

RUIMTE IN AUTONOMIE EN NABIJHEID

Inventarisatie van laagdrempelige zorg, hulp, begeleiding en ondersteuning voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens.

Lizanne Schweren ¹

Maartje Hoogsteyns ²

December 2023

¹ 113 Zelfmoordpreventie

² Amsterdam UMC, afdeling Ethiek, Recht en Humaniora

In opdracht van het Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inhoudsopgave

	<u>Pagina</u>
Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Onderzoeksmethode	8
3. Resultaten	10
3.1 Inventarisatie en interviews	10
3.2 Kenmerken van initiatieven	11
3.3 Het 'landschap' van initiatieven	12
3.4 Terugkerende thema's	25
4. Bespreking	27
4.1 Het bestaande hulpaanbod	27
4.2 Mogelijkheden voor verbetering van het bestaande hulpaanbod	28
4.3 Kansrijke scenario's voor uitbreiding van het hulpaanbod	30
4.4 Alternatieve scenario's voor uitbreiding van het hulpaanbod	32
4.5 Overwegingen aangaande alle scenario's	33
4.6 Beperkingen van het huidige onderzoek	34
4.7 Vervolgstappen	35
5. Conclusies	37
6. Literatuurverwijzingen	38
7. Dankwoord	38
Bijlage 1: Onderzoeksmethode (uitgebreid)	39
Bijlage 2: Interviewschema	41
Bijlage 3: Scoringsinstrument	42
Bijlage 4: Kenmerken en scores per initiatief	44
Bijlage 5: Samenstelling en rol van de klankbordgroep	45
Bijlage 6: Inge vulde fiches per aanbieder en initiatief	46

Samenvatting

Inleiding

De groep mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens ervaart behoefte serieus genomen te worden in hun doodswens. In België is positieve ervaring opgedaan met Reakiro: een particulier inloophuis waar mensen in gesprek kunnen met hulpverleners, ervaringsdeskundigen en lotgenoten over hun aanhoudende en soms ambivalente doodswensen, (chronisch) suïcidale gedachten en/of over euthanasievraagstukken. Het is onduidelijk of in Nederland vergelijkbare initiatieven bestaan die tegelijkertijd expertise bieden op het gebied van doodswensen bij ernstig psychisch lijden, ruimte geven aan het open gesprek daarover, én laagdrempelig zijn.

Het huidige onderzoek

In het huidige onderzoek werd in kaart gebracht hoe het brede aanbod van laagdrempelige hulp, zorg, begeleiding en ondersteuning (hierna: ondersteuning) voor mensen die psychisch lijden en kampen met een aanhoudende doodswens en/of euthanasiewens er in Nederland op dit moment uitziet, en welke mogelijkheden er in dit veld gezien worden voor verbetering of uitbreiding. Hiertoe werd een inventarisatie verricht en werden interviews afgenomen met aanbieders en initiatiefnemers.

Belangrijkste bevindingen

1. Een laagdrempelige vorm van ondersteuning, specifiek gericht op mensen die psychisch lijden en kampen met een aanhoudende doodswens, en die als doel heeft het voeren van een open gesprek over de doodswens waarbij alle mogelijke uitkomsten expliciet als even acceptabel worden gezien, is niet gevonden. **Een aanbod zoals het Vlaamse Reakiro werd in Nederland niet gevonden.**
2. We identificeerden **vijf contexten** waarbinnen ondersteuning geboden wordt aan mensen die psychisch lijden en kampen met een aanhoudende doodswens, waarbinnen het voeren van een open gesprek over de doodswens *mogelijk* is. Dit betreft a) centra waar herstelgericht gewerkt wordt op basis van ervaringsdeskundigheid, b) thematische belangenorganisaties, c) de specialistische GGZ, d) geestelijke verzorging, en e) suïcidepreventie.
3. Initiatieven binnen **centra waar herstelgericht gewerkt wordt op basis van ervaringsdeskundigheid**, en **Geestelijke Verzorging Thuis**, voldoen het meest aan de gestelde criteria van laagdrempeligheid, gericht op mensen met psychisch lijden en de mogelijkheid voor een open gesprek over de doodswens. Initiatieven in de specialistische GGZ, initiatieven van thematische belangenorganisaties en initiatieven gericht op suïcidepreventie sluiten minder goed aan.

4. Belangrijke thema's in de ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden zijn **autonomie en nabijheid**. Met name initiatieven die gelieerd zijn aan herstelcentra en aan geestelijke verzorging sluiten nauw aan bij deze uitgangspunten.

Scenario's voor uitbreiding van het hulpaanbod

De onderzoekers schetsen twee scenario's voor de uitbreiding van het bestaande hulpaanbod: a) het versterken van het aanbod gericht op mensen met een doodswens binnen bestaande herstelcentra voor mensen met psychische klachten, gestoeld op ervaringsdeskundigheid; en b) het wegnemen van drempels voor toegang tot Geestelijke Verzorging Thuis voor mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben. Daarnaast worden vijf alternatieve scenario's geschetst. In alle scenario's is samenwerking tussen alle partijen in het brede veld noodzakelijk om de diverse groep mensen met een aanhoudende doodswens vanwege psychisch lijden te kunnen bedienen. Vervolgonderzoek is nodig naar de mate waarin de geschetste scenario's aansluiten bij de hulpbehoeften van de doelgroep, haalbaar en wenselijk zijn, en op welke manier ze gefinancierd kunnen worden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In het proefschrift ‘A Dialogue on Death: on Physician-Assisted Dying and Mental Illness’ van dr. R. Pronk (2021) komt naar voren dat de groep mensen met psychisch lijden die een aanhoudende, soms ambivalente, doodswens heeft, een euthanasieverzoek overweegt en/of (chronisch) suïcidale gedachten heeft, behoefte ervaart serieus genomen te worden in hun doodswens. De mogelijkheid om over die wens en/of gedachten in gesprek te kunnen gaan wordt beschouwd als onderdeel van goede zorg voor mensen die worstelen met persisterende suïcidaliteit en/of een euthanasiewens. Zo kunnen, door vroegtijdig in gesprek te gaan, nieuwe perspectieven ontstaan op een betekenisvol leven met een psychische aandoening, en kan juist het goede gesprek over de dood bijdragen aan het verminderen van suïcidale gedachten en aan de preventie van zelfdoding. Anderzijds kan het goede gesprek ook resulteren in een weloverwogen keuze voor de dood.

Mensen met een persisterende doodswens en/of een euthanasiewens zijn in Nederland primair aangewezen op de eigen arts of psychiater. In veel gevallen wanneer er sprake is van een euthanasiewens op basis van psychisch lijden, echter, zal de eigen arts doorverwijzen naar het Expertisecentrum Euthanasie (EE), waar voor deze groep inmiddels een lange wachtlijst is ontstaan. Het feit dat bijna 90% van de mensen die bij EE verzoeken om euthanasie, uiteindelijk niet overlijdt door euthanasie (Kammeraat et al., 2023), duidt op een on vervulde hulpbehoefte binnen deze groep. In Leuven en West-Vlaanderen (België) is positieve ervaring opgedaan met het particuliere initiatief Reakiro: een inloophuis waar mensen in gesprek kunnen met GGZ-hulpverleners, ervaringsdeskundigen en lotgenoten over hun aanhoudende en soms ambivalente doodswens, (chronisch) suïcidale gedachten en/of euthanasievraagstuk. Zij krijgen daar informatie, begeleiding, en kunnen zo nodig verwezen worden (zie kader). In veel gevallen, echter, biedt gehoord en gezien worden in de doodswens al verlichting van het lijden. Reakiro onderscheidt zich van andere initiatieven door tegelijkertijd a) expertise te bieden op het gebied van ernstig psychisch lijden, doodswensen en euthanasie, b) ruimte te geven aan het open gesprek over het leven en de dood waarin alle mogelijkheden verkend mogen worden, én c) laagdrempelig te zijn.

1.2 Verschillende soorten doodswensen

Wanneer mensen die psychisch lijden een doodswens uiten, wordt vaak gesproken over suïcidaliteit. Echter, niet alle mensen die dood willen, zijn suïcidaal. Doodswensen zonder suïcidaliteit kunnen bijvoorbeeld voortkomen uit de ervaring van een ‘voltooid leven’ of in het kader van een euthanasiewens van patiënten die uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Doodswensen zijn vaak niet eenvoudig te

bestempelen als suïcidaal of niet-suïcidaal. Het ‘grijze gebied’ is groot. Bovendien kan de aard van een doodswens veranderen over de tijd en kunnen er verschillende typen doodswensen spelen binnen één persoon.

Reakiro: laagdrempelige hulp bij doodswensen die voortkomen uit psychisch lijden.

Reakiro is een inloophuis dat, naast onthaal en informatie, groeps- en individuele begeleiding aanbiedt aan patiënten (en hun naasten) in het kader van euthanasievragen bij ernstig psychisch lijden. Ook mensen die worstelen met zingelevingsvragen of een aanhoudend verlangen naar de dood zijn welkom. In Reakiro worden uitdrukkelijk géén euthanasieverzoeken behandeld, maar wordt een vrijplaats geboden voor het exploreren van doodswensen, levenszin en ambivalentie. De bezoeker wordt ondersteund in het maken van een zoveel mogelijk weloverwogen en vrije keuze in tussen verlies van perspectief en de weg van hoop en herstel. Uitgangspunten van Reakiro zijn een holistisch mensbeeld, waardigheid en gelijkwaardigheid van de mens, autonomie in verbondenheid, en authenticiteit. Om deskundigheid te bieden wordt samenwerking gezocht met zorgpartners (bijvoorbeeld: GGZ). Deskundige omgang met vragen naar en over euthanasie wordt vormgegeven binnen een nieuw zorg- en opvangmodel, gestoeld op vier pijlers: presentie, de palliatieve benadering, de herstelvisie en de existentiële dimensie. Voor meer informatie, zie www.reakiro.be

Over de validiteit van subtypering van doodswensen is wetenschappelijk nog weinig overeenstemming. Er zijn verschillende assen denkbaar op basis waarvan doodswensen van elkaar kunnen worden onderscheiden. Bijvoorbeeld: mate van weloverwogenheid vs. impulsiviteit, mate waarin de doodswens voortkomt uit gezondheid vs. ziekte/lijden, maar ook oud vs. jong, eenzaam vs. in contact met anderen, wilsbekwaam vs. wilsonbekwaam, kortdurend vs. aanhoudend. Meer kennis over verschillende soorten doodswensen en hoe deze zich tot elkaar verhouden is nodig.

In het huidige onderzoek richten we ons op het bestaande hulpaanbod voor mensen met een aanhoudende doodswens die voortkomt uit psychisch lijden. Het bestaande hulpaanbod voor mensen met een doodswens in het kader van ‘voltooid leven’ wordt in het huidige onderzoek daarom niet beschreven. Bij ‘voltooid leven’ wordt immers uitgegaan van een doodswens die niet voortkomt uit psychisch lijden, maar van een rationele afweging te sterven op een moment dat men (nog) niet lijdt.

1.3 Doel

Het doel van het huidige onderzoek is om inzicht te krijgen in welke vormen van laagdrempelige hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning (hierna: ondersteuning) in Nederland beschikbaar zijn voor mensen die psychisch lijden en kampen met een persisterende, soms ambivalente doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit, en die hierover een open gesprek willen voeren. Op deze manier wordt onderzocht of in Nederland reeds initiatieven bestaan die in meer of mindere mate lijken op het Vlaamse Reakiro. Met een ‘open gesprek’ wordt bedoeld op één of meerdere gesprekken over de doodswens, waarbij alle mogelijke uitkomsten van het gesprek acceptabel zijn (i.e.

kiezen voor het leven, kiezen voor de dood, of geen keuze maken). Met psychisch lijden wordt bedoeld op het ervaren van psychische klachten of psychische pijn, die al dan niet gepaard gaat met één of meerdere psychiatrische diagnoses en/of behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede wordt geïnventariseerd welke mogelijkheden er zijn om het hulpaanbod voor deze groep mensen te verbeteren.

1.4 Vraagstelling

1. Welke vormen van ondersteuning zijn in Nederland beschikbaar voor mensen die psychisch lijden en kampen met een persisterende, soms ambivalente doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit, en die hierover een open gesprek willen voeren?
2. Welke mogelijkheden zien huidige aanbieders van de ondersteuning zoals beschreven in het antwoord op deelvraag 1 om het hulpaanbod te verbeteren?

2. Onderzoeksmethode

Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksmethode, zie Bijlage 1.

2.1 Onderzoeksopzet

Dataverzameling voor het huidige onderzoek bestond uit twee fasen. Tijdens de inventarisatiefase werd gezocht naar laagdrempelige initiatieven die trachten tegemoet te komen aan de hulpbehoeften van mensen met een persisterende doodswens en/of euthanasiewens. Tijdens de interviewfase werd aan aanbieder van geïdentificeerde initiatieven een aantal verdiepende vragen voorgelegd. Een klankbordgroep samengesteld uit afgevaardigden van zes partijen in het veld hield toezicht op de voortgang van het project (zie Bijlage 5).

2.2 Inventarisatie

De inventarisatie van initiatieven geschiedde middels verschillende wegen. Er werd een mailing gestuurd naar alle partijen waarvan bij de onderzoekers bekend was dat zij hulp, begeleiding, ondersteuning en/of zorg bieden aan mensen met een doodswens. In de mailing werd opgeroepen initiatieven die mogelijk voldoen aan de inclusiecriteria (zie onder) aan te melden. Een vergelijkbare mailing werd verstuurd naar zoveel mogelijk partijen die hulp, begeleiding, ondersteuning en/of zorg bieden aan mensen met psychische klachten, waaronder alle grote GGZ-instellingen, centra voor kinderen en jeugdpsychiatrie, herstel- en zelfregiecentra, als ook aan koepel- en belangenorganisaties. De inventarisatie werd ook verspreid via (sociale) mediakanalen en nieuwsbrieven. In de mailing werd de volgende beschrijving gehanteerd voor initiatieven waarnaar gezocht werd:

Initiatieven voor hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning die voldoen aan de volgende criteria:

- 1) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning is **laagdrempelig toegankelijk**; en
- 2) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning is (ook) gericht op mensen (12 jaar of ouder) met een **psychisch lijden** en een doodswens; en
- 3) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning heeft (ook) als doel het voeren van een **open gesprek over de doodswens** en/of het verkennen van de doodswens, zonder dat de uitkomst van een dergelijk gesprek vooraf vaststaat; en
- 4) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning wordt of werd aangeboden **in Nederland**.

2.3 Interviews

De initiatiefnemers van alle initiatieven die gericht waren op het voeren van een (open) gesprek over de doodswens en/of initiatieven die zich richtten op mensen met een doodswens, werden uitgenodigd deel te nemen aan een interview. Alle interviews vonden plaats tussen 9 juni en 9 oktober 2023. Aanvankelijk is gekozen voor een open stijl van interviewen. Na vier interviews is overgegaan op een

semigestructureerde interviewstijl (zie bijlage 1 voor een toelichting op deze keuze). Zowel in de open interviews als in de semigestructureerde interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod: aanleiding voor het ontstaan van het initiatief, doel van het initiatief, doelgroep en werving, aanmeldprocedure, gelegenheid tot het voeren van een open gesprek over de dood, begeleiding, financiering, ervaren obstakels en toekomstvisie. Wanneer tijdens een interview aanvullende initiatieven werden geïdentificeerd werden deze toegevoegd aan de inventarisatie. Voor het interviewschema, zie Bijlage 2.

2.4 Analyse

Voor elk van de relevante initiatieven werd allereerst een fiche ingevuld, met daarop een samenvatting van de belangrijkste gegevens ter beantwoording van de onderzoeksvragen. Voor initiatieven waarvoor een interview had plaatsgevonden werd het fiche ingevuld op basis van de interviewgegevens. Voor initiatieven waarvoor geen interviews hadden plaatsgevonden werd gebruikgemaakt van informatie uit de aanmelding aangevuld met openbaar beschikbare informatie (bijv. website). Alle ingevulde fiches zijn te vinden in Bijlage 6. Ten tweede werden alle initiatieven getoetst aan de hierboven beschreven kenmerken (laagdrempelig, open gesprek, psychisch lijden). Een binaire toetsing van de kenmerken bleek niet werkbaar: enerzijds bestond er te veel ruimte voor interpretatie rondom begrippen als “laagdrempelig” en “open gesprek”, en anderzijds was de verscheidenheid van initiatieven te groot. Daarop is besloten alle initiatieven op elk van de kenmerken door tenminste twee onderzoekers te beoordelen op een dimensionele schaal, lopend van nul (initiatief voldoet helemaal niet aan het kenmerk) tot tien (initiatief voldoet volledig aan het kenmerk). Voor het scoringsinstrument, zie Bijlage 3. Op basis van alle fiches en scores wordt een ‘landschap’ geschetst van initiatieven die zich bevinden in verschillende contexten, die in meer of mindere mate laagdrempelig zijn, in meer of mindere mate gericht zijn op mensen die psychisch lijden, en die zich in meer of mindere mate specifiek richten op het voeren van een open gesprek over de doodswens.

3. Resultaten

3.1 Inventarisatie en interviews

Tijdens de inventarisatiefase en interviews werden in totaal 34 initiatieven geïdentificeerd. Tien daarvan bleken niet specifiek gericht op het bespreken van een doodswens, noch op mensen met een doodswens. De aanbieders en/of initiatiefnemers van de andere initiatieven werden uitgenodigd deel te nemen aan een interview. In totaal zijn 16 aanbieders benaderd. In drie gevallen slaagden de onderzoekers er niet in een interview tot stand te brengen. In één geval kon een van de onderzoekers alle benodigde informatie verschaffen waardoor een interview niet nodig was. Er zijn aldus 12 interviews afgenomen met aanbieders en initiatiefnemers en er werden in totaal 24 relevante initiatieven geïdentificeerd. Sommigen aanbieders bleken meerdere relevante initiatieven te organiseren. (Tabel 1).

Tabel 1. Lijst van initiatieven geïdentificeerd in het huidige onderzoek.

ID	Aanbieder	Interview	Initiatieven
01	GGZ Eindhoven	Nee ¹	Bezinningshuis Klaverblad
02	Suicide Preventie Centrum	Ja	Lotgenotengroep: Over Leven (Jong)
03			SPC Instagram Account
04			BOS-training ³
05			Individuele begeleiding
06	Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levenseinde	Ja	Café Doodnormaal
07			Steunpunt Levenseinde en Psychiatrie
08			NVVE adviescentrum
09	Centrum voor Levensvragen en suïcidepreventie/ D3de Verdieping	Ja	Café Doodgewoon
10	GGZ InGeest / GGZ Arkin / Bodine de Walle	Ja	Cursus: Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?
11	Landelijk Expertisecentrum Sterven	Nee ¹	Sterven & Contactlijn
12	Expertisecentrum Suïcidepreventie GGZ Reinier van Arkel	Ja	Individuele module
13			Groepsmodule
14			Lotgenotengroep (via Herstelacademie De Stijl)
15	Herstelacademie Doel Delfland	Ja	Supportgroep suïcidaliteit
16	Geestelijke Verzorging	Ja	Geestelijke Verzorging Thuis (ook wel: eerstelijns geestelijke verzorging)
17	113 Zelfmoordpreventie	Nee ²	113 Hulplijn
18			113 Online therapie
19	In Contact Begeleiding	Ja	Individuele begeleiding
20	Stichting de Einder	Ja	Individuele begeleiding consultants

21	GGZ Antes (onderdeel van Parnassia Groep)	Ja	Gespreksgroep leven met euthanasiewens
22	Hersteltalent Zeeland	Ja	Herstelwerkgroepen
23			Individuele begeleiding
24			Hersteltalent inloophuis ³
25	Stichting Levenseinde Counseling	Ja	Levenseindecounseling
26	Coöperatie Laatste Wil	Nee ¹	Ledengesprekken
27	Langer Lontje	Nee ³	Langer Lontje
28	Stichting Peer Support	Nee ³	PeerSupport
29	GGZ Centraal	Nee ³	FACT GGZ Centraal
30	De Luisterlijn	Nee ³	Luisterlijn
31	Huisartsenpraktijk de Noord	Nee ³	POH-GGZ
32	Terwille Verslavingszorg	Nee ³	Perspectief Plus
33	Realcovery Inloophuis	Nee ³	Realcovery Inloophuis
34	@ease	Nee ³	@ease Inloophuis

¹ Aanbieders kon niet worden bereikt of wensten niet mee te werken aan een interview; ² Alle informatie kon worden verkregen zonder interview; ³ Initiatief richt zich niet specifiek op het gesprek over de dood en/of niet op mensen met een doodswens.

Met uitzondering van drie initiatieven (Bezinningshuis Klaverblad, cursus ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’ en lotgenotengroep van Hersteltalent Zeeland) werden ten tijde van het onderzoek alle initiatieven actief aangeboden. Bezinningshuis Klaverblad en de cursus ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’ waren reeds gestopt; de lotgenotengroep van Hersteltalent Zeeland was nog niet gestart.

3.2 Kenmerken van de initiatieven

Een tabel met kenmerken van elk initiatief is te vinden in Bijlage 4. In Figuur 1 worden deze gegevens samengevat. De meeste initiatieven (n=17) bevinden zich buiten de reguliere GGZ, vier initiatieven bevinden zich binnen de reguliere (specialistische) GGZ, en twee initiatieven worden gefinancierd door de GGZ maar aangeboden in een setting buiten de GGZ. In beide gevallen betreft het een lotgenotengroep die wordt aangeboden in een (min of meer) autonoom centrum voor ervaringskennis. Voor één initiatief (cursus ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’) dat voorheen werd aangeboden binnen GGZ-instellingen wordt momenteel gezocht naar alternatieve financiering, bijvoorbeeld in het sociale domein.

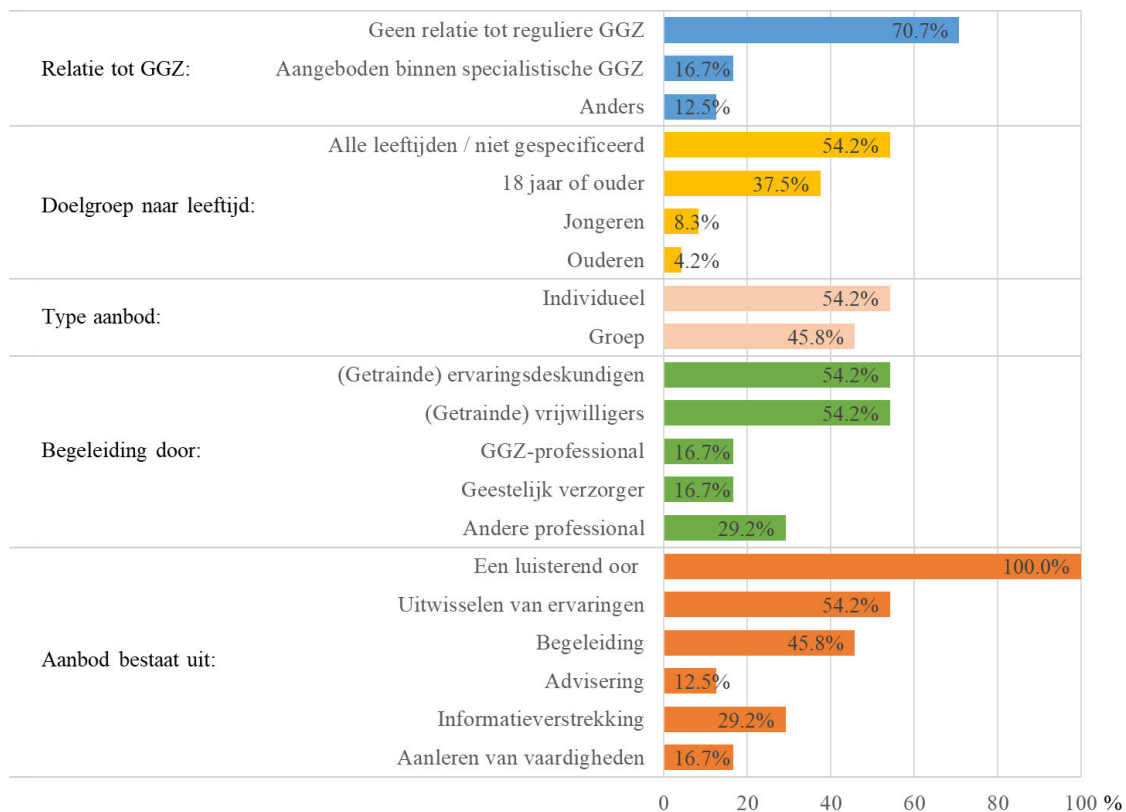
Verreweg de meeste initiatieven hanteren geen leeftijdsgrens voor deelname ofwel zijn toegankelijk voor iedereen van achttien jaar of ouder. De laatste groep betreft alle initiatieven die plaatsvinden binnen de GGZ, als ook de activiteiten van NVVE en Coöperatie Laatste Wil (CLW) die deze leeftijdsgrens hanteren voor lidmaatschap. Eén initiatief (Café Doodnormaal, aangeboden door NVVE) richt zich op mensen tot veertig jaar. ‘Over Leven’, aangeboden door het Suïcide Preventie Centrum (SPC), kent

speciale jongerengroepen, en het Instagram-account van SPC is bedoeld om de toegankelijkheid voor jongeren te vergroten maar is toegankelijk voor alle leeftijden. Geestelijke Verzorging Thuis is beschikbaar voor mensen van alle leeftijden, echter wordt vergoed voor mensen van vijftig jaar of ouder. Vergoeding vindt ook plaats wanneer er sprake is van een terminale ziekte (ongeacht leeftijd), waaronder door sommige geestelijk verzorgers ook uitzichtloos en ondraaglijk psychisch lijden wordt geschaard.

Iets meer dan de helft van de initiatieven bieden ondersteuning op individuele basis (n=13), tegenover elf initiatieven met een groepsaanbod. Bij dertien initiatieven zijn (getrainde) ervaringsdeskundigen betrokken, bij zeven initiatieven een niet-GGZ professional (bijv. stervensbegeleider), bij vier initiatieven een GGZ-professional, en bij vier initiatieven een geestelijk verzorger. Bij veel initiatieven (n=13) wordt een beroep gedaan op vrijwilligers. Initiatieven worden op locatie, online, telefonisch, en/of bij de hulpvrager thuis aangeboden, waarbij tien initiatieven meerdere opties aanbieden. Inhoudelijk zijn alle initiatieven gericht op het bieden van een luisterend oor. Veel initiatieven bieden begeleiding (hier gedefinieerd als 'gedurende langere tijd of op meerdere momenten naast iemand staan en desgevraagd van advies voorzien') en/of richten zich op het uitwisselen van ervaringen. In mindere mate richt men zich op advisering (hier gedefinieerd als 'eenmalig of op een enkel moment naast iemand staan en van advies voorzien'), het verstrekken van objectieve informatie over de dood, en/of het aanleren van vaardigheden.

3.3 Het 'landschap' van initiatieven

We onderscheiden vijf contexten waarbinnen ondersteuning plaatsvindt: 1) initiatieven binnen herstelgerichte centra gestoeld op ervaringsdeskundigheid; 2) initiatieven van thematische belangenorganisaties; 3) initiatieven binnen de specialistische GGZ; 4) initiatieven gelieerd aan de geestelijke verzorging; en 5) initiatieven gericht op suïcidepreventie. De categorieën zijn gestoeld op verschillende principes, en worden (in de regel) aangeboden door verschillende professies. Hieronder beschrijven we de kenmerken van het aanbod in elk van de categorieën of contexten. Ook beschrijven we hoe de initiatieven binnen de categorieën scoren op de drie verschillende kenmerken: gericht op mensen met psychisch lijden (telkens uitgewerkt onder het kopje *doelgroep*), open gesprek mogelijk en laagdrempeligheid. Tot slot beschrijven we welke obstakels en uitdagingen binnen de categorieën worden ervaren door initiatiefnemers/aanbieders. Een klein aantal initiatieven betreft een hybride vorm of samenwerking tussen professies, en worden daardoor tot meerdere categorieën gerekend.



Figuur 1. Kenmerken van geïdentificeerde initiatieven.

3.3.1 Initiatieven binnen herstelgerichte centra gestoeld op ervaringsdeskundigheid

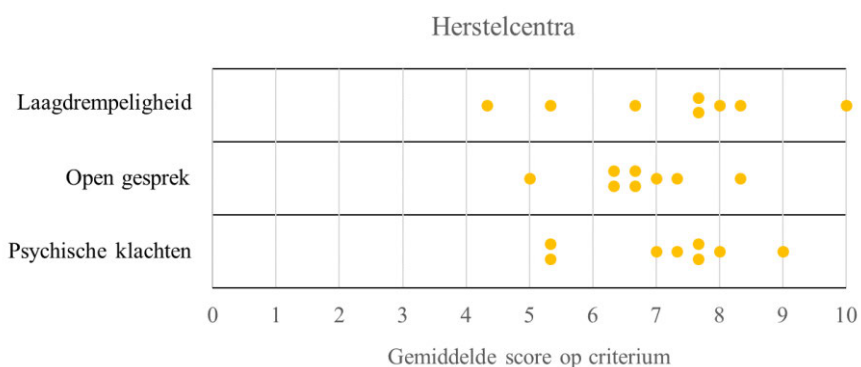
- Lotgenotengroep Over Leven (Suicide Preventie Centrum [SPC])
- Lotgenotengroep (Herstelacademie De Stijl, Reinier van Arkel)
- Supportgroep suïcidaliteit (Herstelacademie Doel Delfland, GGZ Delfland)
- Herstelwerkgroep (Hersteltalent Zeeland)
- Individuele begeleiding (SPC)
- Individuele begeleiding (Hersteltalent Zeeland)
- Individuele begeleiding (In Contact Begeleiding)
- Instagram Account (SPC)

Acht geïdentificeerde initiatieven zijn gestoeld op een herstelgerichte benadering en ervaringsdeskundigheid (hierna: herstelcentra). Herstelgerichte begeleiding, hulp en/of ondersteuning richt zich niet op het behandelen van symptomen of klachten, maar op het versterken van de kracht van het individu. In plaats van te streven naar genezing (of: afwezigheid van symptomen), wordt het individu begeleid in een persoonlijk proces waarbij de balans wordt hervonden na een periode van psychische ontwrichting (Boevink et al., 2009). Herstel impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden,

problemen en beperkingen en omvat bewustwording van eigen krachten en talenten, waarbij gaandeweg een persoonlijk, hoopvol perspectief en verbondenheid met anderen wordt ontwikkeld. In het proces van herstel wordt expliciet de rol van ervaringsdeskundigen gewaardeerd, omdat zij in hun rol contact kunnen maken met het individu en het individu tegelijkertijd zelf de regie behoudt. Belangrijke uitgangspunten van herstelcentra zijn het bevorderen van autonomie en het bieden van nabijheid.

De geïdentificeerde initiatieven omvatten groepsbijeenkomsten die op locatie worden georganiseerd en individuele begeleiding (digitaal of in persoon). Herstelcentra bieden een luisterend oor en herkenning van mensen die hetzelfde hebben meegemaakt. De helft biedt persoonlijke begeleiding. Één initiatief richt zich ook op het aanleren van vaardigheden. In geen van de initiatieven wordt advies of objectieve informatie verstrekt. Opvallend is dat (met één uitzondering) in alle herstelcentra (ook) geleund wordt op (getrainde) vrijwilligers om het aanbod vorm te geven.

In géén van de herstelcentra wordt begeleiding geboden door reguliere GGZ-professionals. Er wordt bewust voor gekozen de centra een plek te geven buiten de GGZ, ook wanneer – zoals in twee gevallen – de initiatieven gefinancierd worden door de GGZ. Het aanbod wordt veelal omschreven als complementair aan de reguliere GGZ, en alle aanbieders geven aan zo nodig door te verwijzen. Één aanbieder van individuele herstelgerichte zorg (In Contact Begeleiding) is naast ervaringsdeskundige ook opgeleid tot ambulant specialistisch begeleider. Bij alle herstelcentra in de huidige inventarisatie is er sprake van overleg en/of samenwerking met het Suïcide Preventie Centrum (SPC). Hierin wordt door SPC maatwerk geleverd, dat bijv. kan bestaan uit het trainen van ervaringsdeskundigen, het aanleveren van een ‘blauwdruk’ voor groepsbijeenkomsten, en/of het coördineren van nieuwe aanmeldingen voor bijeenkomsten.



Figuur 2. Scores van initiatieven binnen de categorie herstelcentra met betrekking tot laagdrempeligheid, de mogelijkheid tot een open gesprek over de doodswens, en de gerichtheid op mensen die psychisch lijden. Elk datapunt representeert de gemiddelde score zoals gegeven door drie (in sommige gevallen twee) onafhankelijke onderzoekers.

Doelgroep

De herstelcentra in het huidige onderzoek richten zich in de regel op alle mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dit betreft mensen die ook in zorg zijn in de reguliere GGZ, mensen die (nog) niet in zorg zijn in de reguliere GGZ, en mensen die in de reguliere GGZ in zorg zijn geweest. Een deel van hen heeft (ook) te maken met een (aanhoudende) doodswens. Een uitzondering hierop is het Suïcide Preventie Centrum, dat zich specifiek richt op mensen met een doodswens. Een deel van hen heeft (ook) te maken met een psychische kwetsbaarheid.

Open gesprek over de doodswens

Initiatieven die worden aangeboden binnen herstelcentra richten zich in de regel op psychische kwetsbaarheid in brede zin. Activiteiten gericht op het bespreken van een doodswens zijn hier dus onderdeel van een breder aanbod. Omdat wordt uitgegaan van het initiatief van het individu, neemt begeleiding de vorm aan waarin het individu behoefte heeft, en kan dus gehoor worden gegeven aan de behoefte aan het open gesprek over de doodswens. Wanneer zich voldoende mensen hebben gemeld die in gesprek willen over hun doodswens, kan er een groep gestart worden. Opnieuw vormt het Suïcide Preventie Centrum een uitzondering, omdat men zich hier expliciet en uitsluitend richt op het bespreken van doodswensen.

Laagdrempelig

De initiatieven in herstelcentra zijn veelal laagdrempelig toegankelijk. In de meeste gevallen wordt geen financiële bijdrage gevraagd, gelden (bijna) geen exclusiecriteria, en is er geen of een zeer korte wachttijd. Exclusiecriteria die meestal wel gelden zijn het verkeren in acute (suïcidale) crisis en ander verstorend gedrag. In twee gevallen (individuele begeleiding door Hersteltalent Zeeland, en individuele begeleiding door In Contact Begeleiding) is een WMO-indicatie noodzakelijk of moet de cliënt voor de begeleiding betalen.

Obstakels en uitdagingen

- De potentie en meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigheid in de ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens wordt volgens de geïnterviewden door GGZ-professionals te weinig erkend. Suïcidaliteit wordt vaak gezien als iets dat alleen in een behandelcontext mag worden besproken. Met name wanneer er sprake is van aanhoudende doodsgedachten zonder suïcidaal gedrag kan ondersteuning door ervaringsdeskundigen van meerwaarde zijn.
- Het ontbreekt aan structurele financiering voor ondersteuning door ervaringsdeskundigen, terwijl de vraag toeneemt. De meeste zorgverzekeraars, gemeenten en GGZ-instellingen zijn niet in staat of bereid het aanbod te financieren, of hanteren voorwaarden waaraan de aanbieders niet kunnen of

willen voldoen, zoals het vrijgeven van persoonsgegevens. Een gevolg is dat initiatiefnemers veel tijd kwijt zijn aan het vinden van financiering voor hun activiteiten.

- Met het oog op financiering moet in sommige gevallen gekozen worden voor een aanbod dat niet volledig aansluit bij de doelgroep. Een voorbeeld is het Suicide Preventie Centrum, dat met deze naam in staat is fondsen te werven maar mensen met een aanhoudende doodswens of euthanasiewens mogelijk niet bereikt.
- Deelnemers aan lotgenotengroepen bepalen samen de inhoud van de bijeenkomsten, waarbij de begeleider enkel een faciliterende rol vervult. Groepen ontwikkelen zo een eigen dynamiek, die voor nieuwkomers een drempel kan vormen voor deelname.

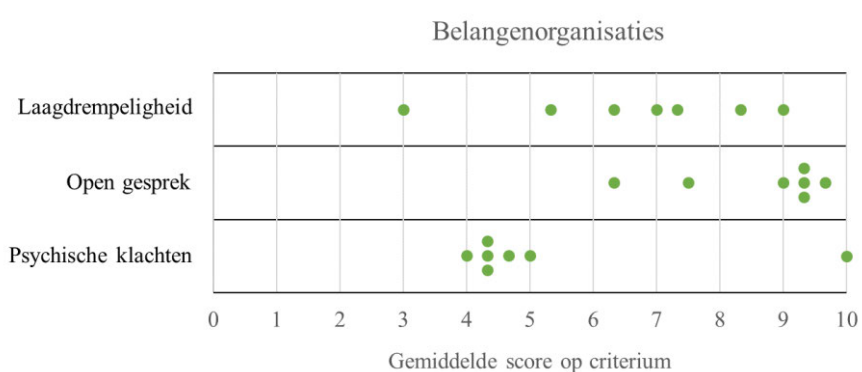
3.3.2 Initiatieven door thematische belangenorganisaties

- Café Doodnormaal (NVVE)
- Ledengesprekken (Coöperatie Laatste Wil)
- Sterven & Contactlijn (Landelijk Expertisecentrum Sterven)
- Steunpunt Levenseinde en Psychiatrie (NVVE)
- Adviescentrum (NVVE)
- Levenseindecounseling (Stichting Levenseinde Counseling)
- Levenseinde consulent (Stichting de Einder)

Nederland kent verschillende belangenorganisaties die zich richten op het sterven. Deze organisaties zijn veelal ontstaan vanuit een onvervulde behoefte (bijv. meer regie over het eigen levenseinde, meer openheid over sterven), en hebben in meer of mindere mate een activistisch karakter. Naast het bieden van ondersteuning aan mensen met een doodswens, behartigen ze ook de belangen van deze groep. Belangrijke uitgangspunten van belangenorganisaties zijn het bevorderen van autonomie en keuzevrijheid betreffende het levenseinde.

We identificeerden vijf thematische belangenorganisaties, waarvan er een aantal een gedeelde oorsprong hebben. Coöperatie Laatste Wil (CLW) is ontstaan als afsplitsing van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levenseinde (NVVE). Stichting Levenseinde Counseling (SLC) is ontstaan als afsplitsing van Stichting de Einder. Al deze organisaties zetten zich op hun eigen manier in voor méér regie over het levenseinde. Het Landelijk Expertisecentrum Sterven zet zich in voor een samenleving waarin op een meer natuurlijke manier en met meer openheid wordt omgegaan met sterven.

Het aanbod van de belangenorganisaties betreft zowel initiatieven voor individuen als in groepsverband. Alle initiatieven bieden een luisterend oor en verstrekken objectieve informatie over sterven (in eigen regie). In drie gevallen betreft het initiatief een advies- of steunpunt dat telefonisch of per email bereikbaar is, en waar veelal eenmalig informatie en/of advies wordt verstrekt. Bij de twee initiatieven in groepsverband is er de mogelijkheid ervaringen uit te wisselen, en bij twee initiatieven wordt persoonlijke begeleiding geboden. Geen van de initiatieven richt zich op het aanleren van vaardigheden. De initiatieven vinden telefonisch, online of bij mensen thuis plaats (i.e. nooit op locatie), en worden begeleid door professionals, ervaringsdeskundigen en/of getrainde vrijwilligers (i.e. nooit door GGZ-professionals of geestelijk verzorgers).



Figuur 3. Scores van initiatieven binnen de categorie belangenorganisaties met betrekking tot laagdrempeligheid, de mogelijkheid tot een open gesprek over de doodswens, en de gerichtheid op mensen die psychisch lijden. Elk datapunt representeert de gemiddelde score zoals gegeven door drie (in sommige gevallen twee) onafhankelijke onderzoekers.

Doelgroep

De belangenorganisaties richten zich in de regel op de maatschappij als geheel, en in het bijzonder op mensen die autonoom en wilsbekwaam een weloverwogen keuze willen maken voor de dood. Zes van de zeven initiatieven maken daarbij geen onderscheid tussen mensen met of zonder psychische kwetsbaarheid. Één initiatief richt zich expliciet op mensen met een psychische kwetsbaarheid. Twee belangenorganisaties hanteren voor lidmaatschap een leeftijdsgrens van achttien jaar, van de andere initiatieven is geen leeftijdsgrens bekend.

Open gesprek over de doodswens

Belangenorganisaties richten zich primair op het faciliteren van sterven in eigen regie, en het behartigen van de belangen van mensen die hier weloverwogen voor kiezen. De meeste initiatieven zijn gericht op het verstrekken van informatie, en veel minder op het exploreren van de doodswens in een open gesprek. Binnen de twee initiatieven die individuele begeleiding bieden en binnen de groepen is hiervoor meer

ruimte. De mate waarin ruimte is voor een open gesprek binnen de ledengesprekken van CLW hebben we niet kunnen vaststellen.

Laagdrempelig

De Sterven & Contactlijn is voor iedereen en op elk moment van de dag gratis bereikbaar. De initiatieven van de NVVE en CLW zijn enkel toegankelijk voor betalende leden. Alle counselors van de Stichting Levensende Counseling en sommige consultants van Stichting de Einder hanteren een vast tarief per gesprek. Aanmelding is in alle gevallen eenvoudig (bijv. telefonisch of per email), en geen van de initiatieven hanteert een intakeprocedure of voorselectie. Er lijkt geen sprake van een wachtlijst.

Obstakels en uitdagingen

- De veelheid aan belangenorganisaties die zich in Nederland met het thema vrijwillig levenseinde bezighouden, maakt dat mensen niet gemakkelijk de weg vinden naar de juiste plek.
- De geïnterviewden ervaren dat de mogelijkheden voor waardig sterven, of het ondersteunen daartoe door naasten, in Nederland in recente jaren afnemen.
- Het feit dat hulp bij zelfdoding in Nederland strafbaar is, brengt de belangenorganisaties in een moeilijke positie. Organisaties willen zichtbaar en vindbaar zijn voor hulpvragers, maar lopen wanneer ze op de voorgrond treden voortdurend het risico onder een vergrootglas gelegd te worden, waardoor de werkzaamheden in het geding komen.
- Het feit dat hulp bij zelfdoding in Nederland strafbaar is, brengt individuele levenseindecounselors en begeleiders in een moeilijke positie. Sommige counselors voelen zich onder druk gezet te helpen bij zelfdoding, bijvoorbeeld door middelen te verstrekken of aanwezig te zijn. In groepsgesprekken kan het een uitdaging grenzen te bewaken, bijvoorbeeld wanneer individuele deelnemers gedetailleerde informatie uitwisselen over zelfmoordmethoden.

3.3.3 Initiatieven binnen de GGZ

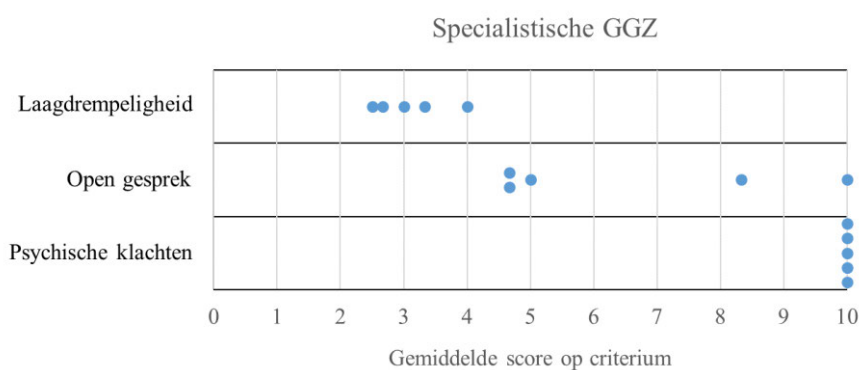
- Beziinhuis het Klaverblad (GGZ Eindhoven)
- Cursus: 'Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?' (GGZ InGeest, GGZ Arkin, sociaal domein)
- Gespreksgroep 'leven met een euthanasiewens' (GGZ Antes, onderdeel van Parnassia Groep)
- Groepsmodule suïcidepreventie (GGZ Reinier van Arkel)
- Individuele module suïcidepreventie (GGZ Reinier van Arkel)

De reguliere GGZ wordt hier gedefinieerd als geestelijke gezondheidszorg zoals die wordt aangeboden en vergoed binnen de basis- en de specialistische GGZ. Behandeling gebeurt door bijvoorbeeld basispsychologen, psychiaters, (vrijgevestigde) psychotherapeuten, klinisch psychologen en GZ-

psychologen. Het belangrijkste uitgangspunt in de GGZ is het bieden van zorg voor mensen met psychische klachten of een psychische kwetsbaarheid.

We identificeerden acht initiatieven gerelateerd aan de GGZ, waarvan er twee worden gefinancierd door de GGZ maar worden aangeboden binnen herstelcentra (lotgenotengroep Reinier van Arkel, en lotgenotengroep GGZ Delfland). Deze worden beschreven in *sectie 3.3.1* en worden in deze sectie niet meegenomen. We identificeerden één initiatief (In Contact Begeleiding) voor individuele begeleiding door een ambulant specialistisch begeleider – een beroepsgroep die ook een rol vervult binnen de reguliere (specialistische) GGZ. Omdat het betreffende aanbod echter op particuliere basis plaatsvindt en bovendien gebruikmaakt van principes van herstelgericht werken, is dit initiatief opgenomen in *sectie 3.3.1*.

Alle initiatieven worden op locatie aangeboden en zijn toegankelijk voor mensen van achttien jaar of ouder die specialistische GGZ-zorg ontvangen. Hoewel alle initiatieven verbonden zijn met de GGZ, worden alleen de modules van Reinier van Arkel begeleid door een GGZ-professional. Bij drie initiatieven worden ervaringsdeskundigen ingezet, en bij twee initiatieven geestelijk verzorgers. Alle initiatieven binnen de GGZ hebben als doel een luisterend oor te bieden. Daarnaast hebben vier initiatieven als doel ervaringen uit te wisselen, zijn drie initiatieven gericht op het aanleren van vaardigheden, en zijn drie initiatieven gericht op persoonlijke begeleiding. Geen van de initiatieven is gericht op het verstrekken van informatie of advies.



Figuur 4. Scores van initiatieven binnen de categorie GGZ met betrekking tot laagdrempeligheid, de mogelijkheid tot een open gesprek over de doodswens, en de gerichtheid op mensen die psychisch lijden. Elk datapunt representeert de gemiddelde score zoals gegeven door drie (in sommige gevallen twee) onafhankelijke onderzoekers.

Doelgroep

De initiatieven die plaatsvinden binnen de GGZ richten zich op volwassen cliënten van de betreffende GGZ-instellingen. In alle gevallen zijn dit mensen met psychische klachten die specialistische GGZ-zorg behoeven.

Open gesprek over de doodswens

Twee initiatieven (Bezinningshuis Klaverblad, gespreksgroep GGZ Antes) richten zich expliciet op het bespreken van doodswensen in het kader van euthanasieverzoeken. De overige drie initiatieven richten zich primair op suïcidepreventie, maar faciliteren indien gewenst ook een gesprek over doodswensen wanneer deze resulteren in (of gepaard gaan met) een euthanasieverzoek. Het open gesprek is hier mogelijk, maar sommige mogelijke uitkomsten van een dergelijk gesprek (bijv. kiezen voor de dood) zijn mogelijk minder bespreekbaar dan andere (al dan niet in de perceptie van de cliënt).

Laagdrempelig

Voor deelname aan de vijf geïdentificeerde initiatieven gelden dezelfde drempels als voor toegang tot de specialistische GGZ. Kosten voor deelname worden door de zorgverzekering vergoed. Voor de specialistische GGZ gelden (afhankelijk van de indicatie) aanzienlijke wachttijden, intakeprocedures beslaan in veel gevallen meerdere gesprekken, en activiteiten vinden plaats op een beperkt aantal locaties en tijden.

Obstakels en uitdagingen

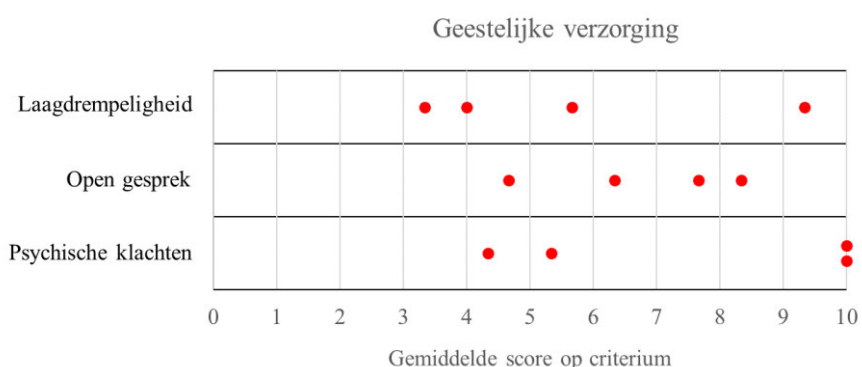
- Suïcidaliteit wordt in de psychiatrie niet als een diagnose beschouwd, maar als een symptoom van andere onderliggende problematiek zoals depressie of psychose. Zorgpaden zijn echter ingericht op basis van diagnoses en financiering is hieraan gekoppeld. Zorg voor cliënten met suïcidaliteit of een aanhoudende doodswens is hierdoor vaak niet optimaal georganiseerd. Door onduidelijkheid over waar de zorg thuishoort, wordt deze heen en weer geschoven. Bijvoorbeeld: in het ene jaar wordt een lotgenotengroep of module omarmd, om in het volgende jaar te worden opgeheven omdat het gesprek over doodswensen thuishoort bij de eigen behandelaar.
- De geïnterviewden beschrijven terughoudendheid bij GGZ-professionals om cliënten binnen de eigen instelling te verwijzen naar een aanbod dat specifiek gericht is op het exploreren van de doodswens. Meerdere mogelijke oorzaken genoemd: onderschatting van het probleem, onwetendheid ten aanzien van het aanbod, en/of angst voor een verlies van controle over de behandeling van de cliënt. Tenminste een deel van de doelgroep wordt door terughoudendheid van behandelaren niet bereikt.
- Het begeleiden van groepen gericht op het open gesprek over doodswensen kan zwaar en intensief zijn. Zonder goede ondersteuning en intervisie is er risico op uitval van begeleiders.

3.3.4 Initiatieven gelieerd aan geestelijke verzorging

- Café Doodgewoon (De Derde Verdieping)
- Cursus: ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’ (GGZ Arkin, GGZ InGeest, sociaal domein)
- Gespreksgroep ‘leven met een euthanasiewens’ (GGZ Antes)
- Geestelijke Verzorging Thuis

Geestelijke verzorging is zorg voor mensen met levensvragen. Geestelijk verzorgers komen in beeld in situaties van leven en dood, bij afscheid en verlies, zingeving, spiritualiteit en ethische afwegingen. Geestelijk verzorgers kunnen begeleiding bieden bij de manier waarop iemand omgaat met ziekte, beperkingen en eindigheid, en kunnen ruimte bieden voor gesprekken over zingeving, het leven en de dood. De belangrijkste uitgangspunten van geestelijke verzorging zijn het bieden van ruimte voor bezinning en nabijheid.

In de huidige inventarisatie identificeerden we vier initiatieven waarbij een geestelijk verzorger betrokken was. Drie initiatieven zijn groepen die op gezette tijden op locatie bijeenkomen om met elkaar in gesprek te gaan over de dood. Één gespreksgroep wordt aangeboden binnen de specialistische GGZ, één groep werd aangeboden binnen de specialistische GGZ maar wordt op dit moment niet aangeboden, en één groep wordt aangeboden binnen een Centrum voor Levensvragen. De groepen richten zich op het bieden van een luisterend oor en het onderling uitwisselen van ervaringen. Het vierde initiatief betreft individuele begeleiding door een geestelijk verzorger in de eerste lijn. Deze begeleiding bestaat uit een serie van maximaal tien individuele gesprekken die meestal plaatsvinden in de thuissituatie.



Figuur 5. Scores van initiatieven binnen de categorie geestelijke verzorging met betrekking tot laagdrempeligheid, de mogelijkheid tot een open gesprek over de doodswens, en de gerichtheid op mensen die psychisch lijden. Elk datapunt representeert de gemiddelde score zoals gegeven door drie (in sommige gevallen twee) onafhankelijke onderzoekers.

Doelgroep

Geestelijke verzorging richt zich op alle mensen met levensvragen. Twee initiatieven vinden (of vonden) plaats binnen de GGZ, en richten zich aldus op mensen met levensvragen én psychische kwetsbaarheid. Geestelijke verzorging in de eerste lijn richt zich primair op ouderen (50+) en mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen in beide groepen voorkomen en worden niet uitgesloten.

Open gesprek over de doodswens

Geestelijke verzorging richt zich op het open bespreken van levensvragen en zingeving, waaronder vraagstukken betreffende de dood. Ook de groep van GGZ Antes is hier expliciet op gericht. In de cursus ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten’ richtte men zich wat meer op suïcidepreventie, wat voor sommige mensen mogelijk een drempel kan opwerpen voor het open gesprek over de doodswens.

Laagdrempelig

De groepsbijeenkomsten van Café Doodgewoon zijn gratis toegankelijk voor iedereen. Aanmelden is niet nodig. Twee initiatieven bevinden (of bevonden) zich binnen de specialistische GGZ en zijn niet laagdrempelig toegankelijk. Geestelijke Verzorging Thuis is (door middel van een tijdelijke subsidieregeling van de overheid) gratis toegankelijk voor mensen van 50 jaar of ouder en mensen die ongeneeslijk ziek zijn, maar alle andere groepen moeten krijgen deze zorg niet vergoed.

Obstakels en uitdagingen

- Geestelijke verzorging wordt door mensen vaak geassocieerd met het geloof en/of de kerk. Dit kan een deel van de beoogde doelgroep afschrikken, met name ten aanzien van het aanbod in de Geestelijke Verzorging Thuis.
- Niet elke geestelijk verzorger heeft affiniteit met of kennis van het onderwerp ‘doodswensen en euthanasie bij psychisch lijden’. In de opleidingen tot geestelijk verzorger komt het meestal niet uitgebreid aan bod. Hierdoor hangt het aanbod voor mensen met een persisterende doodswens, bijvoorbeeld in de Geestelijke Verzorging Thuis, sterk af van de voorkeur en (ervaren) bekwaamheid van een individuele geestelijk verzorger.

3.3.5. Initiatieven gericht op suïcidepreventie

- 113 hulplijn (113 Zelfmoordpreventie)
- Online therapie (113 Zelfmoordpreventie)

Suïcidepreventie richt zich op het voorkómen dat mensen eenzaam en radeloos een einde maken aan hun leven. Suïcidepreventie is erop gericht mensen te helpen door een moment van acute (psychologische) crisis heen te komen. Dit kan men doen door het opwerpen van fysieke barrières, het bieden van een luisterend oor, het bieden van afleiding, en/of het aanwakkeren van twijfel. Nadat een acute crisis is afgewend, kan gezocht worden naar manieren om toekomstige crises te voorkómen en/of verwezen worden naar passende hulp. Het belangrijkste uitgangspunt in suïcidepreventie is het bieden van hulp en bescherming aan mensen die zich in een kwetsbare situatie bevinden.

We identificeerden meerdere initiatieven met in de naam het woord suïcidepreventie, echter houden deze zich niet allemaal bezig met de preventie van suïcide in de acute fase. Zo passen de initiatieven van het Suicide Preventie Centrum (SPC) beter binnen de categorie herstelcentra (*sectie 3.3.1*). De suïcidepreventie modules van Reinier van Arkel worden aangeboden binnen de specialistische GGZ (*sectie 3.3.3*). In deze sectie beschrijven we de hulplijn en online therapie van 113 Zelfmoordpreventie.

Zowel de therapie als de hulplijn van 113 Zelfmoordpreventie kunnen telefonisch of online worden benaderd. Hulplijngesprekken worden gevoerd door GGZ-professionals en vrijwilligers, en richten zich op het verminderen van de acute suïcidale crisis. Bij online therapie wordt de hulpvrager voor een beperkt aantal sessies gekoppeld aan een vaste GGZ-professional, en wordt samen met de hulpvrager gewerkt aan het voorkómen van toekomstige suïcidale crises. Belangrijk hierin is het bieden van een luisterend oor. Daarnaast wordt motiverende gespreksvoering ingezet om de hulpvrager in een relatief korte tijdspanne (de duur van één of enkele gesprekken) te motiveren voor verandering, bijvoorbeeld voor bespreken van de suïcidaliteit met een naaste of huisarts. Ook kunnen vaardigheden worden aangereikt en kan begeleiding worden geboden.



Figuur 6. Scores van initiatieven binnen de categorie suïcidepreventie met betrekking tot laagdrempeligheid, de mogelijkheid tot een open gesprek over de doodswens, en de gerichtheid op mensen die psychisch lijden. Elk datapunt representeert de gemiddelde score zoals gegeven door drie (in sommige gevallen twee) onafhankelijke onderzoekers.

Doelgroep

113 Zelfmoordpreventie richt zich op iedereen met suïcidale gedachten en/of suïcidaal gedrag. Speciale aandacht gaat uit naar mensen die zich in een acuut suïcidale toestand bevinden, en mensen die een hoog risico hebben hierin te belanden. Ook mensen met niet-acute suïcidaliteit (bijv. suïcidale gedachten die opkomen en weer weggaan, maar niet resulteren in gedrag) zijn welkom. Een substantieel deel van de mensen die kampen met suïcidaliteit – maar niet allemaal – kampt óók met psychische klachten, en/of kampt óók met aanhoudende en meer weloverwogen doodsgedachten.

Open gesprek over de doodswens

Gesprekken met hulpverleners van 113 Zelfmoordpreventie richten zich primair op het verminderen van een acute suïcidale crisis en op het voorkómen van toekomstige suïcidale crises. Wanneer er géén sprake (meer) is van acute suïcidaliteit, wordt een gesprek – altijd in overleg met de hulpvrager – afgerond. Hulpvragers die willen spreken over bijvoorbeeld de mogelijkheden voor euthanasie worden verwezen naar de huisarts, GGZ of Expertisecentrum Euthanasie.

Laagdrempelig

De hulplijn van 113 Zelfmoordpreventie is 24 uur per dag gratis telefonisch en per chat bereikbaar voor alle Nederlanders. Ook online therapie is gratis, maar aanmelding is vereist. Bij online therapie is er een wachttijd van ongeveer één week voor een eerste gesprek.

Obstakels en uitdagingen

- Het aantal hulpvragen in zowel de hulplijn als de online therapie neemt sinds de oprichting van 113 elk jaar toe. De groeiende vraag naar hulp gaat gepaard met toenemende kosten, en een groeiende groep van hulpverleners die opgeleid en begeleid moeten worden. Met het oog op de toekomst wordt onderzocht hoe digitale innovaties als artificiële intelligentie kunnen worden ingezet om aan de toenemende vraag te blijven voldoen.
- Een relatief klein aantal hulpvragers doet een relatief groot beroep op het hulpaanbod. Ze zoeken soms meerdere malen per dag contact. Er is geen wetenschappelijke consensus over hoe met deze groep ‘veelbellers’ het beste kan worden omgegaan.
- De focus op het verminderen van acute suïcidaliteit zorgt voor kortere gesprekken, wat maakt dat met relatief weinig middelen méér mensen geholpen kunnen worden. Tegelijkertijd bemerken zowel hulpverleners als hulpvragers dat deze focus ten koste kan gaan van het contact, omdat er minder ruimte is voor een open gesprek.

3.4 Terugkerende thema's

De precieze insteek, doel en aard van de initiatieven in de vijf beschreven contexten verschillen onderling, maar in de interviews met initiatiefnemers en aanbieders komen twee thema's steeds opnieuw terug: nabijheid en autonomie. Het lijken gedeelde waarden te zijn binnen dit veld.

3.4.1. Nabijheid

Veel geïnterviewden geven aan dat er in de reguliere zorg weinig ruimte lijkt te zijn om te praten over het hebben van een (aanhoudende) doodswens. Behandelaren (bijv. GGZ-professional of huisarts) zijn, mogelijk door de verantwoordelijkheden die een behandelrelatie met zich meebrengt, vaak gericht op de inschatting van risico's en de preventie van zelfdoding. Bovendien wordt bij sommige behandelvormen een professionele afstand geschapen tussen de professional en de cliënt. Op hun beurt zijn mensen met een doodswens vaak terughoudend in het delen van hun gedachten, uit vrees voor ongewenste gevolgen zoals (ophoging van) medicatie of een gedwongen opname. Dit alles gaat ten koste van de ruimte die cliënten ervaren om hun doodswens te delen, en daarmee ten koste van nabijheid. Ook buiten de zorg ervaren mensen 'het hebben van een doodswens', 'de dood' en ook 'psychisch lijden' nog vaak als taboeonderwerpen. In de directe omgeving en ook in het sociaal domein is lang niet iedereen toegerust of bereid om hierover het gesprek aan te gaan. Geïnterviewden gelieerd aan belangenorganisaties geven aan een gebrek aan nabijheid te ervaren als gevolg van wetgeving met betrekking tot hulp bij zelfdoding. Omdat hulp bij zelfdoding in Nederland verboden is, zijn mensen terughoudend in het betrekken van naasten of zorgverleners wanneer zij in eigen regie een einde aan hun leven willen maken. Een gevolg is dat veel mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben een gebrek aan nabijheid ervaren. Ze hebben het gevoel er alleen voor te staan, juist bij deze ingrijpende en ingewikkelde keuze.

In bijna alle gevallen vormde een gebrek aan nabijheid een belangrijke aanleiding voor geïnterviewden om een initiatief te starten. Zij streven allemaal naar het creëren van ruimte voor een gesprek over de doodswens, het bieden van een luisterend oor en het maken van contact met een ander. Het streven naar nabijheid wordt op verschillende manieren vormgegeven: bijvoorbeeld door de inzet van ervaringsdeskundigen, maar ook door expliciet te werken zónder protocol, doel of voorkeursrichting. Begeleiders worden geïnstrueerd om mensen niet te willen 'redden', maar om naast iemand te gaan staan, zonder oordeel of advies. Alleen dan ontstaat er contact en nabijheid, en ruimte voor een open gesprek. Ook het doorbreken van het taboe rond de dood of het hebben van een doodswens, wordt vaak genoemd als een strategie om sociaal isolement te doorbreken. Men wil het onderwerp normaliseren; denk daarbij bijvoorbeeld aan de initiatieven met namen als 'Café doodgewoon' of 'Café doodnormaal'.

3.4.2. Autonomie

Bijna alle initiatieven zijn erop gericht de autonomie van personen met doodsgedachten te versterken. Het versterken van autonomie kan zich richten op het beter *omgaan met* aanhoudende doodsgedachten of doodwensen. Binnen herstelcentra wordt dit veelal gefaciliteerd door lotgenotencontact, terwijl door initiatieven binnen de GGZ vaker gestreefd wordt naar het aanleren van vaardigheden (bijv. het opstellen van een veiligheidsplan). Ook het bieden van ruimte voor een open gesprek waarin de cliënt een volledig eigen afweging kan maken, zoals het geval bij geestelijke verzorging, draagt bij aan autonomie. Initiatieven die worden aangeboden door thematische belangenorganisaties zijn er veelal op gericht mensen te voorzien van informatie, en ze daarmee in staat te stellen een autonome keuze te maken over hun levenseinde.

Een belangrijk uitgangspunt voor het kunnen bieden van nabijheid en het versterken van autonomie is dat mensen met doodsgedachten zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor hun handelen. De persoon die zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning biedt aan iemand met doodsgedachten is dus niet verantwoordelijk voor de uitkomst van deze gedachten. Belangrijk is daarin wel dat de persoon met doodsgedachten wilsbekwaam is en niet in een acute (suïcidale) crisis verkeert. De meeste aanbieders maken daarvan bij aanmelding een inschatting, echter in de meeste gevallen is het niet duidelijk *hoe* deze inschatting gemaakt wordt. We identificeerden ook enkele initiatieven waar zo'n inschatting expliciet niet gemaakt wordt, allen in de categorie thematische belangenorganisaties.

4. Bespreking

4.1. Het bestaande hulpaanbod

We onderzochten welke vormen van laagdrempelige hulp, zorg, begeleiding en/of ondersteuning in Nederland beschikbaar zijn voor mensen die psychisch lijden en kampen met een persisterende, soms ambivalente doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit, en die hierover een open gesprek willen voeren. We identificeerden 24 initiatieven binnen vijf contexten. Géén van deze initiatieven is én zeer laagdrempelig, én speciaal gericht op mensen die psychisch lijden, én speciaal gericht op het open gesprek over de doodswens waarbij alle mogelijke uitkomsten evenzeer onderwerp van gesprek mogen zijn. We stellen daarom vast dat we een initiatief zoals het Vlaamse Reakiro in Nederland niet hebben gevonden.

Wel identificeerden we meerdere initiatieven die op elk van de kenmerken ‘voldoende’ scoren. Dit betreft initiatieven die voor veel mensen toegankelijk zijn, waar een open gesprek over de doodswens mogelijk is, en waar tenminste enige expertise aanwezig is met betrekking tot psychisch lijden. De categorie initiatieven met op deze kenmerken de hoogste scores zijn initiatieven die plaatsvinden binnen herstelcentra gestoeld op ervaringsdeskundigheid. In alle gevallen richten deze initiatieven zich op mensen met een psychische kwetsbaarheid, en in bijna alle gevallen zijn deze initiatieven zeer laagdrempelig toegankelijk. Het open gesprek over de dood, waarbij nadrukkelijk alle uitkomsten een optie zijn, is vaak mogelijk (hoewel niet het primaire doel), des te meer wanneer de begeleiding op individueel niveau plaatsvindt. Binnen deze initiatieven wordt de regie bij de hulpvrager belegd, wat een aantal belangrijke voordelen heeft: de autonomie van de hulpvrager blijft geborgd, nabijheid wordt hierdoor mogelijk, en er kan maatwerk worden geleverd.

Een tweede categorie waarin een aantal initiatieven voldoende scoorde is de geestelijke verzorging. Geestelijke verzorging is bij uitstek een plek voor het voeren van een open gesprek over de dood en doodswensen. Drie van de vier initiatieven die we identificeerden betroffen interdisciplinaire samenwerkingen, waarvan twee tussen de geestelijke verzorging en de reguliere GGZ en één tussen de geestelijke verzorging en een herstelcentrum, waardoor deze initiatieven ook voldoende toegerust lijken voor mensen die psychisch lijden. De laagdrempeligheid van de initiatieven in de categorie geestelijke verzorging varieert, van zeer laagdrempelig (initiatief gekoppeld aan een herstelcentrum) tot zeer weinig laagdrempelig (initiatief gekoppeld aan de GGZ).

De overige categorieën van initiatieven kennen belangrijke kanttekeningen. Initiatieven binnen de context van thematische belangenorganisaties bieden ruimte voor een gesprek over de doodswens, en

een aantal initiatieven zijn laagdrempelig toegankelijk. Echter, met één uitzondering richten deze initiatieven zich primair op mensen die een weloverwogen en wilsbekwame keuze maken voor het levenseinde in eigen regie, en zijn ze in mindere mate toegerust op mensen met psychisch lijden. Belangrijk om op te merken is ook dat initiatieven van belangenorganisaties zich voornamelijk richten op het aanbieden van objectieve informatie, en slechts een deel van de initiatieven ook begeleiding biedt. Initiatieven die plaatsvinden binnen de specialistische GGZ zijn speciaal gericht op mensen die ernstig psychisch lijden en hebben op dit punt de maximale score. Deze initiatieven zijn echter niet laagdrempelig toegankelijk, en een open gesprek over de doodswens is niet in alle gevallen evenzeer mogelijk. Hoewel de geïdentificeerde initiatieven binnen de GGZ expliciet wél ruimte bieden om het open gesprek te voeren, is het mogelijk dat individuele cliënten toch obstakels ervaren om hun doodswens openlijk te delen binnen de GGZ-instelling. Tot slot beschreven we initiatieven in de suïcidepreventie. Beide initiatieven zijn zeer laagdrempelig en goed toegerust op mensen met psychische klachten, echter het open gesprek was binnen deze initiatieven niet altijd mogelijk.

4.2 Mogelijkheden voor verbetering van het bestaande hulpaanbod

Uit de interviews met initiatiefnemers en aanbieders van hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens kwamen verschillende punten naar voren waarop het huidige aanbod verbeterd kan worden. Onderstaande heeft enkel betrekking op de initiatieven van aanbieders met wie een interview heeft plaatsgevonden.

4.2.1 Landelijke dekking

Verschillende initiatiefnemers geven aan dat het bestaande hulpaanbod voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden versnipperd is, en afhangt van de regio waarin een hulpvrager zich bevindt. Dit geldt voor de initiatieven binnen herstelcentra, initiatieven gelieerd aan de geestelijke verzorging, initiatieven binnen de GGZ en initiatieven van belangenorganisaties. Bijvoorbeeld: hoewel er een landelijk dekkend netwerk is van Centra voor Levensvragen waaraan geestelijk verzorgers verbonden zijn, is er niet in elke regio een geestelijk verzorger actief die zich bezighoudt met doodswensen bij mensen die psychisch lijden. Daar waar zich toegewijde individuen bevinden, kan een aanbod zich ontplooiën. Op alle andere plekken gebeurt dit niet. Landelijke coördinatie zou zorgen voor meer gelijke kansen voor hulpvragers, en biedt bovendien mogelijkheden voor uitwisseling van informatie (bijv. ‘best practices’) tussen aanbieders.

4.2.2 Verbeteren van continuïteit

Veel initiatiefnemers geven aan dat het bestaande aanbod voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden in grote mate afhankelijk is van enkele toegewijde individuen. Er wordt opvallend vaak een beroep gedaan op (getrainde) vrijwilligers. Financiering van de initiatieven is veelal tijdelijk.

Dit maakt het aanbod kwetsbaar voor uitval. Illustratief is de cursus ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’, die in het verleden projectmatig werd gefinancierd binnen een GGZ-instelling. Toen deze projectfinanciering ophield werd meer structurele financiering gevonden binnen een andere instelling, waardoor het aanbod moest worden overgeheveld. Later werd het aanbod gestaakt toen een van de hulpverleners die aan het initiatief verbonden was, uitviel.

4.2.3 Vergroten bekwaamheid van professionals

Initiatiefnemers geven aan dat méér professionals geschoold zouden moeten worden in het voeren van een open gesprek over de doodswens. Enerzijds werd dit verbeterpunt genoemd in relatie tot GGZ-professionals, huisartsen en psychiaters. Praten over de doodswens zou onderdeel moeten zijn van de reguliere zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Wanneer zorgprofessionals beter in staat zouden zijn een open gesprek te voeren over de dood, zouden hulpvragers zich vaker gezien voelen en zou hun hulpvraag met betrekking tot hun doodswens afnemen. Bovendien zouden ze minder geneigd zijn hulp elders te zoeken, zoals bij het Expertisecentrum Euthanasie. Expertisenetwerk ThaNet kan mogelijk een rol spelen bij het vergroten van de kennis en bekwaamheid van GGZ- en andere zorgprofessionals. Anderzijds werd dit verbeterpunt ook genoemd in relatie tot geestelijk verzorgers, ervaringswerkers, vrijwilligers, en professionals in het sociaal domein. Ook zij zouden getraind moeten worden in het voeren van een open gesprek over de dood. Betere scholing zou leiden tot betere kwaliteit van zorg, en méér plekken waar een open gesprek over de dood mogelijk is.

4.2.4 Vergroten van vindbaarheid

Een aantal initiatiefnemers ervaren moeilijkheden in het bereiken van de doelgroep. Het onderwerp doodswensen bij psychisch lijden is zeer complex en ligt gevoelig, wat de communicatie erover bemoeilijkt. Het is daardoor niet eenvoudig om vindbaar te zijn voor de doelgroep van mensen met een (aanhoudende) doodswens. Mensen die op zoek zijn naar een open gesprek over de doodswens waarin ook een keuze voor de dood als acceptabel wordt beschouwd, voelen zich mogelijk niet aangetrokken tot – of schrikken zelfs terug van – initiatieven genaamd 113 Zelfmoordpreventie, het Suïcide Preventie Centrum, Hersteltalent of de Herstelacademie. Geestelijke verzorging geeft aan te worstelen met een imago dat gekoppeld is aan religie of de kerk. Belangenorganisaties geven aan terughoudend te moeten communiceren om juridische consequenties te voorkómen. Initiatiefnemers in de specialistische GGZ ervaren obstakels in het bereiken van de doelgroep omdat GGZ-professionals slechts in beperkte mate bereid zijn door te verwijzen. Een eerste stap voor het vergroten van de vindbaarheid van initiatieven voor de doelgroep van mensen met een aanhoudende doodswens is het bezigen van een gedeelde taal, die bovendien aansluit bij de behoeften van de doelgroep.

4.2.5 Verruiming van wet- en regelgeving

Een aantal initiatiefnemers van initiatieven in de categorie ‘thematische belangenbehartiging’ geven aan dat de zorg, hulp, begeleiding en ondersteuning die ze aanbieden belemmerd wordt door beperkte wettelijke mogelijkheden. Ze geven aan dat het verbod op hulp bij zelfdoding ze er in sommige gevallen van weerhoudt de best mogelijk zorg te geven. Bijvoorbeeld: sommige mensen willen graag dat er iemand bij ze is op het moment dat ze in eigen regie overlijden. Een levenseindecounselor kan niet aan een dergelijk verzoek voldoen, omdat hij of zij daarmee vervolging riskeert vanwege hulp bij zelfdoding. De initiatiefnemers geven aan behoefte te hebben aan verruiming van de wettelijke mogelijkheden om hulpvragers in de laatste fase van hun leven te begeleiden. Aanbieders van initiatieven in andere categorieën noemen deze behoefte niet.

4.3 Kansrijke scenario’s voor uitbreiding van het hulpaanbod

We zien twee kansrijke scenario’s waarin het hulpaanbod voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychische klachten kan worden uitgebreid, en/of een hulpaanbod zoals dat van het Vlaamse Reakiro kan worden gerealiseerd, gegeven de bestaande contexten zoals die hierboven worden geschetst. Van elk van deze scenario’s schetsen we een mogelijke uitwerking, voordelen, en stappen die nodig zijn om een dergelijk scenario te realiseren.

4.3.1 Uitbreiding en versterking van het aanbod van herstelcentra gestoeld op ervaringsdeskundigheid

We identificeerden centra waarin herstelgericht gewerkt wordt en die gestoeld zijn op ervaringsdeskundigheid, en die reeds laagdrempelige mogelijkheden bieden specifiek voor mensen met een aanhoudende doodswens. Dit betreft een kleine minderheid van alle 125 herstel- en zelfregiecentra die Nederland telt (MIND-Atlas d.d. 14-11-2023), die allemaal gericht zijn op het bieden van hulp, ondersteuning en/of begeleiding aan mensen met psychische klachten of een psychische kwetsbaarheid. In alle gevallen ontstond het aanbod specifiek gericht op mensen met een doodswens in samenwerking met het Suicide Preventie Centrum (SPC), dat zich tot doel heeft gesteld een landelijk dekkend netwerk te organiseren van ervaringsdeskundige ondersteuningspunten voor mensen die kampen met suïcidaliteit. We zien dan ook kansen om het hulpaanbod voor mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben te realiseren en/of versterken binnen herstelgerichte centra, met mogelijk een centrale rol voor het Suicide Preventie Centrum.

Het inrichten van een aanbod gericht op (aanhoudende) doodswensen binnen herstelcentra heeft een aantal voordelen. Ten eerste zijn de voorzieningen en infrastructuur op een groot aantal plekken in het land reeds aanwezig. Zowel individuele begeleiding, groepen en inloopfaciliteiten voor mensen met psychische klachten zijn in de meeste regio’s in Nederland beschikbaar. Ten tweede lijken belangrijke waarden van herstelgericht werken op basis van ervaringskennis (waaronder autonomie en nabijheid) heel goed aan te sluiten bij waarden die van belang zijn in een open gesprek over de doodswens.

Tegelijkertijd zijn een aantal zaken nodig om een dergelijk aanbod binnen herstelcentra te kunnen realiseren. Medewerkers en vrijwilligers van herstelcentra zijn getraind in het begeleiden van mensen met psychische klachten, maar behoeven aanvullende training/opleiding en begeleiding wat betreft het omgaan met doodswensen. Daarnaast zijn de centra gebaat bij meer structurele financiering waardoor continuïteit, landelijke dekking en laagdrempeligheid van deze vorm van ondersteuning geborgd kan worden. Ten derde moet worden nagegaan hoe de kwaliteit van de ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens binnen herstelcentra – die veelal draaien op vrijwilligers – kan worden gewaarborgd. Ten vierde is méér samenwerking nodig met reguliere zorgpartijen waaronder expliciet óók de GGZ, zodat ook in het geval van complexe casuïstiek goede zorg geboden kan worden. Tot slot is wetenschappelijk onderzoek nodig om de effectiviteit en meerwaarde van herstelgerichte ondersteuning en begeleiding door ervaringsdeskundigen met evidentie te onderbouwen.

4.3.2 Wegnemen van drempels tot en versterken van Geestelijke Verzorging Thuis

Geestelijke verzorging richt zich op het bieden van ruimte voor bezinning en nabijheid, en lijkt daarmee bij uitstek geschikt voor het voeren van een open gesprek over (aanhoudende) doodswensen. Geestelijke Verzorging Thuis, bestaande uit individuele gesprekken, is op dit moment gratis beschikbaar voor mensen van 50 jaar of ouder en voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Voor andere groepen betreft het niet-vergoede zorg. De zorg wordt gecoördineerd door 48 regionale Centra voor Levensvragen, waarvan er in elke provincie van Nederland tenminste één is. Momenteel biedt tenminste een deel van de geestelijk verzorgers in Nederland óók eerstelijns zorg aan mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben. We zien kansen om het hulpaanbod voor mensen die psychisch lijden en een doodswens hebben te versterken door Geestelijke Verzorging Thuis ook voor deze groep toegankelijk te maken.

Net als in het scenario waarbij de hulp voor mensen met een aanhoudende doodswens wordt aangeboden binnen herstelcentra, zijn in het scenario van Geestelijke Verzorging Thuis de noodzakelijke voorzieningen en infrastructuur veelal reeds aanwezig. Ook sluiten de uitgangspunten van geestelijke verzorging uitstekend aan bij de waarden die van belang zijn in een open gesprek over doodswensen.

Een aantal zaken zijn nodig om het hulpaanbod binnen de bestaande Centra voor Levensvragen te kunnen realiseren. Ten eerste is een verruiming noodzakelijk van de huidige (en/of toekomstige) financieringsregeling die Geestelijke Verzorging Thuis beschikbaar maakt voor specifieke doelgroepen. Ten tweede zijn geestelijk verzorgers opgeleid in het voeren van open gesprekken over ingrijpende onderwerpen, maar zijn ze (of voelen ze zich) niet allemaal toegerust in het begeleiden van mensen met psychische klachten. Ten derde is méér samenwerking nodig met zorgpartijen waaronder expliciet óók

de GGZ, zodat ook in het geval van complexe casuïstiek goede zorg geboden kan worden. Tot slot moet onderzocht worden in hoeverre het imago van de geestelijke verzorging een drempel opwerpt, en hoe een dergelijke drempel in de toekomst weggenomen kan worden.

4.4 Alternatieve scenario's voor uitbreiding van het hulpaanbod

Naast de hierboven beschreven scenario's zien de onderzoekers vijf alternatieve scenario's voor uitbreiding van het hulpaanbod waaraan meer haken en ogen zitten, en/of waarover het huidige onderzoek onvoldoende informatie heeft opgeleverd. De onderzoekers sluiten het realiseren van deze scenario's niet uit, maar voorzien meer obstakels. We beschrijven elk van deze alternatieve scenario's kort, en lichten toe waarom deze minder kansrijk worden geacht.

4.4.1 Uitbreiding van het aanbod binnen de specialistische GGZ

Hoewel in het bijzonder toegerust op het begeleiden van mensen met (ernstig) psychisch lijden, waarvan een groot deel óók kampt met een doodswens, vormt de toegankelijkheid van de specialistische GGZ een groot obstakel voor het realiseren van een laagdrempelig hulpaanbod in deze context. Ook kunnen behandelverantwoordelijkheden van hulpverleners het open gesprek over de dood in de weg staan. Hoewel hierin verandering gaande is, staan de waarden autonomie en nabijheid in de specialistische GGZ van oudsher niet centraal. Tot slot stellen we vast dat twee van de vijf initiatieven binnen de specialistische GGZ op het moment van schrijven reeds gestopt waren, wat kan wijzen op geringe draagkracht of draagvlak. We concluderen dat het open gesprek over doodswensen, suïcidaliteit en euthanasie in de (specialistische) GGZ in het bijzonder aandacht verdient, en een plaats zou moeten hebben in de behandelrelatie tussen cliënt en hulpverlener, maar dat een laagdrempelig hulpaanbod in deze setting minder kansrijk lijkt.

4.4.2 Uitbreiding van het aanbod van 113 Zelfmoordpreventie

113 Zelfmoordpreventie is zeer laagdrempelig toegankelijk voor mensen met een acute doodswens. Er zou overwogen kunnen worden het aanbod van 113 uit te breiden naar hulp voor mensen met een aanhoudende, niet-acute doodswens, en naar gesprekken die niet primair gericht zijn op de preventie van zelfdoding. Het is echter onduidelijk in hoeverre een open gesprek over een aanhoudende doodswens in de context van suïcidepreventie kan plaatsvinden gegeven de prioriteit die wordt gegeven aan het verminderen van acute crises. Daarnaast is er meer informatie nodig om te kunnen vaststellen of de hulp die 113 Zelfmoordpreventie biedt (online, telefonisch, anoniem) voldoende tegemoet kan komen aan de hulpbehoeften van mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens. Tot slot moet worden meegewogen dat de benodigde extra capaciteit centraal moet worden georganiseerd.

4.4.3 Uitbreiding van het aanbod van thematische belangenorganisaties

Belangenorganisaties bieden ruimte voor een open gesprek over de doodswens. Tegelijkertijd zijn de initiatieven van belangenorganisaties veelal gericht op het verstrekken van informatie (in plaats van op het bieden van hulp, zorg of begeleiding), en richten de initiatieven zich vaak expliciet op mensen die een weloverwogen en wilsbekwame keuze maken voor sterven in eigen regie (in plaats van op mensen die psychisch lijden). Aanpassingen die binnen deze context nodig zijn om recht te doen aan de complexe hulpvragen van mensen met ernstig psychisch lijden zijn niet eenvoudig gemaakt. Daarnaast ontstaat er een spanningsveld wanneer het aanbod van een thematische en/of activistische belangenorganisatie – die zich inzet voor aanpassing van de wet – laagdrempelig toegankelijk gemaakt moet worden voor alle Nederlanders.

4.4.4 Verstevenigen van de rol van ervaringsdeskundigen en/of geestelijk verzorgers in de reguliere zorg

We identificeerden een aantal initiatieven waarbij geestelijk verzorgers en ervaringsdeskundigen samenwerkten met andere zorgprofessionals om een gezamenlijk aanbod te realiseren. We zien mogelijkheden om hulp voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden te versterken door ervaringsdeskundigheid en geestelijke verzorging méér actief te betrekken in de (reguliere) zorg voor deze groep, met name waar het laagdrempelige zorg betreft zoals de huisartsenzorg. Omdat huisartsenzorg in de huidige inventarisatie niet is meegenomen (zie *sectie 4.4*), kunnen we echter slechts beperkt inschatten in hoeverre dit scenario kansrijk is. Net zoals in de twee kansrijke scenario's zal extra opleiding/training en begeleiding nodig zijn voor ervaringsdeskundigen en geestelijk verzorgers die de zorg zullen aanbieden, zal er een passende vorm van financiering gevonden moeten worden, en zal samenwerking met de GGZ nodig zijn.

4.4.5 Starten van één of meerdere Reakiro inloophuizen

Tot slot benoemen we een scenario waarin één of meerdere Reakiro inloophuizen worden gestart in Nederland, naar het voorbeeld van Vlaanderen en los van de bestaande Nederlandse initiatieven. Omdat het huidige onderzoek zich richtte op het in kaart brengen van *bestaande* initiatieven, kunnen we niet inschatten in hoeverre het scenario kansrijk is. We verwachten dat het starten van een nieuw aanbod gepaard gaat met méér obstakels ten opzichte van het uitbreiden van een bestaand aanbod. Tegelijkertijd biedt een dergelijke situatie kansen om het aanbod precies vorm te geven zoals gewenst. In vervolgonderzoek zou het scenario van één of meerdere Reakiro inloophuizen in Nederland nader kunnen worden uitgewerkt.

4.5 Overwegingen aangaande alle scenario's

Aangaande de beschrijving van scenario's hechten de onderzoekers er waarde aan een aantal zaken expliciet te benadrukken. Ten eerste is de beschrijving van scenario's voor het uitbreiden van laagdrempelige ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden niet

uitputtend. Andere scenario's zijn denkbaar, zoals scenario's waarin initiatieven binnen nieuwe contexten ontstaan en scenario's waarin de samenwerking tussen contexten en disciplines wordt geïntensiveerd. Ten tweede worden sommige scenario's meer kansrijk geacht dan andere, maar wordt geen van de beschreven scenario's uitgesloten. In een aantal gevallen is meer onderzoek nodig om te kunnen vaststellen hoe kansrijk de scenario's zijn. Ten derde benadrukken de onderzoekers dat het feit dat een scenario in het huidige rapport als minder kansrijk wordt omschreven, niet betekent dat de betrokken partijen (specialistische GGZ, 113 Zelfmoordpreventie, thematische belangenorganisaties, huisartsenzorg) niets kunnen betekenen voor de groep mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens. Sterker, de obstakels die beschreven worden onderstrepen de noodzaak voor deze partijen om stappen te zetten richting betere bediening van deze groep. Bijvoorbeeld: het scenario waarin binnen de specialistische GGZ een laagdrempelig hulpaanbod wordt gerealiseerd voor mensen met een aanhoudende doodswens lijkt minder kansrijk, echter juist in die context is het bevorderen van een open gesprek tussen behandelaar en cliënt over doodswens- en euthanasiewensen van het grootste belang. Ten vierde stellen de onderzoekers dat, om méér mensen met een aanhoudende doodswens te bereiken, het van belang is niet één enkel scenario te kiezen. In plaats daarvan raden ze aan om ondersteuning voor deze kwetsbare groep via meerdere wegen toegankelijk te maken. Tot slot benadrukken de onderzoekers het belang van samenwerking binnen het brede veld dat in het huidige onderzoek in beeld werd gebracht. De groep mensen met een aanhoudende doodswens door psychisch lijden is divers, net als hun hulpvragen en de plekken waar deze hulpvragen terecht komen. Onderlinge samenwerking en uitwisseling in het veld is essentieel. Bijvoorbeeld: ook in herstelcentra moet aandacht zijn voor de preventie van zelfdoding voor mensen in een acute fase van suïcidaliteit.

4.6 Beperkingen van het huidige onderzoek

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste heeft onderzoek als dit, waarin men tracht iets in kaart te brengen dat eerder niet in kaart was, een inherent risico op blinde vlekken. Met andere woorden: de onderzoekers kunnen bij afronding van het onderzoek onmogelijk vaststellen of alle initiatieven geïdentificeerd zijn. We hebben geprobeerd het risico op blinde vlekken te verkleinen door de oproep om initiatieven te melden zeer breed uit te zetten, door alle bekende stakeholders en beroepsorganisaties te betrekken, door via meerdere kanalen te werven, en door ook initiatieven mee te nemen die in een later stadium (bijv. tijdens interviews) werden geïdentificeerd. Tijdens het onderzoek leek enige saturatie op te treden (i.e. nieuw geïdentificeerde initiatieven leken sterk op eerder geïdentificeerde initiatieven). Desalniettemin is het mogelijk dat in Nederland initiatieven bestaan gericht op het bieden van hulp, zorg, ondersteuning of begeleiding van mensen met psychisch lijden en

een aanhoudende doodswens, die middels het huidige onderzoek niet in beeld kwamen, en daarmee in het huidige rapport ontbreken.¹

Het includeren van initiatieven die tijdens interviews in beeld kwamen brengt een risico op bias met zich mee. Initiatiefnemers van initiatieven binnen een bepaalde context zullen tijdens interviews vaker wijzen op andere initiatieven binnen diezelfde context, waardoor deze oververtegenwoordigd kunnen raken in de onderzoeksresultaten. In de huidige studie lijkt dit in enige mate te gebeuren in de categorie van initiatieven binnen herstelcentra. Het is daarom van belang te kijken naar de kenmerken van de verschillende categorieën, en niet zozeer naar het aantal geïdentificeerde initiatieven binnen de categorieën.

Een derde beperking ligt in de gehanteerde afbakening voor de inclusie van initiatieven. Afbakening is noodzakelijk, maar resulteert onvermijdelijk ook in uitsluiting van initiatieven die mogelijk interessant zouden kunnen zijn. In het bijzonder benoemen we een laagdrempelige vorm van zorg voor mensen met psychische klachten die in de huidige inventarisatie niet kon worden meegenomen, namelijk zorg in de huisartsenpraktijk. In het huidige onderzoek werd deze vorm van zorg uitgesloten omdat deze zich niet expliciet richt op mensen met een doodswens dan wel op het bespreken van een doodswens. Het is echter aannemelijk dat dergelijke gesprekken binnen huisartsenpraktijken plaatsvinden. De onderzoekers achten het zinvol om deze vorm van zorg nader te onderzoeken, en óók het scenario waarin begeleiding voor mensen met psychische klachten en een aanhoudende doodswens zou worden gerealiseerd binnen de huisartsenzorg nader uit te werken.

4.7 Vervolgstappen

Het huidige onderzoek brengt in kaart hoe het bestaande hulpaanbod voor mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben er in Nederland uit ziet, en welke mogelijkheden er gezien worden voor verbetering en uitbreiding. Er worden twee scenario's geschetst die kansrijk lijken, net als een aantal scenario's waaraan meer haken en ogen zitten. Belangrijke aspecten van de geschetste scenario's kunnen op basis van het huidige onderzoek niet worden belicht. Zo kan op dit moment niet worden vastgesteld welk scenario (of welke scenario's) het beste aansluiten bij de hulpbehoeften van mensen met een aanhoudende doodswens die voortkomt uit psychisch lijden. Ook kunnen er geen uitspraken gedaan worden over de haalbaarheid van scenario's, over kosten en financiering, of over de

¹ Tijdens de rapportagefase van het huidige onderzoek werd Stichting Kea gelanceerd, speciaal gericht op mensen die verzoeken om euthanasie vanwege psychisch lijden. Hoewel de stichting zich primair lijkt in te zetten voor het vergroten van kennis over, begrip voor en de mogelijkheid van euthanasie bij psychische aandoeningen, suggereert openbaar beschikbare informatie dat ze mogelijk óók een vorm van begeleiding (zullen) aanbieden. Hoe deze begeleiding eruit ziet (of zal zien) is op het moment van schrijven niet bekend.

bereidheid van betrokken partijen om de scenario's te realiseren. De onderzoekers adviseren daarom om tenminste de volgende aspecten van alle scenario's te onderzoeken:

- 1) Aansluiting bij de hulpbehoeften van mensen met een aanhoudende doodswens die voortkomt uit psychisch lijden. In het SUNSET-onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd door Expertisecentrum Euthanasie en 113 Zelfmoordpreventie worden hulpbehoeften van mensen die verzoeken om euthanasie op grond van psychisch lijden gedetailleerd in kaart gebracht. De eerste resultaten van dit onderzoek worden verwacht in 2025. We adviseren om tevens gericht met de doelgroep in gesprek te gaan over de scenario's die in het huidige onderzoek worden geschetst, bijvoorbeeld in focusgroepen.
- 2) De wenselijkheid en haalbaarheid van de geschetste scenario's volgens alle betrokken partijen. Getoetst moet worden in hoeverre de betrokken partijen bereid en in staat zijn tot uitbreiding of versterking van het hulpaanbod voor mensen met een aanhoudende doodswens die voortkomt uit psychisch lijden. Zo moeten partijen als MIND en het Suïcide Preventie Centrum geraadpleegd worden over de wenselijkheid en haalbaarheid van scenario's waarin ervaringsdeskundigen een prominente rol vervullen.
- 3) Kosten van de geschetste scenario's, en naar financieringsvormen om het aanbod mogelijk te maken. De kosten die met elk van de scenario's gepaard gaan behoeven nader onderzoek, dat valt buiten de reikwijdte van het huidige onderzoek. In het huidige onderzoek is ook buiten beschouwing gelaten hoe versterking en/of uitbreiding van het hulpaanbod voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens gefinancierd dient te worden.

In de keuze voor vervolgonderzoek zijn twee kanttekeningen van belang. Ten eerste wordt geadviseerd om een open vizier te houden voor scenario's die in het huidige onderzoek niet worden benoemd, en/of voor scenario's die in het huidige onderzoek niet als kansrijk worden beschreven. Zowel de wetenschap als het maatschappelijk debat rondom doodswensen bij psychisch lijden veranderen snel. Ten tweede wordt geadviseerd om niet per definitie te streven naar de keuze voor één scenario ten koste van alle andere scenario's. Door ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens in meerdere contexten beschikbaar te maken, kunnen meer mensen worden bereikt.

5. Conclusies

Deelvraag 1:

Welke vormen van laagdrempelige hulp, begeleiding of ondersteuning zijn in Nederland beschikbaar voor mensen die kampen met een persisterende, soms ambivalente doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit, en die hierover een open gesprek willen voeren?

1. Een laagdrempelige vorm van hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning, specifiek gericht op mensen die psychisch lijden en kampen met een aanhoudende doodswens, en die als doel heeft het voeren van een open gesprek over de doodswens waarbij alle mogelijke uitkomsten expliciet als even acceptabel worden gezien (naar het voorbeeld van het Vlaamse Reakiro), is niet gevonden.
2. We identificeerden vijf contexten waarbinnen hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning geboden wordt aan mensen die psychisch lijden en kampen met een aanhoudende doodswens, waarbinnen het voeren van een open gesprek over de doodswens *mogelijk* is. Dit betreft a) centra waar herstelgericht gewerkt wordt op basis van ervaringsdeskundigheid, b) thematische belangenorganisaties, c) de specialistische GGZ, d) geestelijke verzorging, en e) suïcidepreventie.
3. Initiatieven binnen centra waar herstelgericht gewerkt wordt op basis van ervaringsdeskundigheid voldoen het meest aan de gestelde criteria van laagdrempeligheid, gericht op mensen met psychische klachten en de mogelijkheid voor een open gesprek over de doodswens. Ook initiatieven gelieerd aan geestelijke verzorging en initiatieven van belangenorganisaties voldoen tenminste in enige mate. Initiatieven in de specialistische GGZ (te weinig laagdrempelig), initiatieven van thematische belangenorganisaties (te weinig gericht op het bieden van begeleiding van mensen met psychisch lijden) en initiatieven gericht op suïcidepreventie (te weinig mogelijkheden voor het open gesprek) sluiten minder goed aan.
4. Belangrijke thema's in de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden zijn autonomie en nabijheid. Met name initiatieven die gelieerd zijn aan herstelcentra en aan geestelijke verzorging sluiten nauw aan bij deze uitgangspunten.

Deelvraag 2:

Welke mogelijkheden zien huidige aanbieders van de hulp, begeleiding of ondersteuning voor zoals beschreven in het antwoord op deelvraag 1 om het hulpaanbod te verbeteren?

5. Volgens aanbieders van bestaande initiatieven kan het bestaande aanbod verbeterd worden door het realiseren van landelijke dekking, het borgen van de continuïteit van het zorgaanbod, het vergroten van de bekwaamheid van medewerkers, en het vergroten van de vindbaarheid van het zorgaanbod.
6. De onderzoekers schetsen twee scenario's voor de uitbreiding van het bestaande hulpaanbod binnen de geïdentificeerde contexten: a) het versterken van het aanbod gericht op mensen met een doodswens binnen bestaande herstelcentra voor mensen met psychische klachten, gestoeld op ervaringsdeskundigheid; en b) het wegnemen van drempels voor toegang tot Geestelijke Verzorging Thuis voor mensen die psychisch lijden en een aanhoudende doodswens hebben. Daarnaast worden een vijftal scenario's geschetst die minder kansrijk lijken en/of waarnaar meer onderzoek nodig is. In alle scenario's is samenwerking tussen partijen in het brede veld noodzakelijk om de diverse groep van mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden te bedienen.
7. Vervolgonderzoek is nodig naar de mate waarin de geschetste scenario's aansluiten bij de hulpbehoeften van de doelgroep, haalbaar en wenselijk zijn, en op welke manier ze gefinancierd kunnen worden.

6. Literatuurverwijzingen

- Boevink, Prinsen, Elfers, Dröes, Tiber & Wilrycx (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 18 (1), 42-54.
- Kammeraat, van Rooijen, Kuijper, Kiverstein & Denys (2023). Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. *BMJ Ment Health*, 26(1): e300729.
- Plochg & van Zwieten (2007). Kwalitatief onderzoek. *Handboek gezondheidszorgonderzoek*, 77-93.
- Pronk, R. (2021). A dialogue on death: On mental illness and physician-assisted dying. *Thesis, Universiteit van Amsterdam*.

7. Dankwoord

De onderzoekers bedanken Isa van den Brand voor haar bijdrage aan het verwerken van de interviews en transcripten. Daarnaast bedanken we alle leden van de klankbordgroep, en alle initiatiefnemers en aanbieders van initiatieven die aan de interviews hebben deelgenomen.

Bijlage 1. Onderzoeksmethode

Onderzoeksopzet

Dataverzameling voor het huidige onderzoek bestond uit twee fasen: de inventarisatiefase en de interviewfase. Tijdens de inventarisatiefase werd gezocht naar laagdrempelige Nederlandse initiatieven die trachten tegemoet te komen aan de hulpbehoeften van mensen met een persisterende, soms ambivalente, doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit. Tijdens de interviewfase werd aan een deel van de geïdentificeerde initiatieven een aantal verdiepende vragen voorgelegd in een interview.

Inventarisatie

De inventarisatie van initiatieven geschiedde middels verschillende wegen. Ten eerste werd een mailing gestuurd naar alle partijen waarvan bij de onderzoekers bekend is dat zij hulp, begeleiding, ondersteuning en/of zorg bieden aan mensen met een doodswens (n=9 partijen). In de mailing werd opgeroepen initiatieven die mogelijk voldoen aan de inclusiecriteria aan te melden via een digitaal antwoordformulier. Ook werd gevraagd de oproep te verspreiden binnen het netwerk van de betreffende partij. Waar mogelijk werd de mailing verstuurd aan een bekende contactpersoon van de onderzoekers, en werd het standaardbericht naar inzicht gepersonaliseerd. Bij geen gehoor werden herinneringen verstuurd. Ten tweede werd een vergelijkbare mailing verstuurd naar zoveel mogelijk partijen waarvan bij de onderzoekers bekend is dat zij hulp, begeleiding, ondersteuning en/of zorg bieden aan mensen met psychische klachten, waaronder alle grote GGZ-instellingen, centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie, herstel- en zelfregiecentra en organisaties in het sociale domein (n=206). Ten derde werden koepelorganisaties in het veld (n=11) uitgenodigd de oproep aan hun achterban te verspreiden. Ten vierde werden alle leden van de klankbordgroep persoonlijk uitgenodigd de oproep in hun eigen netwerk te verspreiden. Ten vijfde, en tot slot, werd de oproep om initiatieven aan te melden verspreid via de professionele (sociale) mediakanalen van 113 Zelfmoordpreventie, waaronder LinkedIn en de 113 nieuwsbrief voor professionals.

Tijdens de inventarisatiefase werd de volgende beschrijving gehanteerd voor initiatieven die mogelijk konden worden geïncludeerd:

Initiatieven voor hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning die voldoen aan de volgende criteria:

- 1) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning is **laagdrempelig toegankelijk**; en
- 2) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning is (ook) gericht op mensen (12 jaar of ouder) met een **psychisch lijden** en een doodswens; en
- 3) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning heeft (ook) als doel het voeren van een **open gesprek over de doodswens** en/of het verkennen van de doodswens, zonder dat de uitkomst van een dergelijk gesprek vooraf vaststaat; en
- 4) de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning wordt of werd aangeboden **in Nederland**.

Er werden geen voorwaarden gesteld aan de setting waarbinnen de zorg of hulp werd aangeboden (bijv. binnen een GGZ-instelling of daarbuiten), aan het type zorgverlener dat de zorg of hulp aanbood (bijv. GGZ-professional, ervaringsdeskundige of vrijwilliger), of aan de vorm van de zorg of hulp (bijv. online of in persoon, individueel of in groepsverband).

Interviews

Initiatiefnemers van alle initiatieven die gericht waren op het voeren van een (open) gesprek over de doodswens en/of initiatieven die zich richtten op mensen met een doodswens, werden uitgenodigd deel te nemen aan een interview. De

initiatiefnemer(s) bepaalde(n) zelf waar en wanneer het interview plaatsvond, en wie bij het interview aanwezig zou zijn. Alle interviews werden afgenomen door één onderzoeker (MH). Van elk interview werd een audio-opname en een ‘verbatim’ transcriptie gemaakt. Alle interviews vonden plaats tussen 9 juni en 9 oktober 2023.

Bij exploratieve onderzoeksvragen, zoals in het huidige onderzoek, past bij uitstek een kwalitatieve benadering (Plochg & van Zwieten, 2007). Als methode van dataverzameling was aanvankelijk gekozen voor een open stijl van interviewen. Door mensen zelf de leiding te geven over de opbouw en (deels) de inhoud van het interview, zijn zij vaak sneller geneigd om open te zijn over een onderwerp; iets dat hier wellicht van pas zou komen. Na vier interviews is de aanpak geëvalueerd. Geïnterviewden bleken uit zichzelf zeer bereid open over het onderwerp te spreken. Mede met het oog op de hoeveelheid interviews en beschikbare tijd van onderzoekers is toen besloten over te gaan op een semigestructureerde interviewstijl. Deze aanpak maakte een efficiënter gebruik van de projecttijd mogelijk, met name in de analysefase. Zowel in de open interviews als in de semigestructureerde interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod: aanleiding voor het ontstaan van het initiatief, doel van het initiatief, doelgroep en werving, aanmeldprocedure, gelegenheid tot het voeren van een open gesprek over de dood, begeleiding, financiering, ervaren obstakels en toekomstvisie. Voor het interviewschema, zie Bijlage 2.

Analyse

Voor alle initiatieven die tijdens de inventarisatiefase werden geïdentificeerd, werd een fiche ingevuld, met daarop een samenvatting van de belangrijkste gegevens ter beantwoording van de onderzoeksvragen. Voor initiatieven waarvoor een interview had plaatsgevonden, werd het fiche ingevuld op basis van de interviewgegevens. De ingevulde fiches zijn daarna teruggestuurd naar de geïnterviewden voor een controle op juistheid van de weergave. Opmerkingen en aanvullende suggesties van de geïnterviewden zijn verwerkt. Voor initiatieven waarvoor geen interviews hadden plaatsgevonden werd gebruikgemaakt van informatie uit de aanmelding aangevuld met openbaar beschikbare informatie (bijv. website).

Een binaire toetsing van bovenstaande kenmerken van initiatieven (bijv. het initiatief is wel/niet laagdrempelig) bleek niet werkbaar: enerzijds bestond er te veel ruimte voor interpretatie rondom begrippen als “laagdrempelig” en “open gesprek”, en anderzijds was de verscheidenheid van initiatieven te groot. Strikte toetsing resulteerde erin dat géén van de geïdentificeerde initiatieven aan alle kenmerken voldeed, terwijl de inventarisatie en interviews wel degelijk veel relevante informatie hadden opgeleverd. Daarop is besloten alle initiatieven op elk van de kenmerken door tenminste twee onderzoekers (MH, LS, en/of IB) onafhankelijk van elkaar te beoordelen op een dimensionale schaal, lopend van nul (initiatief voldoet helemaal niet aan het kenmerk) tot tien (initiatief voldoet volledig aan het kenmerk). Voor het scoringsinstrument, zie Bijlage 3. Wanneer scores van individuele onderzoekers uiteenliepen (range>3) werd het initiatief door de betreffende onderzoekers besproken om te komen tot consensus. Gerapporteerd wordt de gemiddelde score (over beoordelaars) per initiatief per kenmerk.

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt op basis van kwalitatieve informatie en de scores op de kenmerken een ‘landschap’ geschetst van Nederlandse initiatieven voor zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning voor mensen die kampen met een persisterende doodswens en/of euthanasiewens, die zich bevinden in verschillende contexten, die in meer of mindere mate laagdrempelig zijn, en die zich in meer of mindere mate specifiek richten op het voeren van een open gesprek over de doodswens. Om de tweede deelvraag te beantwoorden, werden de fiches geanalyseerd betreffende initiatieven waarvoor een interview heeft plaatsgevonden. Hierop werd thematische analyse toegepast.

Bijlage 2. Interviewschema

De onderstaande onderwerpen, met bijbehorende vragen, kwamen aan bod in elk interview, min of meer in deze volgorde.

Per aanbieder:

1) Aanleiding

Wat was voor u en/of uw organisatie de aanleiding voor het ontwikkelen van dit hulpaanbod (kan over 1 of meerdere initiatieven gaan)?

Per initiatief:

2) Activiteiten en doel:

Wat is het doel van dit specifieke initiatief en hoe gaat het allemaal precies in zijn werk? (criterium: open gesprek)

3) Aanmeldprocedure, werving, selectie:

Hoe zit de aanmeldprocedure van dit initiatief in elkaar? Zijn er situaties geweest waarin iemand niet kon/mocht deelnemen aan het initiatief? Hoe worden mensen geworven? (criterium: laagdrempeligheid)

4) Begeleiding:

Wat is de achtergrond van de begeleiders van dit initiatief, oftewel van de mensen die deze hulp of ondersteuning aanbieden? Welke trainingen hebben ze gevolgd? Welke vormen van steun zijn beschikbaar voor hen, als ze dit nodig hebben?

5) Doelgroep:

Wat is de precieze doelgroep van dit initiatief? (criterium: psychisch lijden en langdurige doodswens)

6) Evaluatie:

Wordt de impact van dit initiatief op de doelgroep geëvalueerd? En zo ja, op welke wijze(n)?

7) Financiën en organisatie:

Hoe wordt het aanbod gefinancierd en georganiseerd? Indien er meerdere initiatieven zijn: is er verschil in de wijze waarop deze gefinancierd worden? Is het initiatief ingebed in of aangesloten bij andere bestaande organisaties (GGZ, herstelcentra, centra voor levensvragen, eigen stichting e.d.)?

8) Obstakels en verbeterpunten initiatief:

Welk obstakels ervaart u bij het uitvoeren van dit initiatief /de initiatieven? Wat zou u nog willen verbeteren/veranderen aan het huidige initiatief?

Daarnaast werden aan het einde van elk interview vier aanvullende vragen gesteld:

9) Obstakels veld:

Welke obstakels ziet u in meer brede zin in de zorg voor mensen met psychisch lijden en een aanhoudende doodswens?

10) Verbeterpunten veld en visie:

Ziet u (andere) mogelijkheden voor verbetering van de zorg, hulp, begeleiding of ondersteuning voor mensen met een aanhoudende doodswens? Wat zou uw stip aan de horizon zijn met betrekking tot zorg voor deze groep?

11) Open vraag:

Is er nog iets anders dat u belangrijk vindt en kwijt wilt over dit onderwerp en wat nog niet aan de orde is geweest?

12) Tips:

Bent u bekend met andere initiatieven voor laagdrempelige hulp, zorg, begeleiding of ondersteuning voor mensen met een aanhoudende, soms ambivalente doodswens en/of euthanasiewens, al dan niet in combinatie met suïcidaliteit?

Bijlage 3. Scoringsinstrument

Criterium doelgroep: psychische klachten

Beoordeel in hoeverre het initiatief zich richt op mensen die kampen met psychische klachten. Psychische kunnen tot uiting komen in het hebben van één of meerdere psychiatrische diagnoses, maar dat hoeft niet. Let op: Er zijn ook mensen met een doodswens zonder psychische klachten (bijv. euthanasiewens vanwege somatisch lijden), en mensen die kampen met suïcidaliteit zonder psychische klachten (bijv. suïcidaal gedrag dat wordt getriggerd door schulden). Het hebben van een doodswens of het kampen met suïcidaliteit is daarom niet hetzelfde als het hebben van psychische klachten.

Tabel B2.1. Scorehulp psychische klachten

1	Mensen met psychische klachten zijn uitgesloten van deelname
2	
3	
4	Mensen met psychische klachten zijn ook welkom, maar specifieke kennis en expertise ontbreekt
5	
6	
7	Het initiatief is vooral bedoeld voor mensen met psychische klachten
8	
9	
10	Het initiatief is in het bijzonder of uitsluitend bedoeld voor mensen met psychische klachten

Criterium doel: open gesprek

Beoordeel in hoeverre het initiatief als doel heeft mensen de gelegenheid te geven een open gesprek te voeren over de doodswens, zonder dat de uitkomst van dit gesprek vooraf vast staat. Hogere scores worden toegekend aan initiatieven waarbij het gesprek over de dood een expliciet of zelfs het enige doel is, en waar alle mogelijke uitkomsten van een dergelijk gesprek worden geaccepteerd (i.e. kiezen voor het leven, kiezen voor de dood, of geen keuze maken). Lagere scores worden toegekend aan initiatieven waarbij het gesprek over de dood geen expliciet doel is of één van meerdere doelen is, en/of initiatieven waarbij niet alle mogelijke uitkomsten van een dergelijk gesprek als acceptabel worden gezien (bijv. wanneer er primair naar wordt gestreefd mensen te motiveren voor het leven).

Tabel B2.2. Scorehulp open gesprek

1	Een open gesprek over de doodswens, waarbij aan alle mogelijke uitkomsten aandacht wordt besteed, is niet mogelijk	
2		
3		
4	Een open gesprek over de doodswens is mogelijk, maar geen expliciet doel	Een gesprek over de doodswens is mogelijk, maar sommige mogelijke uitkomsten (bijv. kiezen voor de dood) zijn moeilijk bespreekbaar
5		
6		
7	Het initiatief is vooral bedoeld voor een open gesprek over de doodswens	Een open gesprek over de doodswens is mogelijk, maar sommige mogelijke uitkomsten krijgen meer ruimte dan andere
8		
9		
10	Het initiatief is in het bijzonder of uitsluitend bedoeld voor een open gesprek over de doodswens, waarbij alle mogelijke uitkomsten kunnen worden besproken	

Criterium toegankelijkheid: laagdrempelig

Beoordeel in hoeverre het initiatief gemakkelijk en voor iedereen toegankelijk is. Hogere scores worden toegekend aan initiatieven waarbij geen of weinig eisen worden gesteld aan deelname, geen of weinig (groepen) mensen worden uitgesloten

van deelname, geen of weinig financiële bijdrage (of andersoortige tegenprestatie) wordt gevraagd aan deelnemers, geen of weinig wachttijd is, de aanmeldprocedure kort en/of eenvoudig is, en/of het aanbod op verschillende momenten, manieren en/of locaties bereikt kan worden.

Tabel B2.3. Scorehulp laagdrempelig

1	Er zijn meerdere en/of grote obstakels voor deelname aan het initiatief (bijv. kosten, procedure). Een grote groep mensen kan hierdoor niet deelnemen.
2	
3	
4	Er zijn obstakels voor deelname aan het initiatief. Een deel van de mensen kan deelnemen.
5	
6	
7	Er zijn weinig en/of kleine obstakels voor deelname aan het initiatief. De meeste mensen kunnen deelnemen.
8	
9	
10	Er zijn geen obstakels voor deelname aan het initiatief. Iedereen kan deelnemen.

Bijlage 4. Kenmerken en scores per initiatief

|--|

Bijlage 5. Samenstelling en rol van de klankbordgroep

In het huidige onderzoek werd gebruikgemaakt van een klankbordgroep samengesteld uit afgevaardigden van belangrijke partijen in het veld. De klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- **Fransien van ter Beek**
Voorzitter Raad van Bestuur van Nederlandse Vereniging voor Vrijwillig Levensinde (NVVE)
- **Monique Kavelaars**
Voorzitter Raad van Bestuur van 113 Zelfmoordpreventie
- **Dienke Bos, PhD**
Directeur-bestuurder van MIND
- **Rosalie Pronk, PhD**
Onderzoeker euthanasie in de psychiatrie
Deelnemer namens Netwerk persisterende doodswens en euthanasieverzoek op psychische grondslag (ThaNet)
- **Radboud Marijnissen, MD PhD**
Psychiater (deelnemer namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)
Voorzitter Netwerk persisterende doodswens en euthanasieverzoek op psychische grondslag (ThaNet)
- **Dik Meeuwis, MD PhD**
Coördinator wetenschappelijk onderzoek van Expertisecentrum Euthanasie

Tevens werden Artsenfederatie KNMG en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) uitgenodigd voor deelname aan de klankbordgroep. Beide partijen zagen af van deelname.

De klankbordgroep droeg ervoor zorg dat het onderzoek relevante en toepasbare resultaten opleverde voor het veld. Daarnaast hield de klankbordgroep zicht op de voortgang van het project. De klankbordgroep kwam viermaal bijeen. Tijdens de eerste bijeenkomst werd gereflecteerd op het onderzoeksvoorstel, en werd de onderzoeksvraag en scope van het onderzoek aangescherpt. In de tweede en derde bijeenkomst werden respectievelijk de resultaten van de inventarisatie en de interviews besproken. Tijdens de laatste bijeenkomst werd gereflecteerd op het concept onderzoeksrapport.

Bijlage 6. Inge vulde fiches per aanbieder en initiatief

Aanbieder ID01: GGZ Eindhoven

[Terug naar tabel 1](#)

Algemeen	
Initiatieven	Het Klaverblad
Aanbieder	GGZ Eindhoven
Interview	Nee

Aanbieder	
Aanleiding	Bezinningshuis Het Klaverblad werd geopend in 2004. Het trachtte een plek te bieden aan mensen die langdurig kampen met een doodswens en zich onvoldoende gehoord voelen in de reguliere zorg.
Organisatiestructuur	Onderdeel van GGzE, locatie De Grote Beek.
Financiering	Het Klaverblad werd mogelijk gemaakt middels een startsubsidie van het ministerie van VWS ('zorginnovatiegelden care'). Een financieringsplan voor ná deze subsidie is niet tot stand gekomen, mogelijk (ook) vanwege te weinig draagvlak binnen GGzE.
Visie	
Obstakels	<i>Onbekend</i>
Verbetermogelijkheden	<i>Onbekend</i>
Toekomstvisie	<i>Onbekend</i>
GGZ	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	Het Klaverblad
Aanbieder	GGZ Eindhoven
Interview	Nee

Initiatief	
Activiteit(en)	Bezinningshuis het Klaverblad bood een verblijfslocatie voor mensen met een aanhoudende doodswens. Mensen maakten de afspraak dat ze tijdens hun verblijf geen einde aan hun leven zouden maken. Het verblijf was bedoeld om zich te bezinnen op de eigen doodswens.
Begeleiding	Vrijwilligers (veelal ervaringsdeskundigen) en één betaalde coördinator van GGzE.
Doelgroep	Mensen met een aanhoudende doodswens. Het is onduidelijk of dit enkel cliënten van GGZ Eindhoven betrof, of ook anderen.
Doel	Bezinning op de eigen doodswens.
Aanmeldprocedure	<i>Onbekend.</i> Er waren maximaal 6 plekken beschikbaar. In een periode van 4 jaar woonden er 19 mensen in het Klaverblad.
Evaluatie	<i>Onbekend.</i> In 2008 is het Klaverblad gesloten wegens gebrek aan financiering.

Algemeen	
Initiatieven	Overleven. Lotgenotencontact, Instagramjongeren, BOS training en individuele begeleiding
Aanbieder	Stichting Suicide Preventie Centrum
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding en doel	De directe aanleiding voor de oprichting van de stichting werd gevormd door een persoonlijke ervaring van de initiatiefnemer met een opname in de acute GGZ. Daar ervaarde hij geen ruimte om te praten over suïcidale gedachten. In de directe omgeving (familie, psycholoog) ervaarde hij die ruimte wel en dat bleek heel helpend. Lotgenoten beaamden dit. Dit bracht hem op het idee van een lotgenotengroep, met als thema suïcidaliteit. In 2018 is hij gestart met het draaien van de eerste groep. Inmiddels draaien er in het hele land 15 lotgenotengroepen. In 2021 is de stichting Suicide Preventie Centrum (SPC) opgericht. Het doel van de SPC is het bieden van laagdrempelige ondersteuning en het overdragen van kennis op het gebied van suïcidaliteit. Dit streven zij na door het tot stand brengen van een landelijk dekkend netwerk van ondersteuningspunten door en voor de doelgroep, in samenwerking met organisaties en instellingen die met het thema te maken hebben (GGZ-instellingen, welzijnsorganisaties, overheden).
Organisatiestructuur	De SPC is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor mensen die te maken hebben met suïcidaliteit, zelf, als naaste, als nabestaande of als hulpverlener. De basis van de activiteiten is ervaringsdeskundigheid. De medewerkers van de stichting hebben zelf, vanuit verschillende rollen, te maken gehad met suïcidaliteit.
Financiering	De SPC is voor haar activiteiten afhankelijk van subsidies (o.a. programma Herstel Dichtbij en gemeentes) en giften.
Visie	
Obstakels	Obstakels voor de stichting: - Er is geen structurele financiering, enkel financiering op projectbasis. Dit betekent dat a) de initiatiefnemer veel tijd besteedt aan het aanvragen van subsidies, b) dat ze mensen weinig zekerheid kunnen bieden, en c) dat een deel van de mensen veel vrijwillige uren inzet. - De gedachte dat suïcidaliteit een behandeling binnen de GGZ behoeft, en dat ervaringsdeskundigen geen passende zorg zouden kunnen geven, heeft in het begin een obstakel gevormd, maar daar komt verandering in. - De naam van de stichting suggereert dat ze vooral gericht zijn op het voorkomen van suïcides, terwijl ze het open gesprek aanmoedigen (zonder dat de uitkomst van tevoren vaststaat). Mede hierdoor bedenken ze initiatieven met een meer neutrale naam, zoals <i>Let's talk café</i> en <i>Walk into the light</i>.
	Obstakels in het veld:

	- Veel hulpverleners (binnen en buiten de GGZ) vinden het moeilijk om het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan. Hierin speelt onwetendheid en onkunde een rol, maar ook angst en een gevoel van verantwoordelijkheid. - Binnen reguliere hulpverlening rondom suïcidaliteit wordt veel aandacht besteed aan wetenschappelijke theorievorming, en weinig aan de menselijke ervaring. Ervaringskennis is een noodzakelijke aanvulling op de wetenschappelijke inzichten. - Binnen reguliere hulpverlening is er een kloof tussen de behandelingen gericht op het suïcideproces en de behandelingen daarna, gericht op het herstelproces. Maar tijdens het herstelproces raken sommigen opnieuw uit balans en vallen terug in het suïcidaal proces.
Verbetermogelijkheden	- De stichting zou graag betrokken raken bij het thema euthanasie en psychisch lijden. Zij bieden in hun aanbod nu vooral ruimte om te praten over een doodswens, zodat mensen het leven weer kunnen oppakken. Maar er is een groep bij wie de doodswens nadrukkelijk aanwezig blijft. De stichting wil voorkomen dat deze mensen op gewelddadige wijze hun leven beëindigen en wil vanuit de rol van ervaringsdeskundigheid meer informatie en ondersteuning kunnen bieden tijdens het doorlopen van een euthanasietraject. Zij nemen in dat kader ook deel aan de stuurgroep van ThaNet (www.thanet.nl), een lerend netwerk van zorgprofessionals in de GGZ, ziekenhuizen of academische centra die de zorg voor mensen met een euthanasiewens of persisterende doodswens willen verbeteren. - De stichting is bezig met het professionaliseren van de organisatie, o.a. door mensen in verschillende functies aan te nemen via sollicitatieprocedures, op basis van kwalificaties.
Toekomstvisie	- Het grote doel is nog steeds een vermindering van het aantal suïcides. Hiervoor is het nodig dat a) hulp laagdrempeliger wordt, b) meer ervaringsdeskundigen betrokken worden, en c) er beter wordt samengewerkt tussen (zorg)organisaties. - Er wordt gewerkt aan een landelijk dekkend netwerk van ondersteuningspunten voor mensen met suïcidale gedachten en hun naasten, waar ze informatie kunnen krijgen en de ruimte om ervaringen te delen met lotgenoten. - Er wordt gewerkt aan een netwerk van ervaringsdeskundigen die getraind zijn en klaar staan om ingezet te worden binnen hun regio indien nodig. - Er liggen plannen voor een online kenniscentrum waar mensen informatie kunnen vinden, bijvoorbeeld over een euthanasietraject, maar ook over het herstelproces/suïcideproces - Er is behoefte aan logeerhuizen waar mensen met suïcidale gedachten een tijdje kunnen verblijven, zodat zij even uit hun thuissituatie kunnen komen.
GGZ	SPC is geen onderdeel van de reguliere GGZ. Gestreefd wordt naar samenwerking met alle andere betrokken partijen in de maatschappij, waaronder ook de GGZ.

Algemeen	
Initiatief	Over Leven. Lotgenotencontact.
Aanbieder	Stichting Suïcide Preventie Centrum
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Face-to-face lotgenotengroepen (Overleven) komen elke twee weken samen om gedurende 1,5 uur gedachten en ervaringen uit te wisselen. Een groep bestaat gemiddeld uit 6 deelnemers en 2 begeleiders. Soms is een groep kleiner, maar nooit groter. Er draaien op dit moment 15 face-to-face lotgenotengroepen door het hele land. Mensen nemen gemiddeld 12 bijeenkomsten deel aan een groep. In oktober 2023 is er gestart met een face-to-face lotgenotengroep (Overleven-Jong) in Leeuwarden, speciaal bedoeld voor jongeren. De onlinelotgenotengroepen (Overleven Online) komen elke twee weken 1,5 uur samen om gedachten en ervaringen uit te wisselen. Er is ook een onlinelotgenotengroep speciaal voor jongeren (Overleven-Jong Online) waar zij met leeftijdsgenoten kunnen praten over het onderwerp.
Begeleiding	Lotgenotengroepen worden begeleid door twee getrainde ervaringsdeskundigen. Tijdens de training – aangeboden door SPC – doen de ervaringsdeskundigen kennis op over de fasen in het suïcide- en herstelproces, en onderzoeken zij waar ze zelf staan en wat hun persoonlijke valkuilen zijn. Er zijn regelmatig intervisie-momenten en tussentijdse trainingen. De lotgenotengroep voor jongeren wordt begeleid door een jongere ervaringsdeskundige met dezelfde training en mogelijkheden tot intervisie.
Doelgroep	Iedereen die worstelt met suïcidale gedachten en/of een aanhoudende doodswens. Ook mensen die al in een euthanasietraject zitten zijn welkom. De enige eis is dat mensen nog op zoek zijn naar handvatten om zich staande te houden (bijv. tijdens het doorlopen van een euthanasietraject). De lotgenotengroepen zijn nadrukkelijk niet bedoeld voor het uitwisselen van zelfmoord-methoden. Mensen die gebruik maken van onlinegroepen wonen vaak in een gebied waar nog geen live groepen worden georganiseerd.
Doel	Ruimte bieden om met elkaar te praten over het hebben van suïcidale gedachten, het taboe te doorbreken en steun te ervaren door onderlinge herkenning, met als doel dat mensen zich beter staande kunnen houden.
Aanmeldprocedure	Mensen vinden de weg naar de website van het SPC vaak zelf. Soms worden mensen verwezen door een welzijnsorganisatie, hulpverlener of door de gemeente. Mensen kunnen zich aanmelden voor deelname aan een groep via de website van het Suïcide Preventie Centrum. Er zijn geen wachttijden en er is geen formeel intakegesprek. Wel is het mogelijk dat er nog geen lotgenotengroep bestaat in de betreffende regio. In dat geval kunnen mensen vast aan een onlinegroep deelnemen. Het SPC streeft er echter naar mensen zo snel mogelijk te helpen. Dus als er drie mensen zijn, binnen een gemeente, die interesse tonen, dan gaan ze op zoek naar manieren om daar aanbod te organiseren.
Evaluatie	De lotgenotengroepen zijn succesvol in de zin dat er telkens veel aanmeldingen zijn voor groepen en dat er voortdurend verzoeken binnenkomen voor de start van groepen op nieuwe locaties. Er is dus een behoefte waarin de lotgenotengroepen lijken te voorzien. Evaluaties worden uitgevoerd middels een formulier waarin deelnemers gevraagd wordt hoe ze

	een groep ervaren, wat ze eraan hebben en of ze hun waardering in een score willen weergeven. Deelnemers rapporteren met name een groot gevoel van opluchting.
--	---

Algemeen	
Initiatief	Instagramjongeren
Aanbieder	Stichting Suicide Preventie Centrum
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Het betreft een Instagram-account waar informatie te vinden is, maar waar jongeren ook via chat individueel contact kunnen maken met een ervaringsdeskundige van hun leeftijd.
Begeleiding	Het account wordt beheerd door een getrainde ervaringsdeskundige. Tijdens de training – aangeboden door SPC – doen de ervaringsdeskundigen kennis op over de fasen in het suïcide- en herstelproces, en onderzoeken zij waar ze zelf staan en wat hun persoonlijke valkuilen zijn. Er zijn regelmatig intervisie-momenten en tussentijdse trainingen.
Doelgroep	Jongeren met suïcidale gedachten en/of en aanhoudende doodswens die graag anoniem en individueel met een lotgenoot en ervaringsdeskundige willen praten.
Doel	Ruimte bieden om met elkaar te praten over het hebben van suïcidale gedachten, taboe te doorbreken en steun te ervaren door onderlinge herkenning, met als doel dat mensen zich beter staande kunnen houden.
Aanmeldprocedure	Jongeren kunnen een DM (privé-bericht) sturen aan de beheerder van het Instagram-account.
Evaluatie	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	Individuele begeleiding
Aanbieder	Stichting Suïcide Preventie Centrum
Interview	Ja, [redacted]

Initiatief	
Activiteit(en)	Individuele procesbegeleiding dat bestaat uit regelmatig contact (bv wekelijks), live of telefonisch, met ervaringsdeskundige casemanager.
Begeleiding	Door ervaringsdeskundigen getraind bij het SPC, die kennis van en ervaring hebben met een euthanasietraject.
Doelgroep	Mensen die in een euthanasieproces zitten, of ermee willen starten, en die behoefte hebben aan ondersteuning hierbij door een ervaringsdeskundige
Doel	Samen onderzoeken wat iemand nodig heeft om dit proces zo goed mogelijk door te komen, variërend van een regelmatig goed gesprek over hoe het nu gaat, het samen inventariseren van de te nemen stappen, evalueren van genomen stappen in het proces, tot het onderzoeken van mogelijkheden tot extra ondersteuning.
Aanmeldprocedure	Het gaat meestal om mensen uit een lotgenotengroep met een euthanasiewens die behoefte hebben aan individuele begeleiding. Een euthanasieproces kenmerkt zich door specifieke ervaringen en stappen die vragen om meer persoonlijke ondersteuning; zoiets bespreek je niet uitvoerig in een groep met lotgenoten. Als blijkt dat iemand hier inderdaad behoefte aan heeft, wordt binnen het SPC naar een geschikte begeleider gezocht.
Evaluatie	Onbekend

Algemeen	
Initiatieven	Café Doodnormaal, Steunpunt Levenseinde en Psychiatrie, adviescentrum NVVE
Aanbieder	NVVE
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding	De vereniging is als Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie op 23 februari 1973 opgericht als reactie op de rechtszaak Postma. De NVVE groeide uit tot een grote, gerespecteerde en veel geraadpleegde vereniging met momenteel meer dan 173.000 leden.
Organisatiestructuur	Vereniging met een Raad van Bestuur, Raad van Toezicht en een Ledenadviesraad. Op het bureau in Amsterdam werken ongeveer 30 betaalde medewerkers. Daarnaast zijn er verspreid over het land 140 consultants actief.
Financiering	De NVVE ontvangt geen subsidies en is voor haar inkomsten afhankelijk van contributie van de leden. Lidmaatschap kost 24 euro/jaar (12 euro/jaar indien iemand arbeidsongeschikt is).
Visie	
Obstakels	Obstakels voor de initiatieven: - Afbakenen dat het gesprek tussen lotgenoten in Café doodnormaal niet uitmondt in elkaar tips verstrekken rondom zelfdoding. Ook kunnen sommige deelnemers lang van stof zijn, geen ruimte geven aan anderen, of gaan manipuleren/om aandacht vragen. Obstakels voor het veld: - In de GGZ heerst een taboe rondom doodswensen. Een doodswens wordt snel onder suïcidaliteit geschoven. Dit kan soms inderdaad aan elkaar raken, maar niet altijd. In de GGZ zou men wat minder krampachtig moeten omgaan met doodswensen. Daarvoor is training en scholing voor zorgprofessionals nodig. - Psychiaters zijn behoedzaam met keuzes betreffende euthanasie op grond van psychisch lijden, omdat het minder eenduidig is vast te stellen dat lijden ondraaglijk en uitzichtloos is. Mensen in de GGZ zouden een betere training moeten krijgen hiermee om te gaan. - Mensen die euthanasie willen op grond van psychisch lijden kunnen op dit moment vaak nergens terecht. Het kan deze mensen juist kracht geven te weten dat zij niet hoeven te blijven leven als het echt niet gaat.
Verbetermogelijkheden	
Toekomstvisie	- NVVE onderzoekt mogelijkheden voor een Nederlandse versie van het Belgische Reakiro initiatief. - NVVE onderzoekt mogelijkheden voor mensen die op de wachtlijst staan bij Expertisecentrum Euthanasie. Specifiek wordt gekeken naar de 'warme wachtkamer' van het Humanistisch Verbond.
GGZ	NVVE maakt geen onderdeel uit van de GGZ, en heeft geen verbinding met de GGZ. Ze beschrijven hun aanbod als complementair.

Algemeen	
Initiatief	Café Doodnormaal
Aanbieder	NVVE
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Café Doodnormaal is een online praatgroep voor jongeren en volwassenen onder de 40 jaar. Er is gekozen voor deze praatgroep, omdat jongere mensen tijdens de ledenvergaderingen aangaven te weinig aansluiting te vinden bij de gangbare doelgroep (de gemiddelde leeftijd van NVVE-leden is >70 jaar). De groep bestaat uit maximaal 8 personen, en komt elke twee maanden bijeen. Elke bijeenkomst heeft een ander thema, steeds met een relatie tot het levenseinde.
Begeleiding	Het gesprek wordt gemodereerd door een (jongere) medewerker van NVVE, met een beroepsmatige achtergrond in gesprekstechnieken. De moderator nodigt mensen uit om te praten en te delen, en levert inhoudelijk zelf geen bijdrage. Vaak is er naast de moderator een deskundige aanwezig, die wel inhoudelijk advies kan geven.
Doelgroep	Leden van de NVVE van 40 jaar of jonger met een behoefte om te praten over het levenseinde.
Doel	Aan de hand van thema's de ruimte bieden om een inhoudelijk gesprek te voeren over de doodswens. Ook het faciliteren van lotgenotencontact is een doel van de bijeenkomsten.
Aanmeldprocedure	Alleen leden van de NVVE kunnen terecht in het café. Voorafgaand aan de bijeenkomst moet je je per email aanmelden. Er vindt geen selectie of voorgesprek plaats. Er is geen maximumaantal deelnemers, maar gemiddeld zijn er tussen de 3-8 mensen aanwezig. De samenstelling van de groep varieert per keer. Wel was er een vaste kern ontstaan, van mensen die zes keer per jaar de praatgroep bijwonen. Na corona moet zo'n vaste kern weer worden opgebouwd. Onder begeleiding van twee gespreksleiders worden de jongeren in contact gebracht met elkaar.
Evaluatie	Deelnemers geven aan dat praten over een doodswens met lotgenoten als zeer prettig wordt ervaren.

Algemeen	
Initiatief	Steunpunt Levensende en Psychiatrie
Aanbieder	NVVE
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Steunpunt Levensende en Psychiatrie begeleidt mensen met psychiatrische problematiek of een psychische kwetsbaarheid en een doodswens. Mensen met een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden moeten lang wachten, vinden dit moeilijk te verdragen en willen hun frustratie kwijt. Via het Steunpunt Psychiatrie kan men bellen met de ledenadministratie. Zij maken een adviesvraag aan en vervolgens neemt een coördinator uit de betreffende regio contact op. Deze vaste coördinator geeft individuele telefonische ondersteuning door het bieden van een luisterend oor en het verwijzen naar openbaar beschikbare informatie over het zelfgekozen levensende (bijv. boeken, websites). De duur van deze individuele ondersteuning wisselt. Ook kunnen gesprekken worden gevoerd over het proces van zelfdoding, en kan er hulp worden geboden bij het opstellen van een wilsverklaring, een behandelverbod, een volmacht of een euthanasieverzoek. Dit laatste kan overigens ook worden aangeboden middels een spreekuur of huisbezoek door een NVVE-consultant.
Begeleiding	Hulpvragers hebben telefonisch contact met een vaste coördinator in de regio. Er zijn vier coördinatoren, waarvan drie een zorgachtergrond hebben en één ervaringsdeskundige is. De coördinatoren bieden begeleiding aan mensen die op de wachtlijst staan. De rol van de NVVE-consultanten wordt vervuld door 70 vrijwilligers die intern worden opgeleid en huisbezoeken uitvoeren of spreekuren op één van de 55 NVVE-locaties door Nederland.
Doelgroep	Leden van de NVVE met een psychiatrische diagnose of psychische kwetsbaarheid en een doodswens.
Doel	Het voeren van een open gesprek over de doodswens, en het bieden van hulp, ondersteuning en informatie in het proces van sterven in eigen regie. Het Steunpunt Levensende en Psychiatrie probeert mensen te motiveren om de wachttijd voor hun euthanasieverzoek vol te houden, door bijv. uit te leggen hoe het traject bij het Expertisecentrum Euthanasie eruit ziet.
Aanmeldprocedure	Leden van de NVVE kunnen contact opnemen met de ledenadministratie en aangeven een adviesvraag te hebben. De regionaal coördinator neemt vervolgens contact op. Soms worden mensen verwezen door de huisarts, psychiater, of POH-GGZ. Er vindt een intakegesprek plaats. Daarna kan de hulpvrager contact opnemen met de coördinator wanneer daaraan behoefte is. Er is geen wachtlijst voor het opnemen van contact, de zorg is laagdrempelig van aard.
Evaluatie	Hulpvragers geven aan de ondersteuning als positief te ervaren.

Algemeen	
Initiatief	NVVE adviescentrum
Aanbieder	NVVE
Interview	Nee

Initiatief	
Activiteit(en)	Het Adviescentrum is telefonisch bereikbaar voor vragen, op werkdagen van 9:00-12:00 en van 14:00-17:00 uur. Een consulent kan iemand steun en informatie geven tijdens een telefonisch contact, een huisbezoek of een spreekuur in diens woonomgeving.
Begeleiding	De consulenten hebben een jarenlange ervaring met vragen rondom het levenseinde en weten wat er in de praktijk speelt.
Doelgroep	Leden van de NVVE. De NVVE is er voor iedereen met vragen of twijfels over het levenseinde. Naast leden kunnen ook artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners bij NVVE terecht voor inhoudelijk en juridisch advies.
Doel	Mensen helpen om op tijd en weloverwogen hun wensen kenbaar te maken en zo de regie over het einde van hun leven te hebben, door voorlichting en ondersteuning te bieden.
Aanmeldprocedure	Advies is gratis voor leden van de NVVE.
Evaluatie	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	Café Doodgewoon
Aanbieder	D3de verdieping, Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie, i.s.m. Regionaal Netwerk Palliatieve Zorg Arnhem de Liemers
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding	D3de Verdieping (ook wel: Centrum voor Levensvragen) werd opgericht voor het bieden van een luisterend oor en/of begeleiding voor mensen die op zoek zijn naar of worstelen met de zin van het bestaan, en voor wie het eigen netwerk niet volstaat. Onderzoek van 113 Zelfmoordpreventie laat zien dat praten over je doodswens een effectieve vorm van suïcidepreventie kan zijn. Daarom is het centrum omgedoopt tot Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie. Doel van het nieuwe centrum is: bijdragen aan het terugdringen van het aantal suïcides in Arnhem, laagdrempelige zorg te bieden aan mensen die een luisterend oor nodig hebben, taboe doorbreken, en goede zorg voor mensen met suïcidaliteit en hun naasten (en daarmee de druk op eerstelijns en tweedelijnszorg te verminderen).
Organisatiestructuur	Het Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie is een stichting met een bestuur. Het bestuur bestaat uit 6 leden. Naast twee betaalde krachten werkt de stichting met vrijwilligers. Het centrum maakt deel uit van SUPRANET Community, een regionaal suïcidepreventie netwerk, waarin GGZ-instellingen en organisaties uit het sociale domein (wijkteams, straatcoaches) informatie uitwisselen over risicogroepen en publiekscampagnes organiseren.
Financiering	Het Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie wordt deels gefinancierd door het ministerie van VWS en deels door de Gemeente Arnhem. Daarnaast zijn er inkomsten uit activiteiten, giften van donateurs en incidenteel, op projectbasis, subsidies van fondsen, onder meer van Fonds Franciscus.
Visie	
Obstakels	Er is weinig aandacht voor mentaal welzijn, voor zingeving, bij gemeenten of overheid. De focus ligt vooral op fysieke gezondheid. Terwijl zingeving voor mentaal welzijn zo belangrijk is.
Verbetermogelijkheden en toekomstvisie	Woordvoerders van het Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie benoemen de volgende elementen met betrekking tot verbetermogelijkheden en toekomstvisie: - Door ook op andere plekken in Nederland centra voor levensvragen en centra voor suïcidepreventie aan elkaar te koppelen, kunnen meer mensen met doodsgedachten (waaronder ook jongeren, en mensen die niet bekend zijn in de GGZ) worden bereikt; - Meer inzet van ervaringsdeskundigen, omdat dit de drempel om te praten kan verlagen; - Meer inzet op gespreksstrainingen voor alle betrokkenen (van vrijwilligers tot GGZ-professionals en van ouders tot kappers) - Aannemen Initiatiefwet Integrale Suïcidepreventie door de Tweede kamer
GGZ, reguliere zorg	Het centrum valt niet onder de GGZ. Haar activiteiten zijn complementair aan de GGZ en reguliere zorg. Het centrum biedt een plek voor mensen die in de GGZ of reguliere zorg te weinig ruimte ervaren om het gesprek te voeren over de dood en suïcidaliteit. Het centrum kan

	ook uitkomst bieden voor mensen bij wie het vertrouwen in de GGZ of reguliere zorg is geschaad, voor mensen die opgenomen zijn geweest, of als tussenstation tijdens een wachtlijst.
--	--

Algemeen	
Initiatief	Café Doodgewoon
Aanbieder	Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie/ D3de verdieping
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	1 keer per maand is er een samenkomst waarin wordt gesproken over de dood en sterfelijkheid, aan de hand van thema's (Hoe neem je afscheid? Euthanasie, etc), waaronder het thema suïcide.
Begeleiding	Café Doodgewoon wordt door initiatiefnemer (en geestelijk verzorger) gedraaid, met een groepje eromheen: geestelijk verzorgers, vrijwilliger (die ook studieadviseur is) en verpleegkundige van een hospice in de buurt.
Doelgroep	Iedereen die behoefte heeft om over de dood te praten (kunnen ook nabestaanden zijn). Geen exclusiecriteria. Er is een vaste groep ontstaan, maar er komen of gaan ook altijd weer nieuwe mensen. De groep groeit. Maximum is 15 mensen. Als het er meer worden, zal een extra groep worden georganiseerd. Sinds de start in 2018 bezochten ruim 60 mensen Café Doodgewoon.
Doel	Praten over de dood normaliseren en taboe doorbreken.
Aanmeldprocedure	Werving voor Café Doodgewoon vindt plaats door persberichten, reclame, op de website, mond-op-mond reclame, etc. Aanmelden is niet nodig. Er is geen intake- of selectieprocedure. Deelname is gratis.
Evaluatie	Mensen blijven vaak terugkeren naar Café Doodgewoon en de groep groeit. Verder geen formele wijze van evalueren.

Algemeen	
Initiatieven	Cursus: hoe overleef ik mijn doodsgedachten?
Aanbieder	Geen aanbod op dit moment, voorheen GGZ InGeest en daarna Arkin
Interview	Ja, [REDACTED]

Aanbieder	
Aanleiding	Initiatiefnemer [REDACTED] merkte als ervaringsdeskundige bij GGZ InGeest dat patiënten met een bipolaire stoornis vaak opgelucht reageerden wanneer het onderwerp suïcidaliteit in alle openheid besproken werd. Ze ontwikkelde een visie waarin suïcidale <i>gedachten</i> en suïcidaal <i>gedrag</i> uit elkaar worden gehaald. Suïcidaal gedrag ontstaat wanneer iemand in paniek raakt en dan is er wellicht hulpverlening nodig. Mensen met suïcidale gedachten kunnen leren meer verantwoordelijkheid te nemen voor het proces, en hun wanhoop of doodsgedachten verdragen. Ze ontwikkelde hiertoe een cursus waarin mensen onder leiding van ervaringsdeskundigen en/of een geestelijk verzorger middels zelfonderzoek proberen te achterhalen hoe en waarom ze doodsgedachten hebben, wat ze nodig hebben om deze te verdragen en hoe ze signalen van grote nood bij zichzelf kunnen herkennen. De cursus is met de Jan Mokkenstorm-prijs gewaardeerd.
Organisatiestructuur	De ontwikkelde cursus is driemaal aangeboden binnen GGZ InGeest en daarna overgedragen aan Arkin. Daar is het nog 6 keer aangeboden. Nu ligt de cursus stil en zijn de initiatiefnemers op zoek naar nieuwe gremia (binnen en/of buiten de GGZ) waarbinnen het kan worden aangeboden. Ze zijn onder meer in gesprek met [REDACTED] van het Suicide Preventie Centrum.
Financiering	Aanvankelijk is de cursus door WMO-gelden en ondersteuning van GGZ InGeest gefinancierd. Bij Arkin werd de cursus eerste gefinancierd vanuit de commissie suïcidepreventie, op projectbasis. Later is het ondergebracht bij de afdeling preventie en kwam er structureel budget vanuit Arkin. Deze transitie is ook met WMO-gelden gefinancierd.
Visie	
Obstakels	- Behandelaren in de reguliere GGZ lijken terughoudend te zijn ten aanzien van de cursus. Zij voelen zich verantwoordelijk voor het voorkomen van suïcide en ervaren bij de cursus een verlies van grip, omdat er geen hulpverlener bij aanwezig is. Volgens de aanbieders is het ontbreken van hulpverleners juist van grote waarde voor deelnemers, omdat er met meer openheid over de thema's met elkaar kan worden gesproken en meer aanspraak wordt gedaan op de zelfredzaamheid van mensen. - Voor sommige begeleiders is de cursus zwaar gebleken. Goede intervisie en ondersteuning is noodzakelijk. - Behandeling in de GGZ is vaak gericht op het voorkómen van suïcidaal gedrag, niet op het exploreren van suïcidale gedachten.
Verbetermogelijkheden	- Er wordt nagedacht over manieren om een cursusdag wat lichter en met een positieve noot af te sluiten. - Ze zouden van de bestaande cursus ook graag een versie ontwikkelen voor jongeren, met thema's en taalgebruik die specifiek bij deze groep aansluit.

	- Ze overwegen of de cursus in de toekomst juist buiten de context van de GGZ, en dus in het sociaal domein moet worden aangeboden, en zijn hierover in gesprek met het Suïcide Preventie Centrum.
GGZ	De cursus is tot op heden binnen de reguliere GGZ aangeboden, maar wordt niet begeleid door een GGZ-behandelaar. De setting verschilt van de hulpverlening in de zin dat de deelnemers en cursusleider onderling gelijkwaardig zijn, en dat ze niet afhankelijk zijn of worden van de ander (e.g. van elkaar of van de cursusleider). De cursus kan ook worden aangeboden buiten het kader van de reguliere GGZ.

Algemeen	
Initiatief	Cursus: hoe overleef ik mijn doodsgedachten?
Aanbieder	Geen aanbod op dit moment, voorheen GGZ InGeest en daarna Arkin
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Cursus 'Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?' bestaat uit zes thematische bijeenkomsten en 1 terugkomdag, waarin zelfonderzoek centraal staat. Elke bijeenkomst duurt 2,5 uur. Een werkboek vormt de basis van de cursus.
Begeleiding	De cursus werd gegeven door twee cursusleiders: een ervaringsdeskundige en een geestelijk verzorger. Beiden zijn hiertoe getraind en ontvangen intervisie en ondersteuning waar nodig. In recente plannen wordt ook de mogelijkheid van begeleiding door twee ervaringsdeskundigen beschreven.
Doelgroep	Tot op heden betrof de doelgroep alle mensen die in behandeling zijn bij de aanbiedende GGZ-instelling en die worstelen met doodsgedachten (van 18-100 jaar). Mensen die niet in staat of bereid zijn aan zelfonderzoek te doen, of die in acute psychiatrische crisis verkeren, kunnen niet aan de cursus deelnemen. Het volgen van een euthanasietraject is geen bezwaar.
Doel	Aan de hand van oefeningen (zelfonderzoek) ontdekken mensen wat de triggers zijn voor hun suïcidale denken en hoe het 'monomane' denken te doorbreken. Hoe kun je omgaan met eigen wanhoop en doodsgedachten? Daarnaast doorbreken van isolement door herkenning en contact met lotgenoten.
Aanmeldprocedure	Deelnemers werden tot nu toe geworven via flyers in wachtkamers, of werden verwezen door behandelaren. Na aanmelding volgde nog een kennismakingsgesprek met de cursusleider. Het doel van het gesprek is dat de persoon zelf zoveel mogelijk te weten komt over de cursus en op basis daarvan zelf kan bepalen of hij/zij wil deelnemen.
Evaluatie	Onbekend

Algemeen	
Initiatief	Sterven & Contactlijn
Aanbieder	Landelijk Expertisecentrum Sterven
Interview	Nee

Aanbieder	
Aanleiding	In de Westerse samenleving is er veel onbekendheid met het proces van sterven waardoor er ongemak en angst is. Het Landelijk Expertisecentrum Sterven (LES) is er om op grote schaal kennis, wijsheid en ervaring beschikbaar te maken om bij te dragen aan de kwaliteit van leven voor iedere stervende. Dat doet LES door inzicht te geven in de gelaagdheid van het stervensproces en door het bevorderen van kennis over sterven.
Organisatiestructuur	Het Landelijk Expertisecentrum Sterven is een stichting zonder winstoogmerk en is door de belastingdienst aangemerkt als een Algemeen Nut Beogende Instelling (ANBI).
Financiering	Onbekend. In ieder geval ook giften.
Visie	
Obstakels	Onbekend
Verbetermogelijkheden	Onbekend
Toekomstvisie	Onbekend
GGZ	Nee

Algemeen	
Initiatief	Sterven & Contactlijn
Aanbieder	Landelijk Expertisecentrum Sterven (LES)
Interview	Nee

Initiatief	
Activiteit(en)	Een 24/7 telefoonlijn waar mensen met vragen, zorgen, angsten rondom sterven terecht kunnen. De Sterven & Contactlijn is ook per email bereikbaar. In het weekend wordt deze lijn doorgeschakeld naar de Luisterlijn. Het kan gaan over het zelfgekozen levenseinde, maar ook over natuurlijk overlijden. In totaal worden ze 3-4x per week gebeld. Het komt voor dat deze stervensbegeleiders iemand spreken aan de telefoon, en ze daarna in hun eigen praktijk een begeleidingstraject aanbieden. Dit traject valt dan niet onder de verantwoordelijkheid van LES, maar onder de verantwoordelijkheid van de individuele stervensbegeleider.
Begeleiding	Aan de telefoon zitten stervensbegeleiders, die allemaal ook in de praktijk werkzaam zijn. Allen zijn vrijwilliger.
Doelgroep	Het LES richt zich op eenieder die wil (leren) omgaan met sterven voor zichzelf of om iemand anders bij te staan. Dat kan zijn als de naaste van iemand die met een levensbedreigende ziekte te maken krijgt, als vrijwilliger of beroepskracht in de terminale zorg. LES is er voor iedereen, ongeacht religie of levensbeschouwing. De Sterven & Contactlijn richt zich op mensen met vragen, zorgen en/of angsten rondom sterven.
Doel	Het doel is mensen met vragen, zorgen en/of angsten rondom sterven bij te staan. Het is onbekend wat het doel is van de individuele telefoongesprekken en het emailcontact. Mogelijk zijn de interacties gericht op het bieden van een luisterend oor, het aanbieden van informatie, het geven van advies en/of het wegnemen van angst.
Aanmeldprocedure	De telefoonlijn kan door iedereen en op elk moment van de dag gebeld worden. Het betreft een 0900-nummer. Aan het bellen van dit nummer zijn kosten verbonden. Via het emailadres kan ook door iedereen en op elk moment van de dag contact worden gelegd.
Evaluatie	Onbekend.

Algemeen	
Initiatieven	Individuele module, groepsmodule, lotgenotengroep voor mensen met suïcidale gedachten
Aanbieder	Expertisecentrum Suïcidepreventie, GGZ Reinier van Arkel (afdeling acute psychiatrie)
Interview	Ja, [REDACTED]

Aanbieder	
Aanleiding	[REDACTED] was 25 werkzaam bij de crisisdienst van een GGZ-instelling. Hij schat dat circa driekwart van de mensen die hier terechtkomen worstelen met doodsgedachten en/of suïcidaliteit. Zijn ervaring is dat hulpverleners vaak handelingsonbekwaam en ongemakkelijk zijn met dit onderwerp. De focus bij hulpverleners ligt zodanig op risico-afweging en preventie, dat er weinig ruimte is om goed te luisteren naar iemand. Hierdoor staan mensen met acute en/of aanhoudende doodsgedachten vaak in de kou. Het expertisecentrum Suïcidepreventie richt zich op het stimuleren van een goed gesprek met mensen over hun suïcidale gedachten, waarbij hulpverleners niet te snel gaan adviseren, oordelen of oplossen, maar in contact durven gaan. Ze willen zo meer podium creëren voor het hebben van doodsgedachten, evenals een mogelijkheid om hier eventueel zin of betekenis aan te verbinden.
Organisatiestructuur	2 jaar geleden is binnen GGZ-instelling Reinier van Arkel een expertisecentrum Suïcidepreventie opgericht, bestaande uit 7 hulpverleners die zich bezighouden met de vraag wat deze groep nodig heeft en hoe dat binnen de instelling te organiseren. Zij baseren hun aanbod op wetenschappelijke inzichten over het onderwerp en werken <i>evidence-based</i> .
Financiering	Er zijn drie bronnen van financiering. Sommige werkzaamheden worden gedeclareerd via het zorgprestatiemodel. De directie van de GGZ-instelling vergoedt de kosten voor ontwikkelwerk en kwartier maken. Voor voorlichting op scholen en LVB-instellingen wordt een uurtarief gevraagd.
Visie	
Obstakels	Obstakels voor de aanbieder: - Hulpverleners binnen de instelling verwijzen hun cliënten nog weinig door naar het aanbod van de suïcidepreventie-poli. Verschillende redenen worden genoemd: onderschatting van het probleem door hulpverleners (bagatelliseren impact doodswens), angst bij hulpverleners om het onderwerp echt ter tafel te brengen, wellicht angst om anderen met een casus mee te laten kijken, gebrek aan kennis over overkoepelende initiatieven in de instelling (oftewel buiten het eigen specialisme) - Vergoeding van zorgaanbod. Dit hangt samen met dat suïcidaliteit geen diagnose is en de poli hierdoor wat betreft organisatie en financiering telkens buiten beeld valt (GGZ-instelling is sterk diagnose-gericht-georganiseerd)
	Obstakels voor het veld: - Cliënten met een doodswens bij wie geen psychiatrische diagnose kan worden vastgesteld, worden nu terugverwezen naar de huisarts. Er is dan voor hen geen

	vergoeding van zorg mogelijk vanuit de zorgverzekeraar. Bij de huisarts ontbreekt echter tijd en expertise om met dit onderwerp aan de slag te gaan.
Verbetermogelijkheden	Ten tijde van het interview waren er plannen om tweedaagse trainingen aan te bieden voor naasten over hoe om te gaan met dit onderwerp. Verbinding tussen mensen vormt vaak een belangrijke bescherming tegen suïcidaal gedrag. Als naasten beter weten hoe ze met iemand over het onderwerp kunnen spreken, dan krijgen mensen thuis ook meer kans op steun en verbinding. Er zijn inmiddels drie cycli geweest met naastengroepen. Goede feedback gehad, middels vragenlijsten. Het blijkt dat naasten graag hun verhaal willen vertellen en emoties en ervaringen willen delen. Er is minder behoefte aan informatie over het onderwerp dan gedacht.
Toekomstvisie	- Het zorgaanbod voor deze groep is in Nederland momenteel sterk versnipperd en hangt af van een paar betrokken individuen. Meer uniform en centraal georganiseerd aanbod zou wenselijk zijn. - Uitbreiding van het aanbod naar situaties buiten de GGZ zou goed zijn. Een landelijk netwerk is zeer welkom, mogelijk met een rol voor het SPC of 113. - Structurele financiering van suïcidepreventie door bijv. zorgverzekeraars en gemeenten. - Professionals zouden in hun opleiding veel meer handvatten moeten krijgen hoe om te gaan met deze problematiek. - Onderlinge uitwisseling over succesvolle methoden en ontwikkelde cursussen zou meer gestimuleerd moeten worden. - Ze zouden graag een start willen maken met zowel SUMONA als STORM, gesprekken met gemeenten en netwerkpartners zijn hierover intussen gestart.
GGZ	Het expertisecentrum maakt deel uit van GGZ-instelling Reinier van Arkel. De aangeboden modules (individueel en groep) staan los van behandeltrajecten. In het geval van de groepsmodule zijn er wel korte lijnen tussen de hulpverleners van de poli en de officiële behandelaren van de cliënten. De uiteindelijke regie ligt bij het behandelteam. De cliënten zijn hiervan op de hoogte.

Algemeen	
Initiatief	Individuele module
Aanbieder	Expertisecentrum Suïcidepreventie Reinier van Arkel (GGZ)
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	De individuele module bestaat uit 7 bijeenkomsten tussen een cliënt en een hulpverlener. De eerste zes bijeenkomsten zijn thematisch van aard, met telkens een link naar suïcidaliteit. Het betreffen laagdrempelige gesprekken, die verder geen voorbereiding of oefening van de deelnemer vragen. In de zevende bijeenkomst wordt samen alle informatie verzameld uit de eerdere bijeenkomsten en door de cliënt in een veiligheidsplan verwerkt. Elke twee weken vindt er een bijeenkomst plaats. Soms is het nodig om meer bijeenkomsten te plannen.
Begeleiding	De module wordt aangeboden door (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Zij ontvangen hiertoe training en intervisie. De ambitie van de poli is dat binnen elk team in de organisatie iemand aanwezig is die de individuele module kan aanbieden.
Doelgroep	Iedereen die in behandeling is binnen Reinier van Arkel met een doodswens en die in staat is om een coherent gesprek te voeren.
Doel	Het doel van deze module is om daadwerkelijk contact te maken met iemand en mensen de ruimte te geven om echt openlijk te spreken over wat hun bezighoudt, om vervolgens te komen tot een gedegen veiligheidsplan dat aansluit bij de client.
Aanmeldprocedure	Cliënten worden doorverwezen door hun behandelaren naar het aanbod van de poli. Er zijn vooralsnog geen wachttijden voor deelname. De aangemelde cliënten kunnen binnen een maand starten met de module.
Evaluatie	Cliënten beschrijven een gevoel van thuiskomen. Ze kunnen spreken over het onderwerp zonder angst voor extra medicatie of gedwongen opname. Dat de hulpverlener niet bezig is een risico-weging te maken, maar luistert, wordt als helend ervaren, juist ook bij cliënten die al jarenlang behandeld worden en een persisterende (soms ambivalente) doodswens hebben.

Algemeen	
Initiatief	Groepsmodule
Aanbieder	Expertisecentrum Suïcidepreventie Reinier van Arkel (GGZ)
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	De groepsmodule bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten in een groep van maximaal 8 mensen. Er wordt gesproken over het denken aan zelfdoding en er wordt een veiligheidsplan opgesteld. Daarnaast gaat het ook over anders-leren-denken, gedragsverandering en het maken van een hoop-kit. De module is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Er wordt verwacht dat de client met de aangereikte vaardigheden gaat oefenen, bijvoorbeeld in de thuissituatie.
Begeleiding	De groep wordt altijd door twee mensen begeleid. De begeleiders zijn sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en een ervaringsdeskundige. In sommige gevallen is dit een professional die reeds bij de cliënt betrokken is.
Doelgroep	Iedereen die in behandeling is bij Reinier van Arkel en niet in acute crisis verkeert. Op dit moment melden mensen vanuit de deeltijdbehandeling psychiatrie en ook de FACT-teams zich aan. Mensen die nieuw zijn met suïcidale gedachten wordt aangeraden om te starten met de individuele module.
Doel	Het opstellen van een veiligheidsplan en hoop-kit. Ervaringen delen met lotgenoten, maar ook training van gedragsverandering en daarmee het aanpakken van de problematiek.
Aanmeldprocedure	Cliënten worden doorverwezen door het team waar de cliënt de reguliere behandeling krijgt. Er zijn geen wachtlijsten.
Evaluatie	Afgelopen tijd zijn er geen aanmeldingen voor de groep geweest. De ervaringsdeskundige heeft een andere werkplek aanvaard en daardoor missen ze een aanjager. Vanuit het IHT en HIC en MC klinieken komen geen aanmeldingen terwijl de doelgroep ruim aanwezig is. Gesprekken met behandelaren en afdelingen maken duidelijk dat hulpverleners denken dat er timing nodig is voor dit aanbod, maar ook dat zij in gesprek merken dat de suïciderisico's afnemen en daardoor het gesprek niet meer nodig is. De aanbieders maken nu een aanpassing in het groepsprogramma waarin ze vooral de focus leggen op het aanleren van vaardigheden. Ze willen de cliënten die een individuele module gevolgd hebben deze aangepaste groepsmodule aanbieden als een vervolg aanbod.

Algemeen	
Initiatief	Lotgenotengroep voor mensen met suïcidale gedachten
Aanbieder	Expertisecentrum Suïcidepreventie Reinier van Arkel (GGZ), via Herstelacademie De Stijl
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Elke twee weken is er in herstelacademie De Stijl een bijeenkomst van 1,5 uur voor lotgenoten. De inhoud van de gesprekken wordt door de groep zelf bepaald. De maximum grootte van de groep is 8 tot 10 personen.
Begeleiding	De groep wordt geleid door twee ervaringsdeskundigen, in dienst bij het herstellpunt Reinier van Arkel. Voor begeleiding kunnen de ervaringsdeskundigen terugvallen op collega's van het eigen expertisecentrum suïcidepreventie. Zij krijgen twee maal per jaar intervisie en nemen deel aan het scholingsprogramma suïcidepreventie. De lijnen zijn kort tussen de collega's zodat er wandelgang contact is.
Doelgroep	De lotgenotengroep vindt plaats in herstelacademie De Stijl, nadrukkelijk buiten psychiatrische context. De groep is vrij toegankelijk voor iedereen met interesse.
Doel	Het bieden van een vrijplaats omtrent gedachten aan de dood, om ervaring, kracht en hoop te kunnen delen.
Aanmeldprocedure	Aanmelden kan via de website van het Suïcide Preventie Centrum (aanbod Den Bosch), maar zij instroom vanuit andere routes is altijd mogelijk. Er hoeft geen behandelrelatie met Reinier van Arkel te zijn.
Evaluatie	Er is geen formele evaluatieprocedure, maar er is een behoefte; mensen blijven terugkeren naar de groep.

Algemeen	
Initiatief	Supportgroep suïcidaliteit
Aanbieder	Herstelacademie Doel Delfland
Interview	Ja, [REDACTED]

Aanbieder	
Aanleiding	De herstelacademie bestaat sinds 2017 en is een autonoom onderdeel binnen GGZ Delfland. Ervaringswerkers organiseren hier activiteiten enkel op verzoek en initiatief van cliënten zelf (i.e. bottom-up). Er bleek veel vraag naar een supportgroep voor mensen met suïcidale gedachten. Naar aanleiding daarvan hebben [REDACTED] en [REDACTED] contact gezocht met [REDACTED] (Suicide Preventie Centrum). Inmiddels zijn meerdere ervaringswerkers verbonden aan Doel Delfland getraind door [REDACTED] en in oktober 2023 start de eerste supportgroep.
Organisatiestructuur	De Herstelacademie is een initiatief van Doel Delfland, en een autonoom onderdeel van GGZ Delfland. GGZ Delfland is in de regio de specialist op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.
Financiering	Doel Delfland ontvangt voor het organiseren van dagbestedingen WMO-budget vanuit de verschillende gemeentes waar zij actief zijn. Van dat budget worden ook de activiteiten van de herstelacademie mogelijk gemaakt. Verder steunen gemeentes de activiteiten van de herstelacademie, door bijvoorbeeld het faciliteren van locaties.
Visie	
Obstakels	Obstakels voor de aanbieder: - In het begin verwezen behandelaren nog niet vaak door naar lotgenotengroepen, mogelijk uit terughoudendheid/angst om mensen met risicovol gedrag bij elkaar te zetten. Inmiddels is deze angst minder groot en wordt er meer doorverwezen. - Bij conflicten in een groep (bijv. wanneer een nieuwkomer zich niet thuis voelt of niet goed aansluit) interfereert de Herstelacademie niet. Deelnemers bepalen zelf wat, hoe en met wie de groep dingen bespreekt. Hierdoor is een groep niet altijd passend voor iedereen. Wel is er de mogelijkheid om dan een tweede groep te starten, indien hier behoefte aan is. - Op dit moment lukt het om alle activiteiten binnen de herstelacademie uit te voeren met een aantal betaalde collega-ervaringswerkers binnen GGZ Delfland. Maar het aantal deelnemers groeit gestaag en is ook deels afkomstig van buiten de instelling en zelfs de regio. Het is op termijn de vraag op welke manier ze het groeiende platform kunnen blijven organiseren en bemensen.
	Obstakels voor het veld: - Mensen zijn soms terughoudend met het openlijk bespreken van dit thema met behandelaren, omdat ze bang zijn dat er dan meteen wordt aangestuurd op een crisisopname. Hierdoor lukt het soms niet om daar binnen een behandeltraject goed over te spreken.

Verbetermogelijkheden	De Herstelacademie wil in de toekomst de opbrengst van supportgroepen en trainingen zichtbaar maken, bijvoorbeeld door formele evaluaties.
Toekomstvisie	- De Herstelacademie wil mensen een plek blijven bieden waar ze openlijk en vrij met elkaar over dit soort zaken in gesprek kunnen gaan. - Vanuit andere gemeenten en zorgverzekeraars is interesse getoond. De Herstelacademie kan hierin enkel meegaan indien deelnemers anoniem kunnen blijven – iets wat met het oog op financiering vaak een probleem blijkt.
GGZ	De Herstelacademie valt binnen GGZ Delfland, maar is een autonoom onderdeel en is niet gericht op behandeling. Het aanbod staat ook open voor mensen buiten de GGZ en mensen zonder WMO-indicatie. De Herstelacademie werkt enkel op verzoek van de cliënt samen met behandelaars van GGZ Delfland. Uitzondering hierop is wanneer zich incidenten voordoen die gemeld moeten worden.

Algemeen	
Naam	Supportgroep suïcidaliteit
Aanbieder	Herstelacademie Doel Delfland
Interview	Ja, [REDACTED]

Initiatief	
Activiteit(en)	Het aanbod betreft een gespreksgroep voor lotgenoten onder begeleiding van twee ervaringsdeskundigen. Het plan is de groep per oktober 2023 wekelijks gedurende 1.5 uur bijeen te brengen. De groepsgrootte is tussen de 6 en 8 personen. De bijeenkomst bestaat uit een welkomstwoord, een inhoudelijk deel, en een positieve afronding. De inhoud van de bijeenkomsten wordt door de groep bepaald. Deelnemers kunnen in- en uitvoegen wanneer ze willen. De groep wordt in samenwerking met [REDACTED] van het Suïcide Preventie Centrum vormgegeven. In sommige gevallen zijn begeleiders ook buiten de wekelijkse groepsmomenten voor deelnemers bereikbaar, bijv. via telefoon of whatsapp.
Begeleiding	Begeleiders zijn altijd met twee personen aanwezig op de groep en zijn beide ervaringsdeskundigen. Ze hebben verschillende trainingen gehad, waaronder een training bij het Suïcide Preventie Centrum. Er zijn ook intervisiebijeenkomsten.
Doelgroep	Iedereen is welkom bij de Herstelacademie. De supportgroep is wel gericht op mensen met suïcidale gedachten. Omdat de academie deel uitmaakt van GGZ Delfland komen hier ook de meeste deelnemers vandaan, maar het aanbod is toegankelijk voor iedereen.
Doel	- Het bieden van een vrije en toegankelijke plek waar iemand over suïcidale gedachten kan spreken met anderen die hier ook mee kampen. - Het bieden van hoop en perspectief.
Aanmeldprocedure	Werving vindt met name plaats via de GGZ professionals. Op de locaties van GGZ Delfland liggen flyers en posters en ook op intranet worden activiteiten zichtbaar gemaakt voor professionals. Ook vindt werving plaats via de app van Doel Delfland. Na aanmelding volgt binnen twee weken een kort kennismakingsgesprek met een begeleider van de groep. Dit is echter geen intake: in principe mag iedereen meedoen.
Evaluatie	Onbekend, de groep is nog niet gestart. Er zijn plannen om de groep te evalueren.

Algemeen	
Initiatief	Geestelijke Verzorging Thuis
Aanbieder	Geestelijke Verzorging
Interview	Ja, [redacted] (Centrum voor Levensvragen en Suïcidepreventie/D3de verdieping) en [redacted] (Bravis ziekenhuis en zzp'er)

Aanbieder	
Aanleiding	Geestelijke Verzorging Thuis is opgericht voor het bijstaan van mensen die op zoek zijn naar of worstelen met de zin van het bestaan, en voor wie het eigen netwerk niet volstaat.
Organisatiestructuur	Geestelijke Verzorging Thuis wordt aangeboden door geestelijke verzorgers met een eigen praktijk of werkzaam voor een Centrum voor Levensvragen, de extramurale afdeling van een instelling of als freelancer. De Centra voor Levensvragen zijn regionaal, maar vormen samen een landelijk netwerk en zijn vaak een stichting met een bestuur.
Financiering	Geestelijke verzorging thuis wordt sinds 1 januari 2019 gefinancierd vanuit de subsidieregeling gv-thuis door het ministerie van VWS.
Visie	
Obstakels	- De subsidie voor individuele begeleiding door geestelijke verzorgers beperkt zich nu tot mensen boven 50 jaar, mensen die palliatief zijn en hun naasten en kinderen die ernstig ziek zijn en hun naasten. Jongeren en studenten hebben het echter ook zwaar. - Niet alle geestelijke verzorgers hebben affiniteit met het onderwerp suïcidaliteit of weten hoe om te gaan met mensen met suïcidale gedachten. Het hangt dus sterk af van de GV persoonlijk af of en hoe het onderwerp ook echt kan worden besproken. - De geestelijke verzorging heeft nog een imagoprobleem. Het wordt geassocieerd met de dominee of de kerk. Deze vorm van ondersteuning mist daardoor een deel van de mensen die erbij gebaat zou kunnen zijn. - De subsidies voor geestelijke verzorging zijn gekort nadat in de coronaperiode de gestelde doelen niet behaald werden. Omdat er beperkt budget is, calculeren mensen soms hun zorgvraag en dat is schrijnend om te zien: "ik zit aan de grond, maar ik stel de hulp toch maar even uit, want ik heb nog maar 2 gesprekken". - Er is weinig aandacht voor mentaal welzijn, voor zingeving, bij gemeenten of overheid. De focus ligt vooral op fysieke gezondheid. Terwijl zingeving voor mentaal welzijn zo belangrijk is.
Verbetermogelijkheden en toekomstvisie	[redacted] noemen de volgende verbetermogelijkheden en toekomstvisie: - Ze zouden graag willen dat vergoeding ook beschikbaar komt voor mensen jonger dan 50, die niet terminaal zijn; - En dat een GV zelf kan middelen als het gaat om het aantal gesprekken (nu max 5 gesprekken, terwijl je bij sommigen aan 1 á 2 gesprekken genoeg hebt en bij anderen minstens 10 gesprekken nodig hebt) - Door ook op andere plekken in Nederland centra voor levensvragen en suïcidepreventie aan elkaar te koppelen, kunnen meer mensen met doodsgedachten (waaronder ook jongeren, en mensen die niet bekend zijn in de GGZ) worden bereikt;

	- Geestelijke Verzorgers zouden zich allemaal bekwaam moeten voelen om hulp en ondersteuning te bieden aan mensen met een aanhoudende doodswens, bijvoorbeeld door hier in de opleidingen en trainingen voldoende aandacht aan te besteden.
GGZ, reguliere zorg	Geestelijke verzorging thuis valt niet onder de GGZ en biedt ook een ander soort ondersteuning. Waar een behandelaar doelgericht werkt aan levensproblemen, met een behandelplan en een beoogd resultaat, hoeft een geestelijk verzorger nergens naar toe en kan ruimte bieden aan iemand om zijn/haar verhaal te laten 'uitvertellen'. GV-thuis biedt een plek voor mensen die in de GGZ of reguliere zorg te weinig ruimte ervaren om het gesprek te voeren over de dood en suïcidaliteit. GV kan ook een uitkomst bieden voor mensen bij wie het vertrouwen in de GGZ of reguliere zorg is geschaad, voor mensen die opgenomen zijn geweest, of als tussenstation tijdens een wachtlijst.

Algemeen	
Initiatief	Geestelijke Verzorging Thuis
Aanbieder	Geestelijk Verzorger
Interview	Ja, [redacted] (Centrum voor levensvragen en suïcide preventie Arnhem) [redacted] [redacted] (Bravis ziekenhuis en zzp)

Kenmerken	
Activiteit(en)	Individuele gesprekken in een thuissituatie met een geestelijk verzorger. Duur: 5 gesprekken, eventueel te verlengen tot 10 gesprekken.
Begeleiding	Geestelijk verzorger werkzaam in de thuissituatie hebben een gerichte hbo- of universitaire opleiding gevolgd en zijn meestal lid van de VGVZ (Vereniging van Geestelijk Verzorger). De Stichting Kwaliteitsregister Geestelijk Verzorger waarborgt de kwaliteit van de beroepsgroep. In het Centrum voor Levensvragen in Arnhem wordt gewerkt met een getrapte begeleidingsstructuur (het ABC-model). Wanneer er vooral behoefte is aan een ‘luisterend oor’ (Aandacht) en de aanvrager is daarmee akkoord, dan wordt een vrijwilliger ingezet. Als er behoefte blijkt aan professionele begeleiding bij een levensvraag (Begeleiding) of er is sprake van complexe problematiek (Complexe problematiek), dan wordt een geestelijk verzorger ingezet. Zowel vrijwilligers als geestelijk verzorger worden ondersteund met intervisie en training.
Doelgroep	Mensen boven de 50, of in een palliatief traject (inclusief mensen in een euthanasiastraject door psychisch lijden), ernstig zieke kinderen en hun ouders.
Doel	Geestelijke Verzorging Thuis biedt formele en informele steun aan mensen met levensvragen zonder sociaal netwerk. Een belangrijk doel is om te luisteren naar iemands verhaal zonder te oordelen en bij diegene te gaan zitten (dus geen advies of weg-bewegen van iemands situatie of zijn/haar gedachten). Het kan daarbij dus ook gaan over suïcidale gedachten. De begeleiding werkt toe naar het punt dat iemand weer verder kan met zijn of haar levensvragen.
Aanmeldprocedure	Begeleiding komt tot stand nadat mensen zichzelf aanmelden, bv bij een Centrum voor Levensvragen, of verwezen worden door de huisarts, andere zorgprofessional of (soms) welzijnswerk of het sociaal domein. Er vindt een kennismakingsgesprek plaats van circa 45 tot 60 minuten waarin de GV kijkt of iemands problemen inderdaad betrekking hebben op geestelijke nood en passen bij zingeving. Er worden maximaal 5 consulten vergoed (elk 1 uur), eventueel te verlengen tot 10. Of er sprake is van een wachttijd varieert.
Evaluatie	Na elk consult informeert de GV hoe diegene het gesprek ervaren heeft en geeft de GV een samenvatting van het besprokene als opstap voor de volgende afspraak.

Algemeen	
Initiatieven	113 Hulplijn, en online therapie en coaching
Aanbieder	113 Zelfmoordpreventie
Interview	Nee

Aanbieder	
Aanleiding	113 Zelfmoordpreventie is ontstaan naar aanleiding van het besef dat er nog steeds een taboe ligt op het spreken over zelfdoding, terwijl praten en contact maken essentieel is om eenzame en radeloze zelfdodingen te voorkomen. 113 streeft naar een land waarin niemand radeloos en eenzaam sterft door zelfmoord.
Organisatiestructuur	Stichting 113 Zelfmoordpreventie heeft een Raad van Bestuur en een Raad van Toezicht. De Raad van Bestuur geeft sturing aan de organisatie en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de missie en visie van 113. De Raad van Toezicht ziet toe op het beleid van de Raad van Bestuur. 113 is landelijk georganiseerd met één kantoor in Amsterdam. 113 werkt met betaalde medewerkers (waaronder veel hulpverleners) stagiairs en vrijwilligers.
Financiering	Het ministerie van VWS subsidieert 113. Aanvullende financiering wordt verkregen uit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie, subsidies, donaties en giften.
Visie	
Obstakels	Onbekend
Verbetermogelijkheden	Onbekend
Toekomstvisie	- 113 streeft naar een land waarin niemand radeloos en eenzaam sterft door zelfmoord. - 113 streeft naar een landelijke, actiegerichte en structurele aanpak van suïcidepreventie, samen met anderen, tot in de haarvaten van de samenleving. - 113 streeft ernaar suïcide, depressie en wanhoop op een nuchtere en betrokken manier bespreekbaar te maken, zodat gelaten acceptatie kan plaatsmaken voor gerichte actie.
GGZ	113 Zelfmoordpreventie biedt hulp, maar is geen reguliere GGZ-instelling. Er wordt intensief samengewerkt met GGZ-instellingen in het land om de missie van 113 te realiseren.

Algemeen	
Initiatief	113 Hulplijn
Aanbieder	113 Zelfmoordpreventie
Interview	Nee

Initiatief (hulplijn)	
Activiteit(en)	Mensen met suïcidale gedachten en hun naasten kunnen anoniem en gratis een beroep doen op de hulplijn van 113. De hulplijn is 24 uur per dag telefonisch en per chat bereikbaar. In hulplijngesprekken wordt motiverende gespreksvoering toegepast, gericht op het verminderen van crisis. Er wordt contact gemaakt met de hulpvrager, een luisterend oor geboden, en indien hulpvrager daarvoor openstaat wordt meegedacht over vervolgstappen. Er vindt geen opvolging of terugkoppeling plaats. Ook naasten kunnen bellen met de hulplijn.
Begeleiding	Gesprekken worden gevoerd door psychologen, stagiairs en vrijwilligers. Alle hulpverleners worden door 113 opgeleid en er wordt intervisie en supervisie geboden.
Doelgroep	Mensen met suïcidale gedachten en hun naasten.
Doel	Het doel is te voorkomen dat de hulpvrager radeloos en eenzaam aan einde aan zijn of haar leven maakt, door acute crisis af te wenden en contact te maken.
Aanmeldprocedure	Iedereen in Nederland kan 24 uur per dag, 7 dagen per week, bellen en chatten met de hulplijn. In 95% van alle gevallen is de wachttijd voor een gesprek niet langer dan drie minuten. Er vindt triage plaats. Alle gesprekken zijn volledig anoniem en gratis.
Evaluatie	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	113 online therapie en coaching
Aanbieder	113 Zelfmoordpreventie
Interview	Nee

Initiatief (online therapie en coaching)	
Activiteit(en)	Mensen met suïcidale gedachten kunnen anoniem en gratis een beroep doen op online therapie. Hulpvragers worden gekoppeld aan een vaste hulpverlener. Tijdens 8-10 gesprekken wordt samen met de cliënt gewerkt aan meer inzicht in het suïcidale proces en aan een veiligheidsplan. Aanvullend kan aan andere thema's aandacht worden besteed. De therapie is gestoeld op cognitieve gedragstherapie, aangevuld met specifieke elementen voor suïcidepreventie. Jongeren (<16 jaar) kunnen gratis en anoniem een beroep doen op online coaching. Coaching bestaat uit 1-4 sessies. Het doel van coaching is jongeren te motiveren hulp te zoeken in hun eigen omgeving. De therapie en coaching worden gegeven via chat of telefoon.
Begeleiding	Online therapie en coaching wordt gegeven door psychologen, onder begeleiding van GZ-psychologen en klinisch psychologen en psychiaters. Alle hulpverleners worden door 113 opgeleid en er wordt intervisie en supervisie geboden.
Doelgroep	Mensen die in Nederland wonen met suïcidale gedachten die op zoek zijn naar handvatten hoe hiermee om te gaan kunnen zich aanmelden voor online therapie of online coaching.
Doel	Het doel is te voorkomen dat de hulpvrager radeloos en eenzaam aan einde aan zijn of haar leven maakt, door de hulpvrager handvatten te geven hoe om te gaan met suïcidale crisis. Bij online coaching is het doel de jongere te motiveren hulp te zoeken.
Aanmeldprocedure	Aanmelding gaat door een account aan te maken op de website van 113. De hulpvrager kan vervolgens zelf een afspraak plannen voor intake. De wachtlijst bedraagt meestal minder dan twee weken. De hulpvrager kan anoniem blijven gedurende de therapie/coaching.
Evaluatie	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	Individuele begeleiding
Aanbieder	In Contact Begeleiding
Interview	Ja, [REDACTED]

Aanbieder	
Aanleiding	Initiatiefneemster is werkzaam als casemanager voor SUMONA Noord Veluwe e.o., dat onderdeel is van het Suicide Preventie Centrum. Daarvoor werkte ze als vrijwilliger bij het Suicide Preventie Centrum. In beide rollen trof zij regelmatig mensen met behoefte aan individuele begeleiding, waaronder mensen die een euthanasietraject doorlopen of een andersoortige doodswens hebben. Ze merkte dat er een taboe rust op euthanasie onder collega's en in de samenleving. Naar aanleiding hiervan is ze als ambulante specialistisch begeleider en casemanager in juni een eigen bedrijf gestart: In Contact Begeleiding. In het eigen bedrijf kan ze naast de hulpvrager gaan staan en samen kijken wat iemand nodig heeft.
Organisatiestructuur	Zelfstandig ondernemer.
Financiering	Particulieren die een beroep doen op de begeleiding ontvangen hiervan een factuur. In sommige gevallen is financiering mogelijk via de gemeente (WMO, PGB, Zorg in Natura, of Wet Langdurige Zorg).
Visie	
Obstakels	Obstakels voor het initiatief: - Financiering. Per gemeente verschilt wat er geregeld moet worden om dingen voor elkaar te krijgen. Gemeentes willen zorg bij voorkeur zelf uitvoeren (of laten uitvoeren door grote organisaties), maar bezitten niet de expertise en kunnen geen maatwerk leveren. - Sommige organisaties/gemeenten staan er onvoldoende voor open ervaringsdeskundigen een rol te geven in de begeleiding van of zorg voor mensen. Er wordt aan ervaringsdeskundigheid ten onrechte te weinig waarde gehecht. Obstakels voor het veld: - Veel mensen ervaren de GGZ als onvoldoende toegankelijk (bijv. wachtlijsten). Er is behoefte aan laagdrempelige ondersteuning die niet gebonden is aan protocollen. Er zou meer aanbod moeten zijn van respijthuizen waar mensen gewoon kunnen zijn.
Verbetermogelijkheden	Er bestaan plannen om het bedrijf verder uit te breiden.
Toekomstvisie	- Laagdrempelige zorg met inzet van ervaringsdeskundigen. - Meer opvangplekken waar mensen gewoon kunnen zijn.
GGZ	In Contact Begeleiding is geen onderdeel van de reguliere GGZ, maar bij gelegenheid werkt zij wel samen met de GGZ. Soms staat zij in nauw contact met de behandelaar en wordt de zorg voor iemand onderling afgestemd. In een enkel geval werkt ze als onderaannemer van een GGZ-instelling in de rol van iemands ambulante begeleider. In Contact Begeleiding wordt

	beschreven als complementair aan de reguliere GGZ, maar ook als begeleidingsvorm voor mensen die in de GGZ niet vinden wat ze zoeken.
--	---

Algemeen	
Initiatief	Individuele begeleiding
Aanbieder	In Contact Begeleiding
Interview	Ja, [REDACTED]

Initiatief	
Activiteit(en)	Individuele begeleiding op maat. Begeleiding bestaat onder meer uit regelmatige gesprekken tussen ambulant begeleider en cliënt, face-to-face en/of online. Tijdens de gesprekken biedt ze een luisterend oor, en gaat ze naast de cliënt staan. Gesprekken zijn gericht op betekenis geven aan wat de cliënt deelt, aan wat hun bezighoudt. Praten over leven en dood. Ruimte geven aan ‘ingewikkelde’ thema’s die vaak op andere plekken of binnen een GGZ-behandeling niet besproken kunnen worden. Ze onderhoudt tevens contact met andere hulpverleners (bijv. huisarts, GGZ-professional) en kan ook crisisbegeleiding bieden. Indien nodig leidt ze mensen toe naar andere of aanvullende passende zorg. Daarnaast biedt ze ondersteuning aan teams die dit soort hulpaanbod verzorgen.
Begeleiding	[REDACTED] is ambulant (specialistisch begeleider), mede vanuit ervaringsdeskundigheid. Voor intervisie en supervisie kan ze terugvallen op haar professionele netwerk.
Doelgroep	In Contact Begeleiding is bedoeld voor mensen van alle leeftijden, met en zonder psychische problematiek, met en zonder doodswens. De groep die ze bereikt betreft voornamelijk mensen met vroegkinderlijk trauma en dissociatie, mensen met een wens tot euthanasie, en mensen die te maken hebben met suïcidaliteit.
Doel	Het bieden van nabijheid en het aanreiken van handvatten voor een menswaardig leven (“in het licht of in het donker”). Het geven van erkenning en ondertitelen van het gedrag of gevoel van de cliënt (bv in interactie met GGZ). Ze werkt vooral vraag-gestuurd en biedt maatwerk. Het doel kán zijn om iemand te begeleiden naar een euthanasietraject.
Aanmeldprocedure	Mensen kunnen zich per email aanmelden via de website (www.incontactbegeleiding.nl). Ook worden mensen doorgestuurd, bv vanuit het SPC/SUMONA of door psychiater [REDACTED] (iemand die zich sterk maakt voor dit onderwerp en deze doelgroep). Ook doet zij wachtlijst zorg, vanuit het centrum voor Trauma en Transitie voor mensen zonder lopende GGZ-behandeling. De initiatiefneemster verkent op dit moment mogelijkheden om ook verwijzingen te doen verlopen via partijen als NVVE of het Expertisecentrum Euthanasie. Tijdens een kennismakingsgesprek wordt bekeken of de hulpvraag passend is, of dat moet worden toe geleid naar een andere vorm van zorg.
Evaluatie	Tijdens het begeleidingstraject wordt de zorg regelmatig gemonitord en de cliënt gevraagd hoe zij vinden dat het gaat. Daarnaast stuurt ze regelmatig aan op zorgafstemmingsgesprekken of MDO’s met andere betrokken zorgaanbieders.

Algemeen	
Naam	Individuele begeleiding door consulenten
Aanbieder	Stichting De Einder
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding	De Einder werd opgericht in 1995, naar aanleiding van een aantal vrij agressieve suïcides in West-Friesland. Betrokkenen en de betrokken huisarts hebben de stichting opgericht om mensen de mogelijkheid te geven, als ze dood wilden, om dit op een minder eenzame en voor hun omgeving minder gruwelijke manier te doen. De drie oprichters waren verbonden aan het Humanistisch Verbond.
Organisatiestructuur	Stichting De Einder beschikt over een bestuur, een inhoudelijk adviseur en een officemanager. De Einder faciliteert acht zelfstandig opererende <i>consulenten</i> die begeleiding aanbieden gericht op een humane dood in eigen regie. Deze <i>consulenten</i> zijn niet in dienst van De Einder en staan niet in een hiërarchische verhouding tot De Einder.
Financiering	De Einder is voor financiering afhankelijk van giften. Consulenten maken individueel afspraken met cliënten over kosten van de begeleiding en de vergoeding van onkosten.
Visie	
Obstakels	Obstakels voor het initiatief: - De strafbaarheid van hulp bij zelfdoding is een groot obstakel voor consulenten. De grens tussen informatie verstrekken en advies geven is tamelijk permeabel. Ook voor naasten die hun geliefde willen steunen is dit complicerend. - Soms worden consulenten onder druk gezet door cliënten (bijv. “als jij mij nu niet helpt dan spring ik van een brug”). - Middelen die gebruikt kunnen worden voor humane zelfdoding zijn steeds minder goed beschikbaar.
	Obstakels voor het veld: - Disfunctioneren van de GGZ (wachlijsten, afwijzingen, behandelingen die niet aanslaan, maar ook ‘hokjesdenken’ en liefdeloosheid) maakt dat mensen zeer moeilijk te motiveren zijn om behandeling een kans te geven. - Reguliere hulpverleners, waaronder huisartsen, vermijden soms gesprekken over doodswensen en euthanasiewensen, en lichten mensen niet goed voor over de mogelijkheden voor een humane dood. Angst voor vervolging speelt hierin mogelijk een rol. Steeds meer huisartsen staan wel open voor gesprek over euthanasie. Het is belangrijk huisartsen hierin beter te ondersteunen. - Veel mensen ervaren in de reguliere hulpverlening geen ruimte om te praten over hun doodswens, uit angst opgenomen te worden en/of uit schaamte of angst anderen te belasten. - Veel verschillende organisaties houden zich bezig met het vrijwillig levenseinde, waardoor mensen hun weg moeilijker vinden.
Verbetermogelijkheden	Niet genoemd

Toekomstvisie	- Er zou naast de euthanasiewet ook een zelfdodingswet moeten komen. Daarin speelt de vraag hoe dit gedaan kan worden op een zo humaan mogelijke manier. Het begeleiden van mensen met een doodswens zou hieraan gekoppeld moeten zijn. - Het praten over een doodswens zou onderdeel moeten zijn van een GGZ-behandeling.
GGZ	De Einder staat los van de reguliere GGZ. Het is een dienstverlenende organisatie.

Algemeen	
Initiatief	Individuele begeleiding door consulenten
Aanbieder	Stichting De Einder
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Zelfstandig opererende <i>consulenten</i>, gefaciliteerd door De Einder, voeren individuele gesprekken met hulpvragers (niet te verwarren met <i>levenseindecounselors</i> die werken vanuit de Stichting Levenseindecounseling). De gesprekken zijn verkennend en vrijblijvend van aard. Indien gewenst kan na een eerste gesprek een vervolgesprek plaatsvinden, op initiatief van de hulpvrager. Een gesprek duurt zo'n 1,5 uur, en vindt meestal plaats op locatie (i.e. bij de hulpvrager thuis). Indien gewenst worden, op initiatief van de hulpvrager, naasten betrokken in een gesprek. Tijdens het gesprek wordt door de consulent gewogen of iemands autonomie voldoende geborgd is in de beslissing een einde aan het leven te maken. Ambivalentie wordt ter sprake gesteld. Daarnaast wordt feitelijke informatie gegeven. Gesproken wordt over de kennis van verschillende zelfdodingsmethoden, voor- en nadelen van methoden, de beoogde tijdlijn, en alle vragen die een cliënt hieromtrent kan hebben.
Begeleiding	Acht levenseindeconsulenten werken verspreid over Nederland. Consulenten worden opgeleid door Stichting De Einder. HBO-denkniveau, zelfreflectie en werkervaring in een beroep waarin men veel contact heeft met mensen zijn vereist. Een achtergrond in bijvoorbeeld de zorg of psychologie is niet vereist. De opleiding duurt vier dagen, aangevuld met een stageperiode. Beoordeling is onderdeel van de opleiding. De professionaliteit van de door De Einder gefaciliteerde consulenten wordt in de praktijk in stand gehouden, bevordert en verdiept door het organiseren van themadagen, trainingen, externe scholing en intervisie.
Doelgroep	Mensen met een wens te sterven op een humane manier en in eigen regie. Hiertoe behoren óók mensen die psychisch lijden. Niet in aanmerking voor een gesprek komen mensen die duidelijk psychotisch zijn of anderszins beperkt door een psychische aandoening waardoor helder nadenken niet meer mogelijk is.
Doel	Het doel is het voeren van een open en eerlijk gesprek over de dood in eigen regie, waarin geen informatie wordt achtergehouden, en daardoor mensen te faciliteren in een humane, zelfgekozen dood. Doel is ook de argumenten rond de besluitvorming tot een zelfgekozen levenseinde te verhelderen en daarmee de besluitvorming te optimaliseren. Er wordt niet aangestuurd op één uitkomst (de dood, of juist het leven). Het doel is niet om een sprankje levenslust aan te wakkeren, maar ook niet om mensen aan te zetten tot zelfdoding.
Aanmeldprocedure	Mensen kunnen zichzelf aanmelden via de website of per post. Hierop wordt gereageerd door een casemanager, die standaard algemene en juridische informatie verstrekt. Naar aanleiding daarvan besluiten hulpvragers wel of niet in gesprek te willen met een consulent. Sommige consulenten vragen voor het gesprek een honorering (maximaal 100 euro), anderen niet.
Evaluatie	Onbekend

Algemeen	
Initiatief	Gespreksgroep 'leven met een euthanasiewens'
Aanbieder	GGZ Antes, onderdeel van Parnassia groep
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding	De aanleiding voor het starten van de gespreksgroep was een toename van het aantal mensen met een euthanasieverzoek op psychische grondslag in de zorgpraktijk. Cliënten in zorg van een GGZ-instelling komen moeilijk aan een begeleid euthanasietraject. Wanneer een cliënt vraagt: “Ik wil euthanasie” weet men niet hoe daarmee om te gaan. Er wordt dan snel doorverwezen naar het Expertisecentrum Euthanasie, waardoor een deel van de zorg buiten het zicht van de instelling gaat plaatsvinden. Men wilde iets kunnen bieden terwijl iemand aan het wachten is op begeleiding.
Organisatiestructuur	Antes is het zorgmerk voor regio Rijnmond, onderdeel van de Parnassia Groep. Onder Antes valt o.a. klinische GGZ, ambulante GGZ, wonen, neuropsychiatrie en medisch psychiatrische units.
Financiering	Het aanbod is ingebed in de reguliere GGZ, en wordt aangeboden binnen reguliere prestatietarieven.
Visie	
Obstakels	Binnen het initiatief: - Vanwege vertrouwelijkheid is er geen inhoudelijke communicatie tussen behandelaars en begeleiders van de groep betreffende individuele cliënten. Dit kan zorgen voor verwarring, bijv. wanneer iemand in crisis raakt, over wie het zorgtraject voortzet en op welke manier. Wel heeft iedere deelnemer in overleg met de behandelaar een crisisplan. Dit is een voorwaarde voor deelname aan de gespreksgroep, zodat, wanneer zich een crisis voordoet de deelnemer a.d.h.v. dit plan en/of door advies van de gespreksleider, zelf contact met zijn/haar behandelaar kan opnemen. - Communicatie over het initiatief naar behandelaren en teams verloopt soms moeizaam. Hierdoor komt het aanbod mogelijk niet terecht bij iedereen die eraan behoefte heeft. - Er wordt getwijfeld of het aanbod moet bestaan uit een doorgaande groep of telkens een compleet nieuwe groep na zes bijeenkomsten.
Verbetermogelijkheden	- Meer initiatieven opzetten zoals deze bij andere afdelingen van Parnassia Groep. - Binnen Parnassia groep wordt gekeken of er ondersteuning voor psychiaters en artsen kan worden ingericht, zodat wanneer cliënten met een doodswens of euthanasieverzoek komen, zij zich bekwaam voelen om met die vraag om te gaan. - Duidelijke kaders waarbinnen euthanasie medisch verricht en gerapporteerd wordt.
Toekomstvisie	- Groepsbijeenkomsten over euthanasie een vast onderdeel van het zorgaanbod, zodat er minder taboe rust op het omgaan met doodswensen van cliënten en cliënten meer serieus genomen worden
GGZ	Valt volledig binnen de GGZ, verbonden aan Parnassia Groep.

Algemeen	
Initiatief	Gespreksgroep 'leven met een euthanasiewens'
Aanbieder	GGZ Antes, onderdeel van Parnassia groep
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Het aanbod bestaat uit zes semigestructureerde groepsbijeenkomsten van twee uur. De eerste twee bijeenkomsten staan in het teken van kennismaken. Elke bijeenkomst start met een korte aandachtstraining, gevolgd door 10 minuten per deelnemer waarin deze zijn verhaal kan vertellen. Daarna wordt een thema gezocht, bijv. bronnen van kracht of weerbaarheid van de cliënten. Proces is gericht op het herstelmodel, waarin de kracht en het verhaal van patiënt centraal staan, het verhaal van de cliënt en aansluiten op waar zij op dat moment zijn. In de groep zitten 5-7 mensen met een diverse achtergrond (maximaal 8). Gespreksleiders kunnen bijvoorbeeld mensen die weinig inbreng hebben uitnodigen om deel te nemen aan het gesprek, en zorgen voor veiligheid in de groep.
Begeleiding	Begeleiding door twee medewerkers van Antes: een ervaringsdeskundige en een geestelijk verzorger. De begeleiders krijgen van tevoren een korte training in de methodiek. Zij spreken voordat zij een groep geven met elkaar over hoe zij zich verhouden tot dood en eindigheid, en wat het met hen doet op het moment dat anderen hun ervaring delen over de dood en zelfdoding. Er vindt intervisie plaats.
Doelgroep	Mensen in GGZ-zorg bij Parnassia met een euthanasiewens. Niet iedereen heeft een helder geformuleerd euthanasieverzoek.
Doel	Ruimte creëren waarin niet gestuurd wordt op het voorkómen van zelfdoding, maar op het bespreekbaar maken van de doodswens.
Aanmeldprocedure	Bijeenkomsten zijn open voor cliënten die in zorg zijn bij Antes. De aanmeldingen gaan via de behandelaren of via contactpersonen. Mensen met acuut psychotische klachten en mensen die (erg vaak) in crisis zijn kunnen niet deelnemen. Deelnemers moeten een crisisplan hebben. De cliënten nemen deel aan de groep, maar moeten daarvoor een crisisplan hebben. De begeleiders hebben geen inhoudelijk contact met de reguliere GGZ-behandelaars van de deelnemers. Er is momenteel geen wachtlijst.
Evaluatie	onbekend

Algemeen	
Initiatieven	Inloopcentra, herstelwerkgroepen, individuele begeleiding
Aanbieder	Stichting HerstelTalent Zeeland
Interview	Ja,

Aanbieder	
Aanleiding	Stichting herstellentalent bestaat sinds 2015. Aanleiding om binnen de stichting méér aandacht te hebben voor doodswensen, is dat veel van de cliënten van HerstelTalent (naar schatting 75%) blijken te kampen met een aanhoudende doodswens. Ook zijn de suïcidecijfers in Zeeland hoog, en wordt er taboe ervaren. Na een samenwerking met en het Suïcide Preventie Centrum (SPC) is in 2023 besloten om in Zeeland een vestiging te starten van het SPC. Vanaf september 2023 profileren de inloopcentra die bij de stichting HerstelTalent Zeeland aangesloten zijn zich expliciet als een plek waar ook mensen met doodsgedachten terecht kunnen.
Organisatiestructuur	HerstelTalent is een mensgerichte, dienstverlenende stichting, met ervaringskennis als uitgangspunt.
Financiering	De stichting krijgt geld op projectbasis van gemeenten voor de inloopcentra. Op dit moment wordt ook het Suïcide Preventie Centrum Zeeland hieruit betaald. De ondersteuning via het inloophuis en de herstelwerkgroepen worden via deze weg vergoed. Dat is op zichzelf een passende constructie, omdat het aanbod daarmee minder gebonden is aan eisen/doelen die gesteld worden door zorgverzekeraars, budgetten rond preventie of WMO-gelden. Wanneer een cliënt meer structurele individuele begeleiding wenst, dan wordt hiervoor een potje worden gezocht bij de desbetreffende gemeente, bv via onafhankelijke client-ondersteuning, of per factuur bij de gemeente zelf. In het verleden werd gewerkt met WMO budgetten, maar omdat deze een doelgerichte aanpak vereisen en enkel beschikbaar zijn voor mensen met een indicatie, is hiervan afgestapt. Er wordt gezocht naar andere financieringsvormen zonder indicatie/doelmatigheid.
Visie	
Obstakels	- Taboe en stigma op suïcidale gedachten is in Zeeland mogelijk groter dan elders, wellicht mede ingegeven door religie. - De mensen in de kerken in Zeeland zijn lastig te bereiken, door de geslotenheid van hun gemeenschappen, terwijl het thema in Zeeland wel speelt. - Financiering: bij het zoeken naar subsidies bij de gemeente is het ingewikkeld dat er wel geld is voor preventie, maar dat het de vraag is of dit doel wel echt aansluit bij wat ze willen bieden. Als je mensen echt de ruimte wilt geven om open te exploreren welke besluit ze willen nemen (ook ten aanzien van de dood), dan valt dit strikt genomen niet onder preventie. - Het aanbod concentreert zich nu op twee eilanden van Zeeland. Een belangrijk obstakel is dat dit aanbod wat betreft infrastructuur niet goed bereikbaar is voor een deel van de mensen op de andere eilanden; het openbaar vervoer werkt er onvoldoende.
Verbetermogelijkheden	- De financieringsstructuur kan beter, bijvoorbeeld door inloopcentra mee te financieren in de begroting van gemeenten. Nu zijn dit projectfinancieringen in plaats van structurele financieringen.

	- Ze willen graag hun aanbod toespitsen en toegankelijk maken voor jongeren, omdat onder deze groep het aantal suïcides hoog ligt.
Toekomstvisie	- De stichting streeft ernaar dat mensen met een persisterende doodswens door heel Nederland ergens gemakkelijk terecht kunnen met hun zorgen en dat dit aanbod zeer laagdrempelig is (in een dorpscentrum, bibliotheek, huisarts of waar dan ook). - Er is hoop dat het integraal zorgakkoord gaat bijdragen aan dit soort constructies. - Vermindering van taboe en stigma.
GGZ	Stichting HerstelTalent is niet verbonden aan GGZ, maar aan sociale domein. Er wordt wel samengewerkt met GGZ. Wanneer iemand in de war is en er getwijfeld wordt aan het vermogen om een weloverwogen keuze te maken over diens dood, wordt hulp ingeschakeld.

Algemeen	
Initiatief	Herstelwerkgroepen
Aanbieder	Stichting HerstelTalent Zeeland
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	In september is van start gegaan met het Suïcide Preventie Centrum Zeeland. Het aanbod wordt in principe ontwikkeld op basis van de behoefte van mensen zelf. Ze verwachten dat herstelwerkgroepen worden opgezet, speciaal voor dit onderwerp. Het zou gaan om groepen van maximaal 8 personen (inclusief twee begeleiders), met circa 8 tot 10 bijeenkomsten.
Begeleiding	Er zullen altijd 2 begeleiders per groep zijn. Zij hebben elk hun eigen ervaringen en verschillen daar ook in; zo vullen ze elkaar aan bij de begeleiding van een groep. Het gaat om mensen met ervaringskennis, getraind door het Suïcide Preventie Centrum. Er wordt intensieve werkbegeleiding en intervisie (elke twee weken) georganiseerd voor begeleiders.
Doelgroep	Mensen met een (chronische of aanhoudende) doodswens. Er wordt naar gestreefd specifiek jongeren te bereiken vanwege oplopend aantal suïcides in deze doelgroep.
Doel	Praten over de mogelijkheid te leven met een doodswens. Hierbij hoeft de toon zeker altijd positief te zijn, maar het moet wel ook gaan over hoe je betekenis kunt geven aan een doodswens. De groepen zijn dus in zeker zin gericht op de toekomst, herstel en op helen.
Aanmeldprocedure	Eenieder die bereid is te praten over betekenis geven aan de doodswens is welkom om deel te nemen. De groep is niet geschikt voor mensen die erg in de war zijn, mensen die niet goed in staat lijken te zijn om een beslissing te nemen, of mensen die steeds enkel de doodswens blijven herhalen. Bij aanmelding wordt besproken of de groep passend is. Werving vindt plaats via flyers, lokale kranten en sociale media, vaak gekoppeld aan een evenement als de 113 road trip of Walk into the light (van het Suicide preventie centrum).
Evaluatie	Na elke groepsbijeenkomst is er een evaluatiemoment waarin gevraagd wordt hoe mensen de bijeenkomst hebben ervaren en hoe iedereen weer naar huis gaat. Deze evaluatie wordt niet vastgelegd, om de privacy van deelnemers te beschermen. Ook nemen de inloopcentra regelmatig kwalitatieve interviews af met mensen die gebruik maken van de faciliteiten. De informatie uit die interviews wordt, in combinatie met de geanonimiseerde dagrapporten van de inloop, gebruikt ter verantwoording aan gemeentes voor de ontvangen subsidie.

Algemeen	
Initiatief	Individuele begeleiding
Aanbieder	Stichting HerstelTalent Zeeland
Interview	Ja,

Initiatief	
Activiteit(en)	Binnen inloopcentra wordt individuele begeleiding geboden aan mensen die hieraan behoefte hebben, mits financiering via de gemeente mogelijk is. Nu het Suïcide Preventie Centrum Zeeland is gestart, is deze individuele begeleiding ook expliciet gericht op mensen met een aanhoudende doodswens en psychisch lijden.
Begeleiding	Mensen met ervaringskennis, getraind door het Suïcide Preventie Centrum. Er worden werkbegeleiding en intervisie georganiseerd voor medewerkers.
Doelgroep	Mensen met een (chronische of aanhoudende) doodswens. Ook mensen die een euthanasietraject doorlopen komen voor deze begeleiding in aanmerking, mits de betreffende persoon al wat langer bekend is bij het inloopcentrum (en men dus enig inzicht heeft in het beslissingsproces dat eraan voorafgaat) en mits de begeleider hiertoe bereid is.
Doel	Individuele ondersteuning bieden, naar behoefte, aan mensen die vastgelopen zijn en worstelen met doodsgedachten of die in een euthanasietraject zitten.
Aanmeldprocedure	In de inloopcentra bestaat de mogelijkheid om te vragen om individuele begeleiding. Begeleiding kan starten wanneer financiering is gevonden.
Evaluatie	Na elk individueel gesprek is er een kort evaluatiemoment. Hierover wordt niets vastgelegd, om de privacy van mensen te beschermen. Wel nemen de inloopcentra regelmatig kwalitatieve interviews af met mensen die gebruik maken van de faciliteiten. De informatie uit die interviews wordt, in combinatie met de geanonimiseerde dagrapporten van de inloop, gebruikt ter verantwoording aan gemeentes voor de ontvangen subsidie.

Algemeen	
Initiatief	Levenseinde Counseling
Aanbieder	Stichting LevenseindeCounseling
Interview	Ja, [REDACTED] (levenseinde counselor)

Aanbieder	
Aanleiding	In het begin van de jaren 90 formeerde zich, vanuit het humanistisch verbond, een groep mensen die zich sterk wilden maken voor mensen met een doodswens die in hun hulpvraag niet gehoord worden. Het doel is het voorkómen van een leven van ondraaglijk lijden of van een gewelddadige zelfdoding. Hieruit kwam onder meer Stichting De Einder voort. Waar de focus van de stichting eerst lag op het beschikbaar maken van een middel waarmee mensen in eigen regie een einde aan hun leven konden maken, verschoof deze later naar het bieden van ondersteuning (middels gesprekken) aan mensen met een doodswens en/of zingevingsvraagstukken. Stichting LevenseindeCounseling is een afsplitsing van De Einder. Een aantal levenseinde counselors heeft zich in 2015 afgesplitst, omdat ze van mening waren dat het stichtingsbestuur van De Einder te veel bezig was met de juridische risico's voor de stichting. Hieruit vloeide een situatie voort waarin de betreffende counselors onvoldoende autonoom konden werken. De missie van de stichting LevenseindeCounseling is het bespreekbaar en uitvoerbaar maken van een zorgvuldig en weloverwogen humaan levenseinde in eigen regie en onder eigen verantwoordelijkheid.
Organisatiestructuur	Stichting LevenseindeCounseling is een stichting met een eigen bestuur. Het werk van de levenseinde counselors wordt gefaciliteerd door de stichting, maar de counselors werken als zelfstandige (i.e. niet in dienst van de stichting).
Financiering	De stichting wordt gefinancierd door donateurs. De levenseinde counselors vragen voor hun werk een vast tarief plus (indien van toepassing) reiskostenvergoeding.
Visie	
Obstakels	Voor het initiatief: - Het strafrecht wordt steeds behoudender wanneer het gaat om zelfdoding. De recente ophef rond bepaalde leden van de Coöperatie Laatste Wil heeft de situatie bemoeilijkt. De juridische grenzen waarbinnen ze de counselors hun werk moeten doen worden strikter. - Gebrek aan naamsbekendheid is een probleem. Ze zouden beter zichtbaar willen zijn, zodat de doelgroep hen ook kan vinden. Het aantal mensen dat de stichting benadert neemt af. - Op dit moment zijn er twee levenseinde counselors bij de stichting aangesloten. Daarmee hebben ze geen landelijke dekking. Ze zouden graag verder groeien. Deze twee counselors vormen tevens het bestuur van de stichting. Deze vermenging van rollen is onwenselijk, maar vanwege kleine bezetting noodzakelijk
	Algemeen: - De GGZ lijkt voor veel mensen niet een plek waar ze terecht kunnen met hun hulpvraag. Er wordt niet goed geluisterd naar mensen met een doodswens en het zorgsysteem loopt vast (wachttijden e.d.).

	- Mensen vinden het nog steeds lastig om te praten over het levenseinde. Er is een taboe in de samenleving. Dit belemmert mensen met een doodswens om ondersteuning te zoeken. - Het voorstel van D66 om levenseinde counselors beslissingsbevoegdheid te geven over iemands besluit tot een vrijwillig levenseinde wordt <u>niet</u> door de levenseinde counselors gesteund. In dit voorstel wordt de counselor in de rol geduwd van poortwachter, vergelijkbaar met die van een arts. Dit druist in tegen de waarde die ze hechten aan 'de eigen regie' rond het levenseinde.
Verbetermogelijkheden	- Er zijn op dit moment verschillende clubs die zich bezighouden met het vrijwillig levenseinde, allen vanuit een eigen insteek. Ze streven allemaal een waardig levenseinde na, op basis van gelijkwaardigheid (i.e. iemands wens serieus nemen en iemand niet in de rol van patiënt zetten). Samenwerking binnen dit veld is wenselijk en gebeurt mondjesmaat.
Toekomstvisie	De stichting hoopt op een toekomstige situatie waarin hulp bij zelfdoding niet meer strafbaar is.
GGZ	De levenseinde counselors zijn geen onderdeel van de GGZ, en werken vanuit een ander kader (i.e. regie volledig bij de cliënt).

Algemeen	
Initiatief	Levenseinde Counseling
Aanbieder	Stichting LevenseindeCounseling
Interview	Ja, [REDACTED] (levenseinde counselor)

Initiatief	
Activiteit(en)	Levenseinde counselors begeleiden mensen die de regie over het eigen levenseinde willen overwegen, nastreven en/of behouden. Begeleiding vindt plaats door middel van non-directieve, verhelderende en informatieve gesprekken. Counselors bieden mentale ondersteuning, een luisterend oor en praktische informatie over het levenseinde. De gesprekken vinden plaats op locatie of, indien gewenst, thuis. In veel gevallen (80%) is één gesprek voldoende, maar soms volgen er aanvullende gesprekken op verzoek van een cliënt. De counselor maakt tijdens het gesprek een inschatting in hoeverre de cliënt wilsbekwaam en handelingsbekwaam is. Op basis van die inschatting bespreekt de counselor met de cliënt of informatie over een vrijwillig levenseinde (bijv. welke middelen) wel of niet zal worden gedeeld. Counselors zijn nooit aanwezig bij een zelfdoding.
Begeleiding	Levenseinde counselors hebben verschillende professionele achtergronden (zorgverlener, filosoof, coach), maar hebben elk eenzelfde opleidingstraject gevolgd bij ervaren counselors, waarin verschillende thema's aan bod komen (gesprekstraining, informatie over verschillende soorten cliënten, oefenen met scenario's, hoe om te gaan met naasten, welke nazorg geven we, juridische kaders). Ook doorlopen counselors een sollicitatieprocedure en zijn er intervisies tussen counselors.
Doelgroep	Mensen die de regie over het eigen levenseinde willen overwegen, nastreven en/of behouden.
Doel	Mensen serieus nemen en ondersteunen bij het nemen van een weloverwogen besluit over het levenseinde, waarbij de uitkomst niet van tevoren vaststaat. De zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zijn daarbij leidend.
Aanmeldprocedure	Aanmelding vindt plaats via de website. Er volgt een kort telefoongesprek en daarna volgt, enkel op verzoek van de client, een afspraak. Afspraken vinden altijd in persoon plaats, indien gewenst bij de client thuis. Er is sprake van een gesprekstarief.
Evaluatie	Na elk gesprek wordt gevraagd door de counselor hoe het gesprek is verlopen.

Algemeen	
Initiatieven	CLW Ledengesprekken
Aanbieder	Coöperatie Laatste Wil (CLW)
Interview	Nee

Aanbieder	
Aanleiding	CLW staat voor eigen regie van sterven, omringd door dierbaren, zonder dat deze vervolgd worden.
Organisatiestructuur	CLW bestaat uit een bestuur, toezichthouders, een leden adviescommissie en een comité van aanbeveling.
Financiering	CLW wordt gefinancierd door lidmaatschapsgelden (jaarlijkse bijdrage van €15), giften en bijdragen.
Visie	
Obstakels	<i>Onbekend</i>
Verbetermogelijkheden	<i>Onbekend</i>
Toekomstvisie	<i>Onbekend</i>
GGZ	<i>Onbekend</i>

Algemeen	
Initiatief	CLW Ledengesprekken
Aanbieder	Coöperatie Laatste Wil (CLW)
Interview	Nee

Initiatief	
Activiteit(en)	CLW bemiddelt tussen individuele leden die graag met elkaar in contact willen komen om ervaringen uit te wisselen. Ledengesprekken zijn voortgekomen uit de 'huiskamergesprekken', die sinds enige tijd gestaakt zijn. Een verschil met de huiskamergesprekken is dat er bij de ledengesprekken geen vrijwilligers of begeleiders aanwezig zijn. CLW heeft geen zicht op de inhoud van de ledengesprekken en neemt expliciet géén verantwoordelijkheid voor de inhoud van de gesprekken. CLW speelt enkel een bemiddelende rol in het leggen van het eerste contact.
Begeleiding	Geen.
Doelgroep	Iedereen die wil praten over het eigen levenseinde.
Doel	Het uitwisselen van ervaringen over het overlijden in eigen regie ('de autonome route').
Aanmeldprocedure	Aanmelden kan door telefonisch of per email contact op te nemen met de ledenadministratie van CLW.
Evaluatie	<i>Onbekend</i>