

# Gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

## **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Arkin BasisGGz Preventie  
Postadres: Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam  
E-mail: [preventie@arkin.nl](mailto:preventie@arkin.nl)  
Telefoon: 020-5901330

**Website** (van de interventie): <https://www.arkinbasisggz.nl/preventie-arkin-basisggz/familie-en-naastbetrokkenen/gespreksgroep-voor-nabestaanden-na-zelfdoding/>

## **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Sebnem Cim  
E-mail : [Sebnem.Cim@arkinbasisggz.nl](mailto:Sebnem.Cim@arkinbasisggz.nl)  
Telefoon : 06-15822594

## **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Spits, M.E & Cim, S.  
Titel interventie: Gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding  
Databank(en):  
Plaats, instituut: Amsterdam, Mark Bench; Arkin BasisGGz  
Datum: januari 2020

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl) en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

**[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)**

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>22</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	23
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>24</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>25</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>27</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

De Gespreksgroep Nabestaanden na Zelfdoding is onderdeel van het reguliere preventieaanbod van Arkin BasisGGZ afdeling Preventie Volwassenen in Amsterdam. De gespreksgroep is bedoeld voor volwassen nabestaanden die een naaste hebben verloren ten gevolge van zelfdoding en die behoefte hebben aan contact met lotgenoten. De gespreksgroep Nabestaanden na Zelfdoding is een vorm van begeleid lotgenotencontact en vindt maandelijks plaats. Het is een open groep, dat wil zeggen; elke bijeenkomst kunnen nieuwe deelnemers instromen of deelnemers uitstromen. Geïnteresseerden uit de doelgroep kunnen zich aanmelden en na een individueel kennismakingsgesprek met medewerkers van de afdeling Preventie Volwassenen wordt gezamenlijk besloten of en wanneer de deelnemer kan aansluiten. Daarna is het mogelijk om maandelijks de gespreksgroep bij te wonen, met een maximum van 18 bijeenkomsten.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De gespreksgroep is bestemd voor volwassen nabestaanden die een naaste hebben verloren ten gevolge van zelfdoding en die behoefte hebben aan begeleid lotgenotencontact.

Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de relatie tot de overledene. Iedereen is welkom in de gespreksgroep.

## **Doel** – max 50 woorden

Het hoofddoel van de gespreksgroep is het bevorderen van het mentale welzijn van nabestaanden, die een naaste hebben verloren als gevolg van zelfdoding. Dit wordt bereikt doordat deelnemers na afloop meer sociale steun ervaren, minder schuld en schaamte ervaren en meer kennis hebben over rouw en verdere hulpverleningsmogelijkheden.

## **Aanpak** – max 50 woorden

De maandelijks gespreksgroep 'nabestaanden na zelfdoding' is een open groep zonder begin-en eind. Dat betekent dat deelnemers (na een kennismakingsgesprek met een preventiewerker) te allen tijde kunnen in- en uitstromen. Het is een begeleide gespreksgroep en *geen therapie*, deelnemers delen hun ervaringen met elkaar, onder begeleiding van preventiewerkers en een ervaringsdeskundige.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Er zijn diverse materialen die de afdeling Preventie van Arkin BasisGGz beschikbaar stelt. Dit betreft een informatiefolder, (op papier en op de website: <https://arkinbasisggz.nl/preventie-arkin-basisggz/familie-en-naastbetrokkenen/gespreksgroep-voor-nabestaanden-na-zelfdoding/>), uitnodigingsbrieven voor het kennismakingsgesprek en de gespreksgroep. Voor de begeleiding van de gespreksgroep is een draaiboek beschikbaar voor de preventiewerkers, een presentielijst en een informatiefolder voor deelnemers. Tot slot is er een evaluatieformulier beschikbaar.

## **Onderbouwing** – max 150 woorden

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

Zelfdoding komt helaas nog altijd vaak voor. Na elke zelfdoding blijven er gemiddeld zes tot tien nabestaanden over uit de directe omgeving van de overledene. Deze nabestaanden hebben naast de rouwgevoelens die ook bij andere doodsoorzaken speelt, tevens te kampen met gevoelens van schuld en schaamte, somatische klachten en een hoger risico op het ontwikkelen van psychische problemen. Theorieën gaan er vanuit dat er verschillende elementen met elkaar samenhangen die de individuele verschillen in de aanpassing na rouw verklaren. Deze zijn onder te verdelen in A) De kenmerken van de rouw; B) De interpersoonlijke risicofactoren; C) De intrapersoonlijke risicofactoren; D) De appraisal en coping; en E) De uitkomsten. De uitkomst betreft onder meer het mentale welzijn. Deze gespreksgroep pakt

een aantal van deze elementen aan om het mentale welzijn te ondersteunen. Deze elementen betreffen sociale steun en kennis–interpersoonlijke factoren- en schuld en schaamte –appraisal en coping-. Doordat deelnemers in de gespreksgroep onderling ervaringen uitwisselen, elkaar helpen, elkaar ondersteunen en naar elkaar luisteren, wordt de ervaren sociale steun verbeterd en gevoelens van schuld en schaamte verminderd. Tot slot wordt er informatie gedeeld en uitgewisseld, wat de kennis verhoogt en bijdraagt aan de vermindering van schuld en schaamte. Door een verbetering van ervaren sociale steun, verhoging van kennis en vermindering van schuld en schaamte wordt het mentale welzijn van deelnemers verbeterd.

### **Onderzoek** – max 100 woorden

Uit de procesevaluatie blijkt dat de gespreksgroep heel waardevol is en volgens plan verloopt. Elke maand vindt een bijeenkomst plaats, die vrijwel altijd vol is. Zowel uit de vragenlijsten als interviews blijkt dat de deelnemers heel tevreden zijn over het kennismakingsgesprek, over de bijeenkomsten zelf en de begeleiders. Ze vinden herkenning en erkenning, steun, halen kracht uit de bijeenkomsten en hebben het gevoel dat ze niet alleen zijn in hun gevoel. Ze zouden het fijn vinden als er meer groepen zouden zijn en geven aan dat het van belang is dat er meer bekendheid over is bij verwijzers. De begeleiders vinden het bijzonder om deelgenoot te zijn en de deelnemers te ondersteunen.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De gespreksgroep is bestemd voor volwassen nabestaanden die een naaste hebben verloren ten gevolge van zelfdoding en die behoefte hebben aan begeleid lotgenotencontact.

Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de relatie tot de overledene. Iedereen is welkom in de gespreksgroep.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Er is geen intermediaire doelgroep. De begeleiders van de gespreksgroep hebben direct contact met de einddoelgroep, de nabestaanden.

**Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

De doelgroep -nabestaande na zelfdoding van een naaste- kan zichzelf aanmelden via de preventieafdeling van Arkin BasisGGz. Bij interesse volgt er eerst een kennismakingsgesprek met een preventiewerker, waarin gekeken wordt of de gespreksgroep passend is voor de deelnemer. Daarbij worden de volgende exclusiecriteria gehanteerd.

- Ernstige problematiek, waardoor functioneren in een groep niet goed mogelijk is
- Leeftijd onder de 18 jaar
- Zeer recentelijke suïcide (bij minder dan 6 maanden geleden, wordt in een gesprek gezamenlijk besproken of deze vorm passend is)
- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Acut suïcidaal gedrag of dreiging

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

Arkin BasisGGz Preventie heeft een ondersteuningsprogramma voor familie en naasten van mensen met psychiatrische- of verslavingsproblemen. Een apart ondersteuningsaanbod voor nabestaanden na zelfdoding ontbrak nog in 2011. Wel bleek er behoefte aan. Om die reden is een project opgezet om dit te

ontwikkelen. Arkin BasisGGz heeft voor de ontwikkeling van deze gespreksgroep een klankbordgroep opgericht, bestaande uit één ervaringsdeskundige nabestaande, één ervaringsdeskundige die ook preventiewerker was, twee preventiewerkers en de werkgroep van Ypsilon. De werkgroep van Ypsilon bestond uit ervaringsdeskundige nabestaanden. Deze werkgroep moest op 1 januari 2011 stoppen met laagdrempelige activiteiten voor nabestaanden na zelfdoding in Amsterdam –wel bieden zij hun activiteiten nog aan in Zaandam. De klankbordgroep heeft meegedacht aan de invulling en organisatie van de gespreksgroep en feedback gegeven op de het projectplan en draaiboek. Zowel bij de ontwikkeling is de doelgroep betrokken geweest, maar ook bij de uitvoering: de gespreksgroep wordt namelijk mede begeleid door een ervaringsdeskundige.

## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van de gespreksgroep is *het bevorderen van het mentale welzijn* van nabestaanden die een naaste verloren hebben als gevolg van zelfdoding.

**Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

Het bevorderen van het mentale welzijn van nabestaanden, wordt bereikt doordat deelnemers na deze gespreksgroep –in vergelijking met ervoor:

- Minder schuld en schaamte ervaren;
  - o Doordat zij emoties onderling kunnen vergelijken en daarmee erkenning en herkenning plaatsvindt
  - o Doordat cognities op waarheid worden getoetst
  - o Doordat zij informatie krijgen over schuld en schaamte (van nabestaanden na suïcide).
- Meer sociale steun ervaren;
  - o Doordat zij contact hebben met lotgenoten, waardoor sociaal isolement en het gevoel van stigma verkleind wordt.
  - o Doordat zij informatie en ervaringen uitwisselen
  - o Door onderlinge herkenning en erkenning.
- Meer kennis hebben;
  - o Over rouw, wat de betekenisverlening ten goede komt, en over welke hulpverleningsmogelijkheden er zijn, indien nodig

## 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

### *Werving*

De doelgroep wordt bereikt via het netwerk in de eerste en tweede lijn hulpverleners en via de website van Arkin BasisGGz. Als een potentiële deelnemer zich aanmeldt, dan wordt diegene uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met een preventiewerker.

### *Kennismakingsgesprek en Selectie*

Voorafgaand aan de gespreksgroep vindt er een kennismakingsgesprek met een preventiewerker plaats, waarna de preventiewerker en nabestaande samen besluiten of de gespreksgroep inderdaad passend is voor diegene.

### *Gespreksgroep*

De gespreksgroep 'nabestaanden na zelfdoding' vindt maandelijks plaats en duurt 1,5 uur. Het is een open groep zonder begin-en eind. Dat betekent dat deelnemers (na het kennismakingsgesprek) te allen tijde kunnen in-en uitstromen. Er kunnen tussen de 4 en 12 deelnemers aan de gespreksgroep deelnemen.

Deelname is gelimiteerd op 18 bijeenkomsten per deelnemer, zodat er een doorstroom mogelijk blijft. Dit is besloten naar aanleiding van de procesevaluatie. Met het vaststellen van een maximum wordt enerzijds de doorstroom binnen de groep bevordert en anderzijds worden deelnemers gestimuleerd om op eigen kracht of met een andere vorm van ondersteuning verder te gaan. Overigens blijkt uit de procesevaluatie dat deelnemers gemiddeld 6 keer aanwezig zijn. Slechts 10% was de afgelopen jaren vaker dan 13 keer aanwezig.

### *Supervisie*



Om de maand vindt supervisie plaats tussen de begeleiders en een psychiater of psycholoog.

#### *Afrondingsgesprek*

Als een deelnemers stopt met de gespreksgroep vindt er een afrondingsgesprek plaats, waarin geëvalueerd wordt en waarna de deelnemers mogelijk doorverwezen wordt.

#### **Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

*Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

#### *Werving*

De doelgroep wordt bereikt via folders en informatie op de website van Arkin BasisGGz. Een belangrijke rol daarbij spelen sleutelfiguren en de hulpverleners in de eerste- en tweedelij die ingeschakeld worden in geval van zelfdoding. ArkinBasis GGz heeft een eigen netwerk ontwikkeld voor bekendheid en doorverwijzing, met en via onder meer POH GGZ, intranet, Prezens, GGZInGeest, Stichting Zorg en Zelfdoding in Zaandam. Zij kunnen naast attenderen op de gespreksgroep. Als een potentiële deelnemer zich aanmeldt, dan wordt diegene uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met een preventiewerker. Tevens is er een nauwe samenwerking met Suicidepreventie Amsterdam van de GGD (en Prezens). Focus daarvan is het voorkomen van suïcides, maar ze bieden op hun website ook een folder aan over Rouw na zelfdoding, waarin deze gespreksgroep onder meer wordt aangeboden. Tot slot heeft Arkin een suïcidecommissie die nabestaanden na zelfdoding binnen Arkin uitnodigt en informeert.

#### *Kennismakingsgesprek en Selectie*

De preventiemedewerker neemt telefonisch contact op met de nabestaande die zich heeft aangemeld. Er wordt informatie gegeven over de gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding en er wordt een afspraak gemaakt voor een kennismakingsgesprek. De afspraak wordt via e-mail of per brief bevestigd. In dit kennismakingsgesprek wordt gezamenlijk besloten of de gespreksgroep passend is voor de nabestaande. Daarbij wordt met name aandacht besteed aan hoe lang geleden het verlies heeft plaatsgevonden en wat voor hulp de nabestaande nog meer heeft. Wanneer het verlies nog zeer recent is, minder dan 6 maanden geleden, wordt nagegaan of het voor de nabestaande verstandig is om de groep te volgen. Bij die overweging is het vooral van belang of de nabestaande de ervaringen en verhalen van anderen als steunend danwel belastend kan ervaren. Bij twijfel wordt in gezamenlijk overleg deelname aan de groep uitgesteld. Interventies te vroeg in het rouwproces zijn namelijk minder effectief of kunnen zelfs contraproductief zijn (Maes, 2014).

Daarnaast wordt in het gesprek aangeraden om belangrijke mensen in de naaste omgeving in te lichten over deelname aan deze groep. Reden hiervoor is dat het van belang is voor de rouwverwerking dat nabestaanden op een laagdrempelige wijze steun kunnen krijgen uit hun directe omgeving. Ook wordt aangeraden om eventuele behandelaars en de huisarts van deelname op de hoogte te stellen.

#### *Gespreksgroep*

De gespreksgroep wordt begeleid door twee preventiewerkers en een ervaringsdeskundige, zij faciliteren de bijeenkomst en zorgen voor structuur en informatie. Zij behandelen dus niet, maar begeleiden het proces, geven informatie waar nodig, dragen thema's aan, signaleren opvallendheden, en faciliteren de bijeenkomst. Het is dan ook een begeleide gespreksgroep, *geen therapie of behandeling*. Vanwege de zwaarte van het onderwerp, in combinatie met het open karakter van de groep (geen vaststaande inhoud maar anticiperen op de behoefte van de aanwezigen) is er voor gekozen om de begeleiding door twee preventiewerkers te laten doen. Daardoor kunnen de taken en rollen goed verdeeld worden, zowel wat betreft het proces als de inhoud. Dit geeft gelegenheid om elkaar te ondersteunen, aan te vullen en feedback te geven op eigen handelen (tijdens mondelinge evaluatie en supervisie). Dit bevordert en waarborgt de kwaliteit. Daarnaast is het ook beter voor de continuïteit omdat de voortgang van de groep minder kwetsbaar is bij twee uitvoerders. De ervaringsdeskundige heeft een gelijkwaardige zij het een andere rol dan de

preventiewerkers. De ervaringsdeskundige draagt op basis van eigen ervaring mogelijkheden aan en biedt perspectief op herstel.

Het programma staat hieronder weergegeven. De inhoudelijke onderwerpen die besproken worden betreffen onder meer:

- Overleven en omgaan met het verlies
- Psycho-educatie over het suïcidale proces en het rouwproces
- Schuldgevoelens, schaamte en vermijding.
- Het bespreken van emoties en toetsen van waarheidsgehalte.
- Het delen van ervaringen
- Hoe praat ik over het verlies met anderen?
- Culturele, sociale en religieuze taboes op zelfdoding

In elke bijeenkomst is er ruimte voor één deelnemer (wordt van tevoren besproken) om zijn of haar naaste te herdenken. De deelnemer krijgt dan de gelegenheid om met foto's, muziek of andere materialen zijn of haar naaste te herdenken. De deelnemer opent de bijeenkomst met het aansteken van een kaars, waarna er een moment stilte volgt. De bijeenkomst wordt symbolisch afgesloten met het doven van de kaars. Daarnaast worden regelmatig korte ontspannings-of mindfulnessoefeningen gedaan. Tot slot is een jaarlijks informeel samenzijn gepland, ter bevordering van de sociale contacten.

Tijd	Actie
14.30-14.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Welkom</b></li> </ul>
14.35-14.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Structuur van de bijeenkomst aangeven</b></li> <li>• <b>Groepsregels benoemen</b></li> </ul>
14.40- 15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Korte kennismaking t.b.v. nieuwe deelnemers</b></li> <li>• <b>Rondje hoe gaat het en onderwerp benoemen wat men wil inbrengen</b></li> <li>• <b>Onderwerpen voor de bijeenkomst afstemmen</b></li> </ul>
15.00-15.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inhoudelijk gesprek</b></li> </ul>
15.35-15.50	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herdenkingsmoment</b></li> </ul>
15.50-16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Terugblik op de bijeenkomst</b> 'hoe ga je weg?' / 'welke steun kun je mobiliseren?'</li> </ul>
16:00-17:00	Evaluatie en onderlinge intervisie tussen de begeleiders.

### *Supervisie*

Om de maand (dus zes keer per jaar) vindt na de gespreksgroep supervisie plaats tussen de begeleiders met een psychiater. Dit betreft veelal casuïstiek bespreking en inhoudelijke input bij de verdere ontwikkeling en voortgang van de gespreksgroep. Lastige situaties worden besproken en wordt op gereflecteerd. De afgelopen jaren werd de gespreksgroep begeleid door twee preventiewerkers. Sinds 2019 is de begeleiding aangevuld met een ervaringsdeskundige. Om die reden wordt gedurende het eerste half jaar van 2020 de frequentie van de supervisie verhoogd naar maandelijks. In 2020 zullen er dan ook 9 supervisiemomenten zijn. Dit om regelmatig te reflecteren en evalueren en zodoende de kwaliteit van de groepen en de begeleiding te borgen.

### *Afrondingsgesprek*

Tot slot is er een afrondingsgesprek. Deelnemers die willen stoppen met hun deelname aan de gespreksgroep, krijgen een afrondingsgesprek met één van de preventiewerkers aangeboden. Tijdens dit gesprek wordt samen gereflecteerd op het proces gedurende deelname. De reden van stoppen wordt besproken, waarbij er aandacht is voor de verwachtingen van de deelnemer. Zo wordt gevraagd of de deelnemer verwacht dat het gaat lukken op eigen kracht, of dat er wellicht ondersteuning nodig is. Mocht het nodig zijn, dan kunnen er eventueel aansluitende individuele gesprekken ingepland worden en mogelijk een toeleiding naar rouwtherapie. De deelnemer wordt dan doorverwezen naar passende zorg, te weten naar hun huisarts, de poh ggz of naar een behandeling in de ggz of bij een rouwtherapeut. Doel van deze gesprekken is om de deelnemer goed toe te rusten om verder te gaan. Verder worden de uitkomsten van

deze gesprekken gebruikt om de gespreksgroep te verbeteren. Los van het afrondingsgesprek, kunnen deelnemers altijd contact opnemen indien daar behoefte aan is.

## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

Ten behoeve van de *werving* is er een folder beschikbaar met informatie over de inhoud van de gespreksgroep. Tevens staat er aangegeven hoe een nabestaande zich kan aanmelden en wanneer de gespreksgroepen plaatsvinden. Deze folder is op papier en op de website beschikbaar (<https://arkinbasisggz.nl/preventie-arkin-basisggz/familie-en-naastbetrokkenen/gespreksgroep-voor-nabestaanden-na-zelfdoding/>).

Voor het *kennismakingsgesprek* is een uitnodigingsbrief beschikbaar met informatie voor deelnemers met de belangrijkste punten die tijdens het kennismakingsgesprek worden besproken, een beschrijving van de procedure en een formulier voor het kennismakingsgesprek zelf.

Voor de *gespreksgroep* zelf is een draaiboek beschikbaar voor de begeleiders met achtergrondinformatie, de structuur, informatie over mogelijke thema's en oefeningen. Tevens is er een presentielijst beschikbaar om de aanwezigen bij te houden. Voor de deelnemers is er een uitnodigingsbrief en informatiefolder beschikbaar, waarin beschreven wordt wat de gespreksgroep inhoudt en wat men kan verwachten.

Ten behoeve van een eventuele *doorverwijzing* zijn er folders van het andere- of vervolgaanbod van Arkin beschikbaar. Tevens dient de website van Arkin BasisGGz als verzamelpunt voor doorverwijsinformatie voor deelnemers. Voor de *evaluatie* van de gespreksgroep is er een jaarlijks evaluatieformulier. Deze vragenlijst betreft het oordeel van de deelnemer over hoe ze bij de groep terecht zijn gekomen, wat ze vonden van de inhoud, het proces, de begeleiders, de resultaten en de locatie van de gespreksgroep. Tevens worden er enkele open vragen gesteld.

De afdeling preventie van Arkin BasisGGz stelt deze materialen beschikbaar voor instellingen die de gespreksgroep ook willen uitvoeren.

### **Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

De gespreksgroep wordt begeleid door twee preventiewerkers van de preventie afdeling van Arkin BasisGGz en een ervaringsdeskundige. De gespreksgroep zou overal in Nederland aangeboden kunnen worden. Medewerkers van GGZ, GGD en Maatschappelijk Werk instellingen kunnen de gespreksgroep begeleiden onder dezelfde voorwaarden, zoals hieronder beschreven onder opleiding en competentie van de begeleiders. Eisen aan de locatie betreffen: een ruimte die kan worden afgesloten, die geschikt is voor 10 tot 20 personen, beschikt over tafels, stoelen, een flip-over en de mogelijkheid om koffie en thee te schenken. Een laptop-beamer-wifi kan handig zijn, zodat er eventueel filmpjes kunnen worden getoond.

### **Opleiding en competenties van de uitvoerders** – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

Twee preventiewerkers en een ervaringsdeskundige verzorgen de begeleiding van de gespreksgroep 'Nabestaanden na Zelfdoding'. Deze begeleiders hebben de rol van gespreksleider, niet die van therapeut.

De taken van de *preventiewerkers* bestaan uit:

- Organisatie van de gespreksgroep: De begeleiders zorgen voor de materiële voorwaarden om een groep te leiden, te weten een goede groepsruimte, koffie, thee en water.
- Programmabewaking: De begeleiders zorgen voor het openen en afsluiten van bijeenkomsten en houden de tijd in de gaten. Verder letten zij op dat de opgestelde agenda grotendeels gevolgd wordt en dat de huisregels nageleefd worden. Tot slot begeleiden ze oefeningen en zorgen ze voor een korte mondelinge evaluatie van de bijeenkomst.
- Inhoudelijke deskundigheid: De begeleiders geven waar nodig inhoudelijk een toelichting op vragen of opmerkingen van deelnemers.

- Bevorderen van de groepscohesie: Groepscohesie is de band die tussen deelnemers ontstaat en die de groep bij elkaar houdt. Voor het ontstaan en behouden van groepscohesie is het van belang dat zich in de groep de juiste normen ontwikkelen die bevorderlijk zijn voor een veilig groepsklimaat. Dit kunnen de begeleiders stimuleren door de normen expliciet te noemen in het begin van de bijeenkomsten en deze gedurende de rest van de bijeenkomsten te bewaken.

De preventiewerkers hebben de volgende competenties:

- Een relevante afgeronde opleiding op HBO of WO niveau.
- Enkele jaren relevante werkervaring in de GGZ (bij voorkeur in de begeleiding van cliënten in de GGZ)
- Kennis en ervaring met (begeleiding van) preventieve groepen.
- Kennis en ervaring met ondersteuning van naastbetrokkenen.
- Inhoudelijke kennis inzake zelfdoding.

De taken van de *ervaringsdeskundige* bestaan uit:

- Inzetten van ervaringsdeskundigheid: De ervaringsdeskundige draagt op basis van eigen ervaring mogelijkheden aan en biedt perspectief op herstel.

De ervaringsdeskundige heeft de volgende competenties:

- Kennis en ervaring met (begeleiding van) preventieve groepen.
- Empathisch vermogen, inlevingsvermogen
- Luister- en communicatievaardigheden
- Motiveren
- Positieve instelling
- Samenwerken
- Zelfkennis
- Zelfontwikkeling

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

De kwaliteit wordt bewaakt doordat de begeleiders van de gespreksgroep (de preventiewerkers en ervaringsdeskundige) elke bijeenkomst na afloop onderling evalueren op inhoud, begeleiding en samenwerking. Indien nodig worden observaties, ervaringen en vragen die tijdens deze evaluaties naar voren komen ingebracht tijdens de supervisie met de psychiater, die om de maand plaats vindt. Dit betreft veelal een casuïstiek bespreking en inhoudelijke bespreking ten behoeve van de verdere doorontwikkeling en behoud van kwaliteit van de gespreksgroep. Deze regelmatige reflectie draagt bij aan nieuwe inzichten van begeleiders over welke situaties ze lastig vinden en hoe ze daarmee om kunnen gaan. Dit bevordert en bestendigt de kwaliteit van de gespreksgroep.

Ook wordt met de deelnemers elke bijeenkomst mondeling kort geëvalueerd. Tevens wordt er jaarlijks een evaluatieformulier uitgedeeld aan de deelnemers van de groep. Men kan deze anoniem terugsturen naar het secretariaat van Arkin BasisGGZ. Tot slot wordt aan deelnemers die stoppen met de gespreksgroep een afrondingsgesprek aangeboden waarin wordt gereflecteerd op het proces tijdens deelname en wordt besproken wat er eventueel nog nodig is (aan steun) om verder te kunnen gaan. Al deze nieuwe informatie en inzichten worden indien nodig door één van de preventiewerkers verwerkt in de handreiking.

Tot slot is er regelmatig overleg met hulpverleners uit de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn. Zowel voor de werving, als voor de kwaliteitsbewaking. Daarnaast vindt er twee tot drie keer per jaar een overleg plaats met een werkgroep bestaande uit -onder meer- de coördinator suïcidepreventie van de GGD Amsterdam, een preventiewerker van Prezens (onderdeel van GGZ inGeest). Zo houden we elkaar op hoogte van ontwikkelen en signalen uit de doelgroep.

Deze evaluaties hebben de afgelopen jaren geleid tot verschillende kwaliteitsverbetering. Zo vinden er nu jaarlijks twee 'bijzondere' bijeenkomsten plaats, waarin er een afwijkend programma wordt aangeboden. Dit betrof bijvoorbeeld het gezamenlijk bekijken en bespreken van de documentaire 'in het hoofd van mijn

zusje', waarbij in het nagesprek ook de nabestaande, van degene die suïcide had gepleegd, aanwezig was. Ook is er een keer een kunstenares uitgenodigd om te spreken over herinneringen. Herinneringen zijn objecten die fungeren als bemiddelaar, waarmee je dan gesprekken of associaties kan oproepen. Een andere aanpassing is dat in elke bijeenkomst tijd is gereserveerd voor een herdenkingsmoment voor één van de deelnemers van 15 minuten.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Belangrijkste randvoorwaarden betreffen de normen en huisregels die te maken hebben met de veilige omgeving. In de gespreksgroep staan de ervaringen en behoeften van de deelnemers centraal. De nadruk ligt op de onderlinge uitwisseling van ervaringen en niet om een behandeling. Om die reden is het van belang dat er respect is voor elkaars emoties en ervaringen, er vertrouwelijkheid is en de vrijheid om meer of minder actief te zijn in de groep.

Organisatorisch zijn de volgende randvoorwaarden nodig:

- voldoende beschikbare tijd voor het organiseren en begeleiden van de gespreksgroep en het voeren van kennismakingsgesprekken;
- geschikte locatie om de gespreksgroep te begeleiden;
- tijd en ruimte om kennismakingsgesprekken te voeren;
- de beschikbaarheid over alle materialen;
- de beschikbaarheid van uitvoerders die kennis hebben over zelfdoding en de gevolgen voor naasten en die ervaring hebben in het begeleiden van groepen;
- mogelijkheid om de gespreksgroep kosteloos te kunnen aanbieden.
- de beschikbaarheid om regelmatig supervisies te kunnen verzorgen met een psychiater of psycholoog.

### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

Andere instellingen die de gespreksgroep willen implementeren, kunnen een training volgen voor de uitvoering die verzorgd wordt door ervaren begeleiders van Arkin BasisGGz. In combinatie met deze training stelt Arkin alle materialen voor de uitvoering (zoals beschreven onder Materialen) van de gespreksgroep beschikbaar. Een separaat implementatieplan is niet beschikbaar. De verwachting is echter dat deze training in combinatie met alle beschikbare materialen, inclusief onderhavig werkblad, en de beschreven ervaringen, afdoende zijn voor implementatie elders. Verder staat de gespreksgroep op de website van Arkin en zijn 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijninstellingen op de hoogte van het bestaan van deze gespreksgroep.

### **Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.*

Belangrijke kostenposten voor de uitvoerende organisatie zijn die voor het materiaal, (eventueel) het gebruik van de locatie, de inzet van de begeleiders en de inzet van personeel ten behoeve van de werving. In het overzicht hieronder staan per post de kosten voor de uitvoering weergegeven.

De gespreksgroep volgen is voor deelnemers kosteloos.

De tijd die een organisatie moet berekenen voor het begeleiden van deze gespreksgroep (door twee preventiewerkers en één ervaringsdeskundige) is op jaarbasis in totaal 245 uur en is als volgt opgebouwd:

- Werving: externe gesprekken, materiaal verspreiden = 20 uur
- Uitvoering gespreksgroep: 12 bijeenkomsten x 2 preventiewerkers x 4 uur per bijeenkomst (inclusief uitvoering, intervisie, reis- en voorbereidingstijd) = 96 uur
- Begeleiding door ervaringsdeskundige: 12 x 4 uur per bijeenkomst = 48 uur
- Kennismakingsgesprekken: Gemiddeld 2 uur per kandidaat-deelnemer per preventiewerker = 20 uur

- Afsluitingsgesprekken: Gemiddeld 1 uur per deelnemer = 15 uur
- Communicatie: Verslaglegging, bijstellen brochure, PR, communicatie met deelnemers = 10 uur
- Supervisie: tussen 1 psychiater, 2 preventiewerkers, 1 ervaringsdeskundige: 4 x 9 uur = 36 uur

#### Materiële kosten

- Locatie kosten, koffie en thee ca. € 500,- per jaar
- Materiaal (folders etc) ca. €1200,- per jaar
- Training (voor nieuwe begeleiders) ca. € 250,- per begeleider / dag (inclusief materiaal, draaiboek)

### 3. Onderbouwing

#### **Probleem** – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat in 2018 in Nederland 1829 mensen door zelfdoding om het leven zijn gekomen. Deze doodsoorzaak komt drie keer zoveel voor als overlijden ten gevolge van een verkeersongeluk. Meer mannen overlijden door zelfdoding (64.3% van het totaal aantal in 2018) dan vrouwen (<https://www.113.nl/cijfers-zelfdoding-nederland>, CBS Statline). In de leeftijdsgroep van 10 tot 30 jaar komt de doodsoorzaak zelfdoding vaker voor dan de doodsoorzaken kanker, hart-en vaatzieken of verkeersongevallen. In de leeftijdsgroep van 30 tot 60 jaar is zelfdoding, na kanker en hart-en vaatziekten, de meest voorkomende doodsoorzaak.

Na elke zelfdoding blijven er gemiddeld zes tot tien nabestaanden over uit de directe omgeving van de overledene (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004). De nabestaanden na zelfdoding hebben naast de rouwgevoelens die ook bij andere doodsoorzaken spelen, tevens andere gevoelens. Zij voelen zich vaker verantwoordelijk voor het overlijden, voelen zich meer afgewezen, meer gestigmatiseerd, hebben meer last van schaamte, schuldgevoelens en verwarring dan nabestaanden die iemand hebben verloren door een natuurlijke dood (Kölves et al., 2020; Tal et al., 2017; WHO, 2008). De zelfdoding van een naaste is een traumatische gebeurtenis. Daardoor hebben nabestaanden een hoger risico op psychische en somatische klachten en het ontwikkelen van psychische problemen (Spillane et al., 2017; Spillane, Matvienko-Sikar, Larkin, Corcoran, & Arensman, 2018; Tal et al., 2017). Daarnaast blijkt dat door taboes op het onderwerp de nabestaande niet kan praten over het verlies -of dat zo ervaart-, waardoor er een gebrek aan sociale steun ontstaat (Spillane et al., 2017). Nabestaanden na zelfdoding hebben dan ook een hoger risico op een problematische verliesverwerking, wat gecompliceerde rouw wordt genoemd (de Groot, 2008). Schattingen over hoe vaak dit voorkomt variëren van 7% tot 25% (Fujisawa et al., 2010; Kersting, Brähler, Glaesmer, & Wagner, 2011; Tal et al., 2017). Uit onderzoek blijkt dat deze bijkomende emoties, zoals schuld, schaamte, gevoelens van afwijzing en leegte mede worden versterkt door de onmogelijkheid van de nabestaande om betekenis te geven aan het verlies. Dit proces van betekenisverlening is complex en wordt beïnvloed door verschillende factoren (Shields, Kavanagh, & Russo, 2017). Daarnaast blijkt dat mede vanwege schaamte, er minder over de oorzaak van de dood wordt gesproken en het onderwerp wordt vermeden om anderen te beschermen (Iglewicz, Tal, & Zisook, 2018).

Jaarlijks zijn er dus ruim 10.000 mensen die een naaste hebben verloren als gevolg van zelfdoding. Sommigen van hen hebben te kampen met ernstige rouwgevoelens, met een hoog risico op psychische en somatische klachten en -vanwege schaamte en stigma- veelal een gebrek aan sociale steun (Iglewicz et al., 2018). Als zij veel psychische problemen ervaren, kunnen zij hulp zoeken of in therapie gaan. Al blijken zij daar minder toe geneigd (de Groot, 2008). Door schaamte en stigma rondom zelfdoding kunnen nabestaanden vermijdend gedrag vertonen, zowel richting sociale contacten als met betrekking tot het zoeken van hulp (Iglewicz et al., 2018; Spillane et al., 2017). Er zijn therapieën om met rouwverwerking om te gaan. Echter, men doet dat niet vaak en een laagdrempelig aanbod specifiek gericht op nabestaanden na zelfdoding is schaars. Zoals hierboven aangegeven is dit type rouw dermate anders en complexer dan rouw na een natuurlijke dood, wat pleit voor een separate aanpak voor deze groep. Individuele hulp kan deze klachten mogelijk verkleinen, echter vaak is er dan nog steeds sprake van een gebrek aan sociale steun, en zelfvertrouwen (Olsson, Lundberg, Furst, Ohlen, & Forinder, 2017; Shields et al., 2017; WHO, 2008). Een laagdrempelige gespreksgroep met lotgenoten kan daarin uitkomst bieden. Te meer omdat door het stigma dat rust op zelfdoding nabestaanden minder gelegenheden hebben om over hun verlies te praten dan andere nabestaanden. Een gespreksgroep kan hierbij een grote hulp zijn, want gebrek aan communicatie kan het helingsproces vertragen.

#### **Oorzaken** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*



Nabestaanden na zelfdoding hebben dus rouwgevoelens, die gepaard gaan met schuldgevoelens en gevoelens van schaamte. Deze gevoelens worden echter niet alleen beïnvloed door het verlies, maar ook door het onvermogen van de nabestaande om betekenis te verlenen aan het verlies en ermee om te gaan. Zo hebben nabestaanden soms het gevoel dat ze niet over het verlies mogen praten en dat er weinig begrip is. Echter, doordat daardoor de nabestaande er niet over durft te praten, wordt er een gebrek aan sociale steun ervaren (Shields et al., 2017). Juist dit gebrek aan sociale steun kan het proces van betekenisverlening negatief beïnvloeden en gevoelens van schuld en schaamte versterken en is daarmee belemmerend in de rouwverwerking. Zo wijst onderzoek uit dat rouwverwerking alleen maar mogelijk is als de nabestaande praat over zijn of haar ervaringen met anderen (Feigelman, Cerel, & Sanford, 2018; Levi-Belz, 2016; Shields et al., 2017). Het delen van ervaringen wordt dat ook gezien als beschermende factor voor het ontwikkelen van complexe rouw bij nabestaanden na zelfdoding (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019). Eerdere modellen van rouwverwerking gingen er vanuit dat het rouwproces in vaste fasen verloopt en ook op een gegeven moment stopt. Momenteel echter wordt er vanuit gegaan dat elk individu een andere manier heeft van reageren op rouw, en dat het een dynamisch proces is (Moors, 2015). Dat het omgaan met rouw beïnvloed wordt door verschillende individuele factoren komt tevens terug in onderstaand integraal model (Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006).

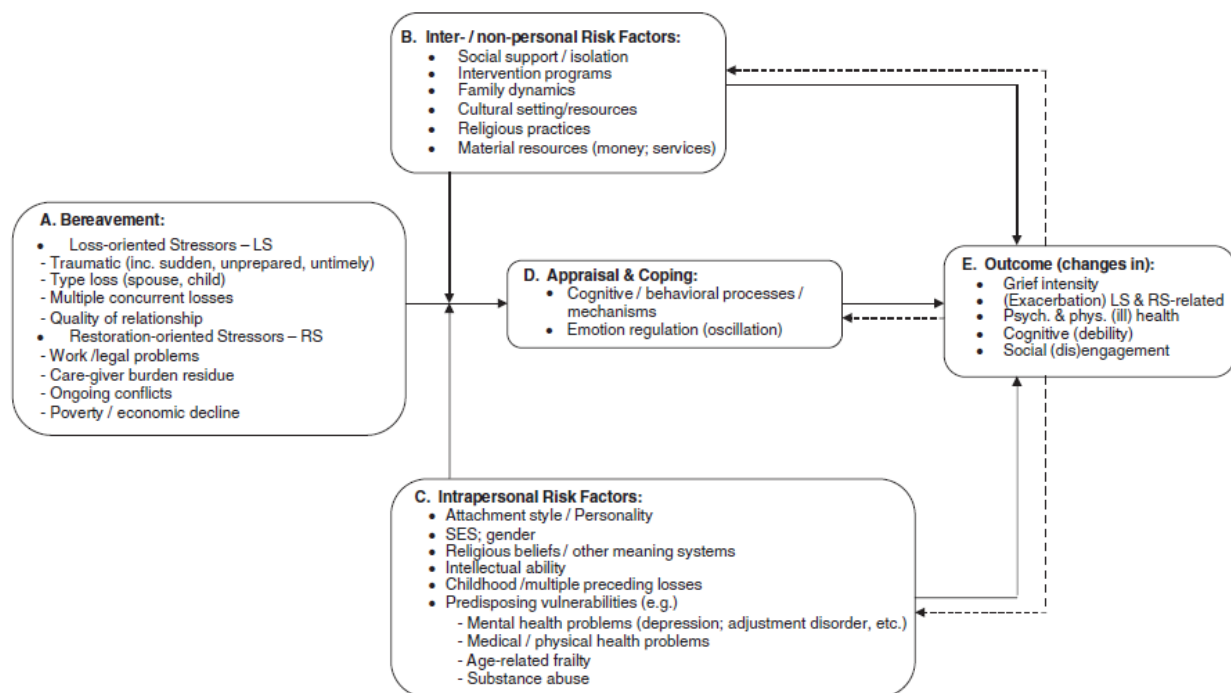


Fig. 1. The integrative risk factor framework for the prediction of bereavement outcome.

Volgens dit model zijn er vijf elementen die met elkaar samenhangen en die de individuele verschillen in de aanpassing na rouw verklaren. Deze zijn onder te verdelen in A) Kenmerken van de rouw, bijv wie het betreft, of hoe traumatisch het is, zoals bijvoorbeeld zelfdoding; B) De interpersoonlijke / niet-persoonlijke risicofactoren, zoals kennis (uit interventie programma's) en sociale steun; C) De intrapersonlijke risicofactoren; D) De appraisal en coping; en E) De uitkomsten. Met de appraisal en coping wordt bedoeld op de inschatting van het verlies en het ermee omgaan, oftewel het verwerkingsproces. Hier komen ook de emoties schuld en schaamte bij: dat zijn namelijk voorbeelden van cognitieve en emotieregulatie processen. De uitkomst doelt onder meer op het fysieke en mentale welzijn.

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

**Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Een aantal van de elementen uit het integrale risico factor model wordt hieronder toegelicht, aangezien deze een inzicht geven in het probleem, de oorzaken ervan en de aan te pakken factoren.

De rouw (A) betreft in dit geval een traumatische variant (door zelfdoding) van een naaste. Dit vergroot de 'verlies georiënteerde stressoren' en heeft invloed op de betekenisverlening en het omgaan met de rouw, zoals het ontstaan van schuld –de meer cognitieve processen van de appraisal en coping- en schaamte –de emotieregulatie van de appraisal en coping (D).

Als het verwerkingsproces (D) niet goed gaat, kan dat leiden tot (E) veel verdriet, emoties, psychische en fysieke klachten en sociaal isolement. Het verwerkingsproces (D), en de uitkomst (E) worden beïnvloed door de inter- en intrapersoonlijke risicofactoren (B en C). Door in deze gespreksgroep Sociale Steun (B) te beïnvloeden en Informatie (B) aan te reiken en Schuld en Schaamte (D) te verminderen zal het mentale welzijn wordt verbeterd (E). Deze factoren worden aangepakt omdat die van belang zijn bij het bevorderen van het mentale welzijn van nabestaanden na verlies van een naaste door zelfdoding én omdat die met een gespreksgroep te beïnvloeden zijn. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat specifiek bij deze vorm van rouw het gevoel van gebrek aan sociale steun en veel gevoelens van schuld en schaamte een grote rol te spelen (Iglewicz et al., 2018; Olsson et al., 2017; Shields et al., 2017; Spillane et al., 2017; Tal et al., 2017; WHO, 2008). Een vorm van begeleide gespreksgroep is bij uitstek geschikt om juist deze factoren te beïnvloeden.

Deze gespreksgroep pakt daarom de factoren *sociale steun* en *schuld en schaamte* aan en reikt *informatie* aan, zodat het mentale welzijn van de nabestaanden wordt bevorderd.

Vertaald in de subdoelen, pakt de gespreksgroep de volgende factoren bij de deelnemers aan:

- Minder schuld en schaamte;
  - o Doordat zij emoties onderling kunnen vergelijken en daarmee erkenning en herkenning plaatsvindt
  - o Doordat cognities op waarheid worden getoetst
  - o Doordat zij informatie krijgen over schuld en schaamte (van nabestaanden na suïcide).
- Meer sociale steun;
  - o Doordat zij contact hebben met lotgenoten, waardoor sociaal isolement en het gevoel van stigma verkleind wordt.
  - o Doordat zij informatie en ervaringen uitwisselen
  - o Door onderlinge herkenning en erkenning.
- Meer kennis;
  - o Over rouw, wat de betekenisverlening ten goede komt, en over welke hulpverleningsmogelijkheden er zijn, indien nodig

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

**Verantwoording** – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

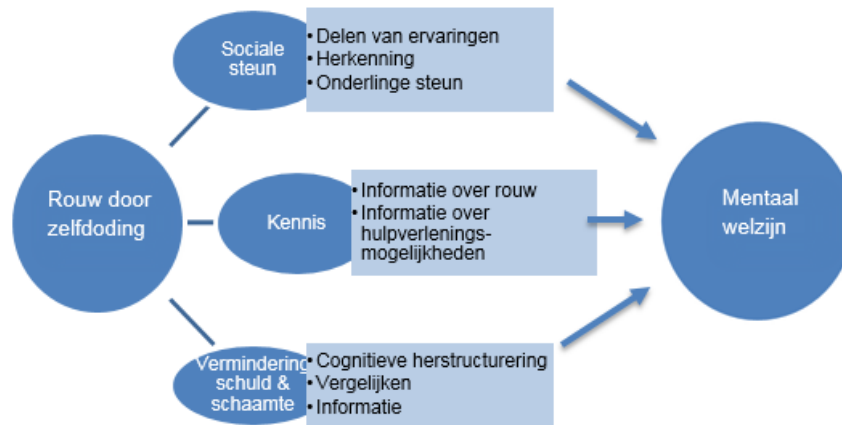
Deze gespreksgroep wil het verwerkingsproces van nabestaanden na zelfdoding bevorderen, zodat het fysieke en mentale welzijn ondersteund wordt. Dit wordt bereikt doordat gevoelens van schuld en schaamte verminderd worden, sociale steun verhoogd wordt en kennis wordt aangereikt zodat de deelnemer beter kan omgaan met het verlies vanwege een verbeterde betekenisverlening.

Dit wordt als eerste bereikt door de vorm: lotgenotencontact. Het lotgenotencontact omvat belangrijke kenmerken die dit verwerkingsproces kunnen bevorderen, te weten: het delen van ervaringen, emoties en cognities bespreken en toetsen, elkaar helpen, ruimte voor herkenning, vergelijken en normaliseren. Met deze aanpak worden gevoelens van schuld en schaamte verminderd en de sociale steun vergroot, waardoor het verwerkingsproces wordt bevorderd. Tevens wordt informatie aangereikt, zowel over rouw, de bijkomende emoties en cognities, als over hulpverleningsmogelijkheden. Hieronder worden deze elementen toegelicht.

*Begeleid lotgenotencontact.*

Om nabestaanden na zelfdoding het beste te helpen, wordt in deze gespreksgroep lotgenotencontact ingezet. Reden hiervan is dat daarmee veel elementen die ten grondslag liggen aan deze complexere rouw, worden ondervangen (Iglewicz et al., 2018). Hoofddoelen van lotgenotencontact zijn dan ook de onderlinge uitwisseling van ervaringskennis en het bieden van emotionele steun aan elkaar (Distelbrink, de Gruijter, & Oudenampsen, 2008). Nabestaanden geven aan het contact met mensen die hetzelfde hebben meegemaakt van belang is en helend werkt (Begley & Quayle, 2007). Participatie in lotgenotengroepen gericht op verliesverwerking leidt tot meer effectieve copingstrategieën en verminderen het gevoel van belasting (Bartone, Bartone, Gileno, & Violanti, 2018; Bransen, de Gee, & de Jonge, 2013; Olsson et al., 2017; Stam & Cuijpers, 1999). In het geheel draait het lotgenotencontact op verhalen; verhalen over het verlies, over het omgaan ermee en verhalen delen en horen van anderen (Umphrey & Cacciato, 2011). Deze steun draagt bij aan het omgaan met het verlies van een naaste na zelfdoding (Iglewicz et al., 2018). Tevens speelt in lotgenotencontact het 'helper therapy principe' een rol: door in een informele setting elkaar te helpen, helpen mensen ook zichzelf. Lotgenoten steunen en helpen elkaar (Aarten, Ven, & Ceulen, 2020). Het zelfvertrouwen van degenen die hulp en advies geven gaat omhoog bij het verlenen van hulp (Distelbrink et al., 2008; Helgeson & Gottlieb, 2000). De ervaringsdeskundige die begeleidt, speelt hierin ook een grote rol.

Om het lotgenotencontact zo goed mogelijk in te zetten, is ervoor gekozen om het de gespreksgroep te laten begeleiden door preventiewerkers en een ervaringsdeskundige. Uit eerder onderzoek is er een samenhang gebleken tussen lotgenotencontact en juist langdurige en heftige rouwreacties, echter het is goed mogelijk dat dit geen causaal verband betreft: dat de mensen die kozen voor lotgenotencontact al heftigere rouwreacties hadden. Wel wordt hierom aangeraden voorzichtig te zijn met lotgenotencontact (de Groot & de Keijser, 2016; de Groot & Kollen, 2014; de Groot & Kollen, 2013). Om deze reden wordt onderhavige gespreksgroep begeleid door professionals en vindt er eerst een kennismakingsgesprek plaats met professionals. Uit onderzoek is namelijk ook gebleken dat het professioneel faciliteren van dergelijke groepen in positieve zin kan bijdragen aan het verwerkingsproces (Spillane et al., 2018). Tevens is het een open groep, wat de toegankelijkheid borgt. De belangrijkste elementen van effectief lotgenotencontact blijken namelijk de volgende zijn: Toegankelijk, vertrouwelijk, veilige omgeving, lotgenoten die vergelijkbare ervaringen hebben, goede professionele of getrainde begeleiding (Bartone et al., 2018). Deze elementen zijn allemaal aanwezig in onderhavige gespreksgroep. Juist bij rouw wordt aangeraden om ervaringen te delen en open te zijn over wat er is gebeurd en wat voor gevoelens daarbij gepaard gaan. Daarbij wordt als belangrijk element tevens genoemd dat men van elkaar kan leren (Shields et al., 2017). De professionele begeleiding en het kennismakingsgesprek ondervangen het belangrijkste kritiekpunt van zelfhulpgroepen; dat ze mogelijk niet effectief zijn, of dat het juist te heftig is voor sommige deelnemers (Shields et al., 2017). In het kennismakingsgesprek wordt door de preventiewerkers nagegaan of het verlies niet te kort geleden is en of, en in hoeverre de nabestaande -naast deze gespreksgroep- professionele hulp krijgt. In dit begeleid lotgenotencontact wordt de schuld en schaamte verminderd, sociale steun versterkt en wordt kennis vergaard. Deze drie factoren leiden ertoe dat het verwerkingsproces positief wordt beïnvloed. Dit is weergegeven in de figuur hieronder.



### *Sociale steun*

De mate van sociale steun is een belangrijke factor in het rouwverwerkingsproces (Stroebe et al., 2006), nabestaanden voelen zich begrepen door deze emotionele steun (Iglewicz et al., 2018). Uit eerder onderzoek blijkt dat er sociale steun wordt ervaren door het delen van ervaringen met mensen die in een vergelijkbare situatie zitten. Deze herkenning zorgt voor een gevoel van sociale steun, wat uiteindelijk kan leiden tot een positiever beeld van de toekomst (Olsson et al., 2017). Sociale steun speelt tevens een belangrijke rol in het omgaan met stressvolle situaties en in de betekenisverlening van het verlies (Shields et al., 2017). Een verbeterd gevoel van sociale steun wordt in deze gespreksgroep bereikt doordat deelnemers hun eigen ervaringen kunnen delen en ervaringen van anderen horen. Ze ervaren daardoor meer herkenning en geven elkaar steun. Daarnaast wordt de groepscohesie bewaakt door de begeleiders en wordt de steun bestendigd doordat er naast de maandelijkse gespreksgroep ook jaarlijks een informeel samenzijn wordt georganiseerd. Dit stimuleert deelnemers ook om buiten de groepen elkaar te steunen. Tot slot wordt de sociale steun ook versterkt met de begeleiders, zowel tijdens de gespreksgroepen als in het kennismakings- en afsluitingsgesprek.

### *Kennis*

Uit onderzoek blijkt dat de bijkomende emoties bij rouw door zelfdoding van een naaste, zoals schuld, schaamte, gevoelens van afwijzing en leegte mede worden versterkt door de onmogelijkheid van de nabestaande om betekenis te geven aan het verlies (Begley & Quayle, 2007). Dit proces van betekenisverlening is complex en wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals sociale steun (Shields et al., 2017). Het is van belang om informatie aan te reiken over de gevoelens van rouw, de betekenis van rouw, specifiek als gevolg van zelfdoding van een naaste, en mogelijkheden voor formele en informele hulp. In vergelijking tot andere doodsoorzaken, zijn nabestaanden van zelfdoding veel en vaak bezig met het begrijpen van het verlies. Daarom is het van belang om genoeg informatie aan te reiken waar ze verder mee kunnen (Jordan & McMenemy, 2004). In deze gespreksgroep geven de preventiewerkers psycho-educatie over het suïcidale proces, rouw(reacties), rouwmodellen, taboes op zelfdoding, psychische en somatische gevolgen en ondersteuningsmogelijkheden. Tevens bespreekt de preventiewerker in een afsluitingsgesprek de eventuele ondersteuningsmogelijkheden en toeleiding daarnaartoe.

### *Schuld en Schaamte*

Het verwerkingsproces (appraisal en coping) van de rouw, bestaat uit cognitieve componenten, zoals gedachten aan schuld, en uit emotieregulatie, waaronder gevoelens van schaamte. Het bespreken van schuld en schaamte is een belangrijk thema tijdens de bijeenkomsten. Door psycho-educatie (informatie) daarover en het suïcidale- en rouwproces, leren de nabestaanden om te gaan met deze gevoelens en cognities. Ook de vorm, lotgenotencontact, zorgt ervoor dat de aanwezigen leren van elkaar, in het omgaan hiermee. Zo kunnen ze zichzelf vergelijken met anderen. Door dat vergelijken wordt de eigen situatie genormaliseerd en zijn er positieve rolmodellen waaraan opgetrokken kan worden. Dit heeft Festinger (1954) de 'social comparison theory' genoemd (Distelbrink et al., 2008). De vergelijking kan zowel met mensen zijn

die het 'beter' lijken te doen (upward comparison) als met mensen die er 'slechter' aan toe lijken te zijn (downward comparison). Een verklaring voor beide is dat een vergelijking met mensen die 'beter' gaan, zorgt voor een probleem gefocused coping; oftewel beter omgaan met de problemen, en gevoelens van schuld en schaamte, omdat men ervaart dat anderen dat ook kunnen. Vergelijken met mensen die er 'slechter' aan toe zijn, zorgt voor emotie gefocused coping: emotioneel omgaan met de situatie, doordat de stress verlicht wordt omdat er anderen zijn die er hetzelfde of nog erger aan toe zijn. Beide manieren kunnen bijdragen aan het verlagen van gevoelens van schuld en schaamte, namelijk door zien dat het beter kan worden (positieve rolmodellen) en doordat de eigen gevoelens worden genormaliseerd (Buunk, Gibbons, & Buunk, 2013). Tot slot wordt in de bijeenkomsten door de begeleiders de gedachten over schuld en schaamte op waarheidsgehalte getoetst, door gebruik te maken van de cognitieve component van de cognitieve gedragstherapie en de Rationeel Emotieve Therapie (RET), ontwikkeld door Ellis (van Oppen & Bögels, 2011). Hierdoor krijgen nabestaanden meer inzicht in hun pessimistische gedachten door ze op realiteit te toetsen. Men noemt het aanpakken van deze schema's ook wel cognitieve herstructurering (Foolen & Ince, 2013; Jacobs, 2008).

Doel: Het bevorderen van het mentale welzijn			
		Methodie	Aanpak
Subdoelen:	Meer sociale steun	Delen van ervaringen	Er wordt ruimte gegeven om te luisteren en om te delen. Tevens is er ruimte om de eigen naaste te herdenken.
		Herkenning	Doordat de deelnemers hetzelfde hebben meegemaakt, vinden ze herkenning en merken ze dat ze niet alleen zijn.
		Onderlinge steun	Door de ervaringen kunnen de deelnemers elkaar ondersteunen. Dit wordt versterkt door de mogelijkheid voor een jaarlijks informeel samenzijn, buiten de groep om. Uiteraard krijgen de deelnemers ook veel steun door begeleiders, versterkt in het kennismakings- en afsluitingsgesprek.
	Meer kennis	Informatie over rouw	Psycho-educatie over suïcide, rouw en de gevolgen door de preventiewerkers.
		Informatie over hulpverleningsmogelijkheden	Psycho-educatie en informatie over toeleiding naar ondersteuningsmogelijkheden door de preventiewerkers en een afsluitingsgesprek tussen preventiewerker en deelnemer over de verdere ondersteuning voor de deelnemer.
	Minder schuld en schaamte	Cognitieve herstructurering	Het toetsen van waarheidsgehalte van schuld en schaamte door preventiewerkers.
		Vergelijken	Door vergelijken met anderen met wie het beter gaat, ziet men wat mogelijk is, en door te vergelijken met anderen met wie het minder goed gaat, normaliseren de gevoelens.
		Informatie	Psycho-educatie over schuld, schaamte en vermijding

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
  - b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
  - c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.
- a) Spits, M., & Cim, S. (2019). *Gespreksgroep Nabestaanden na zelfdoding. Procesevaluatie*. Arkin BasisGGz. Amsterdam.
- b) Dit onderzoek betreft een procesevaluatie naar de gespreksgroep nabestaanden na zelfdoding en geeft antwoord op de volgende vragen:
- 1) wordt de beoogde doelgroep bereikt?
  - 2) wat is het oordeel van de deelnemers? en
  - 3) wat is het oordeel van de begeleiders?
- Ten behoeve van de eerste vraag zijn registratiegegevens verzameld, voor de tweede vraag zijn vragenlijsten afgenomen bij de deelnemers en zijn er interviews afgenomen met vijf deelnemers en voor de derde vraag zijn de twee begeleiders van de gespreksgroep geïnterviewd.
- c) Uit deze evaluatie blijkt dat de uitvoering plaats heeft gevonden volgens plan. De conclusie over de eerste vraag is dat de gespreksgroep de doelgroep bereikt. Sinds de start in 2011 vindt, zoals beoogd, elke maand een bijeenkomst plaats, waar gemiddeld genomen zes deelnemers zijn. Dit aantal is stijgend, in 2018 was dit gemiddeld acht deelnemers, en de afgelopen maanden waren er 11 aanwezig. Opvallend is dat cursisten aangeven dat de groep niet makkelijk te vinden is, maar toch zitten de bijeenkomsten vol. Het lijkt er daardoor op dat er veel vraag naar is, en dat, wanneer de zichtbaarheid en bekendheid beter zou worden, er meer geïnteresseerden zouden kunnen zijn.

Als men kijkt naar het oordeel van de deelnemers dan is dat beeld heel positief. Zowel uit de vragenlijsten als interviews blijkt dat men heel tevreden is over het kennismakingsgesprek, over de bijeenkomsten zelf en de begeleiders. Het praten over het eigen verlies en het luisteren naar de ervaringen van anderen worden gewaardeerd. Ze vinden herkenning en erkenning, steun, halen kracht uit de bijeenkomsten en hebben het gevoel dat ze niet alleen zijn in hun gevoel. Het meest kritisch is men op de meer praktische zaken; Zo geven deelnemers aan dat ze de bijeenkomsten graag wat langer zouden willen, en dat het fijn zou zijn als er meer groepen zouden zijn. Ook geven ze aan dat de informatievoorziening vooraf, het vinden van deze mogelijkheid, maar ook de bekendheid bij verwijzers, voor verbetering in aanmerking komt. De begeleiders zelf zijn ook zeer positief over de gespreksgroep. Ze vinden het bijzonder om deelgenoot te zijn, en de deelnemers te ondersteunen bij het helen. Zij zijn kritisch over de groepsgrootte; dat is op dit moment dan ook een onderwerp van evaluatie. Geconcludeerd kan worden dat er wat betreft inhoud en het feit dat het een open groep is, niets veranderd moet worden. Het wordt gewaardeerd, deelnemers halen er hoop en rust uit. Praktisch gezien is het van belang om kritisch te kijken naar groepsgrootte, het aantal groepen, de frequentie en de duur van de bijeenkomsten. Als er dan mogelijkheden zijn om meer deelnemers te kunnen begeleiden is het van belang om de zichtbaarheid, op internet, maar vooral ook bij verwijzers, te vergroten (Spits & Cim, 2019).

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

*Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.*

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden

Inhoudelijke elementen:

- Delen van ervaringen van mensen die in een soortgelijke situatie zitten
- Elkaar helpen
- Professionele begeleiding
- Ervaringsdeskundige begeleiding
- Informatieverstrekking
- Sociale contacten opdoen
- Luisteren naar elkaar, aandacht
- Stil staan en open zijn over het eigen verlies

Praktische elementen

- Een open groep; dit bevordert de toegankelijkheid
- Flexibiliteit; deelnemers kunnen naar behoefte komen
- Drie begeleiders; genoeg aandacht en mogelijkheden om het proces te begeleiden
- Homogene groep; iedereen heeft een naaste verloren als gevolg van zelfdoding
- Professioneel kennismakingsgesprek, waardoor deelnemers voor wie het te vroeg is of wellicht niet goed, andere hulp kunnen krijgen

*Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.*



## 6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

- Aarten, P., Ven, P., & Ceulen, R. (2020). De kracht van verbinding. *Tijdschrift voor Criminologie*, 1, 63-79.
- Bartone, P. T., Bartone, J. V., Gileno, Z., & Violanti, J. M. (2018). Exploration into best practices in peer support for bereaved survivors. *Death Studies*, 42(9), 555-568. doi:10.1080/07481187.2017.1414087
- Begley, M., & Quayle, E. (2007). The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide. *Crisis*, 28(1), 26-34. doi:10.1027/0227-5910.28.1.26
- Bransen, E., de Gee, A., & de Jonge, M. (2013). Psychische problemen in de familie: een groepscursus voor mantelzorgers. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(3), 139-142.
- Buunk, B. P., Gibbons, F. X., & Buunk, A. (2013). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*: Psychology Press.
- de Groot, M. (2008). *Bereaved by Suicide: Family-based Cognitive-behavior Therapy to Prevent Adverse Health Consequences Among First-degree Relatives and Spouses*: University Library Groningen.
- de Groot, M., & de Keijser, J. (2016). De opvang van nabestaanden na een suïcide. In A. Kerkhof & B. van Luyn (Eds.), *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (pp. 301-326). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Groot, M., & Kollen, B. (2014). Rouw bij nabestaanden 8-10 jaar na suïcide. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158.
- de Groot, M., & Kollen, B. J. (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. 347, f5519. doi:10.1136/bmj.f5519 %J BMJ : British Medical Journal
- Distelbrink, M., de Gruijter, M., & Oudenampsen, D. (2008). *Effecten van lotgenotencontact*. . Verweij-Jonker Instituut. Utrecht.
- Feigelman, W., Cerel, J., & Sanford, R. (2018). Disclosure in traumatic deaths as correlates of differential mental health outcomes. *Death Studies*, 42(7), 456-462. doi:10.1080/07481187.2017.1372533
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M., & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 352-358.
- Helgeson, V. S., & Gottlieb, B. H. (2000). Support groups. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 221-245.
- Iglewicz, A., Tal, I., & Zisook, S. (2018). Grief Reactions in the Suicide Bereaved. In E. Bui (Ed.), *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 139-160). Cham: Springer International Publishing.
- Jordan, J. R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for Suicide Survivors: A Review of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 337-349. doi:10.1521/suli.34.4.337.53742
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1), 339-343. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kölves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & de Leo, D. (2020). Suicide and sudden death bereavement in Australia: A longitudinal study of family members over 2 years after death. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(1), 89-98. doi:10.1177/0004867419882490
- Levi-Belz, Y. (2016). To share or not to share? The contribution of self-disclosure to stress-related growth among suicide survivors. *Death Studies*, 40(7), 405-413. doi:10.1080/07481187.2016.1160164
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). "Let's Talk About It": The Moderating Role of Self-Disclosure on Complicated Grief over Time among Suicide Survivors. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3740.
- Maes, J. (2014). Naar een integratief rouwmodel. *J. Maes & H. Modderman (red.), Handboek Rouw, Rouwbegeleiding en Rouwtherapie: Tussen presentie en interventie*. Antwerpen: Witsand.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18. doi:10.1027/0227-5910.25.1.12
- Moors, M. (2015). Rouw mag er zijn. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 24(4), 45-57.
- Olsson, M., Lundberg, T., Furst, C. J., Ohlen, J., & Forinder, U. (2017). Psychosocial Well-Being of Young People Who Participated in a Support Group Following the Loss of a Parent to Cancer. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 13(1), 44-60. doi:10.1080/15524256.2016.1261755
- Shields, C., Kavanagh, M., & Russo, K. (2017). A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *Omega (Westport)*, 74(4), 426-454. doi:10.1177/0030222815612281
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *Bmc Public Health*, 17(1), 939. doi:10.1186/s12889-017-4930-3

- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2018). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 8(1), e019472. doi:10.1136/bmjopen-2017-019472
- Spits, M., & Cim, S. (2019). *Gespreksgroep Nabestaanden na zelfdoding. Procesevaluatie*. Arkin BasisGGz. Amsterdam.
- Stam, H., & Cuijpers, P. (1999). *Psycho-educatie voor familieleden van psychiatrische patiënten. De effecten op belasting [Psycho-education for familymembers of psychiatric patients. The effects on caregiver-strain]*. Trimbos-instituut. Utrecht.
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2440-2451. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., . . . Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death Studies*, 41(5), 267-275. doi:10.1080/07481187.2016.1265028
- Umphrey, L. R., & Cacciatore, J. (2011). Coping with the ultimate deprivation: Narrative themes in a parental bereavement support group. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63(2), 141-160.
- Visser, F., Molleman, G., Peters, L., Jacobs, G., & Rozing, M. (2007). Empowerment Kwaliteit Instrument: Voor gezondheidsbevorderaars en preventiewerkers als aanvulling op de Preffi 2.0. *Woerden: NIGZ*.
- WHO. (2008). *Suicidepreventie: Het opstarten van een gespreksgroep voor nabestaanden na zelfdoding*. : World Health Organization / Wereld Gezondheids Organisatie.

## 7. Praktijkvoorbeeld

*Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

Klik hier als u tekst wilt invoeren.