echter dat nascholingstrajecten lang niet voldoen aan de behoefte. Wel is de ervaring algemeen dat cursisten na het volgen van nascholing verzuchten dat ze dit eigenlijk in de initiële en postacademische opleiding hadden moeten hebben.

Het gaat dan om onvoldoende kennis en vaardigheden in de diagnostiek, gespreksvoering en behandeling, uitmondend in handelingsverlegenheid. Dit leidt er niet zelden toe dat psychologen getraumatiseerd raken bij de suicide van een patiënt, vanuit het besef niet voldoende competent te zijn geweest.

Dit is navrant omdat de kennis wel voorhanden is (in de Multidisciplinaire Richtlijn) en de vaardigheidstrainingen bekend en effectief zijn. Het is vooral navrant omdat de omvang van de problematiek zo enorm groot is. Naar schatting kampt 40% van alle GGZ-patiënten in meer of mindere mate met suicide-ideatie.

Daarom roep ik de opleidingscommissies en hoofdopleiders en de nieuw opgerichte landelijke opleidingsraad op, mede namens de minister van VWS, de Tweede Kamer, het NIP, en vooral mede namens de patiënten, hun naasten en toekomstige nabestaanden, om studenten in het initiële en cursisten in het postacademische onderwijs in de psychologie op te leiden tot een goede uitgangssituatie bij het afstuderen (op gatekeeper niveau) om uit te groeien tot een professioneel niveau, d.w.z. tot het kunnen toepassen van de multidisciplinaire richtlijn na afloop van de BIG opleidingen. En ik vraag de Minister van VWS om opleiding in suicidepreventie verplicht te stellen bij opname in het BIG register. Want het is toch te gek voor woorden dat hulpverleners aan kwetsbare mensen geen EHBS diploma hoeven te hebben.

### **Richtlijn Hulp bij Levensbeëindiging op Verzoek**

Hoe zit het dan met het zelfbeschikkingsrecht, balanssuicides en hulp bij levensbeëindiging op verzoek? Zijn er dan geen situaties denkbaar dat mensen echt kunnen kiezen om eruit te stappen. Uiteraard zijn er omstandigheden waarin mensen langdurig lijden en een pil willen hebben, zoals de pil van Drion. Waarbij mensen zelfstandig en zonder tussenkomst van wat voor dokter dan

ook, vrijelijk over zouden beslissen. Huib Drion was mijn buurman en goede vriend in Leiden, en we hebben hier veel over gediscussieerd. We zouden samen publiceren, maar ik heb me teruggetrokken, want wij waren het fundamenteel oneens. Het was overigens een genoegen om het met Huib oneens te zijn. Ik had en heb sympathie voor het idee van de Pil van Drion, maar niet op het nachtkastje. Ik vind dat er altijd een beoordeling moet plaatsvinden van het lijden van de betrokkene, en dat het onze plicht is mensen te helpen zich veilig te houden wanneer er nog behandelmogelijkheden zijn, en dat we hen moeten behoeden voor beslissingen waar ze later geen spijt meer van kunnen hebben. Huib Drion vond dat oude mensen altijd het recht hebben om er een einde aan te maken, want ze zouden prima in staat zijn om hun levensperspectieven te beoordelen. Hij had niet zoveel kennis van geestelijke problemen en hoe mensen tijdelijk of permanent niet in staat zijn hun belangen te behartigen. Hij bekeek het meer juridisch. Ik vond dat wij mensen veilig moeten houden ook op de momenten dat ze daar zelf niet toe in staat zijn. Ook al zijn ze heel erudiet en zelfvoorzienend. Ook de obstinate oude mannen moeten m.i. goed onderzocht worden op mogelijke depressies.

Dat is uiteraard ook het belangrijkste aspect van de Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychische problemen, die onlangs is herschreven onder leiding van Ceciel Gijsbers van Wijk. Compassie met mensen die langdurig en ondraaglijk lijden zorgt er voor dat in Nederland in schrijnende gevallen hulp bij zelfdoding mogelijk is, op een zorgvuldige en veilige manier. Uiteindelijk komt er een punt waarop doorleven met ondraaglijke klachten voor sommigen niet meer in hun belang is. Dan is dóórleven juist onveilig geworden. Ik ben erg blij met de nieuwe richtlijn en met de mogelijkheid om mensen te helpen zich uit hun lijden te verlossen. En dan niet in gruwelijke eenzaamheid voor de trein, maar in alle rust in aanwezigheid van naasten. Deze optie gaat goed samen met het ideaal van suicidepreventie. Het maakt het behandelaars mogelijk met patiënten te reflecteren over de vraag: ben je echt onbehandelbaar? Kun je het echt niet langer verdragen? Het antwoord hierop is van levensbelang. Beide bewegingen, een waardig einde te vinden en helpen een waardig leven te vinden, gaan goed samen vind ik.

## **Dankwoord**

Dames en heren, ik wil u allen bedanken voor uw aanwezigheid hier en voor de samenwerking die wij hadden. Ik heb met heel veel mensen te maken gehad en

het is mij onmogelijk u allen hier op dit moment persoonlijk te bedanken. Mocht ik u niet noemen dan betekent dat niet dat ik u vergeten ben, maar dat de pedel mij niet toestond over mijn tijd heen te gaan.

Allereerst het College van Bestuur van de VU. Ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen.

Dan de oude getrouwen, mensen waarmee ik ver in de vorige eeuw heb samengewerkt en veel van heb geleerd. Jan van den Bout, medeauteur van onze allereerste publicatie, in Intermediair, in 1978. Wat waren we jong. Michiel Hengeveld, destijds hoofd van de psychiatrisch consultatieve psychiatrie in het AZL in Leiden, dank voor de intensieve samenwerking in onderzoeken naar de opvang en kenmerken van suicidepogers. Maarten van Son, hoofdopleider van postacademische opleidingen en meester van de diplomatie in universitaire verhoudingen. Dank voor je wijze voorbeelden.

Oude en nieuwe collegae van de afdeling Klinische Psychologie. Dank voor uw samenwerking en inzet om van de afdeling een hele goede te maken. Dank ook aan de secretariaatsmedewerkers Marianne Ouwehand, Johan Meester en Sherida Slijngaard.

Collegae met wie ik onderwijs heb verzorgd. Jan Fey, Reinout de Vries en Eco de Geus. Het was mij een genoegen om met jullie onderwijs te verzorgen in de persoonlijkheidspsychologie. Marc Bouwman, Ed Caffin, Julia van Oenen, jullie hebben mij het lesgeven aangenaam gemaakt. Dat geldt ook voor het onderwijs in suicidepreventie.

Ik vond het onderwijs geven leuk en boeiend. Ik had ook altijd leuke studenten. Dank studenten dat jullie mijn onderwijs konden waarderen. Ik vond jullie ook wel heel leuk toen jullie mij in 2010 verkozen tot beste docent van de VU, iets waar ik nog steeds trots op ben. Dank daarvoor.

Misschien niet zo voor de hand liggend, maar ik heb altijd veel genoegen beleefd aan de examencommissie. Dat had er mee te maken dat ik met uiterst gemotiveerde leden te maken had, zoals Sander Los en Huib Looren de Jong, Rutger Meijer, en ondersteunende mensen van het onderwijssecretariaat, die altijd het belang van de studenten vooropstelden, streng doch rechtvaardig.

Pim Cuijpers, Aartjan Beekman, Jan Smit, Filip Smit, jullie waren voor mij geweldige rolmodellen in de begeleiding van promovendi, en in jullie wetenschappelijke ontwikkelingen. Veel dank en waardering daarvoor. Collegae

waarmee ik samen promovendi begeleidde ben ik zeer erkentelijk en dankbaar: René van der Vlist, Riël Vermunt, Wim van den Brink, Gerard Schippers, Cor de Jong, Leo van der Kamp, Keith Hawton, Gerrit van der Wal, Bregje Philipsen, Dorly Deeg, Berno van Meijel, Bauke Koekkoek, Paul Robben, Frans Willem Winkel, Domien Beersma, Armin Schmidtke, Heleen Riper, Marcus Huibers, Marit Sybrandy, Jos de Keijzer, Marieke de Groot en Arnoud Verhoeff. Het was mij een eer en genoegen om met jullie te werken aan de opleiding van promovendi. Veel dank ben ik verschuldigd aan Annemieke van Straten die mij intensief geholpen heeft met de promotiebegeleiding van jong talent, en die in mijn ogen het wetenschappelijk niveau van de promovendi en hun publicaties aanzienlijk heeft doen stijgen. Annemieke: Dank en Hulde.

Ik moet ook de promovendi zelf bedanken. Er is niets meer bevredigend dan een jong (en soms wat ouder) talent te zien opbloeien, en dat is dankbaar werk. Dank aan Marc Cleiren, Eric Blaauw, Ella Arensman, Hendrik Roozen, Monique Renssen (die mij EMDR heeft geleerd), Annemiek Huisman, Cornelis Van Houwelingen, Kees Ruijs, Derek de Beurs, Nienke Kool, Barbara Stringer, Bas Steunenbergh, Bettina Weinacker, Bregje van Spijker en Wessel van Beek.

Op dit moment zijn nog de volgende mensen onderweg naar hun promotie: Jan Mokkenstorm, Ozlem Eylem, Charlotte Muhlmann, Martin Steendam, Chani Nuij en Jaël van Bentum.

Veel eer heb ik ontleend aan het lidmaatschap van de richtlijncommissie Diagnostiek en Behandeling van Suicidaal Gedrag. Ik wil mijn collegae uit deze commissie hartelijk danken voor de samenwerking. Dat geldt ook voor de collegae uit de richtlijncommissie Hulp bij levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met psychische klachten.

Vandaag neem ik ook afscheid van de Postdoctorale Opleiding tot beroepen in de GGZ in Amsterdam, waar ik de laatste jaren voorzitter van het bestuur mocht zijn. Ik heb dat met veel plezier gedaan, en ik ben heel blij dat ik met heel aardige en heel professionele mensen heb mogen samenwerken: Marieke van Dam, Lies Ruiten, Arnoud Arntz, Angelique van Wees, Jose Hoogenboom, Esther Jacobs, en nog veel meer: Hoofdopleiders, leden van het bestuur: ik zeg u allen dank voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik neem vandaag ook afscheid van 113Zelfmoordpreventie, waar ik 10 jaar in het bestuur heb gezeten. Wat hebben we veel meegemaakt en wat hebben we veel bereikt. Een compliment aan ons allen. Dank aan Leo Wijnbelt, Age Niels

Holstein, Jan Mokkenstorm, Rob van der Schoot, Hessel Falkena, Chantal Laurent, Lucy Stut, Femma Pais, Jacqueline den Hollander, Henni van Nieuwburg, en de leden van de Raad van Toezicht: Ans Withaar, Nico de Fauw, Hans de Goeij, Martin Diemer, Teetse Holtrop, en Menso Westerouen van Meeteren.

Ik neem ook afscheid van de werkgroep suicidepreventie van de GGD Amsterdam. Lyna Polikar en getrouwen. Dank. Ga zo door. Jullie doen goed werk.

Speciale dank gaat uit naar speciale vrouwen die een belangrijke rol hebben gespeeld in het dossier suicidepreventie: Mady Samuels en Gonne Kelder van het Ministerie van VWS. Jullie hebben er voor gezorgd dat de overheid zijn verantwoordelijkheid heeft genomen. Nooit heb ik de indruk gehad dat jullie volgzame ambtenaren waren. Integendeel, ik merkte ook bij jullie een passie voor het dossier suicidepreventie, een gedeeld ideaal en een geweldige inzet. Dank daarvoor. Maar ook Julia van Os, programmaleider suicidepreventie bij ZONMW had een grote invloed op het wetenschappelijk onderzoek in Nederland. Achter de schermen is jouw rol van doorslaggevend belang geweest in het verbeteren van de empirische basis van suicidepreventie. Streng doch rechtvaardig. Dank daarvoor.

Mijn dank gaat ook uit naar de Ivonne van de Ven Stichting. Age Niels Holstein, Ida Bontius en Menno van Leeuwen bewaken de voortgang in suicidepreventie en gelden als het nabestaanden geweten van hulpverleners en van het ministerie van VWS. Hun invloed is groot geweest, en is dat nog steeds. Dank daarvoor.

Ik ben dank verschuldigd aan veel collegae die mij met veel inzet geholpen hebben, ik noem hierbij met name Annemiek Huisman, die als reddende engel moeizaam verlopend onderzoek heeft gered. Marieke de Groot en Remco de Winter die als gastmedewerker veel werk hebben verzet, Renske Gilissen en Jan Hoogenboezem, van het CBS en 113. Dank voor jullie hulp en inzet. Tobi Graafsma, Lisette Bijker, Wilma Duist, Magda Boere-Boonekamp, Onno Sijperda, jullie werk heeft nu een goed vervolg gekregen in het onderzoek bij 113. Jan Meerdinkveldboom en Ineke Rood, veel dank dat ik met jullie mee mocht schrijven. Diana van Bergen en Theo van Rijnsoever. Veel dank voor jullie collegiale betrokkenheid.

With kindness and respect I sincerely thank Brian Mishara who in many ways was a mentor and a source of wisdom to me. Thanks Brian.

Als laatste wil ik mijn grote dank betuigen aan collega Bert van Luijn die mij voortdurend inspireerde om suicides te begrijpen. Mijn dank voor alle jaren klinische en wetenschappelijke inspiratie, vriendschap, onderwijs en boeken. We hebben samen gevochten voor een betere suicidepreventie, en daarbij het nodige bereikt. Veel dank.

Marjan en Camilla en Juliette. Dank voor jullie meeleven, dank voor jullie bereidheid mij mijn verstrooidheid te vergeven. Verontschuldiging voor alle uren dat ik in de wetenschap was. Ik hou van jullie. Marjan, jouw ondersteuning was fantastisch. Dank daarvoor.

## Referenties

Batterham, P.J., Calear, A.L., Christensen, H., Carragher, N., Sunderland, M. (2017). Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide and Life threatening Behaviour*, 48, 5, 512-521.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12379>

Bentum J. van, Sijbrandij, M., Huibers, M.J.H., Huisman, A., Arntz, A., Holmes, E.A., & Kerkhof, A.J.F.M. (2017). Treatment of intrusive suicidal imagery using eye movements. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 714, doi:10.3390/ijerph14070714

Beurs, D.P. de, Groot, M.H. de, Keijser, J.de, Duijn, E. van, Winter, R.F.P. de & Kerkhof, A.J.F.M. (2016). Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. *British Journal of Psychiatry*. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156208

Bool, M. (Red.).(2007). Verminderen van Suicidaliteit. Actualisering van het Advies Inzake Suicide van de Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos Instituut.

Dekker, W.P.H., Vergouwen, A.C.M., Buster, M.C.A., & Honig, A. (2017). Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry*, 17:332 DOI 10.1186/s12888-017-1491-z.

Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, Janssen, W.C., & Beek, J. van der (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of images about 'flashforwards'. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 442-447.

Gezondheidsraad (1986). *Advies inzake Suicide*. Den Haag: Gezondheidsraad.  
Groot Kehr.

Hengeveld, M.W., Kerkhof, A.J.F.M., & Van Roojen, E. (1992). Opvang van suicidepogers in algemene ziekenhuizen. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde*, 136, 8, 376-381.

Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B. Boven C. van, Hummelen, J.W., Groot, M. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A., Glind, G. van de (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag* (NVP, NIP, en V&VN). Utrecht: De Tijdstroom (322 pp).

Hoeymans, N., & Schoemaker, C.G. (2010). *De ziektelast van suicide en suicidepogingen*. Bilthoven: RIVM rapport 270342001

Van den Hout, M.; Engelhard, I. How does EMDR work? *J. Exp. Psychopathol.* **2012**, 3, 724–738.

Houwelingen, C.A,J, van (2011). *Studies into Train Suicide*. Academisch proefschrift Vrije Universiteit. ISBN 978-90-5335-383-7.

Ivonne van de Ven Stichting (2002). *Nationaal Actieplan Suicidepreventie*.

Joiner, T.E. *Why People Die by Suicide*; Harvard University Press: Cambridge, MA, USA, 2005.

Jongh, A. & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Pearson

Kapur, N., Ibrahim, S., While, D., Baird, A., Rodway, A., Hunt, I.M., Windfuhr, K., Moreton, A., Shaw, J., & Appleby, L. (2016). Mental health service changes, organizational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before and after study. *The Lancet Psychiatry*, doi: 10.1016/S2215-0366(16)30023-2

Kerkhof, A.J.F.M. (1985). *Suicide en de Geestelijke Gezondheidszorg*. Academisch proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, Lisse: Swets & Zeitlinger

Kerkhof, A.J.F.M. (2003). Railway Suicide: Who is responsible? *Crisis*, 24, 2, 47-48.

Kerkhof, A.J.F.M. (2005). Suicide prevention discussed at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. (Editorial). *Crisis, the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 26, 2, 51-52.

Kerkhof, A.J.F.M. (2015). *Onderzoeksagenda Suicidepreventie ZonMw 2016-2020*. Den Haag: ZonMw.

Mérelle, S.Y.M., Boerema, I., Linden, C. van der, Gilissen, R. (2018). Knelpunten in SEH zorg voor suicidepogers. *Ned. Tijdschr. Geneeskunde* ([www.ntgv.nl](http://www.ntgv.nl) 13-07-2018).

Nuij, C., Ballegooijen, W. van, Ruwaard, J., Beurs, D. de, Mokkenstorm, J., Duijn, E. van, & Kerkhof, A.J.F.M. (2018). Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interventions*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.04.005>

Ringel, E. (1976) 'The Presuicidal Syndrome', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6 (3), pp. 131–149. doi: 10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x.

Schippers, E. (2014). Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer over Preventief Gezondheidsbeleid: De Landelijke Agenda Suicidepreventie (20 januari 2014, 32793 nr 113).

Schouten, M., & Kerkhof, A.J.F.M. (1991). How to deal with suicide attempters and their relatives. A course for intensive care nurses. *Italian Journal of Suicidology*, 1, 83-88.

Spijker, B.A.J. van, Straten, A. van, Kerkhof, A.J.,F.M., Hoeymans, N., & Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 134, 341-347. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.020.

Spijker, B. A. J. van, Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): community-based validation study of a new scale for the

measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 408–419. <https://doi.org/10.1111/sltb.12084>

Spijker, B. A. J. van, Majo, M. C., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2012). Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), e141. <https://doi.org/10.2196/jmir.1966>

Spijker, B. A. J. van, van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 9, e90118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090118>

Spijker, B. A. J. van, Werner-Seidler, A., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Callear, A. L., Gosling, J. A., & Christensen, H. (2018). Effectiveness of a web-based self-help program for suicidal thinking in an Australian community sample: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.8595>

Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: a Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.

Verwey, B. (2007) Don't Forget. Contributions to the assessment and management of suicide attempters in the general hospital. Academisch Proefschrift Universiteit Leiden. ISBN 978 9021 368 2

VWS: Discussienota (1989) n.a.v. het Advies inzake Suicide van de Gezondheidsraad uit 1986. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (BD-89-4).