

# De toeleiding van nabestaanden van personen overleden door suïcide naar familiegerichte nazorg

*Een quasi-experimentele studie in Noord-Nederland*

Marieke de Groot,<sup>1,2</sup> Jan Broer<sup>3</sup>

**Achtergrond:** Nabestaanden van personen overleden door suïcide hebben een verhoogde kans op suïcidaal gedrag. Suïcidedgedachten vormen een aanwijzing. Familiegerichte cognitieve gedragstherapie (FGT) reduceert gezondheidsrisico's bij hoogrisico individuen. Procedures om nabestaande families met FGT te bereiken werden geëvalueerd. De vraag was welke procedure leidt tot het gebruik van FGT door nabestaanden met een verhoogd suïciderisico. **Methode:** Quasi-experimentele implementatiestudie waarin in Noord-Nederland (jaarlijks 180 suïcides) FGT werd aangeboden aan families. Hulpverleners en instanties verspreidden folders en in Groningen (n=70) tevens proactief door de huisarts van de overledene aangeboden en in Friesland (n=60) door de GGD. **Uitkomstmaten:** aantallen families die FGT accepteerden, symptomen van gecompliceerde rouw, depressie, eenzaamheid, schuldgevoelens en suïcidedgedachten van individuele deelnemers. **Resultaten:** 30/180 families (17%) accepteerden FGT; 14/70 (20%) families uit Groningen waarvan 9/14 (64%) benaderd via de beoogde strategie. In Friesland 11/60 (18%) waarvan 2/11 families (18%) via de beoogde strategie; in Drenthe 5/50 (10%) ( $\chi^2=10,5$ ;  $p=0,005$ ). Driënzeventig nabestaanden volgden FGT; 66 vulden vragenlijsten in; 38 (55%) kwamen via de huisarts met FGT in contact. Dertien deelnemers (20%) waren suïcidaal. De psychische gezondheid van nabestaanden door de huisarts benaderd was slechter (maar niet significant) dan van overige deelnemers. **Conclusie:** een foldercampagne en een proactieve benadering door huisartsen leidt het vaakst tot acceptatie van FGT door hoogrisico individuen.

**Trefwoorden:** suïcide, cognitieve gedragstherapie, nabestaanden, suïcidedgedachten, preventie

## **INLEIDING**

In Nederland overlijden jaarlijks ongeveer 1500 mensen door suïcide.<sup>1</sup> Preventie, vroegtijdige herkenning en behandeling van psychiatrische (co)morbiditeit en aandacht voor groepen met een verhoogd suïciderisico kan suïcide voorkomen.<sup>2</sup> De attitude ten aanzien van suïcide is verschoven van acceptatie dat het in sommige gevallen onvermijdelijk is<sup>3</sup> naar de intentie om suïcidepreventiestrategieën te implementeren in de zorg en samenleving. In 2007 werd door het Trimbos-instituut advies uitgebracht over het verminderen van suïcidaal gedrag.<sup>4</sup> Het perspectief van de suïcidale persoon en zijn familie staat daarin centraal. Naast eventuele psychiatrische (co)morbiditeit wordt suïcidaal gedrag focus van diagnostiek en behandeling. In het rapport wordt gepleit om de opvang van nabestaanden na een suïcide vanzelfsprekend onderdeel te maken van de zorg rond suïcidaal gedrag. De multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behande-

ling van suïcidaal gedrag<sup>5</sup> die in 2011 verschijnt, besteedt expliciet aandacht aan de opvang van nabestaanden na een suïcide.

Rouw na suïcide wordt meestal beheerst door thema's als taboe, schuld, boosheid, (zelf)verwijt en zingevingproblemen. Gevoelens van opluchting en bevrijding komen ook voor, maar zijn vaak een bron van schuldgevoelens. Achterblijvers ontvangen minder sociale steun dan na een overlijden door een andere oorzaak. Dikwijls zijn er problemen in de familiesfeer door al langer bestaande psychiatrische- en psychosociale problemen.<sup>6</sup>

Suïcide in de familie is een risicofactor voor suïcidaal gedrag<sup>7</sup> en dit betreft zowel genetisch als niet-genetisch verwanten.<sup>8-10</sup> Nabestaanden van personen overleden door suïcide hebben vaker een depressie, angst en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis dan bij nabestaanden na andere doodsoorzaken het geval is.<sup>11</sup> Ongeveer een op de vijf nabestaanden heeft kort na de suïcide zelf suïci-

degedachten<sup>12,13</sup> wat de kans vergroot op toekomstig suïcidaal gedrag.<sup>14</sup> Nabestaanden van personen overleden door suïcide hebben een verhoogd risico van gecompliceerde rouw.<sup>15</sup> Dit wordt gekenmerkt door onder andere preoccupatie, ongelof, het gevoel dat het leven zinloos is, subjectieve verdoofdheid, onthechting, en verbittering. Gecompliceerde rouw is sterk geassocieerd met suïcidaal gedrag.<sup>16-19</sup> Voorkomen dat gecompliceerde rouw ontstaat zou daarom kunnen bijdragen aan het voorkomen van suïcidaal gedrag.

Rouwinterventies verminderen het risico van negatieve gezondheidseffecten bij personen bij wie dit risico verhoogd is.<sup>20</sup> Naast een mogelijk verhoogd suïciderisico bij nabestaanden van personen overleden door suïcide is er een andere reden om nabestaanden hulp te bieden: er is behoefte aan informatie over het waarom van de suïcide, aan hulp bij de specifieke rouwreacties na een suïcide zoals boosheid, schuldgevoelens, opluchting, en aan ondersteuning bij problemen in de familie en het omgaan met rouwende kinderen in het gezin.<sup>21</sup> In verschillende studies varieert het percentage nabestaanden met een hulpvraag van 26 tot 88%.<sup>22</sup>

Nabestaanden zoeken zelf vaak geen hulp of weten niet waar ze dit moeten vinden. Zij komen uiteindelijk vaak terecht bij hun huisarts, die ze in meer dan de helft van de gevallen verwijst naar de geestelijke gezondheidszorg.<sup>23</sup> Nabestaanden van overledenen die in behandeling waren bij de geestelijke gezondheidszorg hebben dikwijls weinig vertrouwen in hulp van die kant. Ze voelen zich door hulpverleners niet altijd begrepen of gehoord of ze voelen zich gestigmatiseerd.<sup>24,25</sup>

Eerder deden wij een cluster gerandomiseerd klinisch onderzoek naar het effect van familiegerichte hulp gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (FGT) aan eerstegraads nabestaanden en partners (n=122) van personen overleden door suïcide (n=70). FGT bestaat uit vier bijeenkomsten van elk plusminus twee uur met familieleden en eventueel andere naastbetrokkenen. Voor de familie van een en dezelfde overledene werden afzonderlijke bijeenkomsten gehouden. De gevolgde methode is afkomstig uit de cognitieve gedragstherapie<sup>26</sup> en de contextuele systeemtheorie.<sup>27</sup> Aan de hand van een werkboek<sup>28</sup> worden thema's behandeld zoals oorzaken van suïcide, rouwreacties na suïcide, steun zoeken en ontvangen,

## Kernpunten

- Twintig procent van de nabestaanden heeft na de suïcide van een dierbare suïcidegedachten en een verhoogd risico van psychiatrische (co)morbiditeit en familiegerichte, cognitieve gedragstherapie (FGT) kan dit risico verminderen.
- Als FGT standaard beschikbaar is en families door de huisarts van de overledene hierover worden geïnformeerd, gaat 20% van de families op het aanbod in.
- Jongeren tot 18 zijn moeilijk te bereiken; de ontwikkeling van een proactief aanbod specifiek gericht op kinderen en jongeren, bijvoorbeeld via internet, is aan te raden.
- Huisartsen zijn een belangrijke schakel in het opsporen van nabestaanden met verhoogde risico's voor de psychische gezondheid, inclusief suïcidaal gedrag.

rouw in het gezin en rouw bij kinderen en jongeren. De bijeenkomsten worden geleid door getrainde sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Het begeleidingsprotocol is elders uitgebreid beschreven.<sup>29</sup> Gebleken is dat FGT effectiever is om schuldgevoelens te verminderen dan gebruikelijke zorg, maar leidt in het algemeen niet tot een vermindering van het risico van gecompliceerde rouw. De tevredenheid met de hulp is zeer groot; deelnemers rapporteerden dat zij beter met hun dagelijkse problemen konden omgaan en gaven unaniem aan dat zij het an-

deren die in vergelijkbare omstandigheden komen zouden adviseren.<sup>30</sup> Uit een subgroepanalyse bleek dat FGT leidde tot een significant sterkere afname van het risico van gecompliceerde rouw bij nabestaanden die kort na de suïcide suïcidegedachten hadden. Deze groep was na de suïcide depressiever, had meer symptomen van gecompliceerde rouw en had vaker angst, depressie en suïcidepogingen in de voorgeschiedenis dan nabestaanden zonder suïcidegedachten.<sup>19</sup> De resultaten kwamen overeen met eerdere bevindingen dat hulp bij rouw vooral effectief is als het risico van problematische rouw is verhoogd.<sup>20</sup> Wij concludeerden dat FGT voor nabestaanden die kampen met suïcidegedachten kan bijdragen aan het verminderen van het risico van gecompliceerde rouw en daarmee aan het verminderen van het risico van suïcidaal gedrag. Ook nabestaanden die worstelen met schuldgevoelens en problemen in de familie kunnen profiteren van FGT.

De uitkomsten waren aanleiding tot onderzoek naar de implementatie van deze vorm van hulp. Aangezien vooral kwetsbare nabestaanden i.c. nabestaanden die suïcidegedachten of andere psychiatrische problemen hebben en/of nabestaanden met sterke schuldgevoelens profiteren van FGT, is het van belang deze groep daadwerkelijk te bereiken. In een quasi-experimentele studie van een jaar werden de families van personen overleden door suïcide in Groningen, Friesland en Drenthe binnen zes maanden na de suïcide de mogelijkheid geboden om gebruik te maken van FGT. In elke provincie werden families via een andere procedure benaderd. 'Benaderd' hield in dat nabestaanden via een folder werden geïnformeerd over de mogelijkheid om samen met familieleden gebruik te maken van FGT. De effectiviteit van de drie verschillende procedures om families met FGT te benaderen werd op twee manieren geëvalueerd: 1) op basis van aantallen families die FGT accepteerden; 2) op basis van de psychische gezondheid van deelnemers die via afzonderlijke procedures waren benaderd.

<sup>1</sup> Afdeling Psychiatrie / Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen

<sup>2</sup> Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam

<sup>3</sup> Hulpverleningsdienst Groningen

## METHODE

### Benaderingsstrategieën

In de drie provincies werden folders verspreid door huisartsen, in GGZ-instellingen, politiebureaus, apotheken, bibliotheken, uitvaartcentra, door bureaus Slachtofferhulp en nabestaandengroepen. Folders werden op een voor het publiek zichtbare plaats neergelegd. De folder gaf informatie over het doel, doelgroep en werkwijze van FGT en hoe nabestaanden zich konden aanmelden.

In Groningen en Friesland werden families direct na de suïcide aanvullend proactief benaderd. 'Proactief' hield in dat de families actief werden geïnformeerd over FGT ongeacht of bekend was of nabestaanden een hulpvraag hadden. In Groningen werd de huisarts van de overledene gevraagd de familie van de overledene actief te benaderen en in Friesland werden families door GGD Friesland geïnformeerd over de mogelijkheid van FGT.

Suïcidegevallen in Groningen werden aan het onderzoeksteam gemeld door de forensisch arts die rond de suïcide optrad als gemeentelijk lijkschouwer. Dit gebeurde aan de hand van de naam van de huisarts van de overledene en de overlijdensdatum; de identiteit van de overledene en zijn familie bleef onbekend. Zodra het onderzoeksteam een melding van een suïcide in Groningen kreeg, werd de huisarts van de overledene een informatiefolder toegestuurd en het schriftelijke verzoek de folder aan de familie van de overledene te geven. In Friesland werd na elke suïcide door de GGD een brief met informatiefolders naar het huisadres van de overledene gestuurd. In Drenthe werd naast de foldercampagne geen actie ondernomen. Om selectie- en informatiebias te voorkomen werd gedurende het experiment niet gecontroleerd of de GGD in Groningen alle suïcidegevallen meldde, en/of huisartsen families daadwerkelijk proactief benaderden, en/of de GGD Friesland daadwerkelijk folders stuurde naar het adres van de overledene.

Nabestaanden die van FGT gebruik wilden maken konden zich per post, telefoon of e-mail aanmelden waarna direct contact werd gelegd door een hulpverlener om de bijeenkomsten te plannen. De bijeenkomsten vonden plaats in het Medisch Centrum Leeuwarden of het Universitair Medisch Centrum Groningen, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemers.

### Metingen

Deelnemers van vijftien jaar en ouder werd gevraagd voor de start van FGT vragenlijsten in te vullen over hun psychische gezondheid. Gecompileerde rouw werd geïnventariseerd met de Nederlandse versie<sup>31</sup> van de Inventory of Traumatic Grief (ITG),<sup>32</sup> depressieve symptomen met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D).<sup>33</sup> Suïcidedachten in de voorafgaande maand werden gemeten met de Paykel Suicide Items (PSI).<sup>34</sup> Op inhoudelijke gronden werd een cut-off bepaald; respondenten met een score >8 werden beschouwd als suïcidaal.<sup>30</sup> De vraag 'Heeft u ooit in uw leven een poging gedaan om een einde aan uw leven te maken?' (ja/nee) werd toegevoegd om suïcidepogingen vóór de index suïcide te inventariseren. Percepties van

schuld werden uitgevraagd met: 'Ik denk dat ik de suïcide had kunnen voorkomen', 'Ik voel me schuldig' en 'Ik vraag me af wat ik verkeerd gedaan heb' en gescoord op een 5-punt Likert schaal (1=helemaal niet mee eens tot 5=helemaal mee eens); (range 3 tot 15). Een cut-off voor de aanwezigheid van schuldpercepties (score >9) werd bepaald op inhoudelijke gronden.<sup>30</sup> Een score voor eenzaamheid (ja/nee) werd verkregen met de Eenzaamheidsschaal.<sup>35</sup> Met een open vraag werd geïnventariseerd via welke hulpverlener(s) en/of instantie(s) deelnemers waren benaderd met FGT. Deelnemers konden meer mogelijkheden noemen. Vragenlijsten werden ingevuld teruggestuurd in een portvrije envelop. Deelnemers gaven schriftelijk informed consent. De procedures werden goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

### Data analyse

Cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over het aantal suïcides tijdens het experiment dienden als uitgangspunt voor de kwantitatieve evaluatie van de benaderingsstrategieën (Groningen n=70; Friesland n=60; Drenthe n=50)<sup>1</sup> en werden geëvalueerd op het niveau van het aantal families. De provincie waarin de huisarts van de overledene was gevestigd gold als uitgangspunt om families geografisch te onderscheiden. Nagegaan werd hoeveel families in principe konden worden benaderd via de proactieve benaderingsstrategie in Groningen respectievelijk Friesland, per strategie hoeveel families FGT hadden geaccepteerd, en hoeveel families FGT hadden geaccepteerd via de beoogde benaderingsstrategie (gebaseerd op zelfrapportage). Van acceptatie van FGT was sprake als minstens één lid van de nabestaande familie binnen zes maanden na de suïcide minstens één FGT-bijeenkomst had bijgewoond. Verschillen in aantallen werden getoetst met  $\chi^2$ -toetsen. Vervolgens werd per provincie nagegaan hoe deelnemers volgens eigen zeggen met FGT waren benaderd: via de huisarts, via de GGD of op (een) ander(e) manier(en). Met  $\chi^2$ -toetsen en t-toetsen werd de psychische gezondheid van deelnemers die door de huisarts waren benaderd vergeleken met de gezondheid van personen die niet door huisartsen waren benaderd.

## RESULTATEN

### Sample

Van de 180 families die met suïcide te maken kregen accepteerden 30 families (17%) FGT. Van die 30 families deden 73 nabestaanden mee met de gesprekken, waarvan 66 (90%) vragenlijsten invulden. Tussen het moment van de meting en de suïcide lag 4,4 maanden (95% BI 2,8 tot 5,7). Tabel 1 toont de demografische kenmerken van de deelnemers.

### Effect van de benaderingsstrategieën

Figuur 1 toont de respons op het hulpaanbod. In Groningen werd in 37 gevallen van het totaal van 70 families de huisarts aangeschreven (53%). In Friesland werd in 42 gevallen van het totaal van 60 families door de GGD een

**Tabel 1** Kenmerken van nabestaanden (n=66) van personen overleden door suïcide (n=30) die binnen zes maanden na de suïcide familiegerichte hulp gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (FGT) accepteerden<sup>a</sup>

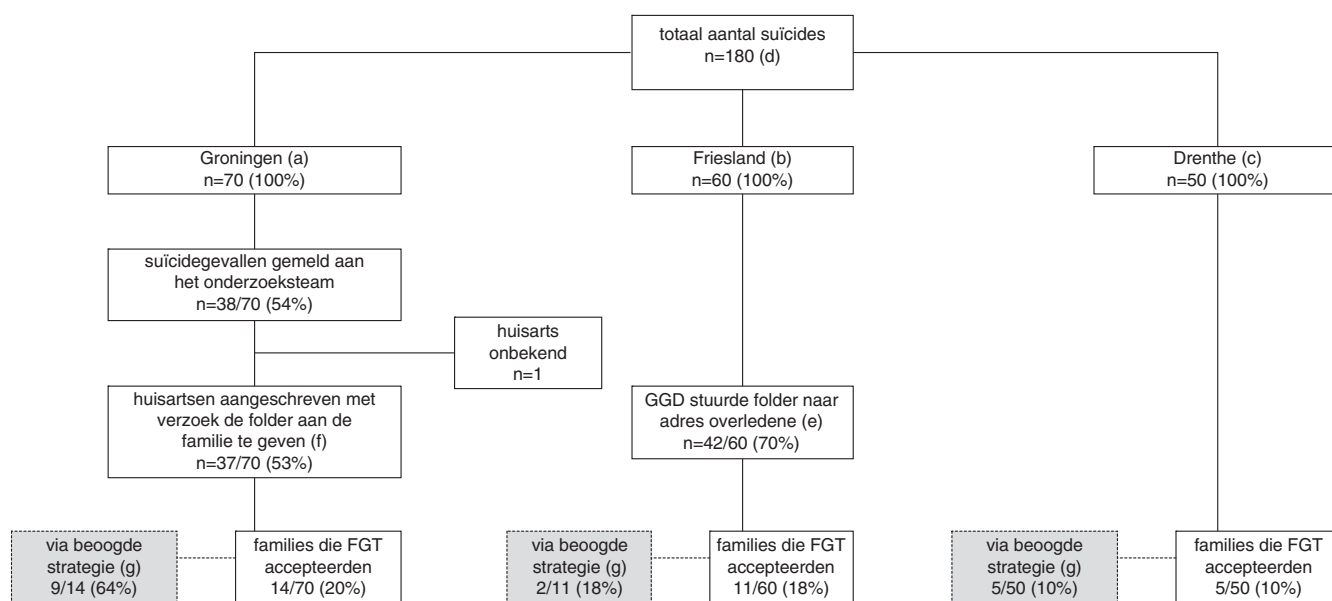
	n (%)
leeftijd respondent m (SD) jaar	45 (14,4)
respondent jonger dan 20 jaar	3 (5)
respondent is man	21 (32)
<b>afkomstig uit</b>	
Groningen	29 (44)
Friesland	21 (32)
Drenthe	11 (17)
Elders	5 (7)
<b>relatie tot de overledene</b>	
partner	13 (20)
ouder	18 (27)
kind	9 (14)
broer of zus	16 (24)
anders	10 (15)
samenwonend met de overledene	18 (27)
<b>kenmerken overledene</b>	
leeftijd overledene m (SD) jaar	40 (15,5)

brief gestuurd naar het adres van de overledene (70%). In Groningen werd de beoogde procedure dus minder vaak toegepast dan in Friesland (53% versus 70%;  $p < 0.05$ ). In Groningen en Friesland werd FGT door een evenredig deel van het totale aantal families geaccepteerd (Groningen 14/70 (20%); Friesland: 11/60 (18%) versus 5/50 (10%) in Drenthe. Respondenten uit Groningen rapporteerden vaker dat zij via de beoogde strategie met FGT in contact waren gekomen dan respondenten uit Friesland

(9/14;64% versus 2/11;18%;  $\chi^2 = 10,5$ ;  $p = 0,005$ ) (Figuur 1). Zestien van de 30 families die hulp accepteerden (53%) waren op een andere manier met FGT in contact gekomen dan via de beoogde procedure. Tabel 2 laat zien dat gemiddeld 55% van de respondenten aangaf dat zij door de huisarts waren benaderd. Zes respondenten noemden behalve de huisarts ook andere kanalen: krant (n=1), GGZ-instelling (n=2) maatschappelijk werk (n=2), GGZ-instelling plus maatschappelijk werk (n=1).

### Psychische gezondheid van de deelnemers

Dertien van de 66 respondenten (20%) waren suïcidaal en 5/66 (7,5%) deden eerder een suïcidepoging. De psychische gezondheid van nabestaanden die hadden aangegeven dat zij door hun huisarts waren benaderd was iets slechter dan van degene die op een andere manier waren benaderd, maar verschillen waren niet statistisch significant (Tabel 3). Suïcidale nabestaanden hadden meer symptomen van gecompliceerde rouw dan niet-suïcidale nabestaanden:  $m = 87,2$  (SD=18.9) versus 76,5 (SD=18.7) en voelden zich vaker schuldig: 5/13 (39%) versus 8/50 (16%) maar beide verschillen waren niet statistisch significant ( $p > 0,07$ ). Ze waren even vaak eenzaam: 4/13 (30%) versus 9/53 (31%);  $p = 0,97$ , maar suïcidale nabestaanden waren depressiever:  $m = 28,5$  (SD=5.3) versus 8,5 (SD=11.0);  $t = 4,7$ ;  $p < 0,001$  en hadden vaker suïcidepogingen in de voorgeschiedenis: 3/13 (23%) versus 2/53 (4%);  $p = 0,02$ .



- (a) foldercampagne + proactieve benadering door de huisarts
- (b) foldercampagne + proactieve benadering door de GGD
- (c) foldercampagne
- (d) Bron: CBS (2006)
- (e) Bron: GGD Friesland (2006)
- (f) onbekend is hoeveel families daadwerkelijk proactief door de huisarts van de overledene werden benaderd
- (g) gebaseerd op zelfrapportage

**Figuur 1** Respons op strategieën (a, b, c) om families van personen overleden door suïcide te benaderen met familiegerichte cognitieve gedragstherapie (FGT) binnen zes maanden na de suïcide

**Tabel 2** Respons op het aanbod om van familiegerichte cognitieve gedragstherapie (FGT) gebruik te maken. Gerapporteerd naar de wijze waarop de nabestaanden van personen overleden door suïcide (n=66) werden benaderd met FGT<sup>a</sup>

	manier waarop nabestaanden waren benaderd in n (%)			totaal
	door de huisarts	door de GGD	anders <sup>b</sup>	
Groningen	17 (55)		14 (45)	31
Friesland	10 (47)	2 (10)	9 (43)	21
Drenthe	9 (64)		5 (36)	14
	38 (55)	2 (3)	28 (42)	66 (100)

<sup>a</sup> gebaseerd op zelfrapportage

<sup>b</sup> begrafenisondernemer (n=7); regionale media (n=10); bibliotheek (n=4); GGZ-instelling (n=6); lotgenotengroep (n=1)

**Tabel 3** Psychische gezondheid van eerstegraads nabestaanden en partners (n=66) die vier maanden na de suïcide van een dierbare familiegerichte, cognitieve gedragstherapie (FGT) accepteerden.<sup>a</sup>

	n=66	wijze waarop nabestaanden met FGT in contact kwamen (a)		p
		via de huisarts n=36	via andere manieren (b) n=30	
gecompliceerde rouw gemiddelde score (SD)	78,3 (18,7)	82,2 (19,9)	74,4 (17,4)	0,10
depressie gemiddelde score (SD)	20,4 (10,8)	21,8 (11,7)	18,9 (9,8)	0,27
percepties van schuld <sup>c,d</sup> n (%)	13/63 (21)	9/34 (27)	4/29 (14)	0,22
eenzaam n (%)	20/66 (30)	14/36 (39)	6/30 (20)	0,10
suïcidedgedachten <sup>e</sup> n (%)	13/66 (20)	6/36 (17)	7/30 (23)	0,50
ooit suïcidepoging gedaan <sup>c</sup> n (%)	5 (8)	4/34 (12)	1/29 (3)	0,22

<sup>a</sup> gebaseerd op zelfrapportage

<sup>b</sup> begrafenisondernemer (n=7); regionale media (n=10); bibliotheek (n=4); GGZ-instelling (n=6); lotgenotengroep (n=1); GGD (n=2)

<sup>c</sup> n=63

<sup>d</sup> score > 9

<sup>e</sup> score > 8

## DISCUSSIE

### Respons op het hulpaanbod

Uit dit quasi-experiment blijkt dat wanneer familiegerichte begeleiding (FGT) standaard beschikbaar is voor families die te maken hebben met suïcide, gemiddeld 17% van de families die recent iemand heeft verloren door suïcide er gebruik van maakt. Een proactieve aanpak leidt vaker tot acceptatie van hulp dan een meer afwachende benadering. Het percentage families dat FGT accepteerde komt overeen met 20% gevonden door Povini en anderen<sup>21</sup> en 18% in het onderzoek naar het effect van FGT waarin families via diverse kanalen actief werden gerekruteerd.<sup>30</sup> Hierdoor bestaat de indruk dat als hulp standaard beschikbaar is circa een op de vijf families die met suïcide te maken krijgen er gebruik van zal maken. De meeste deelnemers waren vrouw (78%) overeenkomstig eerder rouwonderzoek.<sup>36</sup> Weinig kinderen en jongeren accepteerden FGT; dit komt overeen met bevindingen uit het onderzoek naar het effect van FGT.<sup>30</sup> Mogelijk spreekt deze vorm van hulp kinderen en jongeren niet aan en/of wordt het gebruik door de ouders niet aangemoedigd.

### De effectiviteit van de afzonderlijke benaderingsstrategieën

De helft van de families (16/30; 53%) kwam op een andere wijze dan via de oorspronkelijk beoogde procedure met FGT in contact (Figuur 1). De meeste nabestaanden gaven aan dat zij via de huisarts met FGT in contact kwamen (55%) en minstens 42% via maatschappelijk werk, uitvaartondernemers, bibliotheken, GGZ-instellingen of regionale media (zie Tabel 3). Blijk-

baar worden niet alle nabestaanden met een hulpbehoefte door de huisarts van de overledene bereikt. De reden zou kunnen zijn dat familieleden een andere huisarts hebben dan de overledene, of dat de huisarts van de overledene niet weet of de overledene nabestaanden heeft en hoe zij bereikt kunnen worden.

Hoewel de GGD in principe tot alle nabestaanden toegang heeft via de gemeentelijk lijkschouwer, lijkt een rechtstreekse benadering van families door de GGD niet van toegevoegde waarde; in Friesland gaven slechts twee van de elf families die FGT accepteerden aan dat zij door de GGD waren geïnformeerd over de mogelijkheid van FGT. Mogelijk voelen nabestaanden zich niet aangesproken door deze anonieme benadering of bereikt de informatie nabestaanden niet omdat post die op het adres van de overledene na het overlijden binnenkomt niet wordt gecontroleerd en/of geopend door familieleden. Dit kan het geval zijn als de overledene alleen woonde en/of geen contact onderhield met familieleden. Uit het gegeven dat 55% van de nabestaanden aangaf via de huisarts in contact te zijn gekomen met FGT, valt af te leiden dat in Friesland de families vaak via andere kanalen dan de GGD met de hulp in contact zijn gebracht. Deze bevindingen onderstrepen de meerwaarde van een foldercampagne waarmee het hulpaanbod bekend wordt gemaakt.

### Psychische gezondheid (Tabel 3)

Deelnemers werden gekenmerkt door een hoge prevalentie van suïcidaal gedrag; 7,5% deed eerder een suïcidepoging versus 0,9% in de Nederlandse bevolking. Drie maanden na de suïcide heeft 20% zelf suïcidedgedachten terwijl dit in Nederland gaat om 2,7% van de bevolking.<sup>4</sup> Suïcidedgedachten bij 20% van de nabestaanden komt

overeen met bevindingen in de literatuur.<sup>12,13,30</sup> De scores op de overige uitkomsten komen overeen met scores in een populatie nabestaanden waarin het effect van FGT werd getoetst.<sup>30</sup> De resultaten bevestigen dat nabestaanden die FGT accepteren een groep betreft met een verhoogd suïciderisico, zoals eerder gevonden.<sup>19</sup> Veel deelnemers voelen zich eenzaam en schuldig, vooral degene die via de huisarts met FGT in contact kwamen. Aangezien eenzaamheid en schuldgevoelens het nabestaan na suïcide kenmerken<sup>37</sup> lijkt FGT tegemoet te komen aan de behoefte aan hulp bij deze problematiek.

### **Beperkingen van de studie en suggesties voor vervolgonderzoek**

In deze studie kon niet worden nagegaan hoeveel families daadwerkelijk op de hoogte waren van de mogelijkheid om hulp te krijgen en wat eventuele redenen waren om de hulp niet te accepteren. In dit experiment werd FGT aangeboden vanuit een academische setting; onbekend is of, en zo ja hoe, deze aspecten de acceptatiegraad hebben beïnvloed. Verder is onduidelijk hoe vaak en om welke reden(en) hulpverleners nabestaanden al dan niet proactief hebben benaderd met FGT. Eerder bleek dat huisartsen sneller geneigd zijn nabestaanden te verwijzen voor FGT als zij weten wat de meerwaarde is en voor wie.<sup>23</sup> Dit lijkt ook in deze studie van toepassing, maar kan op toeval berusten. Bovendien is bekend dat personen die hulp zoeken bij het verwerken van een verlies meer gezondheidsproblemen hebben.<sup>36</sup> Kwalitatief onderzoek onder huisartsen kan uitwijzen welke criteria huisartsen zouden hanteren om nabestaanden te verwijzen voor FGT als het beschikbaar zou zijn. Hierdoor kan worden nagegaan of huisartsen een verhoogd gezondheidsrisico bij nabestaanden na een suïcide juist weten in te schatten. Kwalitatief onderzoek onder kinderen en jongeren die met suïcide te maken hebben kan licht werpen op de vraag welke vorm(en) van hulp voor deze groep gewenst is. Te denken valt aan hulp die aansluit bij de jongerencultuur, zoals [www.113online.nl](http://www.113online.nl) of [www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl).<sup>38</sup> De effecten van hulp op het gezondheidsrisico van jonge nabestaanden zouden moeten worden getoetst.

### **Conclusies en klinische implicaties**

Op basis van de resultaten concluderen wij dat het verspreiden van folders door instanties en individuele hulpverleners in combinatie met een proactieve benadering door de huisarts de kans optimaliseert dat kwetsbare nabestaanden FGT accepteren. Omdat de GGD in principe over de naam van de huisarts van de overledene kan beschikken zou de GGD na een suïcide de huisarts van de overledene een informatiefolder over FGT kunnen sturen, bestemd voor de nabestaande familie. In de provincie Groningen, Friesland is deze werkwijze inmiddels ingevoerd als reguliere werkwijze en vanaf 2011 in de provincie Drenthe. Echter in de dagelijkse praktijk lukt het lang niet altijd om te achterhalen wie de huisarts van de overledene is.

Niet de doodsoorzaak bepaalt of er sprake is van een verhoogde kans op psychische problemen bij nabestaan-

den, maar de individuele pre-existente gevoeligheid van nabestaanden voor emotionele ontregeling.<sup>6,39-42</sup> Herkennen van deze gevoeligheid door hulpverleners is van belang, omdat juist deze kwetsbare individuen profiteren van hulp. De uitkomsten suggereren dat het zinvol is dat huisartsen goed zijn geïnformeerd over de gezondheidsrisico's van nabestaanden na een suïcide, omdat huisartsen in veel gevallen als eerste met familieleden van overledenen door suïcide in contact komen. Door familiegerichte hulp proactief aan te bieden kunnen personen met een verhoogd suïciderisico vroegtijdig worden geïdentificeerd en behandeld. Voor een optimale respons is het van belang dat de GGD consequent alle huisartsen van personen overleden door suïcide informeert; zo wordt de kans dat families na een suïcide worden bereikt geoptimaliseerd. Deze strategie kan deel uitmaken van de ketenzorg rond suïcidaal gedrag hetgeen effectief is om escalatie van suïcidaal gedrag te voorkomen.<sup>43</sup> Mensen die suïcidegedachten hebben zoeken vaak geen hulp<sup>44</sup> evenals nabestaanden na een suïcide.<sup>45</sup> Een proactieve benadering van nabestaanden na een suïcide kan ertoe leiden dat deze mensen toch in zorg komen en preventieve maatregelen kunnen worden toegepast. Vanuit het perspectief van primaire suïcidepreventie is het noodzakelijk dat huisartsen nabestaanden bevragen over de aanwezigheid van actuele suïcidegedachten<sup>46</sup> en andere risicofactoren, zoals psychiatrische problemen (actuele problemen en problemen in de voorgeschiedenis) en suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis. Familiegerichte hulp na een suïcide zou een onderdeel kunnen zijn van een scala aan regionale activiteiten in het kader van suïcidepreventie. Het hulpaanbod zou flexibel en probleem/vraaggestuurd moeten zijn; te denken valt niet alleen aan het voorkomen van schuldgevoelens en gecompliceerde rouw door FGT, maar ook aan het bestrijden van eenzaamheid bijvoorbeeld door nabestaanden te verwijzen naar lotgenotengroepen. Ook cognitieve gedragstherapie ter voorkoming van depressie en suïcidaal gedrag kan zinvol zijn. Op basis van longitudinaal onderzoek onder een populatie nabestaanden uit de algemene bevolking zou een stepped-care model moeten worden ontwikkeld, waarin niet alleen rekening wordt gehouden met individuele gezondheidsrisico's, maar ook met de voorkeur van nabestaanden voor bepaalde vormen van hulp, zoals lotgenotencontact of e-mental health. Nabestaanden zonder verhoogde risico's zouden bij voorkeur het verlies zonder professionele hulp moeten verwerken, zodat rouw na suïcide niet gestigmatiseerd wordt.<sup>42</sup> In dit kader is van belang dat hulpverleners nabestaanden zonder verhoogde gezondheidsrisico's stimuleren om gebruik te maken van de beschikbare steun uit hun eigen netwerk. Informatie en uitleg over normale rouwreacties na een suïcide bieden nabestaanden een referentiekader bieden voor wat 'normaal' is na een suïcide. Gezinnen waarin suïcidegedachten voorkomen kunnen worden verwezen voor FGT. Hiermee dragen huisartsen bij aan de herkenning van een verhoogd suïciderisico en kunnen zo hun taak als poortwachter<sup>47</sup> in suïcidepreventiestrategieën vormgeven.

## Een rol voor POH-GGZ

Voor de begeleiding van nabestaanden is kennis over psychiatrische problematiek en de omgang met suïcidaal gedrag noodzakelijk. POH-GGZ-ers met een achtergrond als sociaal- psychiatrisch verpleegkundige aangevuld met gerichte training, zouden geschikt zijn om families na een suïcide te begeleiden. Voor deze groep is een trainingsprotocol beschikbaar (voor informatie neem contact op met de eerste auteur). Suïcide in de huisartsenpraktijk komt gemiddeld echter maar eens per vier jaar voor.<sup>48</sup> Om de kwaliteit en continuïteit van zorg te garanderen zou een beperkt aantal POH-GGZ-ers in een bepaalde regio kunnen worden belast met deze taak, zodat POH-GGZ-ers expertise kunnen opbouwen in deze complexe problematiek. In regionale suïcidepreventieprojecten zou de mogelijkheid gecreëerd moeten worden om nabestaanden met een verhoogd gezondheidsrisico en/of een hulpvraag naar een van deze POH-GGZ-functionarissen te verwijzen. De opvang bij de huisarts heeft als voordeel dat nabestaanden van personen overleden door suïcide niet direct naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg hoeven worden verwezen en kan voorkomen dat rond suïcide onnodig een 'crisisatmosfeer' ontstaat.<sup>40</sup>

## NOOT

De IMPRESS-studie werd gefinancierd door ZON-MW (projectnummer 24200027) <http://www.zonmw/en/home.html>. Dank aan Monique van 't Erve en Sanne de Loor voor hun commentaren op het manuscript.

## ABSTRACT

*The uptake of family-based cognitive-behavior therapy (FCT) following bereavement by suicide. A quasi-experimental study among bereaved relatives in the northern part of the Netherlands.*

Background: Suicide ideation in relatives bereaved by suicide indicates the increased risk of mental disorder and suicidal behaviour. Family-based cognitive-behavior therapy (FCT) may decrease the risk. It was examined how FCT should be offered to bereaved families so that FCT is most likely accepted by individuals at increased risk of suicidal behaviour. Methods: Quasi-experimental study in three provinces (Groningen, Friesland, Drenthe) in the northern part of the Netherlands (1,701,085 inhabitants; 180 suicides annually). FCT was announced in leaflets distributed by health care providers. Families in Groningen were also proactively approached by the general practitioner of the deceased, in Friesland by the municipal public health care service (GGD). In Drenthe no additional procedure was applied. Responders received FGT and completed self-report questionnaires on their mental health (complicated grief, depression, loneliness, suicide ideation, perceptions of guilt). Differences between groups were examined with t-tests and  $\chi^2$ -tests. Results: 30/180 families (17%) accepted FCT; 14/70 (20%) were families of deceased in Groningen of which 9/14 (64%) were approached according the intended strategy. Those figures in Friesland were 11/60 families (18%) and 2/11 (18%) respectively. In Drenthe 5/50 (10%) families accepted FGT ( $\chi^2=10.5$ ;  $p=0.005$ ) Sixty-six relatives completed questionnaires; 38 (55%) were ap-

proached by the general practitioner (GP); 13/66 (20%) had suicide ideations. Relatives who accepted FCT after being approached by the GP likely show higher symptom levels than others, but differences between groups were not statistically significant. Conclusion: Relatives of suicide victims who are at risk of suicidal behaviour most likely accept family-based cognitive-behavior therapy (FCT) via leaflets distributed in the community in addition to a proactive approach by GPs. GPs may contribute to suicide prevention by screening subjects bereaved by suicide on the presence of suicide ideation and referring those for FCT.

Keywords: general practitioner, suicide, bereavement, cognitive-behavior therapy, suicide prevention

## LITERATUUR

1. Statistics of the Netherlands (Centraal Bureau voor de Statistiek). Netherlands Statistics. <http://statline.cbs.nl>. Geraadpleegd 2 mei 2010.
2. Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000;355:9-12.
3. Singh B, Jenkins R. Suicide prevention strategies - an international perspective. *Int Rev Psychiatry* 2000;12:7-14.
4. Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos Instituut, 2007.
5. Hemert A van, Verwey B, Keijser J de, Kerkhof A. Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, 2011.
6. Jordan J. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life-threatening Behavior* 2001;31:91-102.
7. Hawton K, Heeringa K v. Suicide. *Lancet* 2009;393:1372-81.
8. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry* 2003;160:1525-6.
9. Agerbo E. Risk of suicide and spouses psychiatric illness or suicide: nested case-control study. *BMJ* 2003;327:1025-6.
10. Leo D de, Heller T. Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis* 2008;29:11-9.
11. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360:1126-30.
12. McMenemy J, Jordan J, Mitchell A. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life-threatening Behavior* 2008;38:375-89.
13. Cerel J, Campbell F. Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide Life-threatening Behavior* 2008;38:30-4.
14. Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds-CF III. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002; 19:11-24.
15. Groot MH de, Keijser J de, Neeleman J. Grief shortly after suicide and natural death. A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life-threatening Behavior* 2006;36:419-33.

16. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis* 2004;25:12-8.
17. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life-threatening Behavior* 2004;34:350-62.
18. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes C, Aslan, Goodkin, et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PlosMed* 6: e1000121. 2009.
19. Groot M de, Neeleman J, Meer K van der, Burger H. The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims. The mediating role of suicide ideation. *Suicide Life-threatening Behavior* 2010;40:425-37.
20. Genevro JL, Marshall T, Miller T. Report on bereavement and grief research. *Death Stud* 2004;28:491-575.
21. Proveni C, Everett JR, Pfeffer CR. Adults mourning suicide: self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death Stud* 2000;24:1-19.
22. Jordan JR, McMenamy J. Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide Life-threatening Behavior* 2004;34:337-49.
23. de Groot MH, van der Meer K, Burger H. A survey of Dutch general practitioners' attitudes towards help seeking of suicide bereaved relatives. *Fam Pract* 2009;26:372-5.
24. Portzky G, Audenaert K, Heeringen K van. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2005;40:922-30.
25. Pagura J, Fotti S, Katz L, Sareen J, Swampy Cree Suicide Prevention Team. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv* 2009;60:943-9.
26. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
27. Boszormenyi-Nagi I, Spark G. *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row, 1973.
28. Groot M de, Keijser J de. *Verlies door Suïcide*. Werkboek voor nabestaanden. Kampen: Ten Have, 2005.
29. Groot M de, Keijser J de. De opvang van nabestaanden na een suïcide. In: Kerkhof A, Luyn B van (red). *Suïcidepreventie in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2010.
30. Groot MH de, Keijser J de, Neeleman J et al. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007;334:994-6.
31. Boelen PA, Bout J van den, Keijser J de, Hoijtink H. Reliability and validity of the Dutch version of the inventory of traumatic grief (ITG). *Death Stud* 2003;27:227-47.
32. Prigerson H, Maciejewski P, Reynolds C, Bierhals A, Newsom J, Fanciczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59:65-79.
33. Redloff LS. The CESD-D scale; a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1:385-401.
34. Paykel E, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124:460-9.
35. Jong-Gierveld J de, Tilburg TG van. *Manual of the Loneliness Scale*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit, 1999.
36. Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W. *Handbook of bereavement research and practice*. Washington DC: American Psychological Association, 2008.
37. Grad OT, Zavasnik A. Psychological symptoms of close relatives of suicide victims. *Eur J Psychiatry* 1999;13:33-9.
38. Van 't Erve. Jong geconfronteerd met zelfdoding. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 2010;6:524-530.
39. Wal J van der. The aftermath of suicide: A review of empirical evidence. *Omega* 1989;20:149-71.
40. Cleiren MPH, Diekstra RFW, Kerkhof AJFM, Wal J van der. Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis* 1994;15:22-36.
41. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief A prospective study from preloss to 18 months postloss. *J Pers Soc Psychol* 2002;83:1150-64.
42. Groot M de. Bereaved by suicide. Family-based cognitive-behavior therapy to prevent adverse health consequences among first-degree relatives and spouses. Universiteit Groningen, 2008.
43. Hermans M, Wetten H van, Sinnema H. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg*. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
44. Rudd M, Joiner T, Rajab M. Help negation after acute suicidal crisis. *J Consul Clin Psychol* 1995;63:499-503.
45. Barrett TW, Scott TB, Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns. *Suicide Life-Threatening Behavior* 1990;20:1-15.
46. Neria Y, Gross R, Litz B, Maguen S, Insel B, Seirmarco G, et al. Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief Among Bereaved Adults 2.5-3.5 Years After September 11th Attacks. *J Traumatic Stress* 2007;20:251-62.
47. Isaac M, Elias B, Katz L, Belik S, Deane F, Enns M, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2009;54:260-8.
48. Marquet R, Bartelds A, Kerkhof A, Schellevis F, Zee J van der. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice* 2005;6:45.

#### **CORRESPONDENTIEADRES**

Marieke de Groot, afdeling Psychiatrie /  
Huisartsgeneeskunde, Universitair Medisch Centrum  
Groningen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen, e-mail:  
m.h.de.groot@med.umcg.nl