

Impact van suïcide op psychiaters; kwalitatief onderzoek en aanbevelingen voor betere nazorg

N. Dekker, A. Vellinga

- Achtergrond** Het meemaken van een suïcide kan een behoorlijke emotionele en gedragsmatige impact hebben op psychiaters. Er ontbreekt nog kennis over goede nazorg voor hen.
- Doel** Meer inzicht verkrijgen in de impact van suïcide op psychiaters en in het verbeteren van hun herstel.
- Methode** Een verkennend kwalitatief beschrijvend onderzoek door middel van semigestructureerde interviews met vijf psychiaters werkzaam bij een grote ggz-instelling.
- Resultaten** Er werden vijf thema's onderscheiden: emotionele impact, stapeling en werkdruk, verantwoordelijkheid dragen, gevoel verantwoording te moeten afleggen en ervaren steun. De suïcides hadden op alle psychiaters een diepe emotionele indruk gemaakt. Ervaren emoties varieerden qua aard en duur. Door stapeling van incidenten en werkdruk werd weinig ruimte ervaren voor herstel. De psychiaters voelden een grote verantwoordelijkheid om zowel goede nazorg voor familie en collega's te bieden, als ook om formele zaken goed af te handelen. Hierbij voelden zij ook dat zij zichzelf moesten verantwoorden. Emotionele steun door collega's werd als heel waardevol ervaren, maar de deelnemers misten praktische steun.
- Conclusie** Voor het mentale welbevinden van psychiaters is het van belang om in de nasleep van een suïcide zowel emotionele als praktische steun te krijgen. Hiervoor is een gezamenlijke aanpak nodig van collega-behandelaren en beleidsmakers. Scholing is hierbij onontbeerlijk.

Tijdens hun carrière krijgt 38,8 tot 92% van psychiaters te maken met ten minste één suïcide.¹⁻⁶ Naast de impact op naasten en andere betrokkenen kunnen suïcides een behoorlijke impact hebben op psychiaters. Verdriet, angst, schuldgevoelens, prikkelbaarheid en slaapproblemen komen dikwijls voor.^{1,4,7} Na een suïcide kan er bij 3,8 tot 13,7% van psychiaters sprake zijn van posttraumatische stressstoornis (PTSS) en bij 3% van suïcidale ideaties.^{2,5,8}

Ook kan er een gedragsmatige impact ontstaan, zoals minder risico's durven nemen en defensief handelen.^{1,2,5-7} Bij ruim een kwart van de psychiaters kan de impact van dien aard zijn dat zij overwegen van carrière te wisselen of met vervroegd pensioen te gaan.^{1,4,5,7} Overigens worden ook positieve veranderingen beschreven, zoals meer reflectie, teamoverleg en meer gebruikmaking van gestructureerde procedures voor het omgaan met suïcidaliteit.⁶

De term '*postvention*' is een al langer bestaand begrip, dat als doel heeft het risico op de negatieve gevolgen van een zelfdoding op de omgeving te beperken.⁹ In de

internationale literatuur worden wel postventiemethoden beschreven voor hulpverleners, maar er is weinig onderzoek naar de mate van toepassing en effectiviteit hiervan.^{3,10-13} In Nederland werd in de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag uit 2012 aanbevolen om de suïcide in team- en intervisieverband te evalueren.¹⁴

Ondanks dat er in de meeste instellingen een protocol is voor het nabespreken van de suïcide in het team als met peers, blijkt uit Nederlands onderzoek dat bijna drie kwart van psychiaters de ondersteuning na een werkgerelateerde traumatische ervaring (zoals een suïcide) onvoldoende vindt.¹⁵

In deze verkennende kwalitatieve studie gaan we na wat de impact van suïcide is op psychiaters en wat de steunende en belemmerende factoren zijn in de verwerking hiervan. Gebaseerd op deze bevindingen doen we een aantal suggesties om de nazorg van hen te verbeteren. Dit onderzoek is onderdeel van een bredere inventarisatie van de impact op psychiaters van het meemaken van ernstige incidenten.

METHODE

Selectie

Voor dit onderzoek verrichtten we semigestructureerde interviews bij vijf psychiaters werkzaam bij Arkin (een grote ggz-instelling in Amsterdam), van wie één auteur (AV) vanuit haar rol als plaatsvervangend geneesheer-directeur (GD) wist dat zij in de afgelopen jaren te maken hadden gehad met suïcide(s). Deze auteur was niet betrokken geweest bij de afhandeling. Deelnemers werden geselecteerd op basis van hun werkervaring, zowel qua duur, als inhoud (klinisch of ambulant werkend), om inzicht te krijgen in zo veel mogelijk verschillende ervaringen.

Deelnemers

Zes psychiaters die werden benaderd voor het onderzoek wilden allen deelnemen. Bij één psychiater lukte het niet binnen de planning een afspraak te maken. De vijf deelnemers (twee vrouwen en drie mannen) hadden allen tijdens hun functie als psychiater één of meer suïcides meegemaakt in de afgelopen vijf jaar. De werkervaring als psychiater varieerde van minder dan 1 jaar (één deelnemer), 5 tot 10 jaar (twee deelnemers) tot meer dan 10 jaar (twee deelnemers). Alle deelnemers werkten in de volwassenenpsychiatrie; twee in klinische setting (acute opnamekliniek) en drie in ambulante setting (FACT). De semigestructureerde interviews – afgenomen van oktober 2023 tot april 2024 – duurden maximaal 90 minuten en waren gericht op de impact van de suïcide en de nasleep ervan. De topiclijst die voor de interviews werd gebruikt ([zie onlinebijlage](#)) was samengesteld aan de hand van onze klinische ervaring en relevante internationale literatuur omtrent dit onderwerp. Van de interviews werd een geluidsopname gemaakt en ze werden daarna verbatim getranscribeerd. Alle deelnemers gaven geïnformeerde (schriftelijke) toestemming.

Betrokkenheid onderzoekers

Voorafgaand aan het interview vertelden wij aan de deelnemers over onze persoonlijke betrokkenheid bij het onderwerp, zoals de impact van suïcide en de onduidelijkheid betreffende de meldingsprocedure. Met deze transparantie beoogden we een vertrouwelijke en uitnodigende sfeer.

Analyse

Voor de thematische analyse doorliepen we meerdere fases. We lazen beiden de getranscribeerde interviews onafhankelijk van elkaar en noteerden onderwerpen die in de interviews naar voren waren gekomen (codering).¹⁶ Deze codering vergeleken we en maakten deze op basis van consensus compleet. Enkele onderwerpen uit de topiclijst kwamen terug in de codeboom (deductief), maar er werden ook nieuwe codes vanuit de tekst toegekend (inductief). Vervolgens stelden we in overleg overkoepelende thema's vast.

RESULTATEN

We identificeerden vijf thema's: emotionele impact, stapeling en werkdruk, verantwoordelijkheid dragen, gevoel verantwoordelijkheid te moeten afleggen en ervaren steun.

Emotionele impact

Alle vijf psychiaters gaven aan dat de suïcide die ze hadden meegemaakt diepe indruk op hen had gemaakt. Er werden verschillende emoties benoemd, zoals gevoelens van shock na het horen van het nieuws, verdriet, schuldgevoelens, schaamte, boosheid, angst en gevoelens van machteloosheid. De emotionele impact werkte met name in de eerste weken na de suïcide door in hun privéleven, te merken aan slaapproblemen, gespannenheid in gezin/relatie en terugtrekken uit het sociale leven. Een enkeling noemde ook hyperarousal en intrusies. Er was sprake van veel individuele variatie in de aard, ernst en duur van de emoties.

(I1) Het is eigenlijk veel verdriet en ook angst, ja angst, en ik denk ook boosheid, zijn de verschillende emoties.

(I2) Toen (na het vernemen van de suïcide) toen voelde ik echt dat mijn soort van mijn lijf zei van, je moet er nu, het is nu gewoon echt klaar [...] voelde bijna als een soort van knak of zo [...] toen dacht ik ook 'nou het is wel goed met jullie, ik ik stop er gewoon mee, en ik zie wel wat ...

Tot slot gaven alle deelnemers aan dat het spreken over de suïcide in dit interview hen opnieuw emotioneerde en het hen hielp in de verwerking.

(I1) Kijk ik merk dat dit praten, dus nou het valt me op dat ik toch wel geraakt door nog steeds ben, het kan me toch nog steeds emotioneel maken als ik echt die casus hardop uitspreek.

Stapeling en werkdruk

Vier psychiaters noemden dat de werkdruk en stapeling van incidenten maakten dat er onvoldoende tijd was om te herstellen en de suïcide een plek te geven. Na een suïcide ging het klinische werk door en dienden complexe casussen zich ook weer aan, wat stresserend werkte. Ook het opnieuw meemaken van een suïcide(poging) werd als zwaar ervaren. Twee psychiaters vielen tijdelijk uit na het meemaken van meerdere suïcides en suïcidepogingen in één jaar tijd.

(I1) Ja het is de opstapeling van de meerdere incidenten, dat vind ik, dat geeft de stress. Ik denk dus dat je dus misschien toch onvoldoende tijd neemt -en hebt- om het een plek te geven, of neemt en krijgt, het is de opstapeling.

(I3) Er waren nog twee cliënten die wat wiebelig waren en die veel vroegen en dus dan, ja [...] heb je al meer, [...] onderliggend is je stevigheid, of mijn stevigheid was minder zeg maar. Ook het schrijven van het suïcideverslag kon bijdragen aan dit gevoel van stapeling en werkdruk:

(I4) Ik denk dat ik wel heb overgewerkt ja, en ik heb het schrijven van het verslag wel in mijn eigen tijd gedaan voor een groot deel, en dat heeft er ook mee te maken dat het natuurlijk ook zo ontzettend veel tijd kost als zoiets gebeurt, dat ook alle andere patiëntenzorg, ja je kan natuurlijk sommige dingen laten, maar er loopt ook heel veel door, ja ja dus dat heb ik ook wel als ingewikkeld ervaren.

Het dilemma van enerzijds rust en ruimte willen hebben voor eigen verwerking van emoties na een suïcide, en anderzijds de verantwoordelijkheid voelen voor continuering van goede patiëntenzorg kon soms leiden tot twijfel aan de eigen competentie.

(I1) Je voelt ja, dat vind ik ook moeilijk, want dan op een gegeven moment denk ik 'ben ik geen goeie psychiater of zo, functioneer ik nog wel goed als psychiater?' Ga ik dan aan het twijfelen, ja, 'zou ik dit niet gewoon aan moeten kunnen dan?'

Verantwoordelijkheid dragen

De zwaarte van de verantwoordelijkheid als psychiater kwam in meerdere interviews naar voren. Naast de verantwoordelijkheid die men had in het maken van keuzes in de directe patiëntenzorg, werd ook de verantwoordelijkheid genoemd in het opvangen van de nabestaanden, het opvangen van het team, het maken van het suïcideverslag en het coördineren van de nabesprekingen.

(I2) Ik wil eigenlijk gewoon soms er helemaal niet meer zijn, dat bedoel ik helemaal niet ja qua leven, maar gewoon qua verantwoordelijkheid.

(I2) (refererend aan het informeren van nabestaanden over de suïcide) Je kan het niet goed doen, in de zin van iemand wordt er niet beter van, je kan het alleen eigenlijk verkeerd doen, maar je kan het dus wel zo min mogelijk verkeerd doen, dus dat geeft een hele verantwoordelijkheid.

(I1) Je twijfelt toch altijd bij je eigen beleid [...] hoeveel ik ook met de geneesheer-directeur of management overleg, uiteindelijk is het toch mijn keus. [...] uiteindelijk ben ik de eindverantwoordelijke en dat voel je.

(I2) Op een gegeven moment realiseerde ik me, dat je dus eigenlijk, je bent niet alleen maar eindverantwoordelijk, je bent echt iets anders voor die mensen (refererend aan nabestaanden en collega's) geworden, je bent echt veel meer dan alleen maar eindverantwoordelijk op je vakgebied. Mensen moeten ook emotioneel op je terug kunnen vallen.

(I3) Ik neem mijn verantwoordelijkheid zwaar [...] dat we met suïcides of suïcidaliteit dealen dat kan ik wel handelen, maar ja dat het zo over leven en dood gaat, je wordt er zo mee geconfronteerd en alles ligt onder een vergrootglas en je maakt voortdurend elke dag keuzes, en ja bij deze cliënt was eigenlijk allemaal heel bewust, maar heel vaak gaat het ook niet zo bewust of heb je er helemaal geen zicht op, en dat kan me dan wel aanvliegen.

De verantwoordelijkheid en de gevoelde toegeschreven verantwoordelijkheid had ook zijn weerslag in hoeveel ruimte de psychiater ervoer in het uiten en delen van emoties.

(I5) Mijn collega [...] gaf mij later (na de nabespreking) gewoon één op één terug: 'ja, toch zo fijn dat dat een psychiater moet huilen dat ze zich ook kwetsbaar opstellen', [...] ik dacht nou ik ben me daar niet bewust van hun rol of zo, maar zo is het, in die zin werkte het verbindend.

(I1) We doen er sowieso altijd met alle betrokken personeel een nabespreking, dat vind ik eigenlijk altijd wel helpend [...] daar voel ik me altijd in gesteund en dat je het ook deelt met je collega's, en dat ze mij ook verdrietig zien, je bent, ik probeer op de afdeling probeer ik me altijd beetje groot te houden of zo, ben je toch een beetje meer de psychiater.

Gevoel verantwoording te moeten afleggen

Het gevoel van falen en verantwoording moeten afleggen vanwege de suïcide, werd door bijna alle deelnemers benoemd. Dit kwam naar voren als het ging over gesprekken met nabestaanden, de vraag in het suïcideverslag naar verbeterpunten en over het streven naar 'zero suïcides' door 113 Zelfmoordpreventie. Een aantal psychiaters noemde dat ze angst voor een (tucht)klacht en/of angst voor boosheid door de nabestaanden hadden gehad.

(I1) Ik denk 'oké, dus we moeten naar nul, ik heb weer twee suïcides dit jaar, oh dan heb ik het dus weer niet goed gedaan; het is weer niet nul'.

(I3) (refererend aan streven van nul suïcides van 113) Dan denk ik van ja, er ligt zo'n druk, en verwachting, en alsof alles maakbaar is en onze invloed wordt dan ook te groot ingeschat denk ik.

(I1) Maar dat je dan ook eens een keer familie krijgt die zegt 'hoezo in een kliniek iemand zelfmoord plegen, [...] jullie zijn toch een veilige plek?' en dat [...] je dat soort dingen dan ook moet opvangen en als je dat uitlegt, dan vaak snappen ze het ook wel weer. Maar het gaat erover dat ze die boze fase door moeten en dan dat jij daar dan misschien wel of niet ook wat mee moet. Daar ben ik dan bang voor, dat dat ook weer over mij heen komt.

(I1) Omdat het (refererend aan de vraag in het verslag over verbeterpunten) dus suggereert [...] dat er altijd iets fout gaat, ja, [...] dat er altijd iets verwijtbaar is.

(I5) Maar de gedachte die heel vaak terugkwam was 'shit, krijg ik een klacht?'

Ervaren steun

Het kunnen delen en uiten van emoties met collega's ervoeren alle deelnemers als verbindend en steunend. Ook het samen met een ervaren collega terugkijken naar behandelbeleid en stilstaan bij eigen emoties na de suïcide werd als steun ervaren. Bijna alle deelnemers noemden dat de formele en informele nabesprekingen geholpen hadden in de verwerking.

(I1) Wat heeft geholpen is de nabesprekingen en het delen met collega's.

(I1) Wat heel erg helpt is betrokkenheid, als de mensen actief komen vragen van 'joh hoe is het met je?'

Het samen kunnen reflecteren op de suïcide met de nabestaanden op een niet-veroordelende wijze werd als steunend ervaren. Waren er boosheid en verwijt vanuit de nabestaanden, of was er op verzoek van de familie geen contact na de suïcide, dan werkte dit stressverhogend.

(I3) Dat helpt wel, ze (refererend aan familie van de patiënt) waren ook absoluut niet verwijtend naar ons, dus dat scheelt ook heel erg, vind ik, in de hoe je ertegen aankijkt. Een deelnemer gaf aan dat verlichting in de nasleep bewerkstelligd kon worden door 'zorgen voor en ontzorgen' van de psychiater. Dus door zowel emotionele als praktische ondersteuning te bieden. Praktische suggesties waren het overnemen van de coördinatie van de nabespreking door iemand anders en tijd krijgen voor het schrijven van het verslag.

Enkele deelnemers benoemden dat het schrijven van het verslag hielp, anderen hadden daar minder aan gehad. (I4) (refererend aan het schrijven van het verslag) *Het was helpend om gestructureerd te bekijken of er dingen zijn geweest die we anders hadden kunnen doen, maar ook om onder woorden te brengen wat er wel goed is gegaan. Het is ook een soort troostend [...], het is ook net als een soort van traumatherapie dat je dingen opschrijft en je beleeft ook weer opnieuw zo'n behandeling.*

DISCUSSIE

Kernbevindingen

In dit verkennende kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat het verlies van een patiënt door suïcide emotioneel ingrijpend was. Verschillende emoties werden benoemd, zoals verdriet, schuld, schaamte en boosheid. De intensiteit, duur en aard van de emoties varieerden individueel. De deelnemers voelden een grote verantwoordelijkheid voor de klinische besluitvorming rondom de patiënt, voor opvang van betrokkenen en het regelen van allerlei praktische zaken, zoals het schrijven van het suïcideverslag en coördinatie van de nabesprekingen. Door 'stapeling' van zowel incidenten als complexe casuïstiek ervoeren ze weinig ruimte om eigen emoties te verwerken. Het gevoel van falen en gevoel om verantwoording te moeten afleggen werkten stressverhogend. Het belang van steun van collega's en teambesprekingen kwam in meerdere interviews naar voren. De meesten benoemden behoefte aan praktische steun.

Vergelijking met ander onderzoek

Ook uit ander onderzoek komt de emotionele impact bij psychiaters na een suïcide evident naar voren.^{1,2,4-8} Onze bevinding dat er wisselende ervaringen zijn over hoe contact met nabestaanden van de patiënt kan helpen, kwam ook eerder naar voren.^{1,4,7} Als de ervaren reactie van familieleden vijandig of beschuldigend is, is het moeilijker voor de psychiaters om te herstellen. Als de reactie begripvol en meelevend is en men verdriet kan delen, helpt dit. Het genoemde gevoel van verantwoordelijkheid in de rol als psychiater is eerder beschreven en in verband gebracht met het 'super-hero'-narratief; dit is de overtuiging van behandelaren en hun omgeving, dat ze onnipotent zijn.¹⁷ Deze overtuiging kan gemakkelijk resulteren in zelfverwijt na de suïcide en het gevoel verantwoording te moeten afleggen.

Opvallend is dat de emotionele en professionele impact van suïcide op gezondheidszorgmedewerkers significant groter is dan de impact van (plotse) dood in het somatisch ziekenhuis.¹⁸ Poolse auteurs geven als mogelijke verklaring dat de dood veroorzaakt door somatische ziektes meer wordt geaccepteerd als een onvermijdelijk (natuurlijk) gevolg van ziekte en deze daarom voor de clinicus makkelijker is om te verwerken.¹⁹ Suïcide daarentegen wordt vaak gezien als vermijdbaar, omdat die geen gevolg is van een lichamelijke ziekte.

Het is van belang om voortaan in onderwijs aandacht te geven aan het omgaan met de kans op suïcidaliteit en je verantwoordelijkheidsgevoel daarover.^{1,5,17} Hierbij kunnen de verschillende perspectieven over het voorkomen van suïcides besproken worden. Als je uitgaat van de onvermijdelijkheid van suïcides, kan dit schuldgevoel verminderen, maar dit kan wel leiden tot behandel nihilisme. Het perspectief dat iedere suïcide voorkomen kan worden, kan een schuldcultuur en het gevoel van falen in de hand werken, wat ook onze deelnemers aangaven.^{4,17,20}

Verder is het relevant in onderwijs aandacht te geven aan gangbare ervaren emoties na een suïcide en deze niet te bestempelen als afwijkend. Door het verantwoordelijkheidsgevoel voor de emotionele opvang van het team en de verwachting dat men als psychiater de emotionele nasleep gewoon aan moet kunnen, kan de verwerking van eigen emoties worden vermeden.¹⁷ Dit raakt aan onze bevinding dat psychiaters kunnen twijfelen aan hun competenties wat betreft het dealen met en uiten van eigen emoties in de praktijk.

Onze bevinding dat de verwerking van eigen emoties na een suïcide tevens belemmerd kan worden door stapeling van incidenten en werkdruk, komt niet duidelijk naar voren in de literatuur. Onze hypothese is dat dit een relatief nieuw fenomeen is, wat samenhangt met de toegenomen algemene ervaring van een hoge werkdruk bij psychiaters.²¹

Het belang van steun van collega-psychiaters kwam duidelijk naar voren in ons onderzoek, net zoals in andere onderzoeken.^{1,4,7,17} Belangrijke aspect hierin is dat het gevoel van gelijkheid maakt dat men zich gevalideerd, erkend en getroost voelt.¹⁷ Wellicht speelt hierin ook mee dat er dan ruimte ontstaat om het superheldperspectief te laten varen en/of dat in ieder geval de gevoelde verantwoordelijkheid gedeeld kan worden met iemand die die specifieke positie ook kent.¹⁷ Zowel in ons onderzoek als in ander onderzoek blijkt dat steun van andere teamleden en team-nabesprekingen eveneens als zeer helpend worden ervaren.¹ Hierbij is het van belang om de emotionele debriefing en formele nabespreking te scheiden, om genoeg ruimte te creëren voor emotionele verwerking en ondersteuning van het team.⁷

Beperkingen

Dit verkennend onderzoek had een klein aantal deelnemers en we hebben ons alleen gericht op psychiaters werkzaam in de volwassenenpsychiatrie. Dit vermindert de generaliseerbaarheid van onze bevindingen. Echter, onze bevindingen komen wel overeen met bevindingen uit eerder internationaal onderzoek, waarbij ook de populatie deelnemende psychiaters meer diversiteit vertoonde. Ook bevindingen in een recent Nederlands onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie bij meerdere disciplines tonen gelijkenissen met die van ons.²⁰ Eén van ons was GD, we waren beiden collega-psychiaters van de deelnemers en onze persoonlijke betrokkenheid bij dit onderwerp hadden we gedeeld. Dit kunnen sturende en beperkende factoren zijn geweest, alhoewel juist de indruk was dat deelnemers zich vrij voelden om kwetsbaarheid te tonen.

Tabel 1. Aanbevelingen voor nazorg aan psychiaters na een suïcide

Organisatorische steun vanuit management	Neem de organisatie en coördinatie van nabesprekingen over (separaat een formele nabespreking en een voor emotionele reflectie)
	Geef de psychiater tijd voor het schrijven van het verslag
	Vraag na welke hulp nodig is bij de communicatie met nabestaanden
	Geef emotionele steun en inventariseer wat aan praktische steun nodig is
	Verwijs indien nodig naar professionele hulpverlening
Steun vanuit bureau-geneesheer-directeur	Geef informatie over wat verwacht kan worden in de formele afhandeling en over de rol van Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
	Heb aandacht voor de emotionele impact
Emotionele steun vanuit collega's	Geef emotionele steun
	Faciliteer een (buddy)systeem waarbij psychiaters een beroep kunnen doen op emotionele ondersteuning van ervaren collega-psychiaters
Steun door onderwijs te geven	Geef onderwijs aan managers over de emotionele impact en hoe praktische handvatten gegeven kunnen worden aan behandelen
	Geef onderwijs aan aiossen en psychiaters over: – de gangbare emoties na een suïcide – wat faciliterende en belemmerende factoren zijn in de verwerking – realistische verwachtingen over het risico op suïcide in de praktijk

Verder hebben wij ons alleen gericht op psychiaters, en niet op andere regiebehandelaren. Alhoewel er wel onderzoek is gedaan naar de impact van suïcide op medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, is er – voor zover wij weten – geen vergelijkend onderzoek tussen psychiaters en andere disciplines met een rol als regiebehandelaar.^{20,22} Desondanks kunnen we ons voorstellen dat onze bevindingen ook van toepassing zijn op hen.

Aanbevelingen

Ten tijde van het schrijven van dit artikel is er meer aandacht gekomen voor postventie voor hulpverleners waarin de emotionele impact en hoe hiermee om te gaan meer wordt geadresseerd (zie www.steunnazelfdoeding.nl en de herziene richtlijn Suïcidaliteit uit 2025), in tegenstelling tot de richtlijn uit 2012.^{14,23} Met deze nieuwe initiatieven is het belangrijk om na te denken over een goede implementatie hiervan.

De resultaten van dit verkennend kwalitatief onderzoek en bevindingen uit de literatuur resulteren in een aantal aanbevelingen (zie tabel 1). Alhoewel de al bestaande georganiseerde collegiale opvang (team collegiale opvang) van grote waarde kan zijn voor medewerkers, kwam in ons onderzoek naar voren dat psychiaters specifiek behoefte hebben aan reflectie met een ervaren psychiater die hetzelfde heeft meegemaakt. Bij Arkin zijn we daarom bezig met het opzetten van een 'buddy-systeem', zodat psychiaters na een suïcide een beroep kunnen doen op een ervaren collega die ze kan steunen. Daarnaast werd in ons onderzoek behoefte aan meer praktische ondersteuning vanuit het management benoemd. Onderwijs aan managers is dan een eerste stap. We hopen dat dit onderzoek bij zal dragen aan bewustwording dat nazorg voor psychiaters na een suïcide cruciaal is voor hun mentaal welbevinden en aan implementatie van postventiemethoden ter continuering van goede kwaliteit van zorg voor patiënten en naasten.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Nienke Dekker, psychiater, Mentrum, Amsterdam.

Astrid Vellinga, psychiater, Mentrum, senior onderzoeker en plaatsvervangend geneesheer-directeur, Arkin, Amsterdam.

Correspondentie

Dr. Nienke Dekker (nienke.dekker@mentrum.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-7-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(9):510-514