

OVER WARMTE EN MEDICIJNEN



DEBAT OVER PREVENTIE VAN ZELFDODING

Om de discussie over het voorkomen van zelfdoding te stimuleren, kregen vier experts één van bovenstaande stellingen in de schoot geworpen. Op initiatief van VSO-Gezondheid en in samenwerking met ALERT debatteerden zij daarover met een tachtigtal mede-experten uit diverse welzijns- en gezondheidssectoren.

WIE ZICH VERBONDEN VOELT, STAPT NIET UIT HET LEVEN

Ingeleid door Jan Bal, Steunpunt Jeugd.

Op vraag van

Onderzoek toont aan dat de omgeving waarin iemand opgroeit zijn ontwikkelingskansen sterk bepaalt. 'Er bij horen' is belangrijk. Hoe ziet die verbondenheid er vandaag uit? 'Drie goede vrienden en 1 leuke hobby is al wat ik nodig heb', aldus een 13-jarige allochtone jongere in een Antwerpse jeugdwerking. Die uitspraak bevestigt het belang van vriendschap. Niet toevallig is die vriendschap ook de kracht van talrijke jeugdwerkingen. Samen plezier maken met respect voor elkaar is daarbij het uitgangspunt. Vriendschap wordt niet ingeschakeld als een therapeutisch instrument maar wel als een noodzakelijke voorwaarde om je goed te kunnen voelen in je vel. Vanuit die ontmoetingsplek waar jonge mensen verbondenheid ervaren, ontdekken ze ook beter hun eigen plaats in de buurt, de moskee, thuis of op school.

Wat dan met de vele jongeren die dit jeugdwerk niet kennen? Moeten zij zich om preventieve redenen aansluiten bij Chiro of Scouts? Dat zou een hele overrompeling worden want vandaag is slechts een kwart van alle jongeren actief lid van één of andere jeugdvereniging. Misschien kunnen heel wat jongeren die zich niet engageren binnen een jeugdvereniging minder makkelijk drie vrienden en één

leuke hobby vinden en behouden. Maar eigenlijk weten we dat niet. Door zich te sterk te focussen op de aanbodzijde, weten we onvoldoende welk jeugdwerk- of vrijetijdsbeleid kinderen en jongeren zelf willen. Gebrek aan participatie is dus een belangrijke inbreuk op verbondenheid en betrokkenheid. Of anders gesteld: lokale inspraak is een belangrijk instrument voor een jeugdwerk- of vrijetijdsbeleid op maat van de jongeren zelf. Daaruit zou wel eens kunnen blijken dat we onze traditionele kijk op vrije tijd dringend moeten afwerpen. Uitspraken dat het verenigingsleven uitsterft kloppen niet: jongeren hebben en grijpen meer ontmoetingskansen dan ooit, zij het vanuit nieuwe kaders. Voor de preventie van zelfdoding is dat een hoopgevende vaststelling.

Samen sterk

Jeugdwerkbeleid kan dus in belangrijke mate bijdragen aan sociale cohesie of verbondenheid. Maar dit mag geen monopolie van het jeugdwerk worden. Integendeel. Er moet rekening gehouden worden met de hele leefwereld van kinderen en jongeren. Wie succesvol wil werken met kinderen en jongeren, moet geïntegreerd werken. Samenwerking tussen jeugdwerk, onderwijs en welzijn zijn broodnodig. Ontmoeting, zelfkennis en zin voor initiatief moeten op deze drie terreinen gemeengoed worden. Jongeren geven dan niet alleen hun vrije tijd mee(r) vorm. Ze worden zelf in staat gesteld om de krijtlijnen van hun omgeving mee uit te tekenen. En dat versterkt de preventieve kracht van verbondenheid.

Maar kan dit mooie idee ook gerealiseerd worden? De time-out projecten bijvoorbeeld geven aan dat het kan. In die projecten werken onderwijs, welzijn en jeugdwerk samen om een antwoord te bieden aan jongeren die het erg moeilijk hebben op de schoolbanken. Ook in een ruimer verband werkten de ministers van onderwijs, welzijn en cultuur samen aan een basistekst rond de 'brede school'. Goede eerste ervaringen dus, die zeker niet losgelaten mogen worden.

Jeugdwerk als preventie?

Het jeugdwerk werkt dus rond verbondenheid en is daardoor medespeler in de preventie van zelfdoding. Maar bij die relatie moeten toch ook kanttekeningen geplaatst worden. Wil het jeugdwerk vooral dat jongeren zich amuseren? Of kiest het toch voor een daling van de zelfdodingscijfers onder jongeren? Of wil het jeugdwerk beiden? Jeugdwerkorganisaties zijn verplicht om beleidsplannen te schrijven waarin ze de missie en visie van hun werking duidelijk maken. Daar

kunnen we antwoorden vinden op de vraag of het jeugdwerk zich voor de kar van preventie laat spannen. Dan blijkt dat het jeugdwerk veel meer beoogt dan 'alleen maar' jongeren laten spelen. Mee bouwen aan een opvoedingsondersteunende context of aan de preventie van zelfdoding horen daar ook bij.

Belangrijk is wel dat dergelijke engagementen niet de bestaansredenen van het jeugdwerk zijn. Het jeugdwerk kiest om te werken aan verbondenheid. En dat heeft preventieve effecten. Het zou tegenstrijdig zijn om een pleidooi te voeren voor verbondenheid tussen mensen en hun omgeving en tegelijkertijd op niveau van organisaties heil te verwachten van geïsoleerde activiteiten en sectoren die elk de eigen doelstelling trachten te realiseren. Ook hier zal je samen in staat moeten zijn om te omschrijven wat je samen wil oplossen, met respect voor de eigenheid van elke actor. Daarbij zal je dan ook moeten afrekenen met het feit dat zowel 'specialisten' als 'leken' samen aan hetzelfde zeel moeten trekken. Want de problematiek van zelfdoding is van oudsher voer voor artsen en psychologen. Vanaf het moment dat je de weg van 'vermaatschappelijking' inslaat, moet je samen op een begrijpelijke manier over dezelfde problematiek kunnen praten. Dat is nog niet evident.

LAAGDREMPELIGE HULPVERLENING VOORKOMT ZELFDODING

Ingeleid door Annik Vander Steene, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Waar beginnen?

Mensen praten niet snel over hun gedachten rond zelfdoding. In de eerstelijns hulp bijvoorbeeld komt dit thema pas aan bod wanneer vragen gesteld worden rond relatiemoeilijkheden, intrafamiliaal geweld, woonproblematiek, werkloosheid,... Niet iedereen met vragen en twijfels denkt aan zelfdoding, maar wel degenen die af te rekenen hebben met een onophoudende opeenstapeling van vragen en twijfels. In die zin ontmoet de eerstelijnszorg vaak mensen die aan het begin van een suïcidaal proces staan. Die vaststelling zet de keuze om de preventie van zelfdoding op te bouwen vanuit geestelijke gezondheid op losse schroeven. In eerste instantie heeft de preventie van zelfdoding alles met welzijn te maken, eerder dan met geestelijke gezondheid. In het debat rond de preventie van zelfdoding komt die welzijnsdimensie te weinig aan bod.

Het is dan ook logisch dat preventieve initiatieven éénzijdig georiënteerd zijn. Vaak richten ze zich op mensen die al op het einde van een suïcidaalproces zitten of al een poging ondernomen hebben. Ook die mensen verdienen de nodige aandacht en zorg, maar dat mag niet ten koste gaan van een andere groep. Een overheid die wil investeren in het voorkomen van zelfdoding, moet investeren in een heel ruime risicogroep. Wie in een vroeg stadium wil tussenkomen, moet werken met mensen die af te rekenen hebben met verschillende tegenslagen waarin ze stilaan geen uitweg meer zien.

Algemeen welzijnswerk goed geplaatst

Indien de welzijnsdimensie in the picture geplaatst wordt, dan moet de welzijnssector ook klaar staan om de preventie van zelfdoding mee in vullen. De eerstelijnszorg van het algemeen welzijnswerk hoeft op dat vlak niets te vrezen. Haar aanbod vertrekt vanuit principes die naadloos aansluiten bij de behoeften van deze preventie. Zo staat in die eerstelijnszorg dialoog centraal. Dat is het instrument bij uitstek om samen met de cliënt de juiste vragen naar boven te laten komen. Want zoals al gezegd, blijven in een gesprek zelfdodingsgedachten vaak lang verborgen.

Indien cliënt(en) en hulpverlener dan samen aan de slag gaan om vragen te beantwoorden, dan blijkt het inderdaad op vlak van verbondenheid mis te zitten. Wie denkt aan zelfdoding heeft veelal de verbinding met zichzelf en de omgeving verbroken. Vanuit de eerstelijnszorg wordt gezocht hoe die verbondenheid hersteld kan worden, bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe vriendschapsbanden of andere netwerken. Belangrijk daarbij is dat een ondersteuning op de eerste lijn nooit in de plaats zal treden van de cliënt. Die ondersteuning vertrekt vanuit een 'krachtenmodel' dat gelooft in de mogelijkheden van de cliënt om breuken zelf te herstellen.

Welzijn ontmoet gezondheid

Hoewel het welzijnswerk sterker betrokken wil worden in het debat rond zelfdoding, zijn er geen redenen om het alleenrecht op te eisen. Samenwerking blijft de boodschap. Het algemeen welzijnswerk staat sterk in de ondersteuning van een heel ruime risicogroep die de eerste stap gezet heeft in de richting van een suïcidaal proces. Vanaf het moment dat het risico concreter wordt, wordt de expertise van de eerstelijnszorg beperkter en wordt samenwerking noodzakelijk.

En daar knelt het schoentje. Want de samenwerking met huisartsen, geestelijke gezondheidszorg of ziekenhuizen is nog altijd het zwakke broertje. Hier en daar zijn er wel goede initiatieven maar het blijft zoeken naar een meer algemene gecoördineerde aanpak tussen de verschillende sectoren. Slechts door netwerken te weven, kunnen we afrekenen met situaties waarin problemen escaleren omdat geen hulp geboden wordt. Wachtlijsten werkt men niet alleen weg door capaciteitsuitbreidingen in de gespecialiseerde zorg, maar ook door een netwerkvorming met alle betrokken actoren.

Informatie delen

Talrijke getuigenissen bevestigen dat die samenwerking er ofwel niet is, ofwel niet van een leien dakje loopt. Iedereen wil iets anders met zijn cliënt bereiken en stipelt daar telkens een andere weg voor uit. Mankementen in samenwerking hebben ook te maken met de bescherming van het eigen werkterrein, bijvoorbeeld door informatie niet te delen. Psychiaters willen informatie over hun patiënten nog wel doorgeven aan de huisarts. En dan nog: zelfs binnen de gezondheidszorg bestaan op dat vlak heel wat fricties. Als ook een Centrum Algemeen Welzijnswerk in functie van haar begeleiding cliëntgebonden informatie wil krijgen, dan is de kans op succes eerder gering. Vooral de cliënt is daar de dupe van.

Vandaag worden in de vorm van casemanagers of zorgcoördinatoren met wisselend succes pogingen ondernomen om hierin verandering te brengen. Want als een cliënt doorgestuurd wordt van de ene welzijnswerker naar de andere gezondheidswerker, dan is de kans groot dat hij het spoor bijster raakt. Getuigenissen bevestigen dat deze managers en coördinatoren vooral moeten afrekenen met territoriumstrijd en wederzijdse stereotypes. Toch moeten deze initiatieven verdergezet worden omdat ze belangrijke instrumenten zijn om de cliënt meer centraal te stellen. De overheid zal haar steentje moeten bijdragen, onder andere door ervoor te zorgen dat ook personen die zich in een suïcidaal proces bevinden, kunnen genieten van zorgcoördinatie.

HUISARTSEN MOETEN RISICOPATIËNTEN MEER ACTIEF OPVOLGEN

Ingeleid door Leo Pas, huisarts.

Een moeilijke job

De stelling dat huisartsen meer actief initiatief moeten nemen om risicopatiënten op te volgen, brengt heel wat vragen met zich mee. De huisarts ligt dan zelf aan de basis om meer consultaties en dus inkomen te genereren. Kan dat wel? Vinden patiënten huisartsen wel deskundig genoeg om dergelijke problematieken op te volgen? Kunnen en willen huisartsen daar voldoende tijd voor vrijmaken? Kunnen zij daarbij terugvallen op ondersteuning en samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg of het welzijnswerk?

Hoedanook moet de huisarts het initiatief nemen om te spreken en te luisteren met personen die problemen ervaren. Zijn plaats in de preventieve aanpak van zelfdoding is vergelijkbaar met de positie van het algemeen welzijnswerk. Sommige patiënten starten hun gesprek met klachten over hoofdpijn en vermoeidheid en eindigen bij gedachten aan zelfdoding. Net zoals de welzijnswerker moet ook de huisarts het thema zelfdoding introduceren omdat patiënten er zelf moeilijk over durven spreken. Die taak van de huisarts kan vanzelfsprekend lijken, maar in de praktijk loopt dat vaak anders. Want in tegenstelling tot de principes van het algemeen welzijnswerk, biedt het medisch model waarin de huisarts werkt niet de beste ondersteuning voor een vruchtbare inschakeling in de preventie van zelfdoding. Huisartsen hebben het moeilijk om initiatief te nemen omdat zij getraind zijn om te reageren op de vraag van een cliënt. Daarom moeten huisartsen overschakelen naar een meer pro-actieve aanpak waarbij aan een hele grote groep van mensen vragen gesteld worden rond zelfdoding. Bovendien heeft die gezondheidswerker geleerd dat elke vraag een antwoord heeft. Maar zelfdoding kan niet éénduidig beantwoord worden, misschien is zelfdoding wel een oplossing voor een onoplosbare situatie. De huisarts zal moeten leren om ook dat te bespreken met de patiënt.

Ken je vak

Voor deskundigheidsbevordering ligt er dus een hele weg open. Huisartsen moeten getraind worden om 'gedurfde' vragen te stellen en de situatie met de cliënt te exploreren. Zij moeten samen tot een advies komen rond de te volgen aanpak. In

dat ganse aanbod moet de huisarts zijn cliënt niet alleen wijzen op het eigen aanbod maar ook op de mogelijkheden van andere sectoren. Zo stap je samen met de cliënt in de samenwerking en kan je bijvoorbeeld met zijn instemming informatie delen met anderen. In dat netwerk moet vooral zonneklaar zijn wie, wat en wanneer iets doet. Specifiek voor de huisarts is zijn lage drempel, hij komt zelfs tot bij de mensen thuis. Vanuit die positie beschikt hij over informatie die andere zorgverstrekkers niet hebben. Maar die positie heeft ook een keerzijde. Zo kan het vooral voor de huisarts gevoelig liggen om gedachten rond zelfdoding te bespreken met andere gezinsleden. Een reden te meer om daarrond met de cliënt de juiste afspraken te maken. En die opdracht geldt niet alleen voor de huisarts. Zelfdoding op een professionele manier bespreekbaar maken, is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle andere partners in de gezondheids- en welzijnzorg.

De initiatiefplicht mag niet beschouwd worden als een taak die altijd en uitsluitend voor de huisarts is weggelegd. Veeleer moet de plicht om problemen bespreekbaar te maken en op te volgen, vervangen worden door overlegmodel waarin duidelijk wordt wie in de gegeven omstandigheden daartoe de geknipte persoon is. Zover zijn we nog niet. Als suïcidale patiënten opgenomen worden in een instelling dan heeft de huisarts daar veelal geen weet van. Op dat moment worden de banden met de huisarts doorgeknipt. Er vallen dan ook veel kortsluitingen te verwachten bij een nazorg die georganiseerd wordt vanuit de huisarts. Want waarom zou iemand die lange tijd op geen enkele manier bij de hulpverlening betrokken is, plots initiatief moeten nemen voor contactname en nazorg? Bij gebrek aan beter worden dan vanuit de geestelijke gezondheidszorg psychiatrisch verpleegkundigen op pad gestuurd. Dat is een verkeerd model want het lost het probleem van gebrek aan communicatie en coördinatie niet op.

MEER MEDICATIE IS GEEN BETERE PREVENTIE

Ingeleid door Ludo De Laet, psychiater.

Taboe doorbreken

Als mensen bij een psychiater komen, zijn de problemen al meer uitgesproken. Een depressie is aanwezig of een zelfdodingspoging al achter de rug. De eerste uitdaging is dan om contact te krijgen met iemand die er op een bepaald moment niet meer wil zijn. Dat is een lang proces van vallen en opstaan, van moeilijke ervaringen

bespreekbaar stellen. Eens dat lukt, is ook hier de vraag 'hoe kunnen we samen verder?'. Je volgt het spoor van de cliënt en tracht een weg te vinden waarop hij verder kan. Opnieuw contacten kunnen leggen is daarbij belangrijk, onder andere door met anderen te praten over de zelfdodingsproblematiek en de achterliggende problemen. Voor de cliënt is dat meteen al een moeilijke opdracht want in onze samenleving bestaat een heel groot taboe rond zelfdoding. Mensen zijn er bang van en praten er niet graag over. Die muur riskeert de cliënt nog in verder isolement te duwen.

Die reactie vanuit de gemeenschap valt natuurlijk ook te begrijpen. Zelfmoord bespreekbaar maken, weegt op een gemeenschap. Het doet pijn als een geliefde je komt vertellen dat het leven geen waarde meer heeft. Het taboe rond zelfdoding zal dus niet doorbroken kunnen worden zonder ook de omgeving te ondersteunen. Dat zal niet lukken zolang we dood en ziekte opzij blijven schuiven. Daar ligt de sleutel want een begripvolle omgeving is veel krachtiger dan een luisterend psychiater. Als dit taboe doorbroken wordt, vinden mensen in hun gemeenschap een bodem om over hun problematiek te praten. Hulpverleners krijgen dan meer ruimte om met die mensen te werken die het het meeste nodig hebben.

Verantwoorde medicatie

Medicatie kan een hulpmiddel zijn om met cliënten nieuwe wegen en openingen te ontdekken. Medicatie zal nooit de enige oplossing zijn voor complexe problemen van mensen. Het is steeds maar een deeltje van de oplossing, ter ondersteuning van een goede communicatie. Want medicatie kan ook een keerzijde hebben en problemen toedekken in plaats van bespreekbaar stellen. Enkel een gericht en doordacht medicatiegebruik zal dus het aantal zelfdodingen doen dalen. Maar medicatiegebruik zal niet dalen door problemen meer en beter te bespreken of het taboe te doorbreken. Integendeel. Door het bespreekbaar te maken, zou de behoefte aan medicatie wel eens groter kunnen worden.

Overdreven en onverantwoord voorschrijfgedrag moet bekeken worden in een context van tijdsdruk. Medicatie is een handig middel om een complex en tijdrovend probleem snel op te lossen. Een betere samenwerking en doorverwijzing zou gezonder zijn. Ook de psychiater kan daarin het voortouw nemen door de opvolging van bepaalde ondersteuningsaspecten over te dragen aan bijvoorbeeld de huisarts. Zoals al gezegd zal iemand daarin een coördinerende rol moeten

opnemen. Dat kan de psychiater zelf zijn, al steekt -weerom- de factor 'tijd' daar stokken in de wielen. Want terwijl de psychiater vergadert en overlegt, heeft hij zowat drie mensen niet geholpen om opnieuw hun weg te vinden.

TIJD OM TE LUISTEREN

Een getuigenis van Sonja Ottoy, nabestaande.

Ik spreek hier uit mijn ervaring als moeder na de zelfdoding van mijn dochter. Depressie en zelfdoding zijn voor mij altijd grote onbekenden geweest. Iets dat alleen maar in andere gezinnen kon voorkomen. Als je echt wil, kan je de strijd tegen een depressie winnen. Dacht ik toch. Nu weet ik wel beter. Want plots kwam dat moment waarop mijn dochter zei 'mama, ik voel mij hier niet gelukkig'. Een prille twintiger die alles heeft en je toch komt vertellen dat ze niet gelukkig is, dat kan toch niet? Je zet dan een eerste stap naar de huisarts maar zoals al gezegd zit zijn wachttzaal té vol om de nodige tijd te investeren. Dus verwijst hij door naar de psychiater. Maar ook die heeft niet zoveel tijd om te luisteren. Nochtans had mijn dochter op dat moment een geduldig luisterend oor broodnodig. In de plaats kregen we medicatie. Precies omdat die wereld zo onbekend is, ben je afhankelijk en kwetsbaar.

Op het moment dat ik dacht dat alles weer wat beter ging, kwam een eerste zelfdodingspoging als een donderslag bij heldere hemel. Er volgde een opname op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Na een kortstondig verblijf, ervaarden we inderdaad een gebrek aan samenwerking en nazorg. Wij kwamen thuis aan met een pakje medicatie en dat was het dan. Mogelijk werd de huisarts via een verslagje wel op de hoogte gebracht, maar er was alleszins geen contact met ons. Misschien zou plicht tot contactname toch best tot zijn takenpakket behoren. Want er was niemand terwijl ik het beklemmende gevoel had het zelf niet aan te kunnen. In de omgang met mijn dochter greep ik nu eens naar de fluwelen handschoenen, dan weer naar de harde aanpak. Maar niets hielp. Van een Centrum Algemeen Welzijnswerk of een Dienst Geestelijke Gezondheidszorg had ik nooit gehoord. Daar sta je dan alleen met veel onbeantwoorde vragen en twijfels.

Via via ben ik dan toch in een Centrum Algemeen Welzijnswerk terechtgekomen. Mijn dochter is daar drie jaar lang op gesprek geweest. Ik ga ervan uit dat het een goede therapeute was en de gesprekken zinvol waren. Maar misschien was

dat ook niet het geval, ik weet dat gewoon niet. De therapeute stelde vast dat er weinig veranderde in de situatie van mijn dochter. Op het moment dat zij dit ook duidelijk maakte aan ons, pleegde mijn dochter zelfdoding. De vraag blijft open waarom toen niet doorverwezen werd naar meer gespecialiseerde ondersteuning.

Nu ben ik mij ervan bewust dat een betere ondersteuning en samenwerking de zelfdoding waarschijnlijk niet hadden kunnen voorkomen. Voor haar was leven hier op aarde niet meer mogelijk. Haar psychisch lijden was zo groot dat ze niet verder kon. Alle problemen nam zij mee in haar rugzakje en daar is zij onder bezweken. Nu probeer ik dat te begrijpen. Mensen zien en herkennen lichamelijke pijn en kunnen dan ook beter helpen. Maar psychisch lijden is minder zichtbaar en herkenbaar. Daar wordt dus ook minder naar geluisterd. Begrijpen is één, maar aanvaarden is twee.

Jan Bal is stafmedewerker van het Steunpunt Jeugd, Annik Vander Steene is stafmedewerker van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Leo Pas is huisarts en bestuurslid van Domus Medica, Ludo De Laet is psychiater bij CGG Passant en Sonja Ottoy is nabestaande en de drijvende kracht achter gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding.

*Ludo Fret modereerde als hoofdredacteur van ALERT het debat.
Reageren kan op zijn e-mailadres (ludo.fret@pow.be).*