

LEIDRAAD SUÏCIDEPREVENTIE BIJ JONGEREN

EEN NETWERKBREDE WERKWIJZE



Juli 2024 - versie 2

Deze leidraad is ontwikkeld binnen het project In contact blijven: netwerkbrede werkwijze suicidepreventie jongeren. Dit project maakt deel uit van de Landelijke Agenda Suicidepreventie 2021-2025. De leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met professionals vanuit het hele jeugdnetwerk, jongeren en naasten met ervaringskennis, en 113 Zelfmoordpreventie.



**Samen
Minder
Suïcide**

INHOUD

Colofon	5
Voorwoord	6
1. Stappenplan	8
2. Suïcidaliteit bij jongeren	14
2.1 Signalen van suïcidaliteit	14
2.2 Risicofactoren en beschermende factoren	15
2.2.1 Risicofactoren	15
2.2.2 Beschermende factoren	17
2.3 Het ontstaan van suïcidaliteit	19
2.4 Het beloop	20
2.5 De adolescentiefase als stressfactor	20
2.6 Zelfbeschadigend gedrag	21
3. Contact maken en houden	22
3.1 Contact maken met de jongere	22
3.2 In gesprek gaan over suïcidaliteit	22
3.3 Do's en don'ts	24
3.4 Als contact maken moeilijk is ...	25
3.5 In contact blijven met zowel de jongere als jezelf	26
3.6 Perspectief en hoop	27
4. Autonomie versus vrijheidsbeperkende maatregelen	28
4.1 Autonomie en veiligheid bij suïcidegedachten	28
4.2 Autonomie en veiligheid bij een suïcidepoging	29
4.2.1 Medische behandeling	31
4.3 Signalerings- en veiligheidsplan	31
4.3.1 Signaleringsplan	32
4.3.2 Veiligheidsplan	32
4.4 Opname	33
4.4.1 Voor- en nadelen	33
4.4.2 De afweging en voorwaarden	33
4.5 Afzonderen	34
4.6 Non-suïcidecontract	35
4.7 Aandacht voor groepsgenoten	35
5. Samenwerking met naasten	36
5.1 Ouders	36
5.1.1 Bespreken van de samenwerking met de jongere	37
5.1.2 Afspraken maken	37
5.1.3 Geen directe samenwerking met de ouders	37
5.1.4 Informeren bij dreigend gevaar of een suïcidepoging	38
5.1.5 Geheimhoudingsplicht versus zorgplicht	39
5.2 Ondersteuning van het gezin	39

6. Samenwerking met andere betrokken professionals	41
7. Het eigen welzijn	43
7.1 Secundaire traumatische stress	43
7.2 Overeind blijven na een suïcide(poging)	43
8. Sociale media, zowel een steun als een gevaar	45
8.1 De gevaren van sociale media	45
8.1.1 Online identiteit	45
8.1.2 Triggers	45
8.1.3 Normalisering van suïcidaliteit	45
8.1.4 Negatieve uitlatingen over de hulpverlening	45
8.1.5 Delen van privacygevoelige informatie	45
8.2 Aanbevelingen	46
9. Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit	47
9.1 Risicotaxatie	47
9.2 Het CASE-interview	48
9.3 Het narratief interview als alternatief voor het CASE-interview	48
9.4 Structuurdiagnose	49
9.5 Behandelplan	49
9.6 Behandeling van suïcidaliteit en de onderliggende problematiek	49
9.6.1 Behandeling van suïcidaliteit	50
9.6.1.1 Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)	50
9.6.1.2 Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP)	50
9.6.1.3 Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS)	51
9.6.1.4 Imagery	51
9.6.1.5 Youth-Nominated Support Team-Version II	51
9.6.2 Behandeling van onderliggende problematiek met suïcidaliteit als behandeldoel	51
9.6.2.1 Dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-J)	51
9.6.2.2 Mentalization-Based Treatment voor Adolescenten (MBT-A)	52
9.6.2.3 Schema Focused Therapy (SFT)	52
9.6.3 Behandeling gericht op onderliggende problematiek	52
9.7 Een systemische benadering van jongeren en hun gezin	53
9.8 Hechtingsgerichte gezinstherapie	54
9.9 Euthanasie	54
10. Suïcidepreventie op organisatieniveau	56
10.1 Aandachtsfunctionaris suïcidaliteit	56
10.2 Taken en verantwoordelijkheden professionals	56
10.3 Het welzijn van de professionals	58
10.4 Suïcidepreventietraining	59
10.5 Leren en reflecteren	59
10.6 Netwerorzorg	60
10.6.1 Voordelen en voorwaarden	61
10.6.2 Samenwerking op casusniveau	61
10.6.3 Regionale afspraken	61
10.6.4 Spin in het web: de huisarts en POH-GGZ	62
10.6.5 Vergeet school niet	63

10.7 Professionals en naasten	64
10.8 Continuïteit van zorg	64
10.8.1 Stabiliteit voor de jongere	64
10.8.2 Een warme overdracht	65
10.8.3 Sluitende afspraken in het netwerk	65
10.8.4 Van 18- naar 18+	66
10.9 Evalueren	66
10.9.1 Na een suïcide – aandacht voor het professionele netwerk	67
10.10 Na een suïcide – nazorg voor naasten	68
10.11 Wettelijke kaders	68
10.12 Samenvattend: de randvoorwaarden	68
11. Meer weten?	69
12. Literatuur	70
Bijlage 1. Risicofactoren en beschermende factoren	76
Risicofactoren	76
Beschermende factoren	78
Bijlage 2. Contact maken: voorbeeldzinnen	79
Bijlage 3. Signaleringsplan	80
Bijlage 4. Veiligheidsplan	81
Bijlage 5. Aandachtsfunctionaris suïcidaliteit	83
Bijlage 6. Actieplan na een suïcidepoging	85
Bijlage 7. Actieplan na suïcide	90
Bijlage 8. De rol van inspectie	94
Bijlage 9. Netwerkpartners en hun taken	95
Bijlage 10. Wetgeving	97
Conflict van plichten	97

COLOFON

Deze leidraad is ontwikkeld binnen het project In contact blijven: netwerkbrede werkwijze suïcidepreventie jongeren. Dit project maakt deel uit van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025. De leidraad is tot stand gekomen in samenwerking met professionals vanuit het hele jeugdnetwerk, jongeren en naasten met ervaringskennis, en 113 Zelfmoordpreventie.

Projectleiding

Henriëtta van Ommen, psycholoog en kwartiermaker jeugd, 113 Zelfmoordpreventie
Ruthie Werner, klinisch psycholoog/psychotherapeut, 113 Zelfmoordpreventie

Projectgroep

Lienke Blaauw-Reinders, gedragswetenschapper, Timon
Sandra Broeren, o.a. actief bij Stichting Aurora
Anne Davidse-Godfroid, gedragswetenschapper, Timon
Peter Dijkshoorn, landelijk ambassadeur lerend jeugdstelsel, VNG
Bas Draaijer, gedragswetenschapper, Horizon Jeugdzorg
Margreet Everts, inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Gerko Franken, crisisdienstmedewerker, Youz/JB west
Marianne Frieling, spv en leadexpert suïcidepreventie, GGZ NHN Jeugd & Gezin
Ilse Hannink, werkbegeleider YOIN, Entrea Lindenhout
Famke Klaare, pedagoog, Koraal
Janett Klaare, programmamanager, publiek domein
Annerieke Luijendijk, kinder- en jeugdpsychiater, GGMD
Annette Maas, beleidsmedewerker directie Jeugd, ministerie van VWS
Esther Madera, sociaal werker, Pluspunt Zandvoort
Manon Merkus, gz-psycholoog, 113 Zelfmoordpreventie
Eva Mies, orthopedagoog, at.zorg
Maartje Raaijmakers, klinisch psycholoog/psychotherapeut, De Opvoedpoli
Frederique van Vugt, programmamanager iHUB/pedagogisch medewerker, Horizon Jeugdzorg
Ilse Westerhoff, familie-ervaringsdeskundige en groepsbegeleider i.o. tot psychosociaal therapeut, Suïcide Preventie Centrum en Arkin
Karen Westerveen, gedragswetenschapper pleegzorg, Sterk Huis

Ook naasten en jongeren met ervaringskennis hebben meegewerkt aan de leidraad. Dank aan: Catriona Andrea, Sandra Broeren, Famke Klaare, Janett Klaare en Esther Madera. Onze dank gaat ook uit naar alle anderen die op welke wijze dan ook een bijdrage aan de leidraad hebben geleverd.

Vormgeving

Doede Jaarsma communicatie b.v.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s) en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.

© 2023, Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025

VOORWOORD

Voor je ligt de leidraad voor suïcidepreventie bij jongeren in de zorg. De leidraad is ontwikkeld om organisaties en professionals in het jeugdnetwerk te ondersteunen bij het omgaan met suïcidaliteit. De leidraad is tot stand gekomen binnen het project **Netwerkbrede werkwijze suïcidepreventie jongeren** uit de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025. Aan de leidraad is gewerkt door professionals in het jeugdveld, jongeren en naasten met ervaringskennis, en 113 Zelfmoordpreventie.

Voor wie?

De leidraad is bedoeld voor zorgorganisaties en zorgprofessionals die zich beroepsmatig bezighouden met de gezonde en veilige ontwikkeling van jongeren.

Waarom deze leidraad?

Dat jongeren zodanig vastlopen in het leven dat de dood voor hen de enige uitweg lijkt, is intens verdrietig. Jeugdprofessionals die zich beroepsmatig inzetten voor het welzijn van de jongeren doen hun uiterste best en hebben zonder twijfel de juiste intenties om de jongeren te helpen. Toch is er ook vaak sprake van handelingsverlegenheid als het om suïcidaliteit gaat. Het is een spannend onderwerp. De leidraad is bedoeld als eerste stap naar het vergroten van de handelingsbekwaamheid.

De leidraad biedt een vertaling van de al bestaande richtlijnen en standaarden naar de dagelijkse praktijk en richt zich hierbij specifiek op jongeren die zorg krijgen. Verder is de leidraad voor het hele jeugdveld geschreven en wordt er veel aandacht besteed aan de samenwerking met elkaar en met naasten. Dit is een punt waar veel professionals mee worstelen. De leidraad heeft geen verplicht karakter, maar biedt handvatten voor de uitvoering van suïcidepreventie.

Maatwerk

De leidraad staat vol algemene aanbevelingen die je **kunt** gebruiken. Elke jongere of elke situatie is echter uniek en vraagt om een andere aanpak. Er is altijd maatwerk nodig om aan te sluiten bij wat een specifieke jongere nodig heeft. Eigen inzicht, ervaringen en overleg met anderen spelen hierbij een belangrijke rol.

Stap voor stap

Om de handelingsbekwaamheid te vergroten en de onderlinge samenwerking te versterken, is naast de aanbevelingen uit de leidraad aandacht nodig voor implementatie ervan. Ook aandacht voor de randvoorwaarden is van belang: dat wat professionals nodig hebben om suïcidepreventie optimaal uit te voeren. Denk aan training, tijd om met het netwerk van de jongere samen te werken, tijd voor intervisie en deelname aan leernetwerken. Alleen dan kan een zo stevig mogelijk suïcidepreventiebeleid neergezet worden. Op basis van de leidraad kan op verschillende niveaus gekeken worden naar wat er al aan suïcidepreventie gedaan wordt, wat een eerste stap kan zijn om het beleid te verstevigen en wat op de langere termijn aandacht behoeft. Daarnaast zal binnen de kaders van het project landelijk het gesprek aangegaan worden over het realiseren van de randvoorwaarden.

Suïcidaliteit bij specifieke doelgroepen

In de leidraad wordt de basis uitgelegd van suïcidepreventie bij jongeren in de zorg. De leidraad is daarmee relevant voor elke zorgprofessional die met jongeren werkt. Als je behoefte hebt aan

aanvullende informatie over het werken met persisterende ofwel chronische suïcidaliteit, jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB), jongeren met autisme of jonge vluchtelingen, kun je (binnenkort) één van de volgende handreikingen raadplegen:

- Handreiking [suïcidepreventie bij jongeren met persisterende suïcidaliteit](#)
- Handreiking [suïcidepreventie bij jongeren met een LVB](#)
- Handreiking [suïcidepreventie bij jongeren met autisme](#)
- Handreiking [suïcidepreventie bij jonge vluchtelingen \(in ontwikkeling\)](#)

Bronnen

De leidraad is grotendeels gebaseerd op de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a., 2012), het Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren (Meerdinkveldboom e.a., 2019), de Generieke module suïcidaal gedrag (GGZ Standaarden, 2018) en praktijkervaringen van professionals, jongeren en naasten.

In de leidraad wordt gesproken over ouders, maar hier kun je ook opvoeders of voogd lezen.

1. STAPPENPLAN

Als je werkt met jongeren die last hebben van suïcidaliteit, kun je als professional onder druk komen te staan. Dit kan ervoor zorgen dat je het overzicht verliest. Dan is het fijn om met het volgende stappenplan de kennis uit de leidraad snel op te kunnen halen en weer overzicht te creëren.

Overzicht stappenplan

Stap 1	Maak contact met de jongere
Stap 2	Herken de signalen van suïcidaliteit
Stap 3	Ga in gesprek en maak contact met de wanhoop van de jongere
Stap 4	Zorg voor veiligheid, met aandacht voor autonomie
Stap 5	Bepaal welke hulp ingezet moet worden
Stap 6	Werk samen met alle betrokkenen aan de suïcidaliteit, het perspectief en de hoop
Stap 7	Blijf in contact met de jongere, naasten en andere betrokkenen
Stap 8	Evalueer de suïcidaliteit van de jongere

Het belangrijkste is dat je contact maakt met de jongere, het gesprek over suïcidaliteit aan durft te gaan, altijd respectvol blijft, altijd alles in overleg doet met degene waar het om gaat en vertelt wat je gaat doen en wanneer. Het is ook belangrijk dat je jouw afwegingen, wat je doet en wat je afspreekt, vastlegt in het dossier van de jongere.

Het stappenplan dat volgt is geen vaststaand protocol. Het is bedoeld om houvast te bieden. Vertrouw vooral op je eigen professionele inzicht en intuïtie bij de zorg voor de jongere.



Stap 1 Maak contact met de jongere

Contact maken zorgt ervoor dat jongeren zich gehoord en gesteund voelen en zich open durven te stellen. Jongeren zullen als gevolg eerder over aanwezige suïcidaliteit praten. Ook helpt contact maken om signalen van suïcidaliteit op te merken zonder dat de jongere er zelf mee komt. Maar hoe maak je contact?:

- Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol.
- Neem, voordat je naar de inhoud gaat, de tijd om van mens tot mens contact te maken.
- Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen.
- Laat de jongere vertellen en luister aandachtig.
- Let op je non-verbale communicatie, zoals je houding, de snelheid waarmee je praat en je toon. Zorg dat de non-verbale en de verbale communicatie overeenkomen.
- Begrens liefdevol als dat nodig is, bijvoorbeeld als de jongere non-stop en associatief spreekt.
- Probeer je voor te stellen hoe de situatie voor de jongere is.
- Help de jongere bij het verwoorden van gedachten en gevoelens.
- Vat het gesprek regelmatig samen.
- Gebruik dezelfde taal als de jongere.
- Wees eerlijk en open over wat je doet en waarom je dat doet.
- Kom afspraken na.
- Blijf bij de jongere, ook als deze je probeert af te stoten vanwege spanning.
- Bied de mogelijkheid tot appen of mailcontact.
- Wees ook mens en laat eens iets van jezelf zien.



Stap 2 Herken de signalen van suïcidaliteit

De tweede stap is het herkennen van signalen van suïcidaliteit. Het volgende is daarbij belangrijk:

- Zorg dat je basiskennis hebt over suïcidaliteit, zoals op welke signalen je moet letten, hoe suïcidaliteit ontstaat, het beloop ervan en welke risicofactoren er zijn. Zie [2. Suïcidaliteit bij jongeren](#).
- Wees je bewust van je eigen 'nietpluisgevoel'.
- Let op uitingen zoals 'ik zie het niet meer zitten'.
- Let op positieve en negatieve veranderingen in het gedrag.
- Wees extra alert als er iets gebeurt dat de jongere uit balans brengt, zoals een ernstig verlies, een grote verandering in het leven van de jongere of een transitiemoment in de behandeling.
- Bespreek (als het kan) met een collega of deze jouw gevoel en waarnemingen herkent.

Als er signalen zijn opgevallen, is het niet altijd meteen helder of er sprake is van suïcidegedachten. Om dit zeker te weten, ga je verder naar de volgende stap: in gesprek gaan.



Stap 3 Ga in gesprek en maak contact met de wanhoop van de jongere

Als je vermoedt dat een jongere aan suïcide denkt, is het belangrijk om dit ook bij deze jongere na te vragen. De signalen die je hebt herkend, kunnen namelijk wijzen op gedachten aan suïcide, maar ook op andere problemen. Zorg dat je zo snel mogelijk in gesprek gaat met de jongere. Durf over de suïcidaliteit te praten zonder de jongere over te halen het niet te doen. Soms is alleen praten over suïcidaliteit al helpend. Belangrijk is dat je gedurende het hele gesprek in contact blijft met de jongere. Hoe ga je het gesprek aan over suïcidaliteit?:

- Wees oprecht en geïnteresseerd.
- Geef aan dat je je zorgen maakt.
- Benoem de signalen die je ziet.
- Stel de vraag: "Denk je weleens aan zelfmoord?"
- Raak niet in paniek en blijf rustig in het gesprek.
- Uit gevoelens van schrik transparant maar beheerst.
- Vraag uit wat er is gebeurd waardoor de jongere suïcidegedachten heeft. Probeer de jongere zo goed mogelijk te begrijpen en leg eventueel je eigen gedachten aan de jongere voor over wat er zou kunnen spelen.
- Zorg dat je weet welke risicofactoren en beschermende factoren van suïcidaliteit aanwezig zijn bij de jongere en/of vraag ernaar in het gesprek.
- Vraag uit hoe sterk de suïcidegedachten zijn.
- Vraag hoe vaak de gedachten er zijn en hoe concreet ze zijn. Is er een concreet plan en/of datum? Zijn er middelen binnen handbereik?
- Vraag of de jongere al eerder suïcidegedachten heeft gehad en zo ja, wat de jongere dan deed. Wat hielp om deze gedachten te verminderen?
- Vraag altijd wie de belangrijkste familieleden en vrienden zijn en op welke manier zij betrokken kunnen worden.
- Probeer de jongere niet over te halen het niet te doen.
- Praat iemand geen schuldgevoel aan. Laat merken dat suïcidegedachten er mogen zijn.
- Bevestig dat je de emoties kan voorstellen, maar zeg niet: "Ik begrijp dat je zelfmoordgedachten hebt." Zo voorkom je bevestiging van de suïcidaliteit.
- Beloof geen geheimhouding, beloof zorgvuldigheid. Leg uit dat het te zwaar voor de jongere is om alleen met de gedachten aan suïcide rond te blijven lopen.



Stap 4 Zorg voor veiligheid, met aandacht voor autonomie

Maak of raadpleeg het veiligheidsplan. Als er geen veiligheidsplan is en er een maken niet onder je competenties valt, vraag dan in ieder geval wat de jongere nu nodig heeft om de suïcidegedachten te verminderen of te verdragen. Vraag vervolgens een collega die bekwaam is, om je te helpen een veiligheidsplan te maken. **Het veiligheidsplan van 113 Zelfmoordpreventie** kan mogelijk ondersteuning bieden.

Voorbeelden van vragen die je kunt stellen:

- Hoe zorgen we dat je zo goed mogelijk door deze heftige periode komt?
- Is er iemand die je nu graag bij je wilt hebben?
- Hoeveel nabijheid is nu en de komende dagen nodig?
- Hoe gaan we deze nabijheid vormgeven?
- Wat kan ik nu doen om jou te helpen?
- Wie kan jou verder op dit moment helpen?
- Wat ga jij nu doen wat helpend is?
- Hoe wil jij dat we contact houden over jouw gevoelens en gedachten en gedrag?

Bespreek met de jongere dat het belangrijk is hulp te krijgen. Deze gedachten zijn te zwaar om alleen te dragen. Overleg met de jongere over de te nemen stappen. Denk aan de ouders opbellen, er een collega bij halen, de ggz of huisarts betrekken, het opbergen van gevaarlijke voorwerpen, samen in een ruimte zitten om te kalmeren of samen gaan wandelen. Vertel wat er gaat gebeuren en waarom. Maak onderscheid tussen wat de jongere zelf kan doen en wat jij doet. Het is heel belangrijk dat je de jongere niet alleen laat als je je grote zorgen om de jongere maakt.

Voor professionals in de gespecialiseerde zorg

Door professionals in de gespecialiseerde zorg wordt er samen met de jongere, naasten en andere betrokkenen een zorgvuldige afweging gemaakt tussen autonomie bevorderen en vrijheidsbeperkende maatregelen inzetten. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden altijd in samenspraak met de jongere en het netwerk ingezet. Bij afzonderen is het belangrijk dat de jongere niet alleen gelaten wordt. In contact blijven is immers essentieel bij suïcidaliteit. Bij een opname is het belangrijk dat er duidelijke afspraken met de jongere worden gemaakt over bijvoorbeeld de duur en het doel van de opname.



Stap 5 Bepaal welke hulp ingezet moet worden

Binnen elke regio en organisatie moeten er afspraken zijn over wie je informeert en/of raadpleegt bij suïcidaliteit. Dit kan gaan om professionals binnen de eigen organisatie, maar ook om naasten en externe professionals. Zorg dat je weet hoe het binnen jouw regio en organisatie geregeld is.

Met wie neem je contact op?:

- Bij een levensbedreigende situatie bel je 112.
- Als je zelf behoefte hebt aan overleg, dan benader je een collega. Net zoals de jongere niet in zijn eentje met suïcidegedachten en gevoelens moet worstelen, hoef je als professional de situatie niet in je eentje te dragen. Je kan ook de overleg- en advieslijn van 113 Zelfmoordpreventie bellen op werkdagen tussen 10.00 en 16.00 uur. Het telefoonnummer is 020 - 311 38 88.
- Als je niet bevoegd bent om beleid uit te zetten, overleg dan met een collega die dat wel is.
- Neem contact op met naasten. Zij kunnen een rol vervullen in de zorg voor de jongere en je van extra informatie voorzien. Vooraf bespreek je met de jongere wat je zegt. Denk bij naasten aan

- ouders, andere gezinsleden, familieleden, vrienden, docenten en sportcoaches.
- Bespreek met de jongere, naasten en betrokken professionals de verwijsmogelijkheden. Voorkom daarbij dat je toezeggingen doet. Als deze niet waargemaakt kunnen worden, kan de hulpeloosheid namelijk toenemen.
- Het kan voorkomen dat de jongere absoluut geen hulp wenst:
 - » Als je zelf de inschatting kan maken dat hulp op dat moment niet nodig is, geef dan een aantal contactgegevens mee van personen of organisaties waarmee deze contact kan opnemen als hulp wel nodig is. Denk daarbij aan mogelijkheden binnen (zoals de huisarts) en buiten kantooruren (zoals 113 Zelfmoordpreventie). Spreek verder in het netwerk af wie een actieve en 'outreaching' rol blijft vervullen.
 - » Vind je het niet verantwoord de jongere te laten gaan of vind je het lastig dit in te schatten? Schakel dan een collega in die bevoegd is om samen met jou deze afweging te maken. Bespreek ook samen met het informele en professionele netwerk welke opties er zijn en wie wat doet. Denk aan investeren in het winnen van het vertrouwen van de jongere, de omgeving handvatten aanreiken om met de suïcidaliteit om te gaan, als netwerk in contact blijven over het welzijn van de jongere of het overwegen van een opname. Wees transparant naar de jongere toe over wat er besproken wordt.



Stap 6 Werk samen met alle betrokkenen aan de suïcidaliteit, het perspectief en de hoop

De gedachten aan suicide zullen niet van de ene op de andere dag weg zijn. Samen met de jongere, naasten en betrokken professionals wordt gewerkt aan het verminderen van de suïcidaliteit:

- Verzamel samen met de jongere, naasten en benodigde professionals uit het hele netwerk informatie over de suïcidaliteit en het ontstaan ervan. Onderzoek samen wat maakt dat de jongere nu kampt met suïcidaliteit.
- Kom samen tot een plan van aanpak. Spreek af wat ieders rol hierin is.
- Bespreek het veiligheidsplan en biedt elkaar ondersteuning bij het uitvoeren ervan.
- Benader elkaar bij toenemende zorgen om de jongere en bij complexe vraagstukken.
- Maak afspraken met elkaar over zaken als taakverdeling, het delen van informatie, verwijsmogelijkheden en het opnamebeleid.
- Probeer in ieder geval een actieve samenwerking met de ouders/voogden op te starten, tenzij je inschat dat dit averechts werkt. Voor jongeren onder de 16 jaar is het betrekken van de ouders/voogden verplicht. Als een jongere 16 jaar of ouder is, is toestemming van de jongere nodig voor het betrekken van de ouders/voogden. Soms wordt ingeschat dat ouders betrekken averechts werkt of houdt de jongere voet bij stuk en wil deze het niet. Zet dit dan als onderwerp van gesprek op de agenda, plan een moreel beraad en betrek eventueel in overleg met de jongere anderen uit het directe netwerk.
- Werk samen aan perspectief en hoop. Perspectief en hoop verkleinen het risico op suïcidaliteit. Je kunt bijvoorbeeld perspectief en hoop bieden door met de jongere te praten over wensen, interesses en talenten, een ervaringsdeskundige in te zetten en zinvolle dagbesteding te bieden.
- Geef aan dat de suïcidedgedachten er nu zijn, maar ook weer kunnen verdwijnen.

Voor professionals in de gespecialiseerde zorg

Heb in de behandeling zowel aandacht voor de suïcidaliteit als de onderliggende problematiek. Waar de focus op ligt zal per moment verschillen. Houd ook aandacht voor suïcidaliteit als deze afneemt of afwezig is. Jongeren kunnen zich namelijk grote zorgen maken over het terugkeren van suïcidedgedachten en -neigingen.



Stap 7 Blijf in contact met de jongere, naasten en andere betrokkenen

Vraag de komende periode regelmatig aan de jongere hoe het gaat, ook als er niet langer sprake van suïcidaliteit lijkt te zijn. Bespreek in ieder geval maandelijks of het veiligheidsplan nog past bij de huidige situatie van de jongere. Begin ook eens over iets uit het verleden. Vraag bijvoorbeeld: "Goh, ik heb nog wel een paar keer aan ... gedacht, hoe gaat dat nu?" Vergeet ook niet om samen over andere onderwerpen te praten dan suïcidaliteit. Er zijn jongeren die het niet prettig vinden om tijdens gesprekken tegenover elkaar te zitten. Kijk dan wat wel aansluit. Praat bijvoorbeeld tijdens een wandeling.

Houd ook contact met naasten en andere betrokkenen. Ondersteun hen bij het omgaan met de suïcidaliteit. Monitor tegelijkertijd de impact van de suïcidedreiging:

- Bespreek in het **team** wat de suïcidaliteit met jou en andere professionals heeft gedaan. Als je merkt dat het werken met suïcidaliteit veel van je vraagt, zoek dan bijvoorbeeld steun bij collega's en naasten, en geef je grenzen op tijd aan.
- Houd in het geval van een groep de **andere jongeren** goed in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig. Wees je bewust van de 'besmettelijkheid' van suïcidaliteit bij het bespreken van het thema in een groep. Weet dat individueel vragen naar suïcidaliteit een jongere niet kan aanzetten tot, het kan iemand juist uit zijn isolement halen.
- Wees er voor **ouders/naasten**. Houd contact met hen, geef informatie, vraag waar ondersteuning nodig is en geef deze of verwijfs ze door voor ondersteuning.
- Houd nauw contact met **school**.
- Blijf ook in contact met je **eigen gevoelens** en wat het bij jou oproept.



Stap 8 Evalueer de suïcidaliteit van de jongere

Het evalueren van suïcidaliteit is belangrijk. Door een suïcidale periode van iets meer afstand te bekijken, worden zaken die goed gingen en die beter konden zichtbaar. Deze informatie helpt bij het aanscherpen van het stappenplan en het beleid:

- Evalueer hoe er binnen de eigen organisatie gehandeld werd en hoe de samenwerking met andere betrokkenen verliep. Doe dit samen met de jongere, naasten en het professionele netwerk. Het document [Evaluatie suïcidepreventie organisaties](#) kan helpen bij de evaluatie.
- Evalueer wat je te weten bent gekomen over de jongere en hoe dat helpend kan zijn in de toekomst. Doe dit samen met de jongere, naasten en het professionele netwerk.
- Zorg bij het evalueren voor een overzichtelijke dossiervorming. Dat helpt bij het ontdekken van patronen en het overdragen van informatie.



Belangrijk voor organisaties

- Zorg dat het onderwerp suïcidaliteit is ondergebracht bij een medewerker die fungeert als aanspreekpunt voor collega's en de verantwoordelijkheid draagt voor het actualiseren van het beleid. Dit is de **aandachtsfunctionaris suïcidepreventie**.
- Zorg dat medewerkers weten wat er van hen verwacht wordt. Dat maakt het makkelijker te handelen op het moment dat zich suïcidaliteit voordoet. Dit moet beschreven staan in het **suïcidepreventieprotocol** van de organisatie.
- Heb aandacht voor het **welzijn van de professionals**. Zorg dat professionals het gevoel

hebben dat ze veilig over suïcidaliteit en de impact daarvan kunnen praten, en weten waar ze terecht kunnen. Wees een steun voor professionals na suïcidedreiging of een suïcide(poging).

- Basiskennis van suïcidaliteit helpt bij het voeren van het gesprek over suïcidaliteit en vergroot het zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaliteit. Geef medewerkers daarom de gelegenheid een **suïcidepreventietraining** te volgen.
- Geef ruimte voor **leren en reflecteren**. Laat collega's onderling uitwisselen over hun manier van werken en stimuleer deelname aan regionale en landelijke leernetwerken over suïcidaliteit en aanverwante thema's.
- Geef ruimte voor **samenwerken met betrokkenen**. Hierbij gaat het om naasten en professionals uit het hele jeugdnetwerk.
- Zorg voor **continuïteit van zorg**. Om continuïteit van zorg te borgen, is het belangrijk dat de jongere zo min mogelijk wisselt van professional of plek, er bij een overgang een warme overdracht plaatsvindt, er sluitende afspraken in het jeugdnetwerk worden gemaakt over wie wat wanneer doet en behandelverantwoordelijk is, en er extra aandacht is voor de overgang van jeugdhulp naar volwassenenzorg.
- Geef ruimte voor **evaluatie bij suïcidaliteit**. Evaluaties zijn belangrijke leermomenten. Zowel op casusniveau, organisatieniveau en regionaal niveau kun je kijken wat je te weten bent gekomen, wat er goed ging en wat er beter kon. Met deze informatie kan het suïcidepreventiebeleid verder aangescherpt worden.

2. SUÏCIDALITEIT BIJ JONGEREN

Suïcidaliteit omvat alle gedachten, wensen, fantasieën, voorbereidingshandelingen en pogingen met een zekere intentie om zichzelf te doden (Meerdinkveldboom e.a., 2019). Alle gedachten, wensen en fantasieën over het zelf bespoedigen van de dood worden suïcidegedachten of suïcide-ideatie genoemd. Voorbereidingshandelingen en pogingen vallen onder suïcidaal gedrag.

Bij jongeren komt suïcidaliteit veel voor. Elke week overlijden vijf jongeren (10-30 jaar) aan suïcidaliteit (CBS, 2020). En elke dag belanden tien jongeren op de afdeling Spoedeisende Hulp na een poging tot zelfdoding (Van der Does e.a., 2020). Dit geeft een beeld van de ernstige gevallen. Per dag worden er nog veel meer pogingen gedaan. Verder heeft een op de vijf jongeren weleens suïcidegedachten (Nock e.a., 2008).

2.1 Signalen van suïcidaliteit

Suïcidaliteit kun je aan de buitenkant van jongeren niet zien. Wel kunnen veranderingen in gedrag en stemmingswisselingen veelzeggende signalen zijn. Als professional is het belangrijk alert op deze signalen te zijn. Dit zijn een paar belangrijke. De jongere:

- trekt zich terug uit contacten;
- functioneert minder goed op school of werk;
- gaat minder naar school of werk;
- doet onredelijk, reageert prikkelbaar tot agressief;
- zorgt slecht voor zichzelf;
- doet uitlatingen als “Ik zie geen toekomst meer” en “Mijn leven is niet de moeite waard”;
- geeft persoonlijke bezittingen weg;
- gebruikt (meer) alcohol en drugs;
- laat riskant gedrag zien, beschadigt zichzelf of heeft kleine ongelukjes en schrikt daar zelf niet van;
- vertoont wegloop- of zwerfgedrag;
- is veel met de dood bezig;
- lijkt na een sombere periode opeens weer normaal te functioneren.

Natuurlijk kan suïcidaliteit ook spelen zonder dat de genoemde signalen zich voordoen. Bij elke jongere zien de signalen er anders uit. Signalen zijn soms zo onduidelijk dat ze niet als zodanig herkend worden of pas achteraf, als de poging heeft plaatsgevonden.

Actief en expliciet vragen naar suïcidegedachten

Wees extra alert op signalen als er iets gebeurt dat de jongere uit balans brengt. Doe in ieder geval actief en expliciet navraag naar suïcidegedachten bij:

- een uiting van wanhoop;
- een crisissituatie;
- een ernstig verlies, ingrijpende gebeurtenissen en grote veranderingen in het leven van de jongere;
- een mogelijke of daadwerkelijke uithuisplaatsing;
- transitie momenten in de behandeling, zoals een wisseling van professional of groep;
- een onverwachte gebeurtenis in de zorg, zoals verlenging van een opname;
- gebrek aan verbetering of een verslechtering van de situatie van de jongere;
- een plotse verbetering in de situatie van de jongere;
- een eigen ‘nietpluisgevoel’;

- elke intake, zo geef je de jongere een opening het erover te hebben. Voor je over de suïcidaliteit begint, is het belangrijk dat je contact maakt met de jongere.

Als je signalen opmerkt, bespreek dan (als het kan) met een collega of deze jouw gevoel en waarnemingen herkent.

2.2 Risicofactoren en beschermende factoren

Suïcidaliteit is complex. De kans op suïcidaliteit en suïcide wordt beïnvloed door een samenspel van risicofactoren en beschermende factoren. Dit samenspel verschilt per jongere. Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan en het in stand houden van suïcidale gevoelens, gedachten en gedrag. Beschermende factoren werken als buffer daartegen. Ze verkleinen de kans op het ontstaan van problemen. De meest voorkomende risicofactoren en beschermende factoren worden hieronder genoemd en kun je ook vinden in [bijlage 1](#).

! De risicofactoren en beschermende factoren hebben geen voorspellende waarde. Je kunt geen inschatting van het suïciderisico maken op basis van de factoren die de jongere noemt.

Het is wel belangrijk om de risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen. Aandacht voor deze factoren helpt je om te begrijpen hoe de jongere in deze situatie terechtgekomen is. Weten welke factoren een rol spelen, is ook nodig om een gericht plan te maken om de suïcidaliteit te verminderen of te verdragen: wat kunnen jullie samen doen om de jongere door de eerstvolgende uren, dagen of weken te helpen? Leg de factoren vast en draag ze over, zodat alle betrokkenen ervan op de hoogte zijn.

2.2.1 Risicofactoren

In dit overzicht staan de meest voorkomende risicofactoren bij suïcidaliteit (Van Bergen e.a., 2012; Van Bergen e.a., 2013; Berkelmans e.a., 2020; Bernert e.a., 2015; Broton e.a., 2022; CBS, 2020; Chiu e.a., 2018; Ferro e.a., 2017; Van Hemert e.a., 2012; Kearns e.a., 2020; King & Merchant, 2008; Lewis, 2009; Liu e.a., 2019; Meerdinkveldboom e.a., 2019; Mérelle e.a., 2019; Van Tilburg e.a., 2011):

Suïcidaliteit:

- Suïcidedgedachten, de intentie suïcide te plegen en concrete plannen
- Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag
- Beschikbaarheid van een middel
- Een suïcide in de familie
- Een suïcide in de regio

Persoonskenmerken:

- Leeftijd (Oudere jongeren overlijden vaker door suïcide, onder de 15 jaar is suïcide vrij zeldzaam, maar het komt wel voor.)
- Geslacht (Het aantal suïcides ligt bij jongens hoger dan bij meisjes, terwijl bij meisjes het aantal pogingen vele malen hoger ligt.)
- Lhbtq+ (De kans op suïcidedgedachten en een suïcidepoging is bij deze jongeren groter dan bij heteroseksuele jongeren.)
- Culturele achtergrond (Meisjes met een restrictieve culturele achtergrond doen vaker suïcidepogingen dan autochtone jongeren, terwijl autochtone jongeren vaker suïcide plegen.)

Psychologische factoren:

- Neiging tot internaliseren, het bij jezelf houden van emoties
- Emotioneel teruggetrokken
- Matige emotionele vaardigheden
- Negatief zelfbeeld
- Beperkte frustratietolerantie
- Zwart-witdenken
- Worsteling met identiteitsvragen
- Faalangst
- Perfectionisme
- Impulsiviteit
- Wanhoop
- Eenzaamheid en isolatie
- Geen hulp zoeken
- Piekeren
- Slaapproblemen

Gebeurtenissen:

- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik en verwaarlozing)
- Onrust en wisselingen in het leven (onder andere scheiding ouders, verhuizingen, wisselen van behandelsetting)
- Verlieservaringen
- Vooral contact met lotgenoten die ook zwijgzaam zijn
- Alcohol- en drugsgebruik
- Pestervaringen
- Schoolproblemen of langere tijd niet naar school gaan
- Weinig sociale steun hebben of ervaren
- Chronische pijn en chronische ziekte
- Onzekerheid over basisbehoeften

Gezinsfactoren:

- Negatieve interactiepatronen
- Een onveilige ouder-kindrelatie
- Gebrek aan een hechte band
- Ouders weten niet goed wat hun kind voelt, denkt en doet
- Ouders zijn of voelen als afwezig
- Ouders zijn onzeker over hoe ze met hun kind om moeten gaan
- Ouders hebben zelf psychische klachten
- Er is sprake van een vechtscheiding
- Veranderende samenstelling van het gezin
- De aanwezigheid van depressie en suïcide in de familiegeschiedenis

Behandelfactoren:

- Het niet kunnen vinden van passende zorg
- Onvoldoende continuïteit van zorg
- Diverse aanmeldingen en afwijzingen
- Onvoldoende samenwerking met de ouders
- Onverwachte veranderingen, bijvoorbeeld een verlenging van een opname

- Overgang van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz
- Dilemma tussen beheersen en autonomie

Psychische aandoeningen:

Een groot deel van de jongeren die een eind aan hun leven maken, hebben een of meerdere psychische stoornissen, zoals:

- Depressie
- ADHD
- Autisme
- Trauma
- Psychosen
- Angstproblematiek
- Eetstoornis
- Middelengebruik en -misbruik
- Aanpassingsproblemen
- Gedragsproblemen
- Persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling

Sociale media:

- Geheime accounts
- Delen van depressieve en suïcidale uitingen (met lotgenoten) via sociale media
- Intensief gebruikmaken van sociale media (vanwege risico op slaapproblemen en het creëren van een online identiteit waarbij jongere de identiteit ontleent aan de suïcidaliteit)
- Online challenges

Uitvragen risicofactoren

Zorg er samen met alle betrokken professionals voor dat de risicofactoren uitgevraagd worden en bekend zijn. Een goed moment om ernaar te vragen is bij een intake. Vraag ook naar de risicofactoren op het moment dat je merkt dat suïcidaliteit ontstaat of toeneemt. Weten welke risicofactoren aanwezig zijn, helpt je te begrijpen hoe suïcidaliteit bij een jongere is ontstaan, in stand wordt gehouden of kan verergeren.

2.2.2 Beschermende factoren

Dit zijn voorbeelden van beschermende factoren (Kaijadoe e.a., 2021; Meerdinkveldboom e.a., 2019; Piper & Uttley, 2019):

- Steunend sociaal netwerk
- Verbondenheid met het gezin
- Verbondenheid met vrienden en vriendinnen, op school en bij de sportvereniging
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, zoals broertjes of zusjes
- Hebben van een huisdier
- Continuering van onderwijs
- Religie met een steunend en positief godsbeeld, dus geen straffend godsbeeld
- Voldoende goede frustratietolerantie en impulscontrole
- Ontwikkelde probleemoplossingsvaardigheden
- Beperkte mogelijkheden om aan middelen te komen
- Zorgvuldige omgang met berichten in de media
- Toekomstperspectief
- Goede therapeutische relatie

- Positief leefklimaat op groepen
- Systeembehandeling
- Ondersteuning voor ouders
- Stabiel team van professionals om de jongere heen
- Goed bereikbare hulpverlening

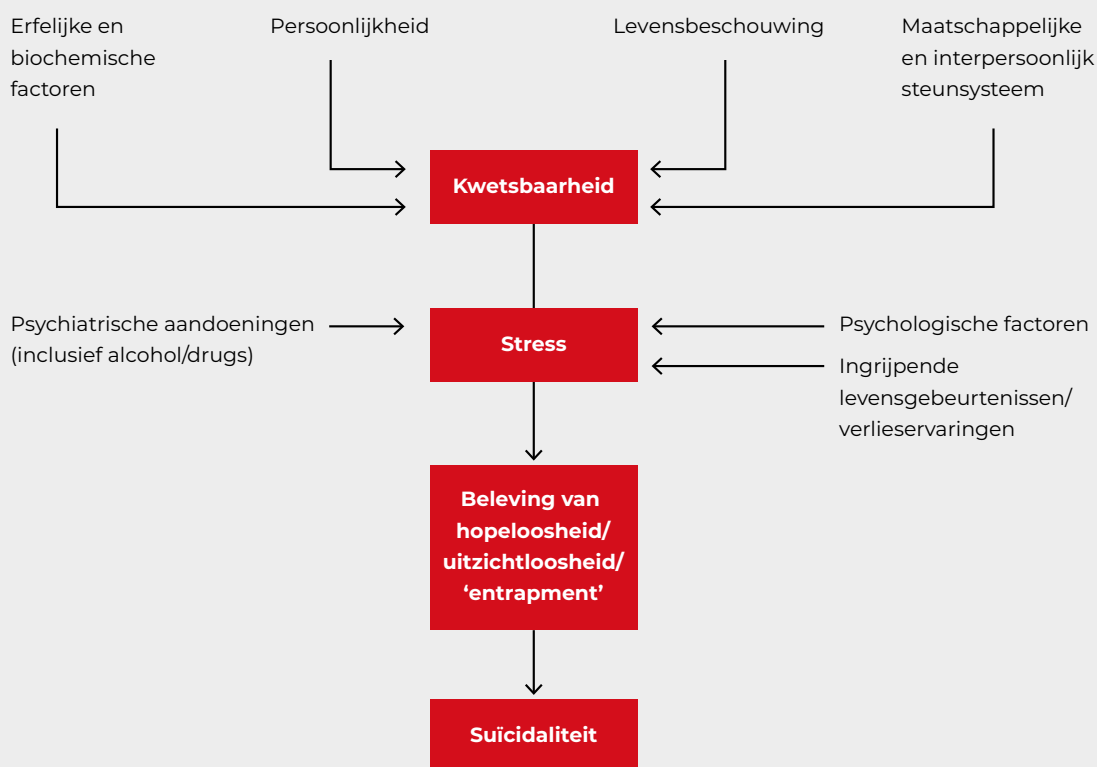
Kijk als er sprake is van suïcidaliteit hoe de beschermende factoren verstevigd kunnen worden.

2.3 Het ontstaan van suïcidaliteit

Hoe suïcidaliteit ontstaat en in stand gehouden wordt, verschilt per jongere. Het gaat om een steeds uniek complex van biologische, psychologische en sociale factoren (Van Hemert e.a., 2012). Suïcidaliteit ontstaat vaak als een manier om te ontsnappen uit een situatie waarin je voor je gevoel klem zit. Dat gaat als volgt:

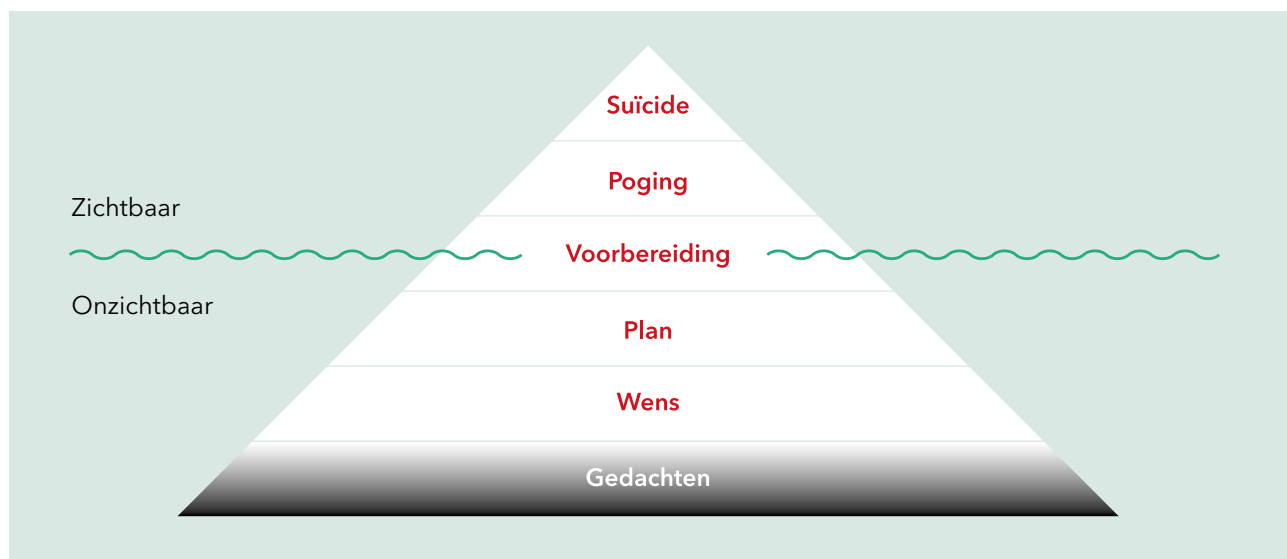
- Kwetsbaarheidsfactoren en stressvolle gebeurtenissen zorgen samen voor een verhoogd risico op suïcidaliteit.
- Bij stressvolle gebeurtenissen gaat het er vooral om hoe de stress beleefd wordt. Dat kan per persoon anders zijn: de een reageert koeler of laconieker dan de ander. Je kunt extra gevoelig zijn voor het ervaren van gebeurtenissen als een verlies, vernedering of afwijzing. Dit bemoeilijkt het omgaan met de gebeurtenissen en leidt tot wanhoop.
- Je kunt het gevoel krijgen dat je klem zit (entrapment). Je ziet dan geen uitweg meer en denkt dat niemand je kan helpen. Je ziet je situatie als ondraaglijk, onoplosbaar en oneindig.
- Er kan suïcidaliteit ontstaan.

Figuur 1: Geïntegreerd model van kwetsbaarheid, stress en entrapment voor het ontstaan van suïcidaliteit (naar Goldney, 2008; Williams e.a., 2005)



Suïcidegedachten spelen zich af in het hoofd van de jongere. Ze gaan daar vaak een eigen leven leiden. Suïcidegedachten kunnen voor opluchting en een gevoel van controle zorgen: er is een uitweg, een nooduitgang. Suïcidegedachten kunnen zo een soort overlevingsstrategie worden. Het gevolg is dat ze steeds vaker optreden, ook bij kleine tegenslagen. Soms wordt het bijna een reflex om bij een tegenslag aan suicide te denken. Tegelijkertijd kunnen gevoelens van angst voor de dood afnemen. Zo kan suicide in het begin een van de mogelijkheden lijken om weg te komen van de pijn en problemen, maar kan het idee gaandeweg zo sterk worden dat het de enige en beste optie lijkt. Zie ook figuur 2.

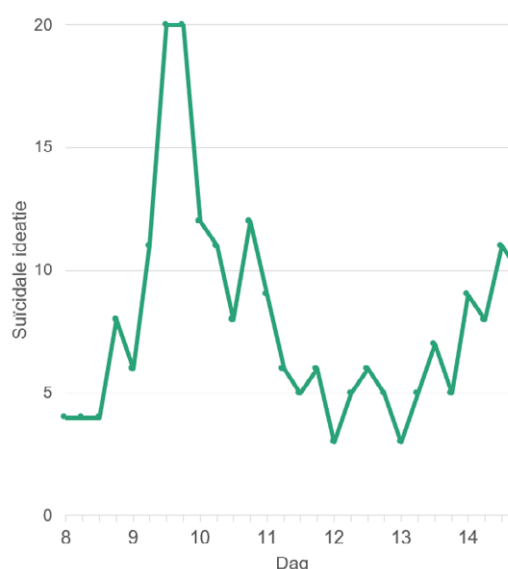
Figuur 2: Van denken naar doen



2.4 Het beloop

Suïcidaliteit wisselt vaak sterk (Coppersmith e.a., 2022; Van Hemert e.a., 2012). Het ene moment kan de suïcidaliteit sterk aanwezig zijn, terwijl het minuten of uren later meer op de achtergrond kan staan. Soms kunnen gebeurtenissen die in de ogen van omstanders 'klein' lijken grote veranderingen in de suïcidaliteit teweegbrengen. Onder andere door de fluctuatie van suïcidaliteit, is het moeilijk in te schatten hoe groot de kans is dat een jongere een suïcidepoging gaat doen. In figuur 3 zie je hoe de intensiteit van suïcidegedachten door de tijd heen kan verschillen.

Figuur 3: Een voorbeeld van wisselingen in de intensiteit van suïcidegedachten



Grafiek naar Gratch e.a. (2021).

2.5 De adolescentiefase als stressfactor

Een stressfactor specifiek voor jongeren is de adolescentiefase. Dit is een periode van grote verandering, waarin het ontwikkelen van identiteit en cognitieve en emotieregulatievaardigheden belangrijke taken zijn. Deze taken kunnen een grote uitdaging zijn vanwege de hormonale veranderingen, emotionele instabiliteit en groeiende verantwoordelijkheden. Als een jongere het gevoel heeft dat deze niet aan de verwachtingen van zichzelf en de omgeving kan voldoen omdat

deze nog niet over de juiste vaardigheden beschikt, kunnen de emoties oplopen. Aangezien de emotieregulatievaardigheden ook nog volop in ontwikkeling zijn, kan het lastig zijn deze emoties te reguleren. Jongeren hebben bijvoorbeeld nog de neiging tot 'alles-of-nietsdenken', zoals "Ik kan niets", "Ik zal het nooit kunnen" en "Ik kan er beter niet zijn" (Van de Koppel e.a., 2022). Jongeren kunnen somber of angstig worden, emotionele uitbarstingen hebben en mogelijk uiteindelijk suïcidaliteit ontwikkelen.

Hevige gevoelens horen bij de adolescentiefase en het puber zijn. Het is belangrijk dat ook jongeren bij wie suïcidaliteit speelt 'gewoon' puber mogen zijn en daarin gesteund worden.

2.6 Zelfbeschadigend gedrag

Veel professionals worstelen met de vraag hoe zelfbeschadigend gedrag zich verhoudt tot suïcidaliteit. Het komt vaak voor dat jongeren zowel zelfbeschadigend als suïcidaal gedrag vertonen. Ongeveer 70% van de jongeren die aan zelfbeschadiging doet, doet ook ooit een suïcidepoging (Steenmeijer & Meerdinkveldboom, 2022). Vraag daarom bij jongeren met suïcidaliteit altijd naar zelfbeschadigend gedrag en vraag bij jongeren met zelfbeschadigend gedrag altijd naar suïcidegedachten en -neigingen (Meerdinkveldboom e.a., 2019).

Zelfbeschadiging en suïcidaliteit kunnen ook los van elkaar voorkomen. Het onderscheid is vaak lastig. Toch zijn er wel degelijk verschillen. Zelfbeschadiging is het opzettelijk toebrengen van schade aan het eigen lichaam zonder de intentie zichzelf te doden. Hiermee onderscheidt zelfbeschadiging zich in de kern van suïcidaal gedrag, waarbij juist zichzelf van het leven benemen als doel op de voorgrond staat (Steenmeijer & Meerdinkveldboom, 2022). Soms valt zelfbeschadigend gedrag wel onder suïcidaal gedrag, namelijk als de jongere bij de zelfbeschadiging de kans loopt te overlijden (GGZ Standaarden, 2018). Zelfbeschadiging kan overigens soms de dood tot gevolg hebben, zonder dat dit de bedoeling is van de jongere (Hamza e.a., 2012).

3. CONTACT MAKEN EN HOUDEN

Contact maken is essentieel bij suïcidaliteit. Het zorgt ervoor dat jongeren zich gehoord en gesteund voelen en zich open durven te stellen. Jongeren zullen als gevolg eerder over aanwezige suïcidaliteit praten en hulp aanvaarden (Kaijadoo e.a., 2021). Ook helpt contact maken om signalen van suïcidaliteit op te merken zonder dat de jongere het benoemt. Maar hoe maak je contact?

3.1 Contact maken met de jongere

Als eerste is het belangrijk om contact te maken met de jongere en te werken aan vertrouwen. Deze tips helpen je daarbij:

- Wees beschikbaar, neem de tijd, wees warm en liefdevol.
- Neem voordat je naar de inhoud gaat de tijd om van mens tot mens contact te maken.
- Vraag of iemand wil praten of liever iets anders wil doen. Bijvoorbeeld samen een wandeling maken, muziek luisteren of juist stil zijn en niets hoeven.
- Laat de jongere vertellen en luister aandachtig. Zeg bijvoorbeeld letterlijk: “Ik ben hier voor jou en om naar jouw verhaal te luisteren.”
- Let op je non-verbale communicatie, zoals je houding, de snelheid waarmee je praat en je toon. Zorg dat de non-verbale en de verbale communicatie overeenkomen.
- Begrens liefdevol als dat nodig is, bijvoorbeeld als de jongere non-stop en associatief spreekt.
- Probeer je voor te stellen hoe de situatie voor de jongere is.
- Help de jongere bij het verwoorden van gedachten en gevoelens.
- Vat het gesprek regelmatig samen.
- Gebruik dezelfde taal als de jongere.
- Wees eerlijk en open over wat je doet en waarom je dat doet.
- Kom afspraken na.
- Blijf bij de jongere, ook als deze je probeert af te stoten vanwege spanning.
- Bied de mogelijkheid tot appen of mailcontact.
- Wees ook mens en laat eens iets van jezelf zien. Vertel bijvoorbeeld iets over jezelf of doe iets leuks met de jongere.

Zie [bijlage 2](#) voor voorbeelden van concrete zinnen.

3.2 In gesprek gaan over suïcidaliteit

Als je vermoedt dat een jongere aan suïcide denkt, is het belangrijk dat je zo snel mogelijk in gesprek gaat met de jongere. Belangrijk is dat je gedurende het hele gesprek in contact blijft met de jongere. Veel professionals geven aan het lastig te vinden over suïcidaliteit in gesprek te gaan. Professionals zijn soms bang dat erover praten de problemen verergert. Erover praten kan echter juist helpend zijn en preventief werken (Gould e.a., 2005; Dazzi e.a., 2014). Jongeren voelen zich vaak minder eenzaam en gespannen na een gesprek over suïcidaliteit.

Hoe ga je het gesprek aan over suïcidaliteit en maak je contact met de wanhoop?:

- Wees oprecht en geïnteresseerd.
- Geef aan dat je je zorgen maakt.
- Benoem de signalen die je ziet.
- Stel de vraag: “Denk je weleens aan zelfmoord?”

- Raak niet in paniek en blijf rustig bij suïcidale uitingen of gedrag. Uit gevoelens van schrik transparant maar beheerst. Je laat dan zien dat je er voor de jongere bent, niet van slag raakt en het aankan wat er wordt verteld.
- Kom niet meteen met oplossingen of tips om iets te gaan doen.
- Vraag uit wat er is gebeurd waardoor de jongere suïcidegedachten heeft. Probeer de jongere zo goed mogelijk te begrijpen. Leg eventueel je eigen gedachten aan de jongere voor over wat er zou kunnen spelen.
- Zorg dat je weet welke risicofactoren van suïcidaliteit aanwezig zijn bij de jongere en/of vraag ernaar in het gesprek.
- Vraag uit hoe sterk de suïcidegedachten zijn.
- Vraag hoe vaak de gedachten er zijn en hoe concreet ze zijn. Is er een concreet plan en/of datum? Zijn er middelen binnen handbereik?
- Vraag of de jongere al eerder suïcidegedachten heeft gehad en zo ja, wat de jongere dan deed. Wat hielp om deze gedachten te verminderen?
- Vraag altijd wie de belangrijkste familieleden en vrienden zijn en op welke manier zij betrokken kunnen worden.
- Probeer de jongere niet over te halen het niet te doen.
- Praat iemand geen schuldgevoel aan. Laat merken dat suïcidegedachten er mogen zijn.
- Bevestig dat je de emoties kan voorstellen, maar zeg niet: "Ik snap wel dat je zelfmoordgedachten hebt." Zo voorkom je bevestiging van de suïcidaliteit.
- Spreek open over suïcidaliteit. Durf concreet te zijn en door te vragen. Neem het serieus. Zo laat je zien dat praten over suïcidaliteit kan en mag. Erover praten werkt beschermend en versterkt de suïcidaliteit niet.
- Beloof geen geheimhouding, beloof zorgvuldigheid. Je kunt geen geheimhouding beloven vanwege je professionele verantwoordelijkheid. Leg uit dat het te zwaar voor de jongere is om alleen met de gedachten aan suïcide rond te blijven lopen.
- Laat de regie zoveel mogelijk bij de jongere. Onderzoek samen wat de jongere nodig heeft om zich beter te voelen.
- Wees je ervan bewust dat jongeren niet altijd open zullen zijn over suïcidaliteit als ouders of andere naasten aanwezig zijn bij het gesprek. Vraag er bij een nietpluisgevoel dan nog een keer naar als jullie alleen zijn.
- Maak gebruik van tools om het gesprek aan te gaan met de jongere. Het [kalenderboekje](#) ontwikkeld door ZonMw is een goed voorbeeld van zo'n tool.

Voorbeelden van vragen die je in het gesprek kan stellen:

- Gaat het goed met je?
- Denk je wel eens dat het geen zin heeft zo?
- Denk je wel eens aan de dood?
- Heb je weleens zelfmoordgedachten?
- Denk je soms dat het beter is als je er niet meer bent?
- Hoe vaak heb je de gedachten?
- Hoe sterk zijn deze gedachten?
- Zou je de gedachten aan de dood nog kunnen stoppen als je dat zou willen?
- Heb je een plan?
- Heb je daar al spullen voor verzameld?
- Wat houdt je op dit moment nog tegen?

Sluit in het gesprek aan bij de woorden die de jongere gebruikt.

3.3 Do's en don'ts

In figuur 4 zie je een overzicht van do's en don'ts bij het gesprek voeren over suïcidaliteit.

Figuur 4: Do's en don'ts

 Do's	 Don'ts
Benoemen	Direct hulp verlenen
<ul style="list-style-type: none">– Je zegt dat je het niet meer ziet zitten, bedoel je dat je aan zelfmoord denkt?– Als ik je goed begrijp, denk je aan zelfmoord. Klopt dat?	<ul style="list-style-type: none">– Mmm, eens denken hoe ik je nare gedachten weg kan nemen ...
Concretiseren	In paniek raken
<ul style="list-style-type: none">– Je zegt: "Ik ben er toch straks niet meer." Wat bedoel je met straks?– Je zegt dat het allemaal ellendig is voor je. Wat is er precies zo ellendig voor je?	<ul style="list-style-type: none">– Blijf even zitten, dan bel ik NU de crisisdienst!– Jee wat verschrikkelijk, het is echt te erg.
Erkennen	Meepraten/instemmen
<ul style="list-style-type: none">– Dat klinkt zwaar.– Dat lijkt me zwaar of eenzaam voor je. Klopt dat?	<ul style="list-style-type: none">– Nou ik snap best dat je niet meer wilt leven ...– Tja, als ik in jouw schoenen zou staan, zou ik het misschien ook opgeven.
Veiligheid	Een oordeel vellen
<ul style="list-style-type: none">– Heb je een plan?– Hoeveel haast heb je om dat plan uit te voeren?– Heb je het gevoel dat je jezelf onder controle hebt?	<ul style="list-style-type: none">– Dat kun je niet maken!– Nou ja, denk eens aan je ouders!
Versterken	Snel adviseren
<ul style="list-style-type: none">– Wat maakt het leven nog waardevol en wat houdt je tegen?– Wat helpt je meestal als je zo rot voelt?– Wie wil je bij je hebben?– Hoe denk je dat je vanavond veilig kunt blijven?– Hoe is het je de afgelopen weken gelukt om je weer wat rustiger te voelen?	<ul style="list-style-type: none">– Misschien helpt het om wat vaker te sporten.– Bel eens een vriend van je op.

Bekijk ook het filmpje Contact maken met jongeren en hun wanhoop op [deze webpagina](#) voor een voorbeeld van een gesprek over suïcidaliteit.

3.4 Als contact maken moeilijk is ...

Soms is contact maken moeilijk. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een jongere in een suïcidale crisis zit en niet meer helder kan nadenken. Probeer de jongere dan in het hier en nu te halen door deze een kleine opdracht te geven. Denk aan: “Loop even mee naar de keuken” of “Benoem eens wat je om je heen ziet”. Bewegen helpt iemand om weer in het hier en nu te geraken, net als het vragen naar feitelijkheden.

Verder kan er een taalbarrière zijn, bijvoorbeeld bij jongeren die doof of slechthorend zijn, of een migrantenachtergrond hebben. Zorg bij een taalbarrière voor het inschakelen van iemand die de taal van de jongere spreekt, zoals een professionele (gebaren)tolk of een interculturele mediator. In de handreiking suïcidepreventie bij jonge vluchtelingen die in het najaar van 2024 verwacht wordt, zal hier meer uitleg over worden gegeven.

Ook bij jongeren met autisme of een LVB kan er sprake zijn van een communicatieprobleem. Het is dan extra belangrijk korte en eenvoudige zinnen te gebruiken, aan te sluiten op het taalgebruik van de jongere en visuele ondersteuning te gebruiken, zoals voorwerpen, pictogrammen, foto's, tekeningen en geschreven tekst. Een mooi voorbeeld van een visueel hulpmiddel zijn de vertelplaten van Trajectum over suïcidaliteit. Deze kun je [hier](#) downloaden. Zie ook de aanvullende handreikingen over suïcidepreventie bij jongeren met een LVB en over suïcidepreventie bij jongeren met autisme.

Het kan voorkomen dat een jongere absoluut geen hulp wenst en daarom het contact uit de weg gaat. Probeer dan te achterhalen waarom de jongere niet voor hulp openstaat. Kijk of jullie samen de weerstand kunnen doorbreken. Het tonen van oprechte betrokkenheid is daarbij belangrijk. Jongeren vinden bijvoorbeeld vaak dat ze het zelf moeten oplossen, voelen zich niet begrepen, willen niet voor de zoveelste keer hun verhaal doen of denken dat de professional op hen neerkijkt. Jongeren geven aan dat het makkelijker is om met een professional te praten als deze niet als een 'professional' overkomt. Probeer een gesprek van mens tot mens te voeren. Het kan helpen om als tussenstap een ervaringsdeskundige in te zetten. Voor een jongere kan het laagdrempeliger zijn om te praten met iemand die hetzelfde gevoel heeft.

Waar vind je een ervaringsdeskundige?

- Mogelijk is er binnen de eigen organisatie al een ervaringsdeskundige jongere in dienst.
- De getrainde 'experienced experts' van [ExpEx](#) kunnen andere jongeren helpen door eenmalig met ze te praten, maar ze kunnen ook langere tijd een maatje voor een ander zijn.
- Bij het [Suïcide Preventie Centrum](#) werken ervaringsdeskundigen die lotgenotengroepen begeleiden.
- [MIND Young](#) is het platform over je 'mind' voor en door jongeren. MIND Young biedt info, herkenbare verhalen, nieuws, tips en events over alles wat met je mind te maken heeft.

Blijft een jongere erbij geen hulp te willen? Dan kun je het volgende doen:

- Als je zelf de inschatting kan maken dat hulp op dat moment niet nodig is, geef dan een aantal contactgegevens mee van personen of organisaties waarmee deze contact kan opnemen als er wel hulp nodig is. Denk daarbij aan mogelijkheden binnen (zoals de huisarts) en buiten kantoortijden (zoals 113 Zelfmoordpreventie). Spreek verder in het netwerk af wie een actieve en 'outreaching' rol blijft vervullen.
- Vind je het niet verantwoord de jongere te laten gaan of vind je het lastig deze inschatting te maken? Schakel dan een collega in die bevoegd is om samen met jou deze afweging te maken. Bespreek ook samen met het informele en professionele netwerk welke opties er zijn en wie wat doet. Denk aan investeren in het winnen van het vertrouwen van de jongere, de omgeving

handvatten aanreiken om met de suïcidaliteit om te gaan, als netwerk in contact blijven over het welzijn van de jongere of het overwegen van een opname. Wees transparant naar de jongere toe over wat er besproken wordt.

- Als je vermoedt dat de jongere geen persoonlijke klik met je heeft en daarom geen hulp wil, durf dit dan uit te spreken en koppel de jongere aan een collega die mogelijk beter past.

3.5 In contact blijven met zowel de jongere als jezelf

Vraag na het gesprek over suïcidaliteit regelmatig aan de jongere hoe het gaat, ook als er niet langer sprake van suïcidaliteit lijkt te zijn. Bespreek in ieder geval maandelijks of het veiligheidsplan nog past bij de huidige situatie van de jongere. Begin ook eens over iets uit het verleden. Vraag bijvoorbeeld: “Goh, ik heb nog wel een paar keer aan ... gedacht, hoe gaat dat nu?” Vergeet ook niet om samen over andere onderwerpen te praten dan suïcidaliteit. Er zijn jongeren die het niet prettig vinden om tijdens gesprekken tegenover elkaar te zitten. Kijk dan wat wel aansluit. Voer bijvoorbeeld een gesprek tijdens een wandeling of per app.

Blijf ook in contact met je eigen gevoelens en wat het bij jou oproept. Als professional is het belangrijk dat je je bewust bent van wat je voelt en wat er in je omgaat, en hoe dit een rol speelt in je handelen. Angst, maar ook andere gevoelens, kan contact maken met jongeren bij wie suïcidaliteit speelt namelijk in de weg staan. En dat terwijl contact maken de kern is van het omgaan met suïcidaliteit.

Aan je angst werken

Angst zorgt vaak voor een spanningsveld in het contact met de jongere en naasten. Als professional kan je bijvoorbeeld bang zijn voor een fatale afloop, aanklachten, het oordeel van je collega's of om te falen. Deze angsten kunnen het echt contact maken met de jongere in de weg staan. Als je namelijk afgeleid bent door je eigen angst, lukt het niet meer om goed te luisteren naar de jongere. Ook kan je misschien door de angst geneigd zijn het onderwerp suïcidaliteit te vermijden, eerder dan nodig vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten of een jongere te verwijzen. Bespreek daarom de angst met collega's en leidinggevende, zodat er weer ruimte ontstaat om contact te maken met de jongere. Weet dat veel jongeren en naasten aangeven dat zij het belangrijkste vinden dat suïcidaliteit er mag zijn en dat het erover mag gaan.

Dit helpt je om in contact te blijven met je eigen gevoel:

- Hanteer professionele nabijheid. Kijk, neem waar wat suïcidaliteit met je doet en handel met verstand.
- Plan het liefst elke dag een moment in voor zelfreflectie.
- Reflecteer ook op je werkrelatie met de jongeren en hun naasten.
- Bespreek met anderen wat het spreken, begeleiden of behandelen van jongeren met suïcidaliteit met je doet en wat je nodig hebt om het ondanks mogelijk aanwezige spanning toch te doen.
- Overleg met je collega's als je voor een lastige beslissing staat. Bijvoorbeeld als je aan de ene kant iets wil doen waarbij je risico neemt, maar aan de andere kant liever extra voorzichtig bent.
- Let op signalen van zorgmoeheid, zowel bij jezelf als je collega's. Door regelmatig geconfronteerd te worden met suïcidaliteit of met suïcidepogingen, kan er een mate van gehardheid ontstaan. Het is belangrijk elke uiting van suïcidaliteit serieus te nemen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht, vooral onmacht en agressie. Maak regelmatig gebruik van intervisie of supervisie (Van Hemert e.a., 2012).
- Spreek ook collega's aan als je ziet dat ze vanuit tegenoverdracht handelen.

Overdracht en tegenoverdracht

Jongeren kunnen vanuit oude gevoelens, wensen en verwachtingen gebaseerd op een vroege relatie op een bepaalde manier op je reageren. Dat heet **overdracht**. Als de jongere afwezige of strenge ouders had, kan het zo zijn dat de jongere je per definitie al wantrouwt, je streng vindt of je als 'redder in nood' ziet. Het is belangrijk niet in deze overdracht mee te gaan, door boos te worden of je overdreven goed te voelen. Ga je er wel in mee, dan spreken we van **tegenoverdracht**. Probeer overdracht tijdig op te merken en bespreek het.

3.6 Perspectief en hoop

Naast het gesprek over suïcidaliteit is aandacht voor perspectief en hoop belangrijk. Perspectief en hoop verkleinen het risico op suïcidaliteit. Je kunt perspectief en hoop bieden door het samen met de jongere te hebben over wensen, interesses en talenten, en zinvolle dagbesteding. Je kunt de jongere ook in contact brengen met een ervaringsdeskundige of verhalen laten lezen over hoop en herstel. Zorg er wel voor dat je de aandacht niet te snel verplaatst naar perspectief en hoop, en blijf het ook hebben over de suïcidaliteit. Als je te snel gaat, verlies je het contact met de jongere.

Zo werk je samen met de jongere aan perspectief en hoop:

- Bespreek met de jongere de wensen voor de toekomst, bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs, werk en wonen.
- Heb aandacht voor zingeving. Zingeving bevordert de veerkracht van de jongere. Help de jongere bij vragen als: Wie ben ik, wat is belangrijk voor mij en wat kan ik? Ondersteun de jongere bij de zoektocht naar de identiteit, waarden, talenten, mogelijkheden en dat wat kracht geeft.
- Kijk hoe je samen stapjes kan zetten om dat wat belangrijk voor de jongere is te bereiken. Onderzoek wie uit het netwerk van de jongere kan helpen.
- Zorg voor een zinvolle dagbesteding, ook tijdens een opname. Jongeren die opgenomen zijn lopen vaak een schoolachterstand op en kunnen zich daardoor nutteloos voelen. Een dagbesteding kan hierbij helpen.
- Werk eventueel samen met een ervaringsdeskundige. Dit wordt nog weinig gedaan, maar jongeren die ervaring hebben met ervaringsdeskundigheid zijn daar heel enthousiast over. Het helpt jongeren om met iemand te praten die hetzelfde heeft meegemaakt, hun problematiek herkent en heeft doorstaan (Kaijadoo e.a., 2021). Ben je op zoek naar tips over hoe je ervaringsdeskundigen inzet bij jongeren die worstelen met suïcidaliteit? Kijk dan [hier](#).
- Weet dat verhalen over hoop en herstel van mensen met persoonlijke ervaring met suïcidaliteit een positief effect kunnen hebben op anderen. Dit wordt ook wel het Papageno-effect genoemd. Deze verhalen laten zien dat er andere manieren dan suïcide zijn om met een moeilijke periode om te gaan (Niederkrötenhaler e.a., 2014). Verwijs bijvoorbeeld naar de website [houdmoed.nl](#) die recent (november 2022) live is gegaan.
- Richt je op wat helpend is voor de jongere en dat is niet altijd het bieden van perspectief. Soms houden jongeren alles wat als positief worden ervaren liever af. bezig zijn met positieve zaken matcht namelijk niet met hun negatieve gedachten. Perspectief bieden kan in dit geval lastig zijn en resulteren in het nog steviger vasthouden aan het eigen pad. Als dit speelt is het belangrijk dat je samen met de jongere zoekt naar helpende activiteiten, zonder erop aan te sturen dat het iets positiefs moet zijn. Denk in kleine stappen en sluit aan bij de behoefte van de jongere. Misschien lukt bezig zijn met school of leuke activiteiten oppakken bijvoorbeeld niet, maar een klusje in huis doen wel.
- Blijf naast aandacht voor perspectief en hoop ook aandacht houden voor wat de suïcidaliteit met de jongere doet of heeft gedaan. Heb aandacht voor gevoelens van overweldiging door de suïcidaliteit, de worsteling die de jongere doormaakt en de verwerking van wat zich heeft afgespeeld (De Boed, 2022).

4. AUTONOMIE VERSUS VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Het evenwicht vinden tussen het behouden van de autonomie van de jongeren en het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen kan voor een enorm spanningsveld zorgen. Het helpt om deze afweging zoveel mogelijk samen met jongeren, naasten en andere betrokken professionals te maken en zo ook samen de verantwoordelijkheid te dragen. Zo geef je het signaal af dat je suïcidepreventie met elkaar moet doen en samen de verantwoordelijkheid draagt. Jongeren, naasten en professionals hebben allen een belangrijke rol.

Jongeren en naasten staan vaak anders in de afweging tussen autonomie en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Vraag daarom bij beide partijen uit wat ze nodig hebben en wat ze denken wat daarbij helpt. Vraag ook naar opvattingen over veiligheid. Sommige jongeren en ouders denken dat alleen de professionals veiligheid kunnen bieden of dat bij een opname niets kan gebeuren. Dit zijn belangrijke opvattingen om met elkaar te bespreken. Een opname staat namelijk niet garant voor veiligheid en brengt ook risico's met zich mee. Daarnaast willen veel ouders helpen bij het realiseren van de benodigde veiligheid, maar weten ze niet hoe en worden ze hier graag bij ondersteund. Heb het ook daarover.

In het algemeen geldt dat je de veiligheid van de jongere vooropstelt en daarbij altijd aan de jongere vraagt wat deze nodig heeft en wat helpend kan zijn.

4.1 Autonomie en veiligheid bij suïcidegedachten

Bij suïcidegedachten kun je het volgende doen:

- Maak of raadpleeg het veiligheidsplan. Stel altijd samen met de jongere en naasten een signalerings- en veiligheidsplan op als deze er nog niet zijn. Evalueer deze regelmatig. In de paragraaf **Signalerings- en veiligheidsplan** wordt dieper ingegaan op de plannen.
- Als er geen veiligheidsplan is en er een maken niet onder je competenties valt, vraag dan in ieder geval wat de jongere nu nodig heeft om de suïcidegedachten te verminderen of te verdragen. Vraag vervolgens een collega die bekwaam is, om je te helpen een veiligheidsplan te maken.
- Vraag altijd aan de jongere welke behoefte aan hulp deze heeft en wat kan helpen om de suïcidegedachten en spanningen te verminderen. Wees je er tegelijkertijd van bewust dat dit een moeilijke vraag is voor jongeren.
- Zoek samen met de jongere naar mogelijkheden om de veiligheid te verhogen. Zoek bijvoorbeeld samen naar zinvolle activiteiten. Leg hierbij uit dat verveling negatieve gedachten en piekeren verergert.
- Bespreek met de jongere dat het belangrijk is om hulp te krijgen. Gedachten aan zelfdoding zijn te zwaar om alleen te dragen.
- Overleg met de jongere over de te nemen stappen. Denk aan de ouders opbellen, er een collega bij halen, de ggz of huisarts betrekken, het opbergen van gevaarlijke voorwerpen, samen in een ruimte zitten om te kalmeren of samen gaan wandelen. Vertel wat er gaat gebeuren en waarom. Maak onderscheid tussen wat de jongere zelf kan doen en wat jij doet.
- Laat de jongere niet alleen als je je grote zorgen maakt.

Voorbeelden van vragen die je kunt stellen:

- Hoe zorgen we dat je zo goed mogelijk door deze heftige periode komt, tot het moment weer komt dat je gedachten en gevoelens minder zwaar worden?
- Is er iemand die je nu graag bij je wilt hebben?
- Hoeveel nabijheid is nu en de komende dagen nodig?
- Hoe gaan we deze nabijheid vormgeven?
- Wat kan ik nu doen om jou te helpen?
- Wie kan jou verder op dit moment helpen?
- Wat ga jij nu doen wat helpend is?
- Hoe wil jij dat we contact houden over jouw gevoelens, gedachten en gedrag?

Voor professionals in de gespecialiseerde zorg

Door professionals in de gespecialiseerde zorg wordt er samen met de jongere, naasten en andere betrokkenen een zorgvuldige afweging gemaakt tussen autonomie bevorderen en de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden altijd in samenspraak met de jongere en het netwerk ingezet. Deze maatregelen worden alleen ingezet als er geen andere opties zijn en er een wettelijke basis voor is. Onder vrijheidsbeperkende maatregelen vallen bijvoorbeeld beperking van bewegingsvrijheid, het wegnemen van spullen, toezicht op telefoongebruik, cameratoezicht, urinecontrole, afzonderen en opname. Als de jongere thuis woont, kun je de ouders helpen om vanuit hun ouderlijk gezag regels op te stellen, zoals het 's nachts beneden laten liggen van de telefoon.

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen als daar een wettelijke basis voor is (IGJ, 2018). In de huidige wetgeving geldt het 'nee, tenzij-principe' en is vrijheidsbeperking alleen toegestaan:

- bij een (voorwaardelijke) gesloten machtiging afgegeven door de kinderrechter (Jeugdwet).
- onder de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz).
- onder de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd).
- onder de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- als er sprake is van een noodsituatie en er geen andere manier is deze noodsituatie af te wenden.

Er is meer wet- en regelgeving over vrijheidsbeperking. Daarover kun je meer lezen op [deze webpagina](#) van de inspectie.

4.2 Autonomie en veiligheid bij een suïcidepoging

Na een suïcidepoging blijft het belangrijk om aandacht te houden voor de autonomie van de jongere. Overleg zoveel mogelijk met de jongere over wat er gaat gebeuren. Een paar aanbevelingen:

- Blijf bij een suïcidepoging bij de jongere en doe wat je kunt om de veiligheid te herstellen. Zorg ervoor dat de juiste medische zorg wordt geboden. Bel indien nodig 112 of roep de medische dienst/bhv erbij. Ondertussen wordt (door iemand anders) met de (behandel)coördinator en leidinggevende overlegd over het verder in te zetten beleid.
- Zorg dat anderen uit de buurt van de jongere blijven. Denk bijvoorbeeld aan de mensen in de wachtkamer of brussen die van school komen als de poging thuis is gedaan.
- Zorg voor nabijheid. Als het op locatie is gebeurd, maar ook als het ergens anders is gebeurd. Je kunt deze nabijheid zelf bieden en/of naasten inzetten.
- Bespreek met de jongere welke betrokkenen geïnformeerd moeten worden over de poging en

op welke wijze. Informeer de betrokkenen op een juiste en integere manier over de situatie van de jongere en diens poging tot zelfdoding om te voorkomen dat er verhalen de ronde gaan.

- Beslis in overleg met collega's welke hulp direct ingezet wordt om de situatie veilig te stellen. Denk aan: de jongere verplaatsen naar een veilige ruimte (mits er iemand bij blijft), nabijheid bieden, duidelijke afspraken maken en/of monitoren. Maar ook aan het inzetten van extra personeel om eventuele groepsgenoten op te vangen en het inschakelen van slachtofferhulp voor getuigen.
- Ga in gesprek met de jongere en bied nabijheid. Bespreek hoe de jongere de eerstvolgende uren doorkomt. Als je niet bevoegd bent om beleid uit te zetten, maar wel een goede band hebt met de jongere, ga dan vooral het gesprek aan. Overleg daarna met een collega.
- Bespreek de uitkomsten van het gesprek en het veiligheidsplan met de jongere en het netwerk. Spreek af wat ieders rol is.
- Evalueer het veiligheidsplan op een later moment en pas waar nodig aan.
- Bespreek (de dag na de poging) samen met de jongere en het netwerk wat er voorafging aan het suïcidale gedrag, wat meespeelde, wat de jongere hielp en wat helemaal niet helpend was aan de hand van de vragen in het kader. Breng het suïcidale gedrag vervolgens opnieuw in kaart. Besteed ook aandacht aan de preventie van een volgende poging.

Voorbeelden van vragen:

- Wat is er gebeurd?
 - Wat maakte dat je een poging deed?
 - Wat maakte het moeilijk om voorafgaand aan de poging om hulp te vragen?
 - Wat heb je nodig om een volgende keer wel om hulp te vragen?
 - Was het impulsief of voorbereid?
 - Is de aandrang tot een poging nog (sterk) aanwezig?
 - Zijn de mogelijkheden nog beschikbaar?
 - Wat moet er gebeuren om je veiligheid te verhogen?
- Wees rustig, betrokken en zorgzaam. In de eerste fase na suïcidaal gedrag is dat het meest helpend.
 - Soms wil een jongere niet direct praten over de poging. De jongere kan behoefte hebben aan rust, het laten bezinken van wat er gebeurd is en het laten zakken van gevoelens. Geef hier dan ook ruimte voor.
 - Vind de jongere het moeilijk om hardop over de poging te praten? Stel dan voor om het in eerste instantie per app of mail over de poging te hebben, terwijl je naast elkaar zit. Begrens het appen en mailen wel.
 - Bespreek met collega's wat jij nodig hebt om de relatie met de jongere voort te zetten. Maak tijd voor het bespreken van jouw gevoelens.

Voor professionals in de gespecialiseerde zorg

Maak na een suïcidepoging zorgvuldig de balans op tussen autonomie en vrijheidsbeperkende maatregelen. Het geven of juist afnemen van vrijheden is een proces dat met trial-and-error verloopt en waarbij soms gewogen risico's genomen moeten worden. Alleen dan kan de jongere oefenen met het dragen van meer verantwoordelijkheid en het vergroten van de autonomie. Het is belangrijk dat je continu met de jongere en naasten bespreekt welke vrijheden jullie denken dat de jongere aankan en waarom. Maak duidelijke afspraken, leg deze vast en ga na of ze worden nagekomen. De afspraken moeten duidelijk, concreet en acceptabel zijn voor alle betrokkenen, en regelmatig geëvalueerd en bijgesteld worden.

4.2.1 Medische behandeling

Soms is wondverzorging of medische zorg nodig na een suïcidepoging. Jongeren kunnen hier afwerend tegenover staan. Vraag dan waar deze afwerende houding vandaan komt en informeer ze over de gevolgen van het niet verzorgen van de wonden. Probeer strijd over verzorging te vermijden. Alleen in het geval van ernstige verwondingen die om verdergaande medische verzorging vragen levert strijd iets op. Sommige jongeren kunnen simpele wonden zelf verzorgen. Mocht hiervoor gekozen worden dan is het van belang dat de jongere hier zelf mee heeft ingestemd.

Als er sprake is van een opname, dan verzorgt een professional de wonden. Bij twijfel over de ernst van de wond of over de eigen deskundigheid wordt altijd een medisch onderlegde collega geraadpleegd. Alle medische handelingen worden in het dossier van de jongere gerapporteerd. In het geval van ambulante zorg kan een professional de jongere verwijzen naar de huisarts of eerste hulp als dit nodig is.

Veroordeel het gedrag niet, bied zorg en ondersteuning. De jongere hebben vaak al het idee iedereen tot last te zijn en kunnen vanuit die gedachte zorg en ondersteuning weigeren.

4.3 Signalerings- en veiligheidsplan

Elke jongere bij wie suïcidaliteit of ander schadelijk gedrag speelt moet een signalerings- en veiligheidsplan hebben. Het signaleringsplan is gebaseerd op het idee dat suïcidaal gedrag voorafgegaan wordt door oplopende spanningen en andere signalen. In dit plan staat beschreven welke acties bij vroege signalen ondernomen kunnen worden, in de eerste plaats door de jongere zelf, maar ook door de omgeving. Het doel is dat al vroeg de juiste maatregelen worden genomen, zodat er geen suïcidale crisis optreedt. In het veiligheidsplan legt de jongere uitgebreid vast wat deze kan doen op het moment van een (dreigende) crisis. Het is belangrijk dat beide plannen van de jongere zelf zijn, eruitzien zoals de jongere dat wil en zelf ingezet kunnen worden op moeilijke momenten. Maak de plannen daarom zo concreet mogelijk: welke mensen moeten worden gebeld, wat zijn hun nummers, welke muziek kan worden opgezet en welke niet, etc.?

Het is ook belangrijk dat ouders, andere naasten en betrokken professionals van de plannen op de hoogte zijn en hun inbreng kunnen geven. Zij kunnen helpen bij de inventarisatie van de waarschuwingssignalen en helpen bij het bedenken van uitvoerbare en zinvolle acties. Niet alleen door de jongere, maar ook door henzelf: waarmee kunnen zij de jongere helpen? Dit laat de jongere zien hoe deze ook kan bouwen op de mensen om de jongere heen. Belangrijk is ook op te nemen wat de omgeving zeker niet moet doen. Wat zijn de rode vlaggen? Naasten kunnen verder helpen inschatten of de jongere daadwerkelijk gaat doen wat in het plan staat.

Bespreek waar de jongere de plannen bewaart. Tegenwoordig zijn er diverse apps om deze op te slaan. Ook kan de jongere het plan naar zichzelf mailen en in een speciaal mapje in zijn mail zetten en/of het ophangen in de eigen kamer.

Vergeet bij ambulante zorg niet dat je de huisarts ook inlicht over het signalerings- en veiligheidsplan. De huisarts is vaak de ingang tot de crisisdienst in de avonduren en het weekend.

Beide plannen moeten continu worden aangepast bij veranderende omstandigheden en onderwerp van gesprek blijven in de behandeling. De plannen worden minimaal maandelijks en sowieso bij terugval geëvalueerd met de jongere, behandelcoördinator, naasten, onderwijs en andere betrokken externen, en aangepast waar nodig. Houd de betrokken professionals geïnformeerd

over aanpassingen. Probeer aan de hand van de plannen de jongere stapje voor stapje meer verantwoordelijkheden voor het eigen welzijn te laten dragen.

Gebruik de plannen niet als vaststaande plannen, maar als een manier om in gesprek te gaan. Als zich een crisis voordoet, zien jongeren graag dat professionals samen met hen bekijken wat er op dat moment helpend is en zich niet blindstaren op wat er in de plannen staat.

4.3.1 Signaleringsplan

In het signaleringsplan worden:

- fases onderscheiden in stemming of welbevinden – bijvoorbeeld met kleuren – die aangeven of het goed gaat, of er nood ontstaat, of dat de nood al erg is opgelopen;
- per fase beschreven wat triggers zijn om in die fase terecht te komen;
- per fase bijpassende gedachten, gevoelens, neigingen en gedrag beschreven;
- per fase uitvoerbare en zinvolle concrete acties genoemd, die door de jongere zelf en de mensen om de jongere heen ondernomen kunnen worden of juist nagelaten moeten worden;
- contactpersonen en -gegevens opgenomen.

Zie [bijlage 3](#) voor een voorbeeld van een signaleringsplan.

Figuur 5: Een signaleringsplan bestaande uit vier fases



4.3.2 Veiligheidsplan

In het veiligheidsplan worden afspraken vastgelegd over het verhogen van de veiligheid en het voorkomen van gevaarlijk gedrag. Werken met een veiligheidsplan dat samen met de jongere is gemaakt, verlaagt het risico op suïcidaal gedrag met gemiddeld 43% (Nuij e.a., 2021).

Zie [bijlage 4](#) voor een voorbeeld van het veiligheidsplan.

Tips

- Jongeren vinden het vaak fijner met een digitaal veiligheidsplan te werken. In de [BackUp app](#) van 113 Zelfmoordpreventie is dit mogelijk.
- Een andere app is [Suzie](#). In deze app kan je eigen filmpjes en foto's toevoegen die kunnen helpen als de spanning hoog oploopt.

4.4 Opname

Wel of niet opnemen? Dit is een veelvoorkomende discussie en het antwoord is niet simpel. Er zijn voor- en nadelen aan een opname verbonden, en per jongere en per keer moeten opnieuw diverse afwegingen gemaakt worden. Bij het nemen van het besluit moeten de jongere, de naasten en het professionele netwerk betrokken worden.

4.4.1 Voor- en nadelen

Een opname kan helpend zijn. Een opname kan bijvoorbeeld:

- leiden tot een vermindering van mentale problemen (Hanssen-Bauer e.a., 2011);
- zorgen voor stabilisatie en het snel verminderen van symptomen en risico's (Hanssen-Bauer e.a., 2011; Lamb, 2009; Mathai & Bourne, 2009);
- ingezet worden om het gezin rust te geven (Meerdinkveldboom e.a., 2019);
- een kans bieden de aanwezige problematiek zorgvuldig te observeren (Meerdinkveldboom e.a., 2019).

Een opname kan echter ook nadelige effecten hebben. Dit zijn mogelijke nadelen:

- Een opname kan helpen om gevoelens kortdurend te verlichten. Dat kan ervoor zorgen dat jongeren bij toenemende spanning steeds vaker om een opname gaan vragen. Dit kan ertoe leiden dat jongeren afhankelijk worden van opnames; dat ze alleen door een opname met spanning weten om te gaan (Van Duursen e.a., 2017).
- Een opname is gericht op veiligheid en beheersen. Ze is minder gericht op het onderzoeken waardoor de suïcidaliteit opspeelt en het ontwikkelen van andere manieren om met de suïcidaliteit om te gaan (Van Duursen e.a., 2017).
- Door een opname kan de jongere het gevoel krijgen het niet zelf te kunnen (Van Duursen e.a., 2017).
- Een opname kan leiden tot stigmatisering, invloed hebben op de identiteit van de jongere en de afstand tussen de jongere en zijn leeftijdsgenoten vergroten door bijvoorbeeld een onderbreking van het onderwijs.
- Een gedwongen opname wordt door jongeren vaak als straf ervaren en kan een negatieve impact op het vertrouwen in anderen hebben. Dit kan zorgen voor een lagere bereidheid om over suïcidegedachten en -plannen te praten (Jones e.a., 2021).
- De periode na een opname is risicovol (Chung e.a., 2017). Vooral in de eerste vier weken na een opname is het risico op suïcide relatief hoog (McManama O'Brien, 2015). Prinstein e.a. (2008) vonden dat 20 tot 25% van de opgenomen jongeren binnen achttien maanden na ontslag (opnieuw) een suïcidepoging deed. De nazorg na ontslag is dus van enorm groot belang. Het is belangrijk dat de jongere terug kan vallen op zowel naasten als professionals. Maak daarom duidelijke afspraken met alle betrokken partijen voor deze periode (Huisman & Kerkhof, 2008).

4.4.2 De afweging en voorwaarden

Als je zelf een opname overweegt of de jongere of naasten erom vragen, kun je het volgende doen:

- Vraag naar de opvattingen van de jongere en naasten over opgenomen worden en ga daarover in gesprek.
- Verdiep je in de **structuurdiagnose**, het **behandelplan** en het **veiligheidsplan**.
- Denk na over de voor- en nadelen van opname in dit specifieke geval.
- Bespreek de voor- en nadelen met de jongere, naasten en andere betrokken professionals.
- Bespreek welke alternatieven er zijn.
- Besluit op basis van de opvattingen, de behandelinformatie, de voor- en nadelen en eventuele alternatieven of je overgaat tot het aanvragen van een opname.
- Als het netwerk en jij vinden dat een opname nodig is terwijl een jongere vindt van niet, kan je een gedwongen opname in gang zetten. Daarbij dient wel gezegd te worden dat veel jongeren aangeven dat een vrijwillige opname ook als gedwongen voelt.

Bij alternatieven voor een opname kun je bijvoorbeeld denken aan extra ondersteuning door een naaste bij de jongere en het gezin thuis, de jongere bij een naaste laten logeren, het aanbieden van Intensive Home Treatment (IHT) of meerdere keren per dag een contactmoment aanbieden om de dag door te nemen.

Als er wordt besloten tot opname, is het volgende belangrijk:

- Wees transparant over de duur. De opnameduur moet zo kort mogelijk zijn en vooraf bepaald worden.
- Formuleer een doel om aan te werken tijdens de opname, zoals stabiliseren.
- Betrek ook ouders/naasten bij de opname. Bij opnames kan het helpend zijn de ouders mee op te nemen.
- Gebruik de opname om de daaropvolgende ambulante hulp beter te kunnen laten slagen.
- Trek grenzen en moedig nieuw ontwikkelde copingvaardigheden aan.
- Zorg voor voldoende monitoring en contact de eerste weken na ontslag.

Als er geen opname ingezet wordt, is het volgende belangrijk:

- Bespreek duidelijk en transparant waarom er geen opname plaatsvindt. Leg bijvoorbeeld uit dat je bang bent dat overgaan tot opname zodat de jongere zich serieus genomen voelt ertoe leidt dat de jongere in de toekomst keer op keer opgenomen moet worden om gezien te worden.
- Zoek naar een alternatief. Hoe kan je de jongere bijvoorbeeld laten merken dat je deze zeker serieus neemt?
- Bekrachtig adequaat hulpvraaggedrag met aandacht.

Time-outafdeling of herstelhuis

Een prettige tussenvorm is een time-outafdeling of een herstelhuis. Er zijn verschillende namen voor. Het gaat om een plek waar een jongere die zorg krijgt zich kan melden als het even te veel is en deze hulp nodig heeft. Het gaat niet om een crisisplek.

4.5 Afzonderen

Afzonderen valt onder vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze maatregelen mogen alleen ingezet worden als daar een wettelijke basis voor is of als er sprake is van een noodsituatie en er geen andere manier is om deze noodsituatie af te wenden. Zie ook de paragraaf **Autonomie en veiligheid bij suïcidegedachten**. Dit maakt dat afzonderen vooral in gesloten jeugdhulp plaatsvindt.

Afzonderen kan een kamerplaatsing zijn waarbij de jongere een tijd op de eigen kamer verblijft. Dit bijvoorbeeld om prikkels uit de groep te vermijden of de rust met eigen spullen om zich heen op te zoeken. Dit kan als het in overleg met de jongere ingezet wordt, helpend zijn.

Afzonderen kan ook betekenen dat de jongere uit bescherming tegen zichzelf in een veilige kamer, afzonderingsruimte of isoleercel wordt geplaatst onder cameratoezicht. Als dit niet in overleg met de jongere gebeurt, zien de jongeren het meestal als een zware straf. Verder nemen al aanwezige suïcidegedachten en -gevoelens vaak juist toe en kan onbedoeld het signaal afgegeven worden aan de jongere en de rest van de groep dat je niet over suïcidaliteit kan praten zonder beheersmatige gevolgen. Jongeren zullen hierdoor hun suïcidegedachten en -gevoelens eerder voor zichzelf houden dan delen (Kaijadoe e.a., 2021). Plaatsing in een veilige kamer, afzonderingsruimte of isoleercel moet daarom als laatste redmiddel beschouwd worden. Zet het enkel in als er geen andere mogelijkheden zijn om de veiligheid van de jongere te waarborgen. Zorg er dan wel voor dat er altijd iemand bij de jongere blijft en bied mogelijkheden voor rooming-in van naasten. De essentie van suïcidepreventie is immers het vasthouden van het contact, zeker op het moment dat het gevaar groot is. Ook mag het afzonderen niet langer duren dan noodzakelijk. Vraag jezelf steeds af of de maatregel nog helpend is voor de jongere.

Bij beide vormen van afzondering is het belangrijk dat de interventie niet als straf of afwijzing wordt ervaren, maar als iets dat de jongere op dat moment helpt om bijvoorbeeld weer tot rust te komen. Overleg daarom altijd met de jongere voor je de interventie inzet en bespreek hoe het kan helpen.

Minder gaan afzonderen is voor professionals niet altijd makkelijk. Wat helpt is om te kijken naar de momenten waarop afzonderen als interventie wordt ingezet. Vervolgens kan er binnen het team worden nagedacht over goede alternatieven en wat er nodig is om minder af te zonderen (zoals kleinere groepen of meer professionals op een groep). Kijk ook naar de informatie uit het project [Ik laat je niet alleen](#).

4.6 Non-suicidecontract

In de praktijk wordt het non-suicidecontract nog regelmatig gebruikt, maar dit wordt afgeraden. Een non-suicidecontract bevat een duidelijke verklaring van de jongere zichzelf niet te doden gedurende een bepaalde periode, een noodplan voor als de spanning oploopt en wederzijdse verantwoordelijkheden van de jongere en professional (De Vries e.a., 2008). Uit onderzoek blijkt dat een dergelijk contract niet bijdraagt aan het voorkomen van suicide. Contracten hebben mogelijk zelfs schadelijke effecten, zoals het niet meer bespreekbaar durven maken van de eigen gedachten (Farrow e.a., 2002). Het risico hiervan is dat deze gedachten alsmaar sterker worden.

4.7 Aandacht voor groepsgenoten

Suïcidaliteit bij een jongere op een groep heeft vaak ook effect op de andere jongeren. Denk aan een toename van suicidaliteit, gevoelens van bezorgdheid en gevoelens van boosheid. Daarom is het bij suicidaliteit ook van belang de andere jongeren goed in de gaten te houden.

Als er sprake is geweest van een suicidepoging, kun je het volgende doen:

- Leg uit wat er is gebeurd zonder in detail te treden en laat weten hoe het met de groepsgenoot gaat. Overleg altijd met de desbetreffende jongere wat er in de groep gedeeld mag worden.
- Vraag hoe het met de andere jongeren gaat. Geef de jongeren de ruimte om hun gevoelens te delen. Verplaats daarna de aandacht naar een meer ontspannend onderwerp of ontspannende activiteit.
- Observeer de jongeren en ga met hen in gesprek als je het idee hebt dat er meer aan de hand kan zijn.
- Suïcidaliteit kan in een groep besproken worden. Vraag daarna wel in een individueel gesprek naar het effect op de jongeren. Van de jongeren die zich stilhielden in de groep weet je niet of het ze aan het denken heeft gezet over suicidaliteit. Bij de jongeren die in het gesprek juist erg aanwezig waren, kan het best voorkomen dat er in een individueel gesprek ineens heel andere gedachten en gevoelens op de voorgrond staan.

Bij het bespreken van een suicide is het volgende van groot belang:

- Bespreek de suicide niet tot in de details in de groep. Check bij elke jongere, in een individueel gesprek, wat ze weten van de suicide en wat het overlijden met de jongere doet. Ga ook na of er fantasieën aanwezig zijn over het overlijden.
- Vermijd uitspraken als “X heeft nu eindelijk rust” en voorkom dat je de dood verheerlijkt. Focus met name op het gemis en het verdriet en hoe hiermee om te gaan. Verzacht de dood niet door te spreken over een rustig en mooi plekje waar de jongere heen is gegaan, want dit kan het beeld dat de dood rust geeft vergroten.

5. SAMENWERKING MET NAASTEN

Voor de leesbaarheid wordt in dit hoofdstuk vooral over ouders gesproken. Soms worden er – als daar aanleiding toe is – in plaats van de ouders andere belangrijke naasten betrokken. Wat betreft de wetgeving, is het goed om te weten dat er wat anders kan gelden voor het inlichten van ouders dan andere naasten.

Werk samen met naasten, tenzij er zwaarwegende bezwaren zijn. Naasten zijn niet alleen een waardevolle bron van informatie en steun, maar kunnen ook helpen bij het verminderen van suïcidaliteit en zorgen voor veiligheid. Bij jongeren is het nadrukkelijke advies om in ieder geval een actieve samenwerking met de ouders op te starten. Of als dat niet mogelijk is met andere belangrijke opvoeders. Voor jongeren onder de 16 jaar is dit zelfs verplicht.

Samenwerken met ouders, brussen, vrienden of andere naasten zorgt ervoor dat een verbonden gevoel toeneemt en een positieve onderlinge band versterkt wordt. Dit kan beschermend werken.

In de meeste gevallen gaat het om het samenwerken met de ouders, maar brussen, vrienden, klasgenoten en andere naasten kunnen net zo goed een waardevolle bron van informatie en steun zijn. Vaak weten zij andere dingen te vertellen dan de ouders. Vraag ook aan de jongere wie er bij de zorg betrokken zou moeten worden.

Figuur 6: Samenwerken met naasten



Contact maken met naasten

Investeer bij het samenwerken met naasten ook in het contact maken. Ga met een open houding het gesprek aan, luister zonder te veroordelen, pas je taalgebruik aan, doe geen aannames, vraag uit waar naasten behoeften aan hebben, wat zij van de zorg verwachten en welke rol ze zelf willen innemen. Kijk nog eens naar de aanbevelingen die in de paragraaf [Contact maken met de jongere](#) worden gegeven. Deze tips kun je ook toepassen bij naasten.

5.1 Ouders

Een actieve samenwerking met de ouders is uiterst belangrijk. Ouders zijn namelijk:

- een bron van informatie. Ouders hebben hun eigen ervaringen en kennen hun kind al vanaf de geboorte. Hun inbreng helpt om een zo compleet mogelijk beeld van de suïcidaliteit bij de jongere te krijgen;
- een bron van steun. In veel gevallen is er sprake van een liefdevolle band tussen de jongere en de ouders. Ze willen er zijn voor de jongere. Dat kan bijvoorbeeld door een luisterend oor te bieden,

- samen alleen maar 'te zitten' of samen afleiding te zoeken;
- een partner bij het zorgen voor de veiligheid van de jongere. Na een gesprek, behandeling of opname keert de jongere vaak weer terug in de thuissituatie. Ouders spelen hier een belangrijke rol in het waarborgen van de veiligheid. Voor deze waarborging is het belangrijk dat ouders meedenken over het veiligheidsplan en helpen bij de uitvoering ervan. De ouders hebben hierbij vaak behoefte aan ondersteuning door betrokken professionals.

5.1.1 Bespreken van de samenwerking met de jongere

Bespreek altijd eerst met de jongere dat je de ouders wilt spreken. Vertel dat je wilt vragen hoe zij tegen het suïcidale gedrag aankijken, welk beeld zij hebben en wat zij denken dat zou kunnen helpen. Niet omdat je wilt controleren of wat de jongere vertelt waar is, maar omdat anderen de ervaring van de jongere kunnen aanvullen. Dit kan soms veel inzicht geven. Een duidelijke uitleg aan jongere over het belang van de samenwerking met de ouders is noodzakelijk. Minstens net zo belangrijk is een heldere uitleg aan de ouders over het belang van hun rol.

5.1.2 Afspraken maken

In veel situaties zijn goede afspraken met de jongere mogelijk over:

- wat wel en niet gedeeld mag worden met de ouders;
- hoe gedetailleerd de ouders op de hoogte worden gehouden;
- welke rol ouders hebben in het verminderen van het risicogedrag;
- wie wanneer en op welke wijze contact opneemt met de ouders, waarbij in het bijzonder aandacht is voor twee momenten: bij ernstige suïcidale dreiging of een suïcidepoging;
- het uitvoeren en evalueren van het veiligheidsplan, zowel door de jongere zelf als de ouders;
- de mate van betrokkenheid van de ouders in het geval van een opname.

Deze afspraken kun je samen met de jongere en de ouders vastleggen in het behandelplan.

5.1.3 Geen directe samenwerking met de ouders

Soms kan er niet direct actief samengewerkt worden met de ouders en is voorwerk nodig.

Namelijk als:

- de samenwerking (mogelijk) een negatief effect op de jongere heeft;
- de jongere 16 jaar of ouder is en geen toestemming geeft om ouders in te lichten;
- de ouders niet betrokken willen zijn.

Als de jongere geen toestemming wil geven of de ouders geen betrokkenheid wensen, maak dit dan actief onderwerp van gesprek en werk naar samenwerking toe.

Samenwerken heeft mogelijk een negatief effect op de jongere

Soms is het beter om (een van) de ouders niet te betrekken, bijvoorbeeld als een jongere al jarenlang geen contact heeft gehad met een ouder of een ouder een gevaar vormt voor de jongere. Betrek dan de voogd of een belangrijke naaste bij de behandeling. Niemand betrekken bij de begeleiding of behandeling kan het gevoel van eenzaamheid vergroten en maakt dat de jongere afhankelijker wordt van de professionals.

De jongere (16 jaar of ouder) geeft geen toestemming

Wil de jongere niets met zijn ouders delen? Onderzoek dan hoe dat komt en bespreek de voor- en nadelen hiervan. Vaak komt het erop neer dat de jongere de ouders niet tot last wil zijn of bang is dat ze boos worden. Bespreek in het eerste geval met de jongere dat diens ouders zich liever nu tijdelijk verdrietig voelen dan de rest van hun leven als de jongere er niet meer is. Als angst voor

boosheid de reden is, stel dan voor samen het gesprek aan te gaan en bespreek voor wat jullie in het gesprek zeggen. Zeg bijvoorbeeld tegen de ouders: "Wij gaan jullie iets vertellen en we zouden het fijn vinden als jullie niet boos, maar kalm reageren." Vertel de jongere ook dat je als ouder flink kan schrikken van suïcidaal gedrag en dat je die schrikreactie kan opvatten als boosheid, terwijl het eigenlijk bezorgdheid is. Je mag best liefdevol directief zijn als het gaat om ouders betrekken, mits je denkt dat het een positief effect heeft. Blijft de jongere voet bij stuk houden, laat het betrekken van de ouders dan onderwerp van gesprek blijven. Beleg daarnaast een moreel beraad. Mocht hieruit komen dat de ouders toch betrokken worden, bespreek deze uitkomst dan met de jongere. Bespreek waarom en hoe jullie dit gaan doen. Vraag of de jongere erbij wil zitten en wat de jongere belangrijk vindt bij het delen van de informatie.

Moreel beraad

In een moreel beraad sta je met een aantal professionals stil bij een ethische kwestie, zoals: mag je zonder toestemming naasten betrekken? Dit doe je aan de hand van een aantal vragen. Vervolgens documenteer je de uitkomsten en deel je deze met de jongere. Het is belangrijk dat je niets achter de rug van de jongere om doet.

Mogelijke vragen die je kan stellen:

- Wat zijn mogelijke gevolgen als we de ouders of andere naasten inlichten?
- Wat zijn mogelijke gevolgen als we ouders of andere naasten niet inlichten?
- Hoe is de relatie tussen de jongere en de ouders of andere naasten?
- Wat zijn redenen om ze wel of juist niet te betrekken?
- Hoe zullen de ouders reageren? Wat is hun draagkracht?
- Wat kan de jongere overzien? Kan deze de reactie van de ouders nu goed inschatten?
- Hoe zal de jongere reageren als wij toch contact opnemen? Wordt deze boos? Angstig? Gaat deze uit contact? Of laat de jongere het maar gebeuren?
- Als we het doen, wanneer moeten wij dat doen? Welke gevolgen kunnen we per tijdstip verwachten?
- Als we de naasten betrekken, hoe koppelen we dit terug aan de jongere? Hoe kan deze mogelijk reageren?
- Hoe betrekken we de jongere erbij?
- Als we het doen, op welke manieren kunnen we ze inlichten? Welke gevolgen hebben deze manieren?

De ouders willen niet betrokken zijn

Ouders van jongeren met suïcidaliteit geven soms aan dat zij de zorg niet meer aankunnen en het liefst willen dat een professional de zorg van ze overneemt. Bij jongeren kan dit het gevoel versterken dat ze er niet bij horen en anderen alleen maar tot last zijn. Probeer daarom altijd alsnog tot een samenwerking te komen. Ga in gesprek met de ouders, in ieder geval telefonisch, maar het liefst op locatie. Probeer te achterhalen wat ze nodig hebben om toch betrokken te worden. Luister naar ze en toon daarbij begrip voor de weerstand van ouders. Leg uit wat ze voor hun kind en jou kunnen betekenen en welke steun zij daarbij kunnen krijgen.

5.1.4 Informeren bij dreigend gevaar of een suïcidepoging

Bij dreigend gevaar of een suïcidepoging wordt de naaste familie altijd op de hoogte gebracht. Informeren gebeurt altijd in overleg met de jongere. Mocht er weerstand bij de jongere zijn, vraag dan uit wat maakt dat de jongere weerstand heeft. Houd wel voet bij stuk, mits je denkt dat inlichten helpend voor de jongere is. Zoek samen naar mogelijke oplossingen. Is de jongere bang dat de ouders boos worden? Dan kun je voorstellen vooraf het volgende aan te geven: "Wij gaan iets met

jullie delen en willen jullie vragen om niet boos te reageren.” Is de jongere bang dat deze straks niets meer mag van de ouders? Stel dan voor om met de ouders te bespreken of de jongere bijvoorbeeld nog wel naar voetbal mag. Check bij de volgende afspraak bij de jongere of de ouders zich aan de gemaakte afspraken houden.

5.1.5 Geheimhoudingsplicht versus zorgplicht

De plicht om goede zorg te leveren is belangrijker dan het vasthouden aan de geheimhoudingsplicht. Als een jongere van 16 jaar of ouder niet instemt met het informeren van en samenwerken met diens ouders, kan na zeer zorgvuldige weging van de belangen van de jongere, een goede dossiervorming en het vooraf voorleggen van het besluit aan een collega toch besloten worden de ouders te betrekken. Leg altijd aan de jongere uit waarom je dit besluit hebt genomen. Doe dit als volgt:

- Maak altijd een zorgvuldige afweging in het wel of niet opzoeken van de samenwerking met de ouders/naasten. Dit doe je in overleg met de jongere. Leg vervolgens helder aan de ouders uit welk besluit er om welke reden is genomen.
- Zorg dat de ouders weten wanneer en van wie ze informatie kunnen krijgen en bij wie ze met vragen terecht kunnen.
- Zorg dat je altijd in het dossier vastlegt met welke argumenten je wel of niet de ouders op de hoogte hebt gebracht en waarom wel of niet de samenwerking op de verschillende momenten in de behandeling met hen is gezocht. Op deze manier kan je altijd achteraf goed terughalen waarom welke keuzes zijn gemaakt.

In de wet is ook het een en ander vastgelegd over het zogenaamde conflict van plichten. Zie [bijlage 10 Wetgeving](#).

5.2 Ondersteuning van het gezin

Suïcidaliteit kan ouders en andere gezinsleden radeloos maken. Ze willen hun kind, broer of zus niet verliezen, maar weten soms ook niet meer hoe ze deze kunnen beïnvloeden of steunen. Ze kunnen ook gaan twijfelen aan hun eigen handelen en zich verantwoordelijk voelen voor het ontstaan van de suicidaliteit. Het is dan belangrijk te benadrukken dat je verantwoordelijk voelen wat anders is dan verantwoordelijk zijn. De boodschap hierbij is dat er nooit één enkele oorzaak is voor suicidaliteit. Het gaat altijd om een combinatie en opeenstapeling van factoren die maken dat een jongere ernstig vastloopt.

Ouders kunnen verder vastlopen omdat de situatie druk uitoefent op hun relatie, werk, sociale netwerk en draagkracht. Ook kunnen ouders zorgen hebben over eventuele andere kinderen: hoe gaat het met hen en wat deel je over de lopende behandeling?

Ook brussen worden geraakt door de suicidaliteit. Ze kunnen verschillend reageren. De een past zich bijvoorbeeld aan, cijfert zichzelf weg en vraagt weinig aandacht en de ander kan bijvoorbeeld juist gaan provoceren en relschoppen. Dit kan grote invloed hebben op hun leven en verdere ontwikkeling. Ze willen graag erkenning voor de problemen van het brus-zijn en hun verhaal kwijt (Okma e.a., 2015), maar bij wie? Ze voelen zich al snel tot last.

Aandacht geven aan brussen

Vraag de ouders altijd naar het welzijn en de veiligheid van de andere kinderen uit het gezin. Als je een brus spreekt, vraag dan altijd hoe het gaat en wat de situatie met de brus doet.

Meggie Bouwmeester – GGNet Preventie: “Brussen verdienen aandacht en erkenning voor hun emoties. Omdat brussen gewend zijn om zichzelf weg te cijferen en zich ook niet altijd realiseren dat ze om hulp kunnen én mogen vragen, is het belangrijk dat professionals rondom het kind een signaalfunctie hebben. Het vraagt ook om over het eigen gevoel van ‘ik heb het al druk genoeg’ heen te stappen en echt aandacht te hebben. Heel concreet vragen: ‘Hoe is het met jou?’ Zodat kinderen hun verhaal kunnen doen. En daarna nog een keer: ‘Hoe is het écht met jou? Want het is best heftig wat hier gebeurt en als het niet lekker gaat mag je dat gerust zeggen, dat is niet belastend voor je ouders. Jij mag ook gewoon kind zijn.’ Doorvragen is belangrijk, want ze zijn niet gewend om hun eigen verhaal op de voorgrond te plaatsen (Okma e.a., 2015).”

Ze voelen zich soms ook buitengesloten als het gaat om de zorg voor de zorgintensieve broer of zus. Ze willen meestal graag meepraten over hun broer of zus en hoe zij deze kunnen ondersteunen (Okma e.a., 2015).

Heb als professional aandacht voor het gezin dat om de jongere heen staat. Kijk waar je het gezin kan ondersteunen. Je kunt de gezinsleden ondersteunen door:

- ze hun verhaal te laten doen;
- ze aandacht en erkenning voor hun emoties te geven;
- ze te helpen bij hun worsteling met gevoelens van verantwoordelijkheid;
- ze uitleg te geven over de behandeling, gestelde diagnoses en suïcidaliteit;
- ze te vragen of ze kunnen overzien wat ze nodig hebben en willen;
 - » zo ja, ze te vragen wat zij nodig hebben, wat ze willen en hoe ze betrokken willen worden;
 - » zo nee, ze voorbeelden te geven van wat er zou kunnen;
- ze een training aan te bieden over omgaan met suïcidaliteit;
- ze tips te geven over het contact houden met elkaar;
- het bespreken van lastige thema's als overbelasting van het gezin, autonomie en controle;
- te helpen bij het vergroten van hun veerkracht, bijvoorbeeld door:
 - » uit te stralen dat elk gezin zich kan herpakken;
 - » een open en duidelijke wijze van communiceren te stimuleren;
 - » naar de manieren te vragen die het gezin kent om met stressvolle situaties om te gaan;
 - » naar hulpbronnen te vragen, zoals het geloof, samen de natuur opzoeken, sportieve activiteiten ondernemen of muziek luisteren;
 - » te zoeken naar onderlinge verbindingen, om het vertrouwen weer te vergroten.
- te helpen bij het tijd vrij maken voor elkaar;
- te helpen bij het vinden van de juiste zorg als bij hen psychische klachten spelen of ontstaan;
- te wijzen op de 113 hulplijn, deze is ook bedoeld voor naasten die vragen hebben;
- te verwijzen naar een brussengroep of oudergroep.

Suicide Preventie Centrum biedt bijvoorbeeld [zelfhulpgroepen aan voor naasten](#).

Mee-leven

[Mee-leven](#) is een Belgische website voor en door naasten van een gezinslid die kampt met suïcidaliteit. Hier kan je naasten naartoe verwijzen.

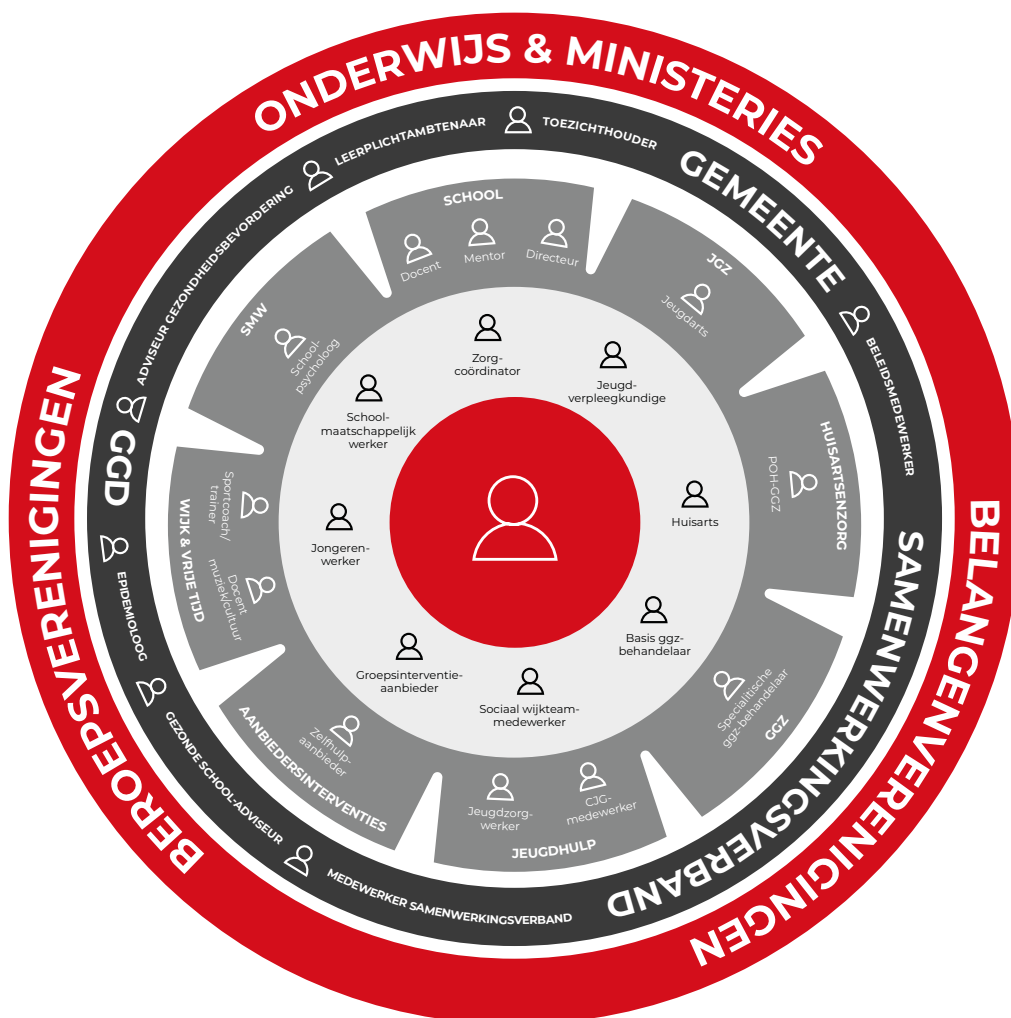
6. SAMENWERKING MET ANDERE BETROKKEN PROFESSIONALS

Een jongere die zorg krijgt heeft vaak lijntjes met meerdere organisaties. Welke organisaties betrokken zijn bij de zorg voor een jongere wisselt. Organisaties die deel uit kunnen maken van het netwerk van de jongere zijn onder andere wijkteams, huisartsenpraktijken, opvoedhulp, jeugdzorg(Plus), ggz, pleegzorg, jeugdbescherming, reclassering, ziekenhuizen en het onderwijs.

Het is belangrijk om samen met de betrokken professionals en naasten om de jongere heen te gaan staan en waar mogelijk elkaars expertise te benutten. Dit draagt onder andere bij aan een compleet beeld van de suïcidaliteit, minder wisselingen van plek of professional omdat je makkelijker vanuit buitenaf hulp kan inschakelen en continuïteit van zorg. Samenwerken met school, sportclubs of andere vormen van dagbesteding is nodig om te kijken hoe de jongere in verbinding kan blijven met leeftijdsgenoten en andere personen in het leven van de jongere. Dat kan een beschermend effect hebben bij suïcidaliteit.

Meer over het samenwerken met het professionele netwerk en de daarbij horende vraagstukken vind je in de paragraaf [Netwerkwzorg](#).

Figuur 7: Het professionele netwerk



Voorbeelden van manieren waarop je kan samenwerken:

- Verzamel samen met de jongere, naasten en betrokken professionals uit het netwerk informatie over de suicidaliteit en het ontstaan ervan.
- Spreek één taal en voer een gezamenlijk beleid uit.
- Kom samen tot een plan van aanpak. Spreek af wat ieders rol hierin is.
- Bespreek het veiligheidsplan en biedt elkaar ondersteuning bij het uitvoeren ervan.
- Benader elkaar bij toenemende zorgen om de jongere en complexe vraagstukken.
- Maak afspraken met elkaar over zaken als taakverdeling, het delen van informatie, verwijsmogelijkheden en het opnamebeleid.
- Evalueer situaties waarin suicidaliteit voorkomt met elkaar.

7. HET EIGEN WELZIJN

Werken met jongeren bij wie suïcidaliteit speelt kan aan de ene kant voldoening geven. Vooral als je ziet dat de worsteling van de jongere minder zwaar wordt, deze weer aan zijn toekomst durft te denken en stap voor stap bouwt aan het leven. Aan de andere kant kan het ook zwaar zijn.

Net zoals de jongere niet alleen met de gedachten moet worstelen, moet je als professional niet proberen de situatie in je eentje te dragen. Het is belangrijk dat je samenwerkt met anderen en zo samen de verantwoordelijkheid kunt dragen (Van Luyn & Kerkhof, 2019). Ook is het belangrijk dat je goed voor jezelf zorgt en je kennis over suïcidaliteit up-to-date houdt. Enkele tips:

- Beloof geen geheimhouding. Dit belast je eigen draagkracht te veel en voor effectieve begeleiding of behandeling is afstemming met collega's en naasten van belang.
- Bespreek de suïcidaliteit van de jongere in teamvergaderingen.
- Vraag om hulp als je ergens over twijfelt.
- Wees open over je eigen gevoelens en bespreek deze in het team.
- Wees open over je eigen (on)mogelijkheden in het omgaan met deze problematiek.
- Grijp tijdig in als je signalen voelt bij jezelf die duiden op overbelasting.
- Zorg voor een gezonde leefstijl.
- Durf grenzen aan te geven, om hulp te vragen en hulp te aanvaarden.
- Neem pauze en ga regelmatig even weg van het werk.
- Probeer elkaar te steunen in het team en leer van elkaar (onder andere met intervisie).
- Vergroot je kennis over suïcidaliteit. Je krijgt dan meer vertrouwen in je eigen handelen en bent beter voorbereid indien er onverhoopt een suïcide plaatsvindt (Sandford e.a., 2020).
- Houd de eigen professionaliteit op peil door regelmatig contact met andere professionals, zowel binnen als buiten de instelling, bijscholing en intervisie.
- Kijk als collega's naar elkaar om en laat het de ander weten als je je zorgen maakt.
- Als je naar een collega luistert, luister dan en voorkom het direct geven van tips en inhoudelijke behandeladviezen. Dit kan het mogelijke faalgevoel alleen maar vergroten.

7.1 Secundaire traumatische stress

Als je werkt met jongeren bij wie suïcidaliteit speelt, kom je via foto's, verhalen of gedrag vaak in aanraking met schokkende gebeurtenissen. Dat dit je raakt is een normale reactie. Niet altijd lukt het om de gebeurtenissen naast je neer te leggen. Je kunt als gevolg secundaire traumatische stress ervaren (Asarnow & Mehlum, 2019). Bij secundaire traumatische stress ervaar je onder andere aanhoudende stress, voel je je uitgeput en ontwikkel je vergelijkbare klachten als de jongere, zoals sombere gedachten, indringende beelden en nachtmerries (Donk & De Ridder, 2000). Let op jezelf, en wees open en eerlijk naar jezelf en anderen als je bovenstaande symptomen opmerkt. Maar let ook op je collega's. Geef steun en hulp als je merkt dat een ander het moeilijk heeft.

7.2 Overeind blijven na een suïcide(poging)

Een suïcide(poging) maakt vaak een diepe indruk op professionals en zorgt voor hevige emoties, zoals ongeloof, verdriet, onmacht, verslagenheid, angst, schuldgevoelens, boosheid, maar ook shock en trauma (Kaijadoo e.a., 2021). Om het vol te houden na een suïcide, kan het volgende helpen (Buijssen, 2022):

- Zoek steun bij collega's en naasten.
- Geef aan wat je behoeftes zijn.
- Gun jezelf de tijd om bij je emoties stil te staan.

- Zoek afleiding.
- Zorg voor voldoende slaap, gezond eten en lichaamsbeweging.
- Geef je grenzen op tijd aan.
- Neem vrij van werk als dat te veel spanning oplevert.
- Bedenk dat suïcides niet altijd te voorkomen zijn, hoe hard iedereen ook zijn best doet.

Heeft een collega een suïcide(poging) meegemaakt, dan kun je het volgende doen:

- Iedereen reageert anders op een suïcide(poging), vraag daarom waar de ander behoefte aan heeft.
- Vraag de ander of deze erover wil praten of baat bij afleiding heeft.
- Geef je collega de ruimte om erover te praten als deze dat wil.
- Respecteer het als je collega dat niet wil.
- Blijf regelmatig vragen hoe het gaat, vraag dan: “Hoe gaat het vandaag met je?”
- Vermijd het geven van advies.
- Verwijs naar professionele hulp als je merkt dat het niet goed gaat.
- Vraag na een jaar nog eens hoe het gaat. Regelmatig komen de gevoelens een jaar later weer naar boven.

Dat suïcidaliteit veel in professionals losmaakt, staat vast. In veel gevallen geldt dat je als professional veel kan betekenen voor een jongere en de suïcidaliteit gaandeweg zal afnemen. Net als voor iedereen geldt echter ook voor jeugdzorgprofessionals dat je niet alle suïcides van jongeren kan voorkomen, hoe hard je je best ook doet. Als een jongere die aan jouw zorg is toevertrouwd overlijdt door suïcide, kun je je verantwoordelijk voelen, maar je bent het niet. Niemand is persoonlijk verantwoordelijk voor de suïcide van een ander.

8. SOCIALE MEDIA, ZOWEL EEN STEUN ALS EEN GEVAAR

Sociale media kunnen zowel helpend als een risico zijn bij suicidaliteit. Ze kunnen enerzijds bijdragen aan een steunend sociaal netwerk, het zoeken van (professionele) hulp (Robinson e.a., 2015; Sedgwick, 2019) en het leren praten over problemen. Anderzijds kunnen sociale media suicidaliteit triggeren, aanmoedigen of normaliseren: "Suicide plegen is een acceptabele manier om van mijn problemen af te komen." (Sedgwick, 2019; Robinson e.a., 2016; John e.a., 2018).

8.1 De gevaren van sociale media

De grootste gevaren van sociale media worden hieronder nader toegelicht. De informatie vind je ook beknopt terug in [deze illustratie met bijbehorende aanbevelingen](#).

8.1.1 Online identiteit

Wat in de praktijk regelmatig gezien wordt, is dat een jongere een online identiteit creëert. Het gaat niet goed en dus plaatst de jongere foto's en quotes waaruit je dat duidelijk kunt opmaken. Als gevolg krijgt de jongere vaak veel volgers en veel likes. Als het weer beter gaat en de jongere daar iets over plaatst, kan het maar zo zijn dat deze daar veel minder likes voor krijgt. Dit omdat de mensen die de jongere volgen zich niet langer in de jongere herkennen en omdat mensen in het algemeen nou eenmaal vaker iets liken wat spannend en negatief is. Dit kan negatieve gedachten uitlokken of versterken en leiden tot het opnieuw plaatsen van depressieve en suïcidale berichten. Dat de jongere in de online wereld blijft hangen, staat het herstel in de weg. Het is belangrijk om hierover met de jongere in gesprek te gaan.

8.1.2 Triggers

Als een jongere op sociale media ziet dat anderen zich bijvoorbeeld depressief voelen, hulp krijgen voor hun suïcidaliteit, opgenomen zijn of in het ziekenhuis zijn vanwege een suïcidepoging, kan dat een trigger zijn om zelf na te gaan denken over suïcidaliteit.

8.1.3 Normalisering van suïcidaliteit

Op sociale media zien jongeren andere jongeren bij wie suïcidaliteit speelt. Vaak gaan jongeren gericht naar deze jongeren op zoek. Ook zorgt een algoritme ervoor dat als een jongere een niet-helpend bericht over suïcidaliteit, zelfbeschadiging of depressiviteit heeft bekeken en geliket, de jongere meer hiervan aangeboden krijgt. Dit leidt tot het zien van veel berichten over suïcidaliteit. Het kan daardoor lijken alsof het allemaal normaal is. Dit brengt het risico met zich mee dat grenzen kunnen vervagen.

8.1.4 Negatieve uitlatingen over de hulpverlening

Jongeren die opgenomen of in behandeling zijn, plaatsen op sociale media weleens negatieve filmpjes of foto's over de plek waar ze verblijven of hun behandelaar. Dit kan ervoor zorgen dat er bij andere jongeren weerstand ontstaat om hulp te zoeken. Verder kan het in behandelgroepen verstorend werken, met een onveilige groepsdynamiek als gevolg.

8.1.5 Delen van privacygevoelige informatie

Jongeren plaatsen vaak zonder er helemaal bij te zijn of in een opwelling teksten, foto's en filmpjes op sociale media. Ze beseffen op het moment van plaatsen vaak niet wat dat op de lange termijn betekent. Je kunt er bijvoorbeeld op een later moment weer mee worden geconfronteerd. Jongeren kunnen achteraf flink schrikken of spijt hebben van wat ze geplaatst hebben.

8.2 Aanbevelingen

Ga in gesprek over sociale media en bespreek de voordelen en risico's. Enkele aanbevelingen:

- Vraag tijdens de intake naar het gebruik van sociale media. Stel directe vragen, zoals:
 - » Wat doe je zoal online?
 - » Op welke manier gebruik je apps en sociale media?
 - » In hoeverre gebruik je het en wat haal je eruit?
 - » Zoek je op internet weleens naar mensen die met hetzelfde worstelen als jij? Waar vind je die?
 - » Krijg je online hulp van iemand? Vertel daar eens wat over?
 - » Heb je online weleens foto's gepost, verstuurd of ergens over gepraat waarvan je achteraf denkt dat je dat niet meer zo snel zou doen? Of waar je je voor schaamt?
 - » Heb je online weleens een vervelende ervaring gehad?
- Belangrijk is om helpende sociale mediacontacten niet te veroordelen. Als een jongere echt steun ervaart van een gamevriend uit Amerika, accepteer deze persoon dan als een belangrijke ander.
- Neem het gebruik van sociale media op in het veiligheidsplan: welke sociale media kunnen ontspanning geven en welke moeten vermeden worden op het moment dat de spanning hoog oploopt?
- Wees alert op online community's, fora en geheime accounts waarop jongeren afbeeldingen van zelfbeschadigingen en suïcidale uitingen met elkaar delen en online pestervaringen (John e.a., 2018; Mérelle e.a., 2019). Heel soms spelen ook online challenges waarbij jongeren zichzelf pijn moeten doen een rol bij suïcidaliteit (Mérelle e.a., 2019).
- Neem jongeren tegen zichzelf in bescherming wat het gebruik van sociale media betreft. Dit kan bijvoorbeeld door uitleg te geven over de risico's van het gebruik en door afspraken te maken over het gebruik van sociale media. Deze afspraken kun je vastleggen in het signaleringsplan. Een voorbeeld: 'nabespreken nadat ik een half uur op de telefoon ben geweest'.
- Bij groepen is het des te belangrijker dat er goede afspraken zijn en beleid is voor het gebruik van sociale media. Het kan helpen om een of meerdere groepsbijeenkomsten aan het thema apps en sociale media te wijden.

9. DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN SUÏCIDALITEIT

Dit hoofdstuk bevat adviezen die vooral relevant zijn voor de professionals in de curatieve zorg.

9.1 Risicotaxatie

De welbekende risicotaxatie is vanwege inzichten uit recente wetenschappelijke onderzoeken niet opgenomen in deze leidraad.

Lange tijd stonden het inschatten van het suïciderisico en het treffen van maatregelen om dat risico te verminderen centraal binnen de suïcidepreventie. Er is echter herhaaldelijk aangetoond dat er geen methode is die het risico op zelfverwonding en suïcide kan voorspellen (Hawton e.a., 2022; Saab e.a., 2022; Simpson e.a., 2021; Large e.a., 2016). Zie figuur 9 voor cijfers die bevestigen dat je niet kan inschatten wie een suïcidepoging gaat doen.

Figuur 8: Risicotaxaties zitten er meestal naast (Factsheet Diagnostiek, 113 Zelfmoordpreventie, 2022)



Mogelijk speelt mee dat cliënten niet altijd even open zijn over hun suïcidaliteit. Daarnaast fluctueert suïcidaliteit gedurende de dag, zoals te zien is in figuur 3 in de paragraaf **Het beloop**. Cliënten kunnen bijvoorbeeld op het moment van de taxatie weinig tot geen suïcidaliteit ervaren en later op de dag een (plotse) toename ervaren. Ook geven cliënten aan dat zij vooraf geformuleerde vragen als nutteloos en onnatuurlijk ervaren. Zij missen dan dat de professional met een validerende en nieuwsgierige houding luistert naar het verhaal achter de suïcidaliteit. Ze voelen zich daardoor minder gehoord en antwoorden minder openlijk (Hawton e.a., 2022).

Het maken van een risicotaxatie heeft ook effect op de professionals. Bij een fatale afloop kan de professional zich schuldig voelen over de gemaakte inschatting. Ook kunnen collega's of de organisatie veroordelend reageren. Dit terwijl het gezien de wetenschappelijke evidentie niet realistisch is om aan een professional te vragen een risicotaxatie te maken (Turner e.a., 2020; Hawton e.a., 2022). Het moeten maken van een inschatting kan het gevoel van verantwoordelijkheid en het gevoel van falen bij de professional vergroten. Dit kan ervoor zorgen dat de spanning bij de professional toeneemt en het lastiger wordt contact te maken met de cliënt en de wanhoop.

Zortea e.a. (2020) verwijzen naar de WHO- en NICE-richtlijnen waarin staat dat klinische assessments niet op basis van risicotaxaties moeten gaan, maar op basis van een gedetailleerd interview om van hieruit een persoonlijk plan voor de cliënt op te stellen. Ook Hawton e.a. (2022) pleiten voor een dynamische aanpak waarin je uitgebreid vraagt naar het verhaal achter de suïcidaliteit. Wat zijn de

risicofactoren en wat de beschermende factoren? Welke zorgen zijn er en waar put iemand juist kracht uit? Hoe is de suïcidaliteit ontstaan? Welke behoeften en wensen zijn er? Vervolgens kan er samen met de cliënt en het netwerk gekeken worden naar wat er nodig is, zowel op de korte als op de lange termijn. Het maken van een veiligheidsplan is hierbij essentieel.

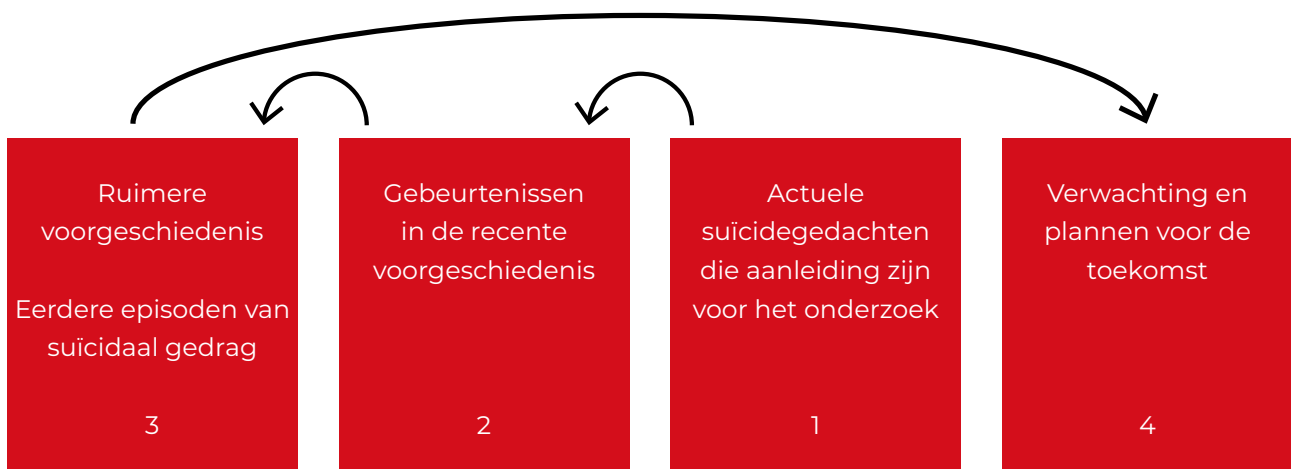
Het is belangrijk om:

- contact te maken met de jongere en naasten en een goede werkrelatie op te bouwen;
- inzicht en overzicht te creëren: probeer zoveel mogelijk te weten te komen en orden dit tot een samenhangend verhaal;
- te bepalen wat er moet veranderen om het risico op suïcide te verminderen, waarbij je zoekt naar zaken die rechtstreeks te beïnvloeden zijn.

9.2 Het CASE-interview

Het CASE-interview (Shea, 1998) kan helpen bij het begrijpen van de suïcidaliteit van de jongere (Van Hemert e.a., 2012; Meerdinkveldboom e.a., 2019). CASE staat voor Chronological Assessment of Suicide Events. Bij dit interview vraag je eerst naar de actuele gedachten en gebeurtenissen, dan naar de recente voorgeschiedenis (4-8 weken) en vervolgens naar de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Tot slot vraag je hoe de jongere de toekomst ziet, welke plannen deze heeft en wat er zou moeten veranderen om het toekomstperspectief te verbeteren. Zie figuur 10 voor een visuele weergave van het interview. Werk het interview op hoofdlijnen uit en voeg het toe aan het dossier van de jongere.

Figuur 9: Het CASE-interview (Shea, 1998)



9.3 Het narratief interview als alternatief voor het CASE-interview

Het narratief is een methode waarbij je zoekt naar wanneer de suïcidaliteit het heftigst was of veranderd is. Over die momenten stel je vervolgens vragen. Het hier beschreven narratief is gebaseerd op een onderdeel uit het boek *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention* (CBT-SP; Bryan & Rudd, 2018). Er is nog geen onderzoek verricht naar specifiek het effect van het narratief, maar wel laat onderzoek naar CBT-SP als methode bij jongeren veelbelovende resultaten zien. Zo geven jongeren zelf aan dat de methode hen helpt (Stanley e.a., 2009) en kan het depressieve symptomen en suïcidedgedachten verminderen (Vitiello e.a., 2009).

Bij het narratief neem je de volgende stappen:



1 Zoek naar de hoogste piek. Vraag wanneer iemand de afgelopen week of weken het dichtst bij zelfdoding was. Vraag zo nodig door tot jullie een concreet moment van maximaal drie uur hebben gevonden. Dit heet het 'indexmoment'.



2 Zoek naar behandeldoelen. Vraag iemand om te vertellen over de dag van het indexmoment en stel open vragen om dingen op het spoor te komen waar jullie wat mee kunnen.



3 Zoom uit en zoek naar 'knikken'. Dat zijn punten in het leven waarop er ineens een toe- of afname van suïcidaliteit was. Vraag wanneer iemand voor het laatst een week niet aan zelfdoding heeft gedacht en wat er toen anders was. Ga na wanneer de suïcidaliteit sindsdien is toe- of afgenomen en waarom.



4 Vat jullie bevindingen samen. Geef een samenvatting van jullie bevindingen die eindigt met de redenen die iemand ziet om af te zien van zelfdoding. Vraag om een reactie. Voeg de bevindingen toe aan het dossier van de jongere.

9.4 Structuurdiagnose

Je stelt na het CASE-interview of het narratief interview een structuurdiagnose op. Dit is een beschrijving van de suïcidale toestand en hoe deze is ontstaan. De diagnose is opgebouwd uit:

- een beschrijving van de suïcidale toestand;
- een beschrijving van de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren;
- een beschrijving van de beschermende factoren;
- een werkhypothese over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag;
- een inschatting van de mate waarin de jongere in staat geacht mag worden de eigen belangen bij het suïcidale gedrag te overzien en te waarderen.

Bespreek de structuurdiagnose met de jongere en zijn naasten en pas waar nodig aan. Het is verder belangrijk dat de structuurdiagnose bij elk signaal van suïcidaliteit wordt bijgesteld.

9.5 Behandelplan

In de behandeling is directe aandacht voor de suïcidaliteit nodig (Meerwijk e.a., 2016). In het behandelplan moet de suïcidaliteit daarom nadrukkelijk worden benoemd. Neem in het plan de structuurdiagnose op en zoek interventies bij de factoren die bijdragen aan de suïcidaliteit. Denk samen met de jongere, naasten en betrokken professionals na over een plan van aanpak. Het kan zijn dat er meerdere netwerkpartners nodig zijn om de gestelde doelen te bereiken. Het is raadzaam om één behandelplan te gebruiken waarin alle doelen van alle partners staan en aangegeven wordt welke partner hoe aan de doelen werkt. Het is van belang dat het behandelplan regelmatig geëvalueerd wordt met de jongere, naasten en betrokken professionals.

9.6 Behandeling van suïcidaliteit en de onderliggende problematiek

De behandeling moet zich zowel richten op het verminderen van de suïcidaliteit als de onderliggende problematiek. De onderliggende problematiek kan maatschappelijke problemen omvatten, zoals ruzies tussen de ouders of financiële stress in het gezin, maar ook een psychische stoornis zijn, zoals een depressie. Bij deze onderliggende problematiek is het ook weer belangrijk

om te kijken waar het vandaan komt en welke interventies je daarop in kan zetten. Door de onderliggende problematiek te behandelen, werk je aan de factoren die hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de suïcidaliteit. Dit is voor op de langere termijn belangrijk. Aparte aandacht voor de suïcidaliteit zorgt ervoor dat jongeren en naasten het gevoel krijgen dat ze het serieus over de suïcidaliteit kunnen en mogen hebben. Dat kan alleen al spanning wegnemen. Daarnaast is directe behandeling van de suïcidaliteit nodig om gericht de suïcidaliteit te verminderen, bijvoorbeeld door het werken met een veiligheidsplan en creëren van ruimte voor hoop en zingeving. De suïcidaliteit vermindert vaak minder snel als enkel de onderliggende problematiek behandeld wordt (Meerwijk e.a., 2016). Sterker nog, de suïcidaliteit kan in eerste instantie zelfs toenemen. Dat gebeurt bijvoorbeeld regelmatig na de start van traumaverwerking. Deze traumaverwerking is echter wel nodig voor langetermijnresultaten.

Het is belangrijk ook aandacht te houden voor suïcidaliteit als deze afneemt of afwezig is. Al zijn jongeren op dat moment niet suïcidaal, vaak zijn ze wel bang dat suïcidegedachten en -neigingen weer terugkomen. Hier kunnen ze zich grote zorgen om maken.

Behandeling moet zich zowel richten op de onderliggende problematiek als op de suïcidaliteit. Dat kan parallel aan elkaar.

9.6.1 Behandeling van suïcidaliteit

Er zijn diverse behandelingen die alleen suïcidaliteit als behandelfocus hebben. Denk aan Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP), Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP), Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS), Simagery en Youth-Nominated Support Team. Onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelingen is in volle gang. De behandelingen worden hieronder kort toegelicht, zodat je weet wat er al ontwikkeld is en je je hier verder in kunt verdiepen.

9.6.1.1 Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

ASSIP is een kortdurende therapie die is bedoeld voor mensen die een suïcidepoging hebben gedaan (Michel & Gysin-Maillart, 2020). De belangrijkste componenten van ASSIP zijn een therapeutisch samenwerkingsverband, het op video vastleggen van het verhaal achter de suïcidaliteit, het begeleid terugkijken van de video, het vaststellen van de suïcidespecifieke emoties en cognities, het ontwikkelen van nieuwe cognitieve schema's, het geven van psycho-educatie, het opschrijven van langetermijndoelen, waarschuwingssignalen en veiligheidsstrategieën ter voorkoming van een toekomstige suïcidale crisis en het toetsen en versterken van de veiligheidsstrategieën door blootstelling aan de video en dus aan de recente suïcidale crisis. Hierna wordt gedurende twee jaar met semigestandaardiseerde brieven contact gehouden. Deze brieven herinneren de jongere bijvoorbeeld aan het belang van de afgesproken veiligheidsstrategieën. Er is een versie speciaal voor jongeren en voor mensen met een LVB ontwikkeld. Momenteel wordt de effectiviteit daarvan onderzocht.

9.6.1.2 Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP)

CBT-SP is een gefaseerde behandelaanpak van twaalf sessies gericht op suïcidaliteit (Bryan & Rudd, 2018). Het doel is dat jongeren hun suïcidaliteit beter leren begrijpen, uitlokkers en risicofactoren leren herkennen, crises leren hanteren, hun probleemoplossend vermogen vergroten en op een andere manier over zichzelf na gaan denken. Aan het einde wordt er met een verbeeldingsoefening geoefend met het toepassen van de nieuw aangeleerde vaardigheden in een mogelijke toekomstige crisis (Rudd e.a., 2015).

9.6.1.3 Collaborative Assessment & Management of Suicidality (CAMS)

CAMS is een niet-geprotocolleerde behandeling voor jongeren met (persisterende) suicidaliteit met een sterke focus op de werkrelatie tussen de professional en de jongere (Jobes, 2009). De professional onderzoekt met een open houding samen met de jongere hoe de suicidaliteit ontstaan is. Hiertoe kan het CASE-interview helpen. Als de drijfveren duidelijk zijn, werken de jongere en de professional samen aan een behandelplan en veiligheidsplan. Het suicidale gedrag wordt behandeld door de onderliggende drijfveren van het suicidale gedrag te behandelen. Tijdens de behandeling wordt in elke sessie de suicidaliteit bijgehouden met een vragenlijst, waarbij de jongere een actieve rol heeft in het vaststellen van de suicidaliteit.

9.6.1.4 Simagery

Jongeren met suicidaliteit kunnen terugkerende en indringende beelden hebben over hun suicidaliteit. Bijvoorbeeld over eerdere pogingen, maar ook over een plan dat (nog) niet ten uitvoer is gebracht. Deze beelden kunnen het suiciderisico verhogen. Bij Simagery wordt EMDR gebruikt om de beelden minder indringend te maken en daarmee het suiciderisico te verlagen.

9.6.1.5 Youth-Nominated Support Team-Version II

Deze behandeling heeft als doel jongeren met suicidaliteit na een opname te helpen (King e.a., 2009). In de behandeling kiezen de jongeren maximaal vier volwassen steunfiguren uit, het support team. Deze steunfiguren vormen samen met de jongere een netwerk. Dit netwerk wordt drie maanden begeleid door een professional. De steunfiguren leren hoe zij contact kunnen maken en houden met de jongere. Het netwerk krijgt ook psycho-educatie en inzicht in het mentale welzijn van de jongere.

Raadpleeg voor meer informatie:

- [de website](#) over ASSIP;
- het boek *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention* (Bryan & Rudd, 2018);
- [de website](#) over CAMS;
- [de website](#) over Simagery;
- [het artikel](#) van King e.a. (2009) over Youth-Nominated Support Team for Suicidal Adolescents – Version II.

9.6.2 Behandeling van onderliggende problematiek met suicidaliteit als behandeldoel

Er bestaan behandelingen die zich richten op onderliggende problematiek, met name persoonlijkheidsproblematiek, waarbij suicidaliteit een geïntegreerd behandeldoel is. Denk hierbij aan Dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-J), Mentalization-Based Treatment voor Adolescenten (MBT-A) en Schema Focused Therapy (SFT). Deze evidencebased programma's worden hieronder kort toegelicht.

9.6.2.1 Dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-J)

In de DGT-J-behandeling leren jongeren op een andere manier met hun emoties om te gaan. De behandeling focust op het aanleren van emotieregulatie- en interpersoonlijke vaardigheden en het zonder oordeel leren verdragen van crises. De behandeling omvat vier modules: mindfulness, emotieregulatie, frustratietolerantie (concentratie, afleiding en ontspanning) en intermenselijke activiteit (assertiviteit). De behandeling bestaat uit groepsbijeenkomsten, individuele sessies en de mogelijkheid om dag en nacht met telefonische consultatie extra ondersteuning te krijgen bij het inzetten van nieuwe vaardigheden op momenten dat de spanning oploopt. Er is ook een

protocol voor jongeren met een LVB. Uit onderzoek blijkt dat DGT-J onder andere suïcidegedachten, suïcidepogingen, zelfbeschadiging en depressieve symptomen bij jongeren kan verminderen (o.a. Kothgassner e.a., 2021; Johnstone e.a., 2022).

9.6.2.2 *Mentalization-Based Treatment voor Adolescenten (MBT-A)*

MBT-A is ontwikkeld voor jongeren die onder spanning moeilijk met emoties om kunnen gaan en impulsief reageren. De behandeling zorgt ervoor dat de jongere het eigen gedrag en dat van anderen leert te begrijpen vanuit bijvoorbeeld gevoelens, gedachten en bedoelingen. Door meer aandacht te hebben voor wat er in zichzelf en anderen omgaat, kan er meer ruimte komen voor andere manieren van reageren. Jongeren krijgen meer grip op hun gevoelens en gedrag. De behandeling bestaat uit zowel groepssessies als individuele sessies. MBT is relatief recent aangepast zodat het ook voor jongeren een passende interventie is. Uit de review van Johnstone e.a. (2022) blijkt dat MBT-A onder andere kan leiden tot een vermindering van suïcidegedachten, suïcidepogingen, zelfbeschadiging en depressieve symptomen.

9.6.2.3 *Schema Focused Therapy (SFT)*

Het uitgangspunt van SFT is dat zowel gedachten, gevoelens als gedrag beïnvloed worden door ervaringen uit de jeugd. In de behandeling leert de jongere patronen te herkennen en te begrijpen. Als de jongere begrijpt hoe de patronen ontstaan zijn en welke functies deze patronen hebben, wordt overgegaan tot het veranderen van deze patronen. Er wordt gekeken naar alternatieve gedachten over zichzelf en de ander, waardoor ook het gedrag en gevoel veranderen. Onder de patronen valt ook suïcidaliteit. Dit kan een manier zijn om op negatieve gedachtepatronen te reageren. SFT wordt zowel in individuele als groepstherapie gegeven. Er is ook een protocol SFT bij LVB-problematiek. Het onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij jongeren staat nog in de kinderschoenen. De eerste pilotstudies laten hoopvolle resultaten zien bij jongeren met persoonlijkheidsproblematiek en internaliserende problemen (Roelofs e.a., 2016) of externaliserende gedragsproblemen (Van Wijk-Herbrink e.a., 2017).

9.6.3 **Behandeling gericht op onderliggende problematiek**

Naast de behoefte om transparant en serieus over suïcidaliteit te spreken, hebben mensen die kampen met suïcidaliteit de behoefte aan behandeling van de onderliggende problematiek (Elzinga e.a., 2021). Kijk in de richtlijn behorend bij de problematiek welke behandeling geadviseerd wordt.

Soms is starten met de eerste voorkeursbehandelvorm een te grote stap. Een jongere kan hier bijvoorbeeld weerstand tegen hebben. Neem deze weerstand serieus. Je kunt samen onderzoeken waar de weerstand vandaan komt. Los je de weerstand (nog) niet op, kijk dan verder naar andere mogelijkheden. Sluit daarbij zo goed mogelijk aan op de behoeften en het stressniveau van de jongere. Als tussenstap kun je bijvoorbeeld denken aan muziektherapie, creatieve therapie, psychomotorische therapie en therapie met dieren. Denk ook aan de inzet van een ervaringsdeskundige. Zoek hierbij naar een evenwicht. Probeer te voorkomen dat de eerste voorkeursbehandeling eindeloos uitgesteld wordt, want deze is op de lange termijn wel nodig.

Voordat er een indicatiestelling komt voor de behandeling gericht op onderliggende problematiek is gedegen diagnostiek noodzakelijk. Vaak wordt behandeling ingezet op de uitingen van de onderliggende problematiek, bijvoorbeeld op sociale angst veroorzaakt door een trauma. Volgens Tromp (2017) heeft bijvoorbeeld ruim 40% van de jongeren die in behandeling is voor psychische klachten een persoonlijkheidsstoornis, terwijl veel professionals aangeven dat zij nog nooit een jongere met een persoonlijkheidsstoornis

hebben behandeld. Dit geldt niet alleen voor persoonlijkheidsstoornissen. Ook een autismespectrumstoornis of LVB worden bijvoorbeeld vaak over het hoofd gezien.

Het belang van aandacht voor de onderliggende problematiek

Een jongere vertelde dat de behandeling in eerste instantie gericht was op sociale angst, omdat deze van een extrovert kind stil en teruggetrokken werd. Deze verandering had echter te maken met het meemaken van enkele trauma's. De trauma's werden niet behandeld, met als gevolg dat de herbelevingen sterker werden en de suïcidaliteit vaker als copingmechanisme om met spanning om te gaan werd gebruikt. Vervolgens werd traumabehandeling niet ingezet omdat men bang was dat de suïcidaliteit zou toenemen. De jongere heeft pas vijf jaar na de eerste aanmelding traumaverwerkingstherapie gekregen.

9.7 Een systemische benadering van jongeren en hun gezin

Een systemische benadering is van grote betekenis bij jongeren met suïcidaliteit. Het betrekken van het gezin is nodig voor de diagnostiek van de suïcidaliteit, het realiseren van de benodigde veiligheid en het herstel van gezinsrelaties (Rood & Meerdinkveldboom, 2016). Bij een systemische benadering is het belangrijk dat je je openstelt voor verhalen van alle gezinsleden en daarbij meervoudige partijdigheid hanteert (Meerdinkveldboom e.a., 2019).

Bij een systemische benadering worden er gezinsgesprekken gevoerd (Meerdinkveldboom e.a., 2019). Bij voorkeur is er een multidisciplinair team, waaronder een systeemtherapeut, bij deze gesprekken betrokken.

In de gesprekken wordt onderzocht hoe stressfactoren en suïcidaliteit van de jongere samenhangen met de gezinsdynamiek en veranderingen die in het gezin hebben plaatsgevonden. Je probeert te ontdekken binnen welke context de suïcidaliteit voorkomt: welke ingrijpende gebeurtenissen heeft het gezin meegemaakt of spelen momenteel, wat was of is het effect daarvan, welke belangrijke opvattingen heeft het gezin, wat is de rol van religie, hoe zit het met de onderlinge relaties en interacties, hoe wordt er over suïcidaliteit en psychische klachten gedacht, wat is de impact van de suïcidaliteit van de jongere op de andere gezinsleden, hoe wordt er op de suïcidaliteit van de jongere gereageerd en wat vindt de jongere daar weer van, etc.? De systeemgerichte diagnostiek die daarbij hoort, richt zich op het beseffen en het onderkennen van circulaire processen rond het suïcidale gedrag en de interactiepatronen. Gezinsfactoren die een bijdrage kunnen hebben geleverd aan de suïcidaliteit of juist een beschermend effect hebben, worden samen met alle andere relevante factoren in een beschrijvende diagnose samengebracht, de zogeheten structuurdiagnose. Deze wordt met de jongere en het gezin besproken. Als zij instemmen met de beschrijving, is een goed uitgangspunt bereikt voor verdere hulp (Rood & Meerdinkveldboom, 2016).

Tip

Denk ook aan non-verbale methoden bij het verzamelen van informatie, zoals het uittekenen van de onderlinge relaties, het tekenen van een genogram (een stamboom van de familie) en het maken van een tijdslijn met ingrijpende gebeurtenissen. Vooral als openlijk praten over de relaties (nog) niet mogelijk is, kan dit behulpzaam zijn.

Vervolgens wordt besproken hoe de hulp vorm kan krijgen. Hoe kan het systeem als geheel ondersteund worden? Wat kunnen de gezinsleden doen om de jongere te beschermen en te steunen? En wat is juist niet helpend? Wat hebben zowel de jongere als de gezinsleden nodig?

De gezinsgesprekken dragen vaak bij aan een verbeterde verbinding tussen de jongere en de andere gezinsleden. Gedachten die jongeren met suïcidaliteit geregeld hebben, zoals ik hoor er niet meer bij of ik ben anderen alleen maar tot last, worden getoetst in de gesprekken. Het gezin blijkt vaak meer om de jongere te geven dan deze dacht. Suïcidaliteit kan daardoor afnemen. De invloed van zowel ouders als broers en zussen op de jongere is groot in de gesprekken (Meerdinkveldboom e.a., 2019).

Het is raadzaam in de gesprekken ook aandacht voor de adolescentiefase te hebben. Tijdens de adolescentie worden jongeren zelfstandiger. Ze richten zich langzaam meer op vrienden en minder op ouders en brussen. Het gezin komt in een transitiefase en zoekt naar een nieuw evenwicht. Dit gaat vaak gepaard met discussies en spanningen. Als een jongere (langdurig) mentale problemen heeft, dan wordt de transitie beïnvloed. Er kan dan verwarring ontstaan over ieders positie en spanningen kunnen toenemen (Meerdinkveldboom e.a., 2019). Ouders kunnen zich bijvoorbeeld het volgende afvragen:

- Welke discussies horen bij de levensfase en welke komen voort vanuit de mentale problemen?
- Welke zelfstandigheid kan de jongere aan?
- Welke vrijheid is passend bij de leeftijd? En worden die vrijheden anders als er sprake is van suïcidaliteit?

Bespreek daarom met het gezin hoe er ruimte gegeven kan worden. Leg uit dat ruimte geven belangrijk is om de autonomie van de jongere te vergroten.

9.8 Hechtingsgerichte gezinstherapie

Bij de behandeling van suïcidaliteit kan ook voor hechtingsgerichte gezinstherapie gekozen worden. Daarbij moet gezegd worden dat er weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit hiervan bij suïcidaliteit. Enkele voorbeelden zijn:

- **Attachment-Based Family Therapy** (ABFT; Diamond e.a., 2014) is bedoeld voor jongeren met een depressie en suïcidedgedachten. In deze behandeling wordt ervan uitgegaan dat de jongeren gestopt zijn met het zoeken van steun van hun ouders vanwege relationele teleurstellingen en het verlies van vertrouwen door eerdere gebeurtenissen. Rondom suïcidaliteit wordt er daarom ook geen hulp gevraagd. Het herstellen van het vertrouwen en versterken van de gezinsrelaties staan centraal bij ABFT. In een onderzoek van Diamond e.a. (2010) werd er bij jongeren die ABFT kregen een vermindering van suïcidaliteit en depressie gevonden. Ook was er minder ruzie en trad er een verbetering op in het functioneren als gezin.
- **Attachment-Focused Family Therapy** (AFFT; Hughes, 2007) gaat uit van speelsheid, acceptatie, nieuwsgierigheid en empathie. De professional zet deze aspecten in om de ouders het gevoel van begrip, steun en erkenning te laten ervaren. Zij kunnen dit gevoel vervolgens aan hun kind geven. Ook wordt er gekeken welke ingrijpende ervaringen uit het verleden invloed hebben op de huidige emoties. De ervaringen worden erkend en in context geplaatst en vervolgens ontstaat er ruimte voor nieuwe positieve emoties. AFFT staat ook wel bekend als Dyadic Developmental Psychotherapy (DDP). Zie voor meer informatie [de website](#) hierover.
- **Verbindend gezag bij zelfbeschadiging en suïcidaliteit** is een oudertraining waarbij relatieherstel voorop staat. Daarmee kunnen ouders grenzen gaan stellen aan zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag. Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de training. Luister voor meer informatie naar [deze podcast](#) of bekijk [dit artikel](#).

9.9 Euthanasie

Euthanasie betekent een zelfgekozen levenseinde met behulp van een arts. Soms geven jongeren bij wie suïcidaliteit speelt aan dat ze aan euthanasie denken. Jongeren noemen vaak als reden

dat ze een waardig einde willen of het netjes willen doen voor hun omgeving. Hoe ga je daar als professional mee om? Hier is ook weer het contact maken van groot belang: neem het serieus en ga met een open houding het gesprek aan met de jongere over de doodswens, de wanhoop en de drijfveren. Het praten hierover kan ook juist ruimte geven voor herstel.

Als het zover komt dat de jongere daadwerkelijk een verzoek wil indienen, bespreek dit dan met collega's en vraag consultatie aan bij specialisten. Bedenk dan voor jezelf als professional of je de jongere in de euthanasiewens wil en kan steunen. Wees hier eerlijk over. Zeg vooral geen dingen toe die je niet waar kan maken.

Er zijn strikte regels voor euthanasie in Nederland (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018). Deze staan in de richtlijn [Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis](#).

Tip

Doorloop [deze gratis e-learning over euthanasie](#).

10. SUÏCIDEPREVENTIE OP ORGANISATIENIVEAU

Binnen een organisatie kun je verschillende stappen zetten die bijdragen aan suïcidepreventie. Het is belangrijk om te inventariseren wat jouw organisatie al doet en wat deze nog kan doen. Een handig hulpmiddel hierbij is de **organisatiescan** die bij deze leidraad hoort. In deze leidraad wordt een aantal belangrijke maatregelen voor suïcidepreventie toegelicht.

10.1 Aandachtsfunctionaris suïcidaliteit

Suïcidaliteit is een complex thema. Het is fijn om een expert, ofwel aandachtsfunctionaris, op dit vlak in huis te hebben die als vraagbaak kan functioneren voor collega's en kan helpen bij het opstellen, implementeren en doorontwikkelen van het suïcidepreventiebeleid.

Een aandachtsfunctionaris suïcidaliteit:

- is een professional werkzaam bij de instelling met een extra taak op het gebied van suïcidepreventie;
- is deskundige op het gebied van suïcidaliteit en suïcidepreventie;
- is het centrale aanspreekpunt als het gaat om suïcidaliteit en suïcidepreventie;
- helpt bij het implementeren van het suïcidepreventiebeleid, onder andere door trainingen over suïcidepreventie te organiseren binnen de instelling;
- functioneert als rolmodel in het toepassen van het suïcidepreventiebeleid;
- ziet toe op het uitvoeren van het beleid en de bijbehorende protocollen;
- verzamelt feedback over het suïcidepreventiebeleid en draagt bij aan de doorontwikkeling ervan;
- onderhoudt contacten met aandachtsfunctionarissen bij andere organisaties;
- ondersteunt bij evaluaties over suïcidaal gedrag;
- ziet erop toe dat het eigen suïcidepreventiebeleid ten minste elke twee jaar geëvalueerd en geüpdatet wordt.

In **bijlage 5** staat meer informatie over de aandachtsfunctionaris.

10.2 Taken en verantwoordelijkheden professionals

Breng in kaart wie wat doet als er sprake is van suïcidaliteit. Door voorafgaand afspraken te maken en helderheid te verschaffen over taken en verantwoordelijkheden, is het voor de professional eenvoudiger om te handelen als zich suïcidaliteit voordoet. Aan het begin van deze leidraad staat een **algemeen stappenplan** bij suïcidaliteit. In **bijlage 6** en **bijlage 7** vind je actieplannen voor na een suïcidepoging en na een suïcide. Deze kun je aanpassen zodat deze aansluiten bij de eigen organisatie.

Figuur 10: Een samenvatting van het stappenplan en de actieplannen rondom suïcidaliteit

Stappenplan bij suïcidaliteit



Stap 1 Maak contact met de jongere



Stap 2 Herken de signalen van suïcidaliteit



Stap 3 Ga in gesprek en maak contact met de wanhoop van de jongere



Stap 4 Zorg voor veiligheid, met aandacht voor autonomie



Stap 5 Bepaal welke hulp ingezet moet worden



Stap 6 Werk samen met alle betrokkenen aan de suïcidaliteit, perspectief en hoop



Stap 7 Blijf in contact met de jongere, naasten en andere betrokkenen



Stap 8 Evalueer de suïcidaliteit van de jongere

Actieplan na een suïcidepoging



Alarmeer en stel de situatie veilig.



Zorg voor nabijheid.



Informeer betrokkenen.



Zorg voor veiligheid van de jongere en diens omgeving.



Ga in gesprek over de suïcidepoging.



Blijf in contact met de jongere, naasten en andere betrokkenen.



Evalueer de situatie en scherp indien nodig het behandelbeleid aan.

Actieplan na suïcide



Alarmeer en zorg voor een veilige situatie.



Informeert en ondersteunt de ouders/naasten/(gezins)voogd.



Regel praktische zaken rondom de hulpdiensten (indien het op locatie is gebeurd).



Vorm een team en verdeel taken.



Informeert collega's, groepsgenoten en hun ouders, en netwerkpartners.



Bespreekt wensen van de ouders/naasten voor het afscheid.



Blijft in contact met collega's, naasten en andere betrokkenen.



Evalueert de situatie.



Blijft aandacht houden voor elkaar en voor het eigen welzijn.

10.3 Het welzijn van de professionals

Iedereen die in de zorg met jongeren werkt komt wel een keer in aanraking met suïcidaliteit.

Het raakt professionals, zowel op persoonlijk als professioneel vlak. Aandacht voor het welzijn van de professional is bij het werken met suïcidaliteit dan ook ontzettend belangrijk:

- Zorg dat alle professionals voldoende mogelijkheden hebben om suïcidaliteit en de effecten daarvan op hen te bespreken.
- Zorg dat professionals weten waar ze terecht kunnen voor ondersteuning.
- Stel een aanspreekpunt aan voor het delen van persoonlijke gevoelens en ervaringen.
- Stel een aanspreekpunt aan voor inhoudelijke vragen.
- Zorg voor een bedrijfsondersteuningsteam of collegiaal opvangteam.
- Zorg dat er aandacht is voor suïcidaliteit en de effecten daarvan bij intervisie, teamvergaderingen en individuele gesprekken. Dit is een taak van de betrokken manager. Als suïcidaliteit speelt bij een jongere is het belangrijk om na te vragen hoe elke betrokken professional het ervaart, waar deze tegenaan loopt, wat het onderwerp persoonlijk gezien moeilijk maakt en wat er nodig is van de omgeving om het werk vol te kunnen houden en er plezier in te houden.
- Speelt suïcidaliteit bij een jongere? Overleg bij cliëntbesprekingen gezamenlijk welke middelen nog meer ingezet kunnen worden om de jongere te helpen om met de suïcidaliteit om te gaan, zoals het altijd kunnen bellen naar de ouders.
- Houd geregeld een moreel beraad over lastige dilemma's die spelen bij suïcidaliteit.
- Evalueer jaarlijks hoe het ervoor staat op het gebied van suïcidepreventie en zorg dat medewerkers kunnen vertellen over hun ervaringen. Bespreek wat wel en niet goed is gegaan. Pas het protocol vervolgens op basis daarvan aan.
- Vraag als leidinggevende na een suïcide(poging) aan de betrokken professionals hoe het met ze gaat. Net na de ervaring, maar ook later. Bijvoorbeeld na drie maanden, een half jaar en een jaar.
- Vergeet professionals die uit dienst gaan niet. Vraag ook aan hen na verloop van tijd hoe het gaat.
- Wees een steun voor professionals in de periode na een suïcide(poging) van een jongere, zowel in het contact met naasten als bij formele procedures over de verrichte handelingen.

- Kies jaarlijks een dag uit waarop professionals hun ervaringen met suïcide(dreiging) kunnen herdenken, bijvoorbeeld 10 september. Dan is het World Suicide Prevention Day.
- Kijk met de professional of deze voldoende voldoening uit het werk haalt en ook kan ontspannen tijdens momenten dat er veel suïcidaliteit speelt.
- Laat als bestuurder, manager of leidinggevende doorschemeren dat jij achter de professional staat. Op de vloer is vaak nog angst dat de leidinggevende de professional zal veroordelen, bijvoorbeeld dat deze vindt dat de professional strenger had moeten optreden.

10.4 Suïcidepreventietraining

Suïcidepreventietraining hoort deel uit te maken van het suïcidepreventiebeleid van een organisatie. Deze training kan helpen om suïcidaliteit bij jongeren te herkennen, adequaat te reageren en suïcides te voorkomen. Onderzoek laat zien dat deelname aan de training leidt tot meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van professionals in de jeugdzorg in het omgaan met suïcidaal gedrag (Meijer-Rozema e.a., 2022).

Iedereen binnen de organisatie moet een suïcidepreventietraining gevolgd hebben. Vervolgens is het zinvol regelmatig een intervisiebijeenkomst te organiseren met de deelnemers, waarin ervaringen op het vlak van suïcidaliteit met elkaar uitgewisseld kunnen worden. Bied ook opfrustrainingen aan zodat professionals hun kennis en vaardigheden up-to-date kunnen houden.

Netwerkbreed trainen en overleggen

Overweeg om de trainingen en intervisiebijeenkomsten samen met professionals van andere organisaties te doen. Het uitwisselen van ervaringen is leerzaam en het kennismaken met externe experts helpt om de onderlinge samenwerking te verstevigen.

Er is ook een laagdrempelige online training rondom suïcidepreventie: de **Vraag maar-training**. Hierin leer je meer over hoe je in gesprek gaat met een jongere als je vermoedt dat er suïcidaliteit speelt. Deze training doorloop je in ongeveer één uur. De training is met name heel geschikt voor docenten, sportcoaches, ouders en andere volwassenen die een signalerende en verwijzende rol kunnen hebben.

10.5 Leren en reflecteren

Er moet binnen de organisatie structureel aandacht voor leren en reflecteren zijn. Voor collega's is het waardevol om van elkaar te horen wat suïcidaliteit bij een jongere met je doet, hoe je ermee omgaat en tegen welke dilemma's je aanloopt. Collega's kunnen meekijken of er vanuit overdracht gehandeld wordt of dat er valkuilen aanwezig zijn. Ook kan er meegedacht worden over beleid. Collega's op afstand zien en horen vaak andere punten dan de collega die het directe contact heeft met de jongere. Zorg ook dat professionals deel kunnen nemen aan regionale en landelijke leernetwerken over suïcidaliteit en aanverwante thema's. Hierin wordt er vanuit verschillende perspectieven met elkaar nagedacht over complexe vraagstukken.

Leernetwerk

In een leernetwerk wordt er vanuit verschillende perspectieven met elkaar nagedacht over complexe vraagstukken. Door alle kennis en expertise te bundelen, kun je tot best practices komen in de zorg voor jongeren. Deze best practices neem je mee naar de eigen organisatie en andere relevante partners.

10.6 Netwerkszorg

Suïcidepreventie doe je samen. Samenwerken met andere netwerkpartners is van groot belang in het voorkomen van suïcides bij jongeren.

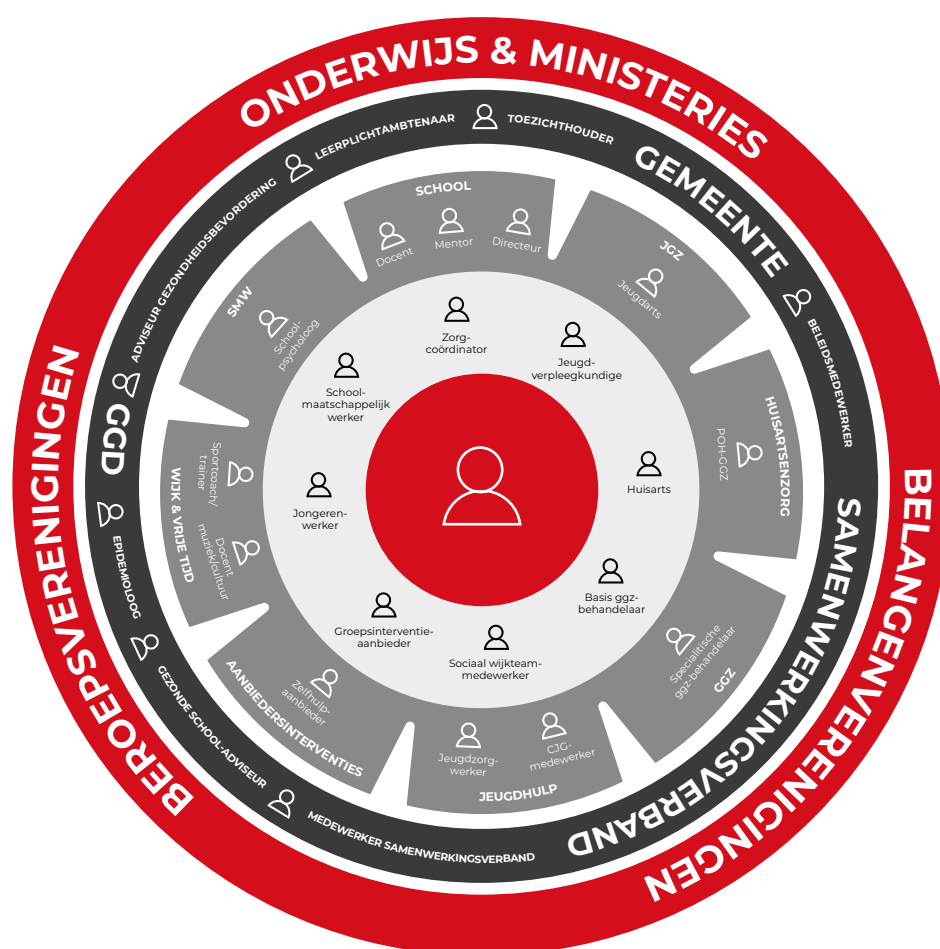
Een jongere die zorg krijgt heeft vaak lijntjes met meerdere organisaties. Welke organisaties betrokken zijn bij de zorg voor een jongere wisselt. Organisaties die deel uit kunnen maken van het netwerk zijn onder andere wijkteams, huisartsenpraktijken, opvoedhulp, jeugdzorg(Plus), GGZ, pleegzorg, jeugdbescherming, reclassering, ziekenhuizen en het onderwijs. Deze partijen zetten zich samen in voor het welzijn van de jongere.

Ga samen met de betrokken netwerkpartners om de jongere heen staan en benut waar mogelijk elkaars expertise, luidt het advies. Het is belangrijk dat de jongere en naasten ook actief deelnemen aan het samenwerkingsverband. Dit draagt onder andere bij aan een compleet beeld van de suïcidaliteit, minder wisselingen in plek of professional omdat je makkelijker vanuit buitenaf hulp kan inschakelen en continuïteit van zorg.

Onderwijs en vrijetijdsbesteding

Vergeet binnen het rijtje netwerkpartners het onderwijs en de vrijetijdsbesteding van de jongere niet. Een mentor op school of sportcoach kan bijvoorbeeld een belangrijke rol innemen in het uitvoeren van het veiligheidsplan.

Figuur 11: Het professionele netwerk



10.6.1 Voordelen en voorwaarden

Samenwerking met netwerkpartners levert het volgende op:

- Gezamenlijke verantwoordelijkheid. Door samen op te trekken zorg je voor een gezamenlijke, eenduidige aanpak waar iedereen achter staat. Belangrijk hierbij is een gezamenlijk veiligheidsplan en niet een ander plan voor elke netwerkpartner.
- Continuïteit van zorg. Door sluitende afspraken in het netwerk te maken over de jongere bij wie suïcidaliteit speelt, kan continuïteit van zorg geborgd worden. Wie doet wat wanneer en is behandelverantwoordelijk? Maak bijvoorbeeld afspraken over zaken als bereikbaarheid, een warme overdracht en terugkoppeling van informatie.
- Kennisdeling. Elke organisatie heeft haar eigen expertise in huis. Je kunt van elkaar leren en de opgedane kennis inzetten in de praktijk. Los daarvan kun je ook kennis uitwisselen rondom een specifieke jongere. Wat is er bekend vanuit het verleden, wat is helpend en wat niet?
- Korte, directe lijnen. Hulp van buitenaf invoeren wordt hierdoor makkelijker, bijvoorbeeld consultatie. Gevolg is dat een jongere niet gelijk doorverwezen hoeft te worden of aangemeld moet worden voor een formeel behandeltraject.
- Stabiliteit voor de jongere. Je kunt de zorg meer rondom de jongere met suïcidaliteit organiseren. Dit heeft als gevolg dat de jongere niet steeds naar een andere plek hoeft en weer opnieuw een vertrouwensband moet opbouwen met nieuwe professionals.

Op organisatieniveau is het volgende belangrijk:

- Investeer in mogelijkheden tot snellere en lichtere betrokkenheid van andere professionals, bijvoorbeeld voor consultatie, supervisie of medebehandeling.
- Geef tijd en ruimte voor het samenwerken met netwerkpartners.
- Laat professionals voor een warme overdracht of versteviging van de samenwerking de netwerkpartners op locatie opzoeken of zelfs een dienst meelopen (Kaijadoo e.a., 2021).

10.6.2 Samenwerking op casusniveau

De samenwerking op casusniveau kan als volgt worden vormgegeven:

- Inventariseer welke netwerkpartners betrokken zijn bij de jongere.
- Stem met de jongere en de ouders/naasten af welke netwerkpartners je wilt betrekken en waarom.
- Zoek contact met de netwerkpartners en bespreek de situatie van de jongere.
- Maak afspraken met de netwerkpartners over onder andere taken, verantwoordelijkheden, het veiligheidsplan, bereikbaarheid, een warme overdracht en terugkoppeling van informatie.
- Maak bij een doorverwijzing goede afspraken. Waarom en wanneer gaat de doorverwijzing plaatsvinden? Hoe wordt er zorg gedragen voor een warme overdracht? Hoe blijven de huidig betrokken professionals een rol spelen? Wat zijn de regels omtrent plaatsing binnen en buiten kantooruren? Hoe wordt de continuïteit van zorg geborgd?
- Evalueer na een doorverwijzing met elkaar of deze effectief was: was het helpend voor de jongere?
- Evalueer na een suïcide of poging met elkaar de verrichte handelingen, genomen beslissingen en aanloop tot de suïcide of poging. Doe dit vanuit een gezamenlijk netwerk en niet vanuit losse identiteiten die naar elkaar wijzen.

10.6.3 Regionale afspraken

In elke regio moeten er schriftelijke afspraken zijn tussen netwerkpartners over hoe te handelen bij suïcidaliteit (Hermens e.a., 2010). Deze afspraken gaan over:

- De route in de zorg van jongeren bij wie suïcidaliteit speelt.
- Taken en verantwoordelijkheden: wie doet wat wanneer en is behandelverantwoordelijk? Voor alle

betrokkenen is het bijvoorbeeld belangrijk om contact te maken en te houden bij suïcidaliteit, maar taken en verantwoordelijkheden verschillen ook per betrokkene. De huisarts heeft als eerste aanspreekpunt bijvoorbeeld een belangrijke signalerende en verwijzende functie. Daarentegen heeft de GGZ als primaire taak om jongeren met suïcidaliteit te behandelen en als unieke rol om netwerkpartners te ondersteunen bij het omgaan met de suïcidaliteit van jongeren. Het is belangrijk dat elke netwerkpartner weet wat ze van elkaar kunnen en mogen verwachten. Spreek ook af wiens verantwoordelijkheid het is om gezamenlijke overleggen te organiseren, het liefst met de jongere en naasten erbij. [Zie bijlage 9](#) voor veelvoorkomende taken per type organisatie.

- Toegang tot de zorg. Denk aan bereikbaarheid, aanmeldingsprocedure, wachttijden en informatie voor jongeren over bij wie ze welke zorg kunnen krijgen.
- Samenwerking rondom jongeren uit de regio. Denk aan collegiale consultatie, maar ook aan het samenwerken met naasten.
- Terugkoppeling en informatieoverdracht. Spreek af wat aan wie met welke snelheid en op welke manier wordt teruggekoppeld.
- Dossiervoering. Maak afspraken over de wijze waarop netwerkpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen of werk met een geïntegreerd dossier, dat door alle betrokken zorgverleners ingezien en aangevuld kan worden.
- Continuïteit van zorg, behandelverantwoordelijkheid en warme overdracht. Bespreek (logistieke) uitdagingen rondom het bieden van sluitende zorg, maak afspraken over de behandelverantwoordelijkheid bij een overdracht en kijk hoe je met elkaar een warme overdracht kan realiseren.
- Weigering van (na)zorg door een jongere. Spreek af wie een actieve en 'outreaching' rol blijft vervullen om het contact met de jongere te behouden.
- Borging van de gemaakte afspraken. Hierin speelt het management en/of bestuur van elke organisatie een belangrijke rol. Zij kan zich hard maken voor voldoende tijd voor professionals om te overleggen met naasten en andere professionals, en ervoor zorgen dat onder andere intervisie en trainingen plaatsvinden.
- Evaluatie van de gemaakte afspraken. Evalueer na één of twee jaar of de afspraken positieve effecten hebben en/of aangepast moeten worden.

Zie ook [Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit](#). Dit document is weliswaar gericht op volwassenen, maar bevat veel relevante informatie.

10.6.4 Spin in het web: de huisarts en POH-GGZ

De huisarts is een belangrijke spin in het web als het gaat om jongeren bij wie suïcidaliteit speelt. Huisartsen hebben een belangrijke signalerende en verwijzende functie bij suïcidaliteit, soms ook een behandelende functie. De huisarts is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor jongeren en hun ouders. Ook is de huisarts een constante factor in de zorg. Dat kan bijdragen aan het vertrouwen en het zich open durven stellen. Ook de POH-GGZ neemt een belangrijke rol in. Huisartsen waarderen de hulp van POH-GGZ in de zorg voor patiënten bij wie suïcidaliteit speelt enorm (Elzinga e.a., 2020).

Voor huisartsen en POH-GGZ zijn de volgende hulpmiddelen beschikbaar over hoe je suïcidaliteit kan herkennen, hoe je het gesprek kan voeren en hoe je iemand op een veilige manier naar de juiste zorg toe leidt:

- **Vraag maar-training** In gesprek met een jongere
- **Handreiking** voor de huisartsenpraktijk
- **NHG-e-learning** Suïcidepreventie in de huisartsenpraktijk
- **LHV-trainingen** ter aanvulling op de e-learning

Verder kunnen huisartsen en POH-GGZ altijd bellen met de **overleg- en advieslijn van 113 Zelfmoordpreventie**.

Uit onderzoek blijkt dat huisartsen een sterke behoefte hebben aan het verbeteren van de samenwerking met de gespecialiseerde zorg (Elzinga e.a., 2020). Er is onder andere behoefte aan het delen van belangrijke informatie, betere bereikbaarheid van professionals voor vragen over suïcidaliteit en het sneller in zorg krijgen van patiënten (Elzinga e.a., 2020). Hoe kun je er samen voor zorgen dat de jongere de best passende zorg krijgt, ook als zaken als een hoge werkdruk, personeelstekort en lange wachttijden dit bemoeilijken? Enkele aanbevelingen:

- Spreek af wie de huisarts kan bellen voor snelle consultatie, zoals het stellen van een vraag over een jongere of het snel beoordelen van de situatie van een jongere. Zo voorkom je het heen-en-weer schuiven van de jongere en kan de zorg verder vanuit de huisartsenpraktijk wordt geleverd mits de huisarts dat verantwoord vindt.
- Deel het met elkaar als zich belangrijke gebeurtenissen voordoen.
- Bespreek de behandeling, het behandelplan en het veiligheidsplan dat door de jongere, naast en professionals is opgesteld met de huisarts. Dit bevordert een eenduidige aanpak.
- Bespreek wie de huisarts kan bellen bij een crisis, zowel binnen als buiten kantoortijden.
- Maak als netwerk afspraken met elkaar over het verwijzproces: hoe kan de jongere zo snel mogelijk de juiste zorg krijgen en wat mag je daarin van elkaar verwachten? Hoe wordt er omgegaan met wachtlijsten?
- Verzorg een warme overdracht bij uitstroom na opname of behandeling: hoe is het verlopen, hoe gaat het nu met de jongere en welke vervolgstappen moeten worden genomen?
- Steun elkaar en evalueer met elkaar na moeilijke situaties, zoals na een suïcidepoging.

10.6.5 Vergeet school niet

Richt je niet alleen op zorg, maar ook op school. School speelt een belangrijke rol in het leven van jongeren. Naar school gaan kan zelfs een beschermende factor zijn bij suïcidaliteit (Marraccini & Brier, 2017). Het is daarom belangrijk om met school te kijken wat ervoor nodig is om jongeren met suïcidaliteit deel te laten nemen aan het schoolleven.

Overleg altijd met de jongere voor je contact legt met school. Jongeren willen soms niet dat school op de hoogte is van wat er speelt. Vraag dan uit wat de reden daarvoor is. Aanbevelingen voor de samenwerking met scholen:

- Zoek contact met de zorgcoördinator, gedragswetenschapper of mentor op de school van de jongere.
- Geef uitleg over suïcidaliteit en hoe je ermee om kunt gaan.
- Spreek af wie school kan bellen voor snelle consultatie.
- Deel het met elkaar als zich belangrijke gebeurtenissen voordoen.
- Bespreek het behandelplan en veiligheidsplan met school. Dit zorgt ervoor dat school ook in kan spelen op de behoefte van de jongere zodra spanningen oplopen en bevordert een eenduidige aanpak.

- Bespreek wie school kan bellen bij een crisis, zowel binnen als buiten kantoortijden.
- Bij veel scholen is er maatwerk mogelijk. Denk aan het kind elke dag naar school laten gaan, maar dan met een aangepast rooster, de inzet van prikkelarme ruimtes en mogelijkheid om met een leerlingbegeleider te praten of gewoon te zitten op moeilijke momenten. Bespreek met de jongere en school wat helpend zou kunnen zijn.
- Steun elkaar en evalueer met elkaar na moeilijke situaties, zoals na een suïcidepoging.
- Heb na een suïcidepoging extra aandacht voor de andere leerlingen, vanwege een mogelijk 'besmettingseffect'. Voor de andere jongeren is het belangrijk dat ze de ruimte voelen om met hun mentor of een andere volwassene over hun gevoelens en gedachten te praten.

Voor scholen is de handreiking '[Als ik kan zeggen wat ik denk](#)' beschikbaar. Deze handreiking bevat tips om met een leerling in gesprek te gaan en een zelfmoordpreventie-protocol op maat te maken. Verder is er een [stappenplan](#) en een [signaleringskaart](#) over suïcidaliteit bij leerlingen. Ook kunnen leraren, mentoren en zorgteams altijd bellen met de [overleg- en advieslijn van 113 Zelfmoordpreventie](#).

10.7 Professionals en naasten

Zorg ervoor dat professionals kunnen samenwerken met naasten van de jongere. Bij jongeren vanaf 16 jaar hebben professionals onder meer vanwege de privacywetgeving vaak twijfels over het betrekken van ouders en andere naasten, terwijl samenwerken juist bescherming kan bieden bij suïcidaliteit. Naasten kunnen een belangrijke bron van informatie en steun zijn, en helpen bij het verhogen van de veiligheid van de jongere. In [hoofdstuk 5](#) lees je meer over de belangrijke rol die naasten in kunnen nemen. Zorg dat professionals bijvoorbeeld met een jurist over het samenwerken kunnen praten en op de hoogte zijn van het conflict van plichten. Vaak kan er meer gedeeld worden dan de professional denkt.

Werk altijd samen met naasten, tenzij er zwaarwegende bezwaren zijn.

10.8 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is het bieden van de juiste, passende zorg aan de jongere zonder onderbreking in de tijd. Om continuïteit van zorg te borgen, is het belangrijk dat de jongere zo min mogelijk wisselt van professional of plek, er bij een overgang een warme overdracht plaatsvindt, er sluitende afspraken in het netwerk worden gemaakt over wie wat wanneer doet en behandelverantwoordelijk is en er extra aandacht is voor de overgang van jeugdhulp naar volwassenenzorg.

10.8.1 Stabiliteit voor de jongere

Jongeren die zorg krijgen zien veel verschillende gezichten. Meerdere keren worden trajecten afgesloten en ergens anders weer opgepakt. Ook binnen een instelling krijgen jongeren met verschillende professionals te maken. Steeds wisselende contacten kunnen gedachten als ik ben anderen alleen maar tot last en niemand kan mij helpen bevestigen. De jongere kan als gevolg het vertrouwen in de hulpverlening verliezen. Na elke wisseling wordt het lastiger voor de jongere om zich opnieuw open te stellen, weer het verhaal te doen en een vertrouwensband op te bouwen. Het is dan ook raadzaam dat een professional zich voor langere tijd aan de jongere verbindt (Van Luyn & Kerkhof, 2019).

Het helpt een jongere meer dat de vertrouwde professional de gesprekken aangaat en in contact blijft (met een andere professional op de achtergrond), dan dat een ander het overneemt.

Het kan ook helpend zijn een jongere een coach te geven die het gehele behandeltraject volgt, ook als de behandeling ergens anders wordt voorgezet. Verder kan de jongere zelf een resourcegroep samenstellen bestaande uit naasten en professionals. Op [de website](#) van Stichting RACT Nederland vind je daar meer informatie over.

Om het aantal wisselingen binnen een team en afdeling te minimaliseren, is het van groot belang te onderzoeken wat ervoor nodig is professionals langdurig in dienst te houden. Het is belangrijk dat de professionals in contact blijven met hun passie en intrinsieke motivatie voor het werk, bijvoorbeeld door voldoende ruimte te geven voor opleiding, reflectie en intervisie. Ook goede arbeidsvoorwaarden zoals voldoende beloning, een haalbare werkdruk en een veilig evaluerend werkmilieu kunnen helpen. Heb aandacht voor zingeving en probeer de veerkracht te versterken.

10.8.2 Een warme overdracht

Als er toch een wisseling van professional plaatsvindt, is een warme overdracht zeer belangrijk. Bij zo'n overgang is het belangrijk dat er met rapportage en mondelinge overdracht een zo compleet mogelijk beeld van de situatie van de jongere wordt geschetst. De jongere en naasten hoeven dan niet steeds opnieuw hun verhaal te doen en voor de professional is duidelijk wat er tot nu toe al gedaan is, en wat helpend was en wat juist niet. Dit helpt de professional bij het opstarten van een goede werkrelatie met de jongere.

Begeleiden bij een overgang

Wees je ervan bewust dat de overgang naar een andere professional of organisatie een risicomoment is. Door een warme overdracht kun je het risico op suïcidaliteit beperken (Kaijadoe e.a., 2021). Het beste is om mee te gaan om de jongere te begeleiden. Dit biedt de jongere houvast en komt de afstemming ten goede.

10.8.3 Sluitende afspraken in het netwerk

In de praktijk is continuïteit van zorg helaas niet altijd haalbaar. Een paar voorbeelden:

- Huisartsen kunnen jongeren vaak niet gelijk doorverwijzen naar de reguliere ggz vanwege lange wachtlijsten.
- Bij veel organisaties worden jongeren bij wie suïcidaliteit speelt geweigerd, omdat zij aangeven niet de juiste expertise voor het behandelen ervan in huis te hebben.
- Jongeren die in het ziekenhuis terechtkomen na een suïcidepoging krijgen vaak geen vervolghulpverlening.
- Een warme overdracht tussen collega's of instellingen vindt lang niet altijd plaats.
- Bij een overdracht naar een collega of andere instelling gaat er vaak waardevolle informatie verloren, waardoor jongeren en naasten opnieuw hun verhaal moeten doen en mogelijk niet de juiste zorg geboden wordt.
- Jongeren raken soms uit beeld omdat ze zelf niet behandeld willen worden.
- De overgang van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz loopt niet altijd even soepel.
- Een professional kan een nieuwe baan krijgen.

Door sluitende afspraken in het netwerk te maken over jongeren bij wie suïcidaliteit speelt, kan continuïteit van zorg geborgd worden. Met elkaar kan afgestemd worden wie wat wanneer doet en behandelverantwoordelijk is. Bij problemen in het bieden en vinden van passende zorg, kan er met elkaar gekeken worden wat met de huidige middelen en capaciteit de beste oplossing voor de jongere is.

Samenwerking in het jeugdnetwerk is een voorwaarde om continuïteit van zorg te kunnen bieden.

10.8.4 Van 18- naar 18+

Als jongeren 18 worden, gaan ze in veel gevallen over naar de volwassenenzorg. Dit kan een risico vormen voor de voortgang van de behandeling, omdat:

- er vanaf je 18e een eigen risico betaald moet worden voor de ontvangen zorg in de ggz. De behandeling wordt dan niet langer bekostigd vanuit de gemeente. Dat kan voor stress zorgen bij de jongere en/of het gezin. Het gevolg kan zijn dat de behandeling vroegtijdig gestopt wordt.
- behandelrelaties worden beëindigd. De jongere moet vaak afscheid nemen van steunpilaren die al jaren bij het traject betrokken zijn.
- de benaderingswijze verandert. Binnen de volwassenen-ggz worden klachten benaderd vanuit de DSM-stoornissen en binnen de jeugd-ggz vanuit het ontwikkelingsniveau en de achtergrond van de jongere (**Van 18-min naar 18-plus**, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP)). Soms zorgt dit verschil in benaderingswijze ervoor dat de behandeling van een jongere niet voortgezet kan worden, bijvoorbeeld omdat er wel emotieregulatieproblematiek speelt, maar er geen sprake is van een DSM-diagnose.

Het is belangrijk dat de overstap van jeugdhulp naar volwassenzorg goed begeleid wordt. Dit kan door middel van transitiepsychiatrie (**Van 18-min naar 18-plus**, KJP). Hierin staat goede overbruggingszorg met een warme overdracht vanuit de jeugdhulp naar de volwassenenzorg centraal. Samenwerken met een adolescententeam, transitiecoördinator of lokale wijkteams kan helpen bij het maken van de overstap.

Het KJP geeft de volgende tips voor de overstap:

- Stel een transitiecoördinator aan. Deze coördinator is het aanspreekpunt voor de jongeren en de naasten over het transitieproces en ondersteunt hen bij de overstap.
- Betrek de jongeren, naasten en anderen uit het jeugdnetwerk actief in de vormgeving, uitvoering en evaluatie van de transitieperiode.
- Zorg voor een nauwe samenwerking tussen het jeugdnetwerk en de volwassenenzorg. Het is belangrijk dat er een warme overdracht plaatsvindt en dat vragen over en weer gesteld kunnen worden.
- Begin ruim op tijd met de transitie.
- Plan de transfer wanneer de jongere relatief stabiel is. Vraag desnoods tijdelijk verlengde jeugdhulp aan bij de gemeente op grond van de Jeugdwet.

Om bovenstaande te realiseren kan de volwassenenzorg als onderaannemer factureren aan de jeugdhulp of kan er ingezet worden op stapelen van zorg. De jeugdhulp kan met de gemeente opnemen dat er extra middelen nodig zijn voor suïcidepreventie.

10.9 Evalueren

Alle situaties waarin suïcidaliteit een rol heeft gespeeld, ook ogenschijnlijk kleine situaties, moeten geëvalueerd worden en opgenomen worden in het dossier. Spreek met alle betrokken partijen af waar je het vastlegt, zodat iedereen weet waar het staat. Evalueren is belangrijk omdat deze situaties leermomenten zijn. Door de situaties van iets meer afstand te bekijken, worden zaken die goed gingen en die beter konden zichtbaar. Met deze informatie kan het suïcidepreventiebeleid verder aangescherpt worden. Het moment van evalueren is soms moeilijk te bepalen, bijvoorbeeld als suïcidaal gedrag enkele maanden of langer aanhoudt. Kies dan samen een moment om te onderzoeken wat er tot op heden goed gaat en wat er nog beter kan. Bij de evaluaties is het belangrijk ook aandacht voor de professional te hebben. Betrek altijd de jongere, de ouders of andere naasten bij evaluaties.

Evalueren doe je op twee niveaus en samen met de jongere, naasten en het professionele netwerk:

- Evalueer hoe er binnen de eigen organisatie gehandeld werd en hoe de samenwerking met andere betrokkenen verliep. Het document **Evaluatie suïcidepreventie organisaties** kan hierbij helpen.
- Evalueer wat je te weten bent gekomen over de jongere en hoe dat helpend kan zijn in de toekomst.

Voorbeelden van vragen die je kan stellen bij de behandelinhoudelijke evaluatie:

- Wat was de trigger bij de jongere?
- Wat kunnen we hiervan leren binnen de begeleiding of behandeling?
- Hoe was de samenwerking met het netwerk?
- Welke informatie hebben we nu die helpend is voor de rest van de behandeling?
- Welke acties waren helpend en welke niet voor deze jongere?
- Waar moet het veiligheidsplan aangepast worden?

Als uit evaluaties blijkt dat suïcidaliteit veel voorkomt op een groep of afdeling, zorg dan dat er extra ondersteuning is. Zet bijvoorbeeld een externe deskundige of extra intervisiemomenten in om professionals scherp te houden en te ondersteunen. Kijk bij groepen ook naar de groepsdynamiek, onder groepsgenoten en in het team. Onderzoek of hierin ook oorzaken kunnen liggen, bijvoorbeeld het aanbieden van weinig activiteiten.

Evalueer en update het suïcidepreventiebeleid in ieder geval elk jaar.

10.9.1 Na een suïcide – aandacht voor het professionele netwerk

Na een suïcide is aandacht voor het professionele netwerk van groot belang. Het is belangrijk om eerst een bijeenkomst te houden met de betrokken professionals waarin ruimte is voor ieders verhaal. Naast deze bijeenkomst moeten de professionals de mogelijkheid krijgen individueel te kunnen spreken met een leidinggevende of iemand uit een zorgteam. In een tweede bijeenkomst kan het incident inhoudelijk met elkaar geëvalueerd worden. Zorg ervoor dat de evaluatie wordt geleid door een persoon die niet betrokken was bij de behandeling, bijvoorbeeld iemand uit een speciaal opvangteam of een vertrouwenspersoon. Geef na de evaluatie een terugkoppeling aan de ouders/naasten. Sta ze uitgebreid te woord, maak ruimte voor emoties en beantwoord vragen.

Als jongeren hulp ontvangen op grond van de Jeugdwet, er sprake is van verplichte zorg en/of een vrijheidsbeperkende maatregel of als er een link lijkt te zijn met de geboden zorg, dan moet er een melding van de suïcide gedaan worden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Er wordt dan met elkaar gekeken wat men van het incident kan leren en hoe het bestaande beleid verbeterd kan worden. In **bijlage 8** vind je meer informatie over de rol van inspectie. Bij de evaluatie voor de inspectie is het belangrijk dat rekening gehouden wordt met de emoties van de professionals. Wees alert op schuldgevoelens. Benadruk steeds dat niemand heeft gewild dat de jongere dood zou gaan en de professionals hun uiterste best hebben gedaan om de jongere te helpen. Bespreek ook met de professional wat deze nodig heeft gedurende het schrijven van het evaluatierapport. Dit neemt veel tijd in beslag en kan van alles oproepen.

Angst voor schuld voorkomen

Bij het evalueren van een suïcide(poging) gaat het over leren met elkaar en niet over een schuldige aanwijzen. Angst voor schuld moet zoveel mogelijk voorkomen worden en indien toch aanwezig bespreekbaar worden gemaakt. De angst voor schuld maakt dat professionals bij toekomstige suïcidedreiging namelijk verkrampen en daardoor het contact met de jongere verliezen.

10.10 Na een suicide – nazorg voor naasten

Naast aandacht voor betrokken professionals is nazorg voor naasten nodig na een suicide:

- Spreek af wie er gedurende enige tijd contact houdt met de **ouders, broers en zussen**. Vraag waar het gezin behoefte aan heeft en waar je als professional bij kan ondersteunen. Praat met elkaar over het verdriet en eventuele schuldgevoelens aan beide kanten. Wees eerlijk en open, ook als de familie van plan is een klacht in te dienen. Soms vragen ouders naar het delen van behandelinhoudelijke informatie over de jongere. Ze hopen dat deze informatie hen helpt de suicide van de jongere te begrijpen. Deze gegevens mag je niet zomaar delen. Wel kan de familie een aanvraag tot inzage doen via de geneesheer-directeur of eerste geneeskundige.
- Houd in het geval van een groep de **andere jongeren** goed in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig. Wees je bewust van de 'besmettelijkheid' van suicide. Spreek individueel met elke jongere over het effect van de suicide op eventuele suicidaliteit, doe dit niet in groepsverband. Het verdriet mag wel in groepsverband aanwezig zijn.
- Houd nauw contact met **school** en denk mee.
- Kijk of je wat kunt betekenen voor de **vriendengroep** van de overledene.

10.11 Wettelijke kaders

Er zijn veel regels en wetten rondom de zorg aan jongeren. De wetgeving is continu aan verandering onderhevig en ook kunnen verschillende wetten met elkaar schuren. Als organisatie is het belangrijk dat duidelijkheid geboden wordt over de wettelijke kaders die er zijn en hoe om te gaan met ingewikkelde situaties waarin de regelgeving onvoldoende houvast biedt. Bied professionals ook de mogelijkheid vragen te stellen aan een jurist.

10.12 Samenvattend: de randvoorwaarden

Voor optimaal werken met jongeren met suicidaliteit zijn er verschillende randvoorwaarden te bedenken. Veel zijn inmiddels genoemd. De randvoorwaarden staan hier nogmaals op een rij:

- Breed draagvlak voor het thema suicidaliteit binnen de organisatie, vertegenwoordigd door een aandachtsfunctionaris.
- Duidelijkheid over wat van wie verwacht wordt bij suicidaliteit.
- Ruimte om de tijd te nemen en contact te maken met de jongere.
- Emotionele steun en erkenning voor het effect dat werken met jongeren met suicidaliteit kan hebben op de professional door collega's, team, management en bestuur.
- Emotionele steun voor ouders en het gezin.
- Steun van collega's, team, management en bestuur bij het uitvoeren van suicidepreventiebeleid.
- Een evaluerend lerend milieu in plaats van een milieu waarin gesproken wordt van goed versus fout. Chabot (2000) beschrijft dat wanneer professionals zich (maatschappelijk) gefaald voelen na een suicide, dit een goede suicidepreventie in de weg staat.
- Een milieu waarin het normaal is om elkaar op een niet-veroordelende nieuwsgierige wijze vragen te mogen en kunnen stellen over de gemaakte interventiekeuze en of er mogelijk tegenoverdracht speelt.
- Voldoende tijd voor reflectie door intervisie.
- Voldoende tijd voor overleg met directe collega's, andere afdelingen en andere organisaties.
- Voldoende tijd om actief contact te houden met de naasten.
- Voldoende tijd voor het warm overdragen van een jongere.
- Ruimte voor scholing en bijhouden van nieuwe ontwikkelingen.
- Voldoende mogelijkheden tot doorverwijzing en consultatie vanuit de huisarts.
- Duidelijkheid over wat kan en mag binnen de wetgeving, bijvoorbeeld de privacywetgeving.

Bovenstaand rijtje maakt onder andere duidelijk dat suicidepreventie bij jongeren met suicidaliteit indirecte tijd vraagt. Om te zorgen dat deze tijd beschikbaar is, is het van groot belang dat de bestuurders van de instellingen hier afspraken over maken met de gemeenten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

11. MEER WETEN?

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag – De leidraad is grotendeels op deze richtlijn gebaseerd. De richtlijn bevat informatie over het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag.

113 Zelfmoordpreventie – 113 Zelfmoordpreventie is de nationale organisatie voor preventie van suicide. Op de website is veel informatie te vinden, bijvoorbeeld over de hulplijnen en suïcidepreventie voor specifieke sectoren en doelgroepen.

Factsheet Suïcidaliteit onder jongeren – Deze factsheet geeft informatie over het aantal suicides bij jongeren, risicofactoren en wat je kan doen bij suïcidaliteit.

Vraag maar-training 'In gesprek met een jongere' – Leer in deze training van 113 Zelfmoordpreventie hoe je het gesprek met een jongere kan voeren over gedachten aan zelfdoding en daarmee mogelijk iemand kan helpen.

Kennisdossier Suïcidepreventie bij jongeren – Dit kennisdossier is ontwikkeld door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). Het dossier bevat de laatste inzichten op het gebied van suïcidepreventie bij jongeren.

Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming – Deze richtlijn is ontwikkeld door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en bevat informatie over suïcidaliteit bij jongeren.

Richtlijn Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis – Deze richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) beschrijft hoe een stervenswens van een patiënt met een psychische stoornis op een zorgvuldige manier besproken en beoordeeld kan worden.

Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit – Dit document van het Trimbos-instituut bevat aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten.

Samen Minder Suicide – De leidraad is ontwikkeld vanuit de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025, een vijfjarenplan om suicide en suïcidepogingen in Nederland terug te dringen. Op de website van Samen Minder Suicide kun je meer lezen over de projecten en activiteiten die onder de derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025 vallen.

StroomOP – StroomOP is een netwerk van jeugdprofessionals die streven naar eerdere, snellere en beter passende hulp voor jongeren en hun ouders. Lees op deze website meer over wat het netwerk doet en welke bevindingen er zijn.

12. LITERATUUR

Asarnow JR, Mehlum L. Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents - advances in suicide prevention care. *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60(10): 1046-1054. Erratum in: *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60(12): 1357.

Berkelmans G, Van der Mei R, Bhulai S, e.a. Demographic risk factors for suicide among youths in the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(4): 1182.

Bernert RA, Hom MA, Iwata NG, e.a. Objectively Assessed Sleep Variability as an Acute Warning Sign of Suicidal Ideation in a Longitudinal Evaluation of Young Adults at High Suicide Risk. *J Clin Psychiatry* 2017; 78(6): e678-e687.

Buijssen I. Pijn aan de zijlijn. GGz Breburg; 2022.

Broton KM, Mohebal M, Lingo MD. Basic Needs Insecurity and Mental Health: Community College Students' Dual Challenges and Use of Social Support. *Community Coll Rev* 2022; 50(4), 456-482.

Bryan CJ, Rudd MD. Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention. Guilford Press; 2018.

CBS. Zelfdoding onder jongeren. 2020. Geraadpleegd op 7 september 2022, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7022gza/table?ts=1662625452904>.

Chabot B. The request for physician assisted suicide. *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 759-766.

Chiu H, Lee H, Chen P, e.a. Associations between sleep duration and suicidality in adolescents: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2018; 42: 119-126.

Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, e.a. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(7): 694-702.

Coppersmith DD, Ryan O, Fortgang R, e.a. Mapping the Timescale of Suicidal Thinking. *PsyArXiv* 2022; September 2.

Dazzi T, Gribble R, Wessely S, e.a. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med* 2014; 44(16): 3361-3363.

De Boed K. Het suicide herstelproces: de cirkel van hoop. 2022.

De Vries P, Huisman A, Kerkhof AJFM e.a. Het non-suicide contract: een riskant ritueel. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50(10): 667-671.

Diamond GS, Diamond GM, Levy SA. Attachment-based family therapy for depressed adolescents. APA; 2014.

Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, e.a. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(2): 122-131.

- Donk AJ, De Ridder K. Ziek van het helpen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 2000; 55: 905-918.
- Elzinga E, De Kruif AJTCM, De Beurs DP, e.a. Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PLoS ONE* 2020; 15.
- Elzinga E, Van Veen S, Van Wijngaarden E, e.a. Een levenslange doodswens en persisterende suïcidaliteit: een exploratief onderzoek naar het ontstaan, verloop en behoeften van mensen die hieraan lijden. *113 Zelfmoordpreventie*; 2021.
- Farrow TL, Simpson AIF, Warren HB. The effects of the use of 'no-suicide contracts' in community crisis situations: the experience of clinicians and consumers. *Brief Treat Crisis Interv* 2002; 2: 241-246.
- Ferro MA, Rhodes AE, Kimber M, e.a. Suicidal Behaviour Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness. *Can J Psychiatry* 2017; 62(12): 845-853.
- GGZ Standaarden. Generieke module: Suïcidaal gedrag. 2018. Geraadpleegd op 7 september 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/introductie>.
- Gratch I, Choo T, Galfalvy H, e.a. Detecting suicidal thoughts: the power of ecological momentary assessment. *Depress Anxiety* 2021; 38(1): 8-16.
- Goldney DR. *Suicide prevention*. Oxford University Press: Oxford; 2008.
- Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, e.a. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293(13): 1635-1643.
- Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, e.a. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Med* 2016; 13(3): 1-21.
- Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(6): 482-495.
- Hanssen-Bauer K, Heyerdahl S, Hatling T, e.a. Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome. *Int J Ment Health Syst* 2011; 5(1).
- Hawton K, Lascelles K, Pitman A, e.a. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(11): 922-928.
- Hermens M, Van Wetten H, Sinnema H. *Kwaliteitsdocument Ketenzorg suïcidaal gedrag: Aanbevelingen voor zorgvuldige samenwerking in de keten*. Trimbos-instituut: Utrecht; 2010.
- Hughes DA. *Attachment-focused family therapy*. Norton: New York/London; 2007.
- Huisman A, Kerkhof AJFM. Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50(4): 197-203.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Verkenning suïcidemeldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: kansen voor preventie? 2018. Geraadpleegd op 8 september 2022, van <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/12/21/verkenning-suïcidemeldingen-bijde-inspectie-gezondheidszorg-en-jeugd-kansen-voor-preventie>.

Jobs D. The CAMS Approach to Suicide Risk: Philosophy and Clinical Procedures. *Suicidologi* 2009; 14(1): 3-7.

John A, Glendenning AC, Marchant A, e.a. Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: systematic review. *J Med Internet Res* 2018; 20(4): e129.

Johnstone OK, Marshall JJ, McIntosh LG. A Review Comparing Dialectical Behavior Therapy and Mentalization for Adolescents with Borderline Personality Traits, Suicide and Self-harming Behavior. *Adolescent Res Rev* 2022; 7: 187-209.

Jones N, Gius BK, Shields M, e.a. Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017-2027 2021; 56.

Kaijadoo S, Van Arragon E, Derksen C, e.a. Een stil gevecht. Suïcide en suïcidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij? Den Haag: ZonMw; 2021. https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/JeugdzorgPlus/eindverslag_Stil_gevecht.pdf

Kearns JC, Coppersmith DDL, Santee AC, e.a. Sleep problems and suicide risk in youth: a systematic review, developmental framework, and implications for hospital treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 63: 141-151.

King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Arch Suicide Res* 2008; 12(3), 181-196.

King CA, Klaus N, Kramer A, e.a. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: a randomized controlled intervention trial. *J Consult Clin Psychol.* 2009; 77(5): 880-893.

Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, e.a. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021; 51(7): 1057-1067.

Lamb CE. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 345-350.

Large, M, Kaneson, M, Myles, N, Myles, H, Gunaratne, P, Ryan, C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS ONE* 2016; 11.

Lewis NM. Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health Place* 2009; 15(4): 1029-1045.

Liu J, Tu Y, Lai Y, e.a. Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sleep* 2019; 42(6).

- Marraccini ME, Brier ZMF. School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *Sch Psychol Q* 2017; 32(1): 5-21.
- Mathai J, Bourne A. Patients who do well and who do less well in an inpatient adolescent unit. *Australas Psychiatry* 2009; 17(4): 283-286.
- McManama O'Brien KH. Rethinking adolescent inpatient psychiatric care: The importance of integrated interventions for suicidal youth with substance use problems. *Soc Work Ment Health* 2015; 11(4): 349-359.
- Meerdinkveldboom J, Rood I, Kerkhof A. Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. *Individuele en gezinsbehandeling (3e herz. dr.)*. Boom: Amsterdam; 2019.
- Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, e.a. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(6): 544-554.
- Meijer-Rozema SG, Nijhof KS, Bosch AN, e.a. Suïcidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 62; 439-444.
- Mérelle SYM, Van Bergen DD, Popma A. Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017. Een verdiepend onderzoek. *113 Zelfmoordpreventie*; 2019.
- Michel K, Gysin-Maillart A. ASSIP: Een programma van kortdurende interventies bij suïcidepogingen. Göttingen: Hogrefe; 2020.
- Niederkrötenhaler T, Reidenberg DJ, Till B, e.a. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med* 2014; 47: 235-243.
- Nock MK, Borges G, Bromet E, e.a. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.
- Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, e.a. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2021; 1-8.
- NVVP. Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis. 2018. Geraadpleegd op 12 september 2022, van: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html.
- Okma K, Dijken A van, Vergeer M, e.a. QuickScan naar de ondersteuningsbehoefte. Visiedocument deel 2: Brussen. NJI; 2015.
- Piper LJ, Uttley CM. Adolescents and pets. In Kogan L & Blazina C. *Clinician's guide to treating companion animal issues*. 2019; 47-75.
- Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, e.a. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(1): 92-103.
- Robinson J, Rodrigues M, Fisher F, e.a. Social media and suicide prevention: findings from a stakeholder survey *Shanghai Arch Psychiatry* 2015; 27(1): 27-35.

- Robinson J, Cox G, Bailey E, e.a. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10; 103-121.
- Roelofs J, Muris P, van Wesemael, e.a. Group-schematherapy for adolescents: results from a naturalistic multiple case study. *J Child Fam Stud* 2016; 25(7): 2246-2257.
- Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, e.a. Brief cognitive-behavioral therapy effects on posttreatment suicide attempts in a military sample: Results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 441-449.
- Saab MM, Murphy M, Meehan E, e.a. Suicide and self-harm risk assessment: a systematic review of prospective research. *Arch Suicide Res* 2022; 26(4): 1645-1665.
- Sandford DM, Kirtley OJ, Thwaites R, e.a. The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2020; 28(2): 261-294.
- Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, e.a. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32: 534-541.
- Shea SC. The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 58-72.
- Simpson SA, Goans C, Loh R, e.a. Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: performance characteristics of the Columbia-suicide severity rating scale screener. *Acad Emerg Med* 2021; 28(6): 621-629.
- Stanley B, Brown G, Brent DA, e.a. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(10): 1005-1013.
- Steenmeijer J, Meerdinkveldboom J. Suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag. In Lindauer R & Staal W. *Handboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Boom: Amsterdam 2022; 351-366.
- Tromp N. *Geen gewone puber. Borderline en andere persoonlijkheidsproblemen tijdig herkennen*. Nieuwezijds: Amsterdam; 2017.
- Turner K, Stapelberg NJ, Sveticic J, e.a. Inconvenient truths in suicide prevention: why a restorative just culture should be implemented alongside a zero suicide framework. *Aust N Z J Psychiatry* 2020; 54(6): 571-581.
- Van Bergen DD, Bos HM, van Lisdonk J, e.a. Victimization and suicidality among Dutch lesbian, gay, and bisexual youths. *Am J Public Health* 2013; 103(1): 70-72.
- Van Bergen DD, Van Balkom AJLM, Smit JH, e.a. "I felt so hurt and lonely": Suicidal behavior in South Asian-Surinamese, Turkish, and Moroccan women in the Netherlands. *Transcult Psychiatry* 2012; 49(1): 69-86.
- Van de Koppel M, Mérelle, SYM, Stikkelbroek YAJ, e.a. Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64(4): 214-219.

Van Duursen RAA , Knapen SRY. Chronische suicidaliteit: van beheersen naar begrijpen. *PsyXpert* 2017; 1: 38-48.

Van Hemert A, Kerkhof A, De Keijser J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *De Tijdstroom*: Utrecht; 2012.

Van Luyn B, Kerkhof A. Het trainen van ggz-professionals in suïcidepreventievaardigheden. In: Van Heeringen C, Portzky G, De Beurs DP, e.a. *Handboek suïcidaal gedrag*. *De Tijdstroom/Boom*: Amsterdam 2019; 121-141.

Van Tilburg MA, Spence NJ, Whitehead WE, e.a. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *J Pain* 2011; 12(10): 1032-1039.

Van Wijk-Herbrink MF, Broers NJ, Roelofs J, e.a. Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *Int J Forensic Ment Health* 2017; 16: 261-279.

Vitiello B, Brent DA, Greenhill LL, e.a. Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(10): 997-1004.

Williams J, Crane C, Barnhofer T, e.a. Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model. In Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford University Press: Oxford 2005; 71-89.

Zortea TC, Cleare S, Melson AJ, e.a. Understanding and managing suicide risk. *Br Med Bull* 2020; 134(1): 73-84.

BIJLAGE 1. RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN

Risicofactoren

In dit overzicht staan de meest voorkomende risicofactoren bij suïcidaliteit.

Suïcidaliteit:

- Suïcidegedachten, de intentie suïcide te plegen en concrete plannen
- Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag
- Beschikbaarheid van een middel
- Een suïcide in de familie
- Een suïcide in de regio

Persoonskenmerken:

- Leeftijd (Oudere jongeren overlijden vaker door suïcide, onder de 15 jaar is suïcide vrij zeldzaam, maar het komt wel voor.)
- Geslacht (Het aantal suïcides ligt bij jongens hoger dan bij meisjes, terwijl bij meisjes het aantal pogingen vele malen hoger ligt.)
- Lhbtqia+ (De kans op suïcidegedachten en een suïcidepoging is bij deze jongeren groter dan bij heteroseksuele jongeren.)
- Culturele achtergrond (Meisjes met een restrictieve culturele achtergrond doen vaker suïcidepogingen dan autochtone jongeren, terwijl autochtone jongeren vaker suïcide plegen.)

Psychologische factoren:

- Neiging tot internaliseren, het bij jezelf houden van emoties
- Emotioneel teruggetrokken
- Matige emotionele vaardigheden
- Negatief zelfbeeld
- Beperkte frustratietolerantie
- Zwart-witdenken
- Worsteling met identiteitsvragen
- Faalangst
- Perfectionisme
- Impulsiviteit
- Wanhoop
- Eenzaamheid en isolatie
- Geen hulp zoeken
- Piekeren
- Slaapproblemen

Gebeurtenissen:

- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik en verwaarlozing)
- Onrust en wisselingen in het leven (onder andere scheiding ouders, verhuizingen, wisselen van behandelsetting)
- Verlieservaringen
- Vooral contact met lotgenoten die ook zwijgzaam zijn

- Alcohol- en drugsgebruik
- Pestervaringen
- Schoolproblemen of langere tijd niet naar school gaan
- Weinig sociale steun hebben of ervaren
- Chronische pijn en chronische ziekte
- Onzekerheid over basisbehoeften

Gezinsfactoren:

- Negatieve interactiepatronen
- Een onveilige ouder-kindrelatie
- Gebrek aan een hechte band
- Ouders weten niet goed wat hun kind voelt, denkt en doet
- Ouders zijn of voelen als afwezig
- Ouders zijn onzeker over hoe ze met hun kind om moeten gaan
- Ouders hebben zelf psychische klachten
- Er is sprake van een vechtscheiding
- Veranderende samenstelling van het gezin
- De aanwezigheid van depressie en suïcide in de familiegeschiedenis

Behandelfactoren:

- Het niet kunnen vinden van passende zorg
- Onvoldoende continuïteit van zorg
- Diverse aanmeldingen en afwijzingen
- Onvoldoende samenwerking met de ouders
- Onverwachte veranderingen, bijvoorbeeld een verlenging van een opname
- Overgang van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz
- Dilemma tussen beheersen en autonomie

Psychische aandoeningen:

Een groot deel van de jongeren die overlijden door suïcide hebben een of meerdere psychische stoornissen, zoals:

- Depressie
- ADHD
- Autisme
- Trauma
- Psychosen
- Angstproblematiek
- Eetstoornis
- Middelengebruik en -misbruik
- Aanpassingsproblemen
- Gedragsproblemen
- Persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling

Sociale media:

- Geheime accounts
- Delen van depressieve en suïcidale uitingen (met lotgenoten) via sociale media
- Intensief gebruik maken van sociale media (vanwege risico op slaapproblemen en het creëren van een online identiteit waarbij jongere de identiteit ontleent aan de suïcidaliteit)
- Online challenges

Beschermende factoren

Dit zijn voorbeelden van beschermende factoren:

- Steunend sociaal netwerk
- Verbondenheid met het gezin
- Verbondenheid met vrienden en vriendinnen, op school en bij de sportvereniging
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, zoals broertjes of zusjes
- Hebben van een huisdier
- Continuering van onderwijs
- Religie met een steunend en positief godsbeeld
- Voldoende goede frustratietolerantie en impulscontrole
- Ontwikkelde probleemoplossingsvaardigheden
- Beperkte mogelijkheden om aan middelen te komen
- Zorgvuldige omgang met berichten in de media
- Toekomstperspectief
- Goede therapeutische relatie
- Positief leefklimaat op groepen
- Systeembehandeling
- Ondersteuning voor ouders
- Stabiel team van professionals om de jongere heen
- Goed bereikbare hulpverlening

BIJLAGE 2. CONTACT MAKEN: VOORBEELDZINNEN

Stel de jongeren op hun gemak:

- Ik vind het belangrijk dat je je op je gemak voelt en deelt waar jij je goed bij voelt. Voel ook zeker de vrijheid om het te zeggen als je iets niet fijn vindt. We doen het in jouw tempo.
- Je mag hier alles vertellen of zeggen wat er in je opkomt. Je mag hier zijn wie je bent.

Wees open en toon oprechte interesse:

- Ik ben hier voor jou en om naar jouw verhaal te luisteren.
- Vertel eens, hoe is het met je?
- Dat klinkt zwaar. Wil je er wat meer over vertellen?
- Wat bedoel je daar precies mee?
- Vraag naar hobby's of interesses van de jongere. Zo geef je de jongere het gevoel dat deze niet een 'nummertje' is, maar dat je de jongere echt wil begrijpen/leren kennen.

Normaliseer:

- Veel jongeren vinden het heel spannend om hier te zijn. Hoe vind jij het?

Leg de regie bij de jongere:

- Wat verwacht je van dit gesprek?
- Wat zou je het allerliefste willen?
- Wil je praten of wil je liever iets anders doen?
- Ik wil even bij je checken of ik je goed begrepen heb.

Deel iets over jezelf:

- Vertel eens wat over jezelf. Of heb je liever dat ik begin?
- Weet je wat mij helpt op moeilijke dagen?
- Je raadt nooit wat ik vanmorgen heb meegemaakt!

Gebruik humor:

- Ben je buiten adem? Hard gefietst? Irritante stoplichten zaten zeker ook nog tegen.
- Ik zie er misschien oud en wijs uit, maar reken maar dat ik ook niet alles weet.

Benoem hardop wat de jongere misschien denkt:

- Irritant om hier te zijn, hè?
- Lelijke plant, hè?

Afsluiten van het gesprek:

- En ... Wat vond je ervan?
- Het lijkt mij een goed idee om nog een keer te praten, wat vind jij daarvan?

BIJLAGE 3. SIGNALERINGSPLAN

 Ik voel me goed	Wat merk ik zelf?	Wat kan ik zelf doen?	Wat kan ik beter niet doen?
	Wat merken anderen?	Wat kan ik aan anderen vragen?	Wat kunnen anderen beter niet doen?
 Ik voel me minder goed	Mijn triggers:	Wat merk ik zelf?	Wat kan ik zelf doen?
	Wat merken anderen?	Wat kan ik aan anderen vragen?	Wat kan ik beter niet doen?
 Ik voel me slecht	Mijn triggers:	Wat merk ik zelf?	Wat kan ik zelf doen?
	Wat merken anderen?	Wat kan ik aan anderen vragen?	Wat kunnen anderen beter niet doen?
 Ik functioneer niet meer	Mijn triggers:	Wat merk ik zelf?	Wat kan ik zelf doen?
	Wat merken anderen?	Wat kan ik aan anderen vragen?	Wat kunnen anderen beter niet doen?

Met wie neem ik contact op als het slecht met mij gaat?

Naam	Telefoonnummer

BIJLAGE 4. VEILIGHEIDSPLAN

Veiligheidsplan van:

Stap 1 Waarschuwingssignalen - Dingen waaraan ik merk dat het niet goed met mij gaat:

1.
2.
3.

Stap 2 Zelf doen - Dit doe ik om me minder slecht te voelen:

1.
2.
3.

Stap 3 Als ik niet alleen wil zijn, ga ik voor gezelschap en afleiding naar:

1.
2.
3.

Stap 4 Als ik met iemand over mijn problemen wil praten, zoek ik contact met:

Naam Telefoonnummer

Naam Telefoonnummer

Naam Telefoonnummer

Stap 5 Hulpverleners of organisaties die ik om hulp kan vragen:

Naam Telefoonnummer Noodnummer

Naam Telefoonnummer Noodnummer

Telefoonnummer huisartsenpost

Telefoonnummer crisisdienst

113 Zelfmoordpreventie  Chat via: 113.nl  Bel 113 of bel gratis 0800 - 0113

Stap 6 Dingen die ik ga doen om mijn omgeving veilig te maken:

1.
2.

Stanley & Brown (2012)

Of gebruik de BackUp app:
113.nl/ik-denk-aan-zelfmoord/backup

Extra vragen die je helpen bij het invullen van de stappen

Stap 1

- Waaraan kan jij merken dat het minder goed met je gaat?
- Welke gedachten, gedrag en/of gevoel heb je dan?

Stap 2

- Welke dingen kan je zelf doen om nare gedachten en gevoelens iets te verminderen, of in ieder geval niet erger te laten worden?
- Wat kan je doen om afleiding te zoeken?

Stap 3

- Bij wie kan je terecht voor afleiding en gezelschap, zonder dat je over je problemen hoeft te praten?
- Naar welke plekken kan je gaan zodat je niet alleen bent, maar ook geen contact met anderen hoeft te hebben? (bijvoorbeeld een bibliotheek)
- Waar kan je heen gaan voor afleiding van je gedachten en gevoelens?

Stap 4

- Wie kan je bellen of appen als je wilt praten over hoe het met je gaat?
- Wie van je vrienden of familie kan je helpen als het niet goed met je gaat?

Stap 5

- Welke hulpverleners of organisaties kan je om hulp vragen als je stap 1 t/m 4 geprobeerd hebt?

Stap 6

- Hoe zorg je ervoor dat je veilig bent en blijft tijdens een crisis?
- Hoe zorg je ervoor dat niet makkelijk bij spullen kunt, die je kan gebruiken om jezelf iets aan te doen?

Tip

Denk bij het invullen goed na of je dit ook echt gaat doen tijdens een crisismoment. Probeer je plan zo realistisch mogelijk te maken.

BIJLAGE 5. AANDACHTSFUNCTIONARIS SUÏCIDALITEIT

Suïcidaliteit is een complex thema. Het is fijn om een expert, ofwel aandachtsfunctionaris, op dit vlak in huis te hebben die als vraagbaak kan functioneren voor collega's en kan helpen bij het opstellen, implementeren en doorontwikkelen van het suïcidepreventiebeleid. Professionals kunnen een training volgen tot aandachtsfunctionaris.

Een aandachtsfunctionaris:

- is een professional werkzaam bij de instelling met een extra taak op het gebied van suïcidepreventie;
- is deskundige op het gebied van suïcidaliteit en suïcidepreventie;
- is het centrale aanspreekpunt als het gaat om suïcidaliteit en suïcidepreventie;
- helpt bij het implementeren van het suïcidepreventiebeleid, onder andere door trainingen over suïcidepreventie te organiseren binnen de instelling;
- functioneert als rolmodel in het toepassen van het suïcidepreventiebeleid;
- ziet toe op het uitvoeren van het beleid en de bijbehorende protocollen;
- verzamelt feedback over het suïcidepreventiebeleid en draagt bij aan de doorontwikkeling ervan;
- onderhoudt contacten met aandachtsfunctionarissen bij andere organisaties;
- ondersteunt bij evaluaties over suïcidaal gedrag;
- ziet erop toe dat het eigen suïcidepreventiebeleid ten minste elke twee jaar geëvalueerd en geüpdatet wordt.

Ondersteuning en inbedding

De aandachtsfunctionaris moet vanuit de organisatie ondersteund worden en de rol moet ingebed zijn in de organisatie.

Denk bij de ondersteuning en inbedding aan:

- het bieden van een training tot aandachtsfunctionaris;
- de gelegenheid om vier keer per jaar met andere aandachtsfunctionarissen (ook uit andere instellingen) samen te komen om ervaringen uit te wisselen, steun te vragen, informatie te ontvangen en competenties te ontwikkelen;
- het informeren van de aandachtsfunctionaris over meldingen en belangrijke zaken die binnen de organisatie en regionale netwerkzorg worden besproken.

Taken

De taken die de aandachtsfunctionaris uitvoert zijn onder te verdelen in verschillende onderwerpen. Dit zijn de volgende:

1 Uitdragen en (door)ontwikkelen van het beleid op suïcidaal gedrag

- Volgen van relevante externe ontwikkelingen in regelgeving en beleid.
- Volgen van relevante (landelijke en internationale) ontwikkelingen over suïcidepreventie.
- Bijhouden van de literatuur.
- Verspreiden van relevante informatie binnen de organisatie.
- Monitoren van de uitvoering van het beleid op de locatie.
- (On)gevraagd adviseren van medewerkers over het suïcidepreventiebeleid.

- Gesprekspartner zijn voor een collega die in geval van suïcidaal gedrag bij jongeren vragen heeft over het suïcidepreventiebeleid van de instelling.
- Erop toezien dat het eigen suïcidepreventiebeleid ten minste elke twee jaar geëvalueerd en geüpdatet wordt.

2 Bijdrage leveren aan het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers

- Adviseren over deskundigheidsbevordering conform opleidingsbeleid.
- Adviseren over deskundigheidsbevordering op locatieniveau.
- Op verzoek consulteren van leidinggevenden over deskundigheidsbevordering op team- en individueel niveau.
- Monitoren van de trainingen en desgewenst terugkoppeling hierover verzorgen in het kennisnetwerk.
- Op aanvraag consulteren van medewerkers (consultatiefunctie).
- Vervullen van de rol van kennisdrager binnen het kennisnetwerk.
- Nieuwe medewerkers op de hoogte brengen van de leidraad suïcidepreventie en de werkwijze bij jongeren die kampen met suïcidaliteit.

3 Toezien op de uitvoering van protocollen en werkinstructies op locatie

- Checken of de protocollen gevolgd worden.
- Meedenken met professionals en teams over de uitvoering van protocollen.
- Kan betrokken worden bij de uit te zetten acties na een melding tot en met de evaluatie.
- Contact onderhouden met regiebehandelaren over ingezette acties, zij blijven eindverantwoordelijk.

4 Algemeen

- Eerste aanspreekpunt zijn voor collega's.
- Advies geven bij het coördineren van nazorg.

BIJLAGE 6. ACTIEPLAN NA EEN SUÏCIDEPOGING

Er is sprake van een suïcidepoging als een jongere heeft geprobeerd suïcide te plegen, maar er geen sprake is van een dodelijke afloop. Je kunt direct betrokken zijn, omdat het op locatie gebeurt of je de jongere aan de telefoon hebt, of het horen van een ander. In beide gevallen is het belangrijk dat er, min of meer tegelijkertijd, snel een aantal acties wordt ondernomen. Roep daarom direct een of meerdere collega's bijeen en verdeel de taken. Het stappenplan dat volgt bevat essentiële stappen die genomen moeten worden na een suïcidepoging. Het stappenplan dient als houvast. Het kan altijd zo zijn dat er wat anders nodig is dan in de plannen beschreven staat.

Dit stappenplan laat zien wat er in het hele zorgnetwerk gebeurt, zodat je ook kan zien wat er elders gebeurt. Dit betekent wel dat er mogelijk enkele stappen in het stappenplan staan die niet van toepassing zijn op de eigen organisatie. Door wel op de hoogte te zijn van de stappen elders in het netwerk, is het makkelijker de stappenplannen binnen een regio op elkaar af te stemmen.

Actie

Wie?



Alarmeer en stel de situatie veilig

Meestal vinden pogingen buiten de zorg om plaats. Als je wel direct betrokken bent bij de poging omdat de jongere op locatie of aan de telefoon is, bel dan indien nodig 112, roep de hulp in van collega's en pas EHBO toe. Zorg dat omstanders, met name kinderen en jongeren, uit de buurt van de jongere blijven.

Ondertussen wordt (door iemand anders) met de (behandel) coördinator en leidinggevende overlegd over het verder in te zetten beleid. Buiten de GGZ om wordt er contact gelegd met de GGZ of de crisisdienst.



Zorg voor nabijheid

Zorg voor nabijheid. Als het op locatie is gebeurd, maar ook als het ergens anders is gebeurd. Je kunt deze nabijheid zelf bieden en/of naasten inzetten. Als de jongere naar het ziekenhuis gaat en het is op locatie gebeurd, zorg dan dat een professional meegaat.



Informeer betrokkenen

Licht anderen in:

- Breng de ouders/naasten/(gezins)voogd op de hoogte als zij nog geen weet van de poging hebben, tenzij in het dossier is vastgelegd dat dit niet gebeurt.

- Bespreek onderling wie, wanneer en op welke wijze andere naastbetrokkenen informeert over de suïcidepoging. Denk aan directe collega's, groepsgenoten, huisarts, zorgcoördinator op school en andere netwerkpartners.
- Informeer de betrokkenen op een integere manier over de situatie van de jongere en diens poging tot zelfdoding. Stem zoveel mogelijk met de jongere af wat wel en niet gedeeld mag worden.
- Licht de directie of achterwacht in.
- Draag (zo nodig) zorg voor het informeren van o.a. raad van bestuur, de inspecties, gemeenten en communicatieadviseur.



Zorg voor veiligheid van de jongere en diens omgeving

Beslis in overleg met collega's welke hulp direct ingezet wordt om de situatie veilig te stellen. Denk aan: de jongere verplaatsen naar een veilige plek (mits er iemand bij blijft), nabijheid bieden, duidelijke afspraken maken, monitoren en/of een opname bewerkstelligen. Maar ook aan het inzetten van extra personeel om eventuele groepsgenoten op te vangen en het inschakelen van slachtofferhulp voor getuigen. Verder is het belangrijk snel in gesprek te gaan met de jongere, bij voorkeur persoonlijk.

- Ga in gesprek met de jongere en bied nabijheid. Bespreek hoe de jongere de eerstvolgende uren doorkomt.
- Stel nu nog geen verdiepende vragen over de suïcidepoging.
- Pak eventueel het veiligheidsplan erbij.
- Wees rustig, betrokken en zorgzaam. In de eerste fase na suïcidaal gedrag is dat het meest helpend.
- Soms wil een jongere niet direct praten over de poging. De jongere kan behoefte hebben aan rust, het laten bezinken van wat er gebeurd is en het laten zakken van gevoelens. Geef hier dan ook ruimte voor. Overleg met de jongere, naasten en betrokken professionals over het in te zetten beleid en het eventueel aangepaste veiligheidsplan.

Voor de gespecialiseerde zorg

Maak na suïcidaal gedrag zorgvuldig de balans op tussen autonomie versterken en vrijheidsbeperkende middelen inzetten. Het is steeds afwegen en uitproberen welke vrijheden een jongere aankan. Het is een proces dat met trial-and-error verloopt en waarbij soms risico's genomen moeten worden. Alleen dan kan de jongere oefenen in het dragen van meer verantwoordelijkheid en het vergroten van diens autonomie.



Ga in gesprek over de suïcidepoging

Ga het liefst de dag na de poging in gesprek met de jongere over de suïcidepoging. Het is het beste als het gesprek gevoerd wordt door een professional die een goede band heeft met de jongere. Als deze professional niet bevoegd is om beleid uit te zetten, dan kan het gesprek samen met iemand anders met de juiste bevoegdheden gevoerd worden of kan er na het gesprek samen overlegd worden. Onderzoek in het gesprek samen met de jongere de aard en toedracht van de poging. Naast de jongere kunnen naasten en/of gezinsvoogd en betrokken professionals waardevolle informatie hebben. Besteed ook aandacht aan de preventie van een volgende poging.

Vraag bijvoorbeeld:

- Wat is er gebeurd?
- Wat maakte dat je een poging deed?
- Wat maakte het moeilijk om voorafgaand aan de poging om hulp te vragen?
- Wat heb je nodig om een volgende keer wel om hulp te vragen?
- Was het impulsief of voorbereid?
- Is de aandrang tot een poging nog (sterk) aanwezig?
- Zijn de mogelijkheden nog beschikbaar?
- Wat moet er gebeuren om je veiligheid te verhogen?

Vind de jongere het moeilijk om hardop over de poging te praten? Stel dan voor om het in eerste instantie per app of mail over de poging te hebben, terwijl je naast elkaar zit. Begrens het appen en mailen wel.

Bespreek de uitkomsten van het gesprek en het (aangepaste) veiligheidsplan met de jongere en het netwerk. Spreek af wat ieders rol is.

Werk na het gesprek het dossier van de jongere bij. Meld de poging in het incidentensysteem van de instelling, vul de diagnostiekonderdelen in het dossier aan met relevante informatie en neem het (aangepaste) veiligheidsplan en overige onderzoeksresultaten op.



Blijf in contact met de jongere, naasten en andere betrokkenen

Houd nauw contact met de jongere de komende dagen. Bespreek wat deze nodig heeft met betrekking tot nabijheid en veiligheid, uiten van gevoelens en gedachten, en aandacht voor positieve dingen. Zorg ook voor een zinvolle dagbesteding.

Vraag ook daarna regelmatig hoe het met de jongere gaat. Bespreek in ieder geval maandelijks of het veiligheidsplan nog past bij de huidige situatie van de jongere. Vergeet ook niet om samen over andere onderwerpen te praten dan suïcidaliteit.

Houd ook contact met naasten en andere betrokkenen, met name om de impact van de suïcidepoging te monitoren.

- Bespreek in het team wat de situatie met jou en andere professionals heeft gedaan. Doe dit direct na de situatie maar ook later, bijvoorbeeld na drie maanden, een half jaar en een jaar. Als je merkt dat de situatie veel van je heeft gevraagd, zoek dan bijvoorbeeld steun bij collega's en naasten, en geef je grenzen op tijd aan.
- Houd in het geval van een groep de andere jongeren goed in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig. Wees je bewust van de 'besmettelijkheid' van suïcidepogingen. Bespreek het onderwerp suïcidaliteit niet tot in de details in de groep en check bij elke jongere, in een individueel gesprek, wat het met de jongere doet.
- Vanuit de organisatie worden de protocollen 'opvang professionals na traumatische gebeurtenis' en/of 'opvang jongeren na traumatische gebeurtenis' in werking gezet.
- Wees er voor ouders/naasten. Houd contact met hen, geef informatie, vraag waar ondersteuning nodig is en geef deze of verwijst ze door voor ondersteuning.
- Houd nauw contact met school en denk mee.
- Blijf ook in contact met je eigen gevoelens en wat het bij jou oproept.



Evalueer de situatie

Het evalueren van situaties waarin suïcidaliteit voorkwam, is belangrijk omdat dit leermomenten zijn. Door de situaties van iets meer afstand te bekijken, worden zaken die goed gingen en die beter konden zichtbaar. Deze informatie helpt bij het aanscherpen van het stappenplan en het beleid.

- Evalueer hoe er binnen de eigen organisatie gehandeld werd en hoe de samenwerking met andere betrokkenen verliep. Doe dit samen met de jongere, naasten en het professionele netwerk. Het document [Evaluatie suïcidepreventie organisaties](#) kan helpen bij de evaluatie.
- Evalueer wat je te weten bent gekomen over de jongere en hoe dat helpend kan zijn in de toekomst. Doe dit samen met de jongere, naasten en het professionele netwerk.

Na de suïcidale crisis

Als de jongere al in behandeling was, wordt deze in principe voortgezet. Als tijdens de suïcidale crisis nieuwe problemen aan bod kwamen, kan het voorkomen dat er een nieuw behandelbeleid wordt vastgesteld.

Als de jongere nog geen hulp kreeg, wordt er eerst uitvoerige diagnostiek uitgevoerd om te achterhalen wat er precies speelt. **Het CASE-interview** (Shea, 1998) of **het narratief interview** wordt afgenomen om de suïcidaliteit van de jongere goed in kaart te brengen. Op basis van de verkregen informatie wordt er een **structuurdiagnose** opgesteld. Daarna wordt een behandelplan opgesteld.

Als tijdens de individuele behandeling van een suïcidale jongere escalaties blijven plaatsvinden, kan overwogen worden om de hulp van bijvoorbeeld het **Centrum voor Consultatie en Expertise** (CCE) in te roepen.

BIJLAGE 7. ACTIEPLAN NA SUÏCIDE

Van suïcide is sprake wanneer een jongere overlijdt aan een suïcidepoging. Na de schrik en ontsteltenis die optreden, moet snel een aantal acties worden ondernomen, min of meer tegelijkertijd. Het is dus zaak om direct een of meerdere collega's bijeen te roepen en de taken te verdelen. Het stappenplan dat volgt laat zien wat er moet gebeuren. Het stappenplan is voor een groot deel gebaseerd op het Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren (Meerdinkveldboom e.a., 2019). Soms is er wat anders nodig dan in het plan beschreven staat. Volg daarbij je gevoel, overleg met collega's en/of leg vast waarom je afwijkt.

Dit stappenplan laat zien wat er in het hele zorgnetwerk gebeurt, zodat je ook weet wat er elders gebeurt. Dit betekent dat er mogelijk enkele stappen in het stappenplan staan die niet van toepassing zijn op de eigen organisatie. Door wel op de hoogte te zijn van de stappen elders in het netwerk, is het makkelijker de stappenplannen binnen een regio op elkaar af te stemmen.

Actie

Wie?



Alarmeer en stel de situatie veilig

Meestal vinden suicides buiten de zorg om plaats. Als het incident op locatie plaatsvindt of als je de jongere aan de telefoon hebt, bel dan 112, roep de hulp in van collega's en pas EHBO toe. Zorg dat omstanders, met name kinderen en jongeren, uit de buurt van de jongere blijven.

Ondertussen worden de (behandel)coördinator en leidinggevende zo snel mogelijk (door iemand anders) geïnformeerd. Buiten de GGZ om wordt er contact gelegd met de GGZ of de crisisdienst. Ook de directie of achterwacht worden ingelicht.

Als het op locatie gebeurt, zorg dan voor een veilige situatie voor alle betrokkenen. Denk aan het toedekken van de overledene, het inzetten van extra personeel om groepsgenoten op te vangen en het inschakelen van slachtofferhulp voor getuigen.



Informeer en ondersteun de ouders/naasten/(gezins)voogd

Als de ouders/naasten en/of gezinsvoogd nog niet op de hoogte zijn, licht hen dan zo snel mogelijk in. Het liefst persoonlijk. Soms is het mogelijk om iemand van de politie naar de ouders te sturen om hen op de hoogte te brengen en te ondersteunen. Als het op locatie is gebeurd, overleg je met de gezinsleden of zij naar de instelling willen komen of liever hebben dat er een professional naar hun huis komt. Ook als het incident niet op locatie plaatsvond, is het wenselijk de naasten te benaderen en te vragen of ze het fijn vinden als er iemand komt.

Vanwege formele eisen moeten de ouders/naasten het lichaam van hun overleden kind identificeren. Bereid ze voor op deze confrontatie. Je kunt de ouders ter voorbereiding uitleg bieden over wat hen te wachten staat. Vraag daarbij of de ouders het op prijs stellen als een betrokken professional hen begeleidt. Check ook bij deze professional of deze in staat is de aanblik te verdragen.

112

Regel praktische zaken rondom de hulpdiensten (indien het op locatie is gebeurd)

Waarschuw aanwezigen en eventueel andere afdelingen dat er een ambulance en/of politie aankomt en waar dat gebeurt.

Zorg ervoor dat iemand de ambulance en politie opvangt en de medewerkers naar de overleden jongere brengt.

Doe een melding bij de politie. Dat is bij een onnatuurlijke dood wettelijk verplicht. Er moet een gemeentelijk lijkschouwer komen.



Vorm een team en verdeel taken

Vorm een team, kom zo snel mogelijk bijeen en verdeel de acties die op korte termijn ondernomen moeten worden.



Informeer collega's, groepsgenoten en hun ouders, en netwerkpartners

Bespreek onderling wie, wanneer en op welke wijze andere naastbetrokkenen informeert over de suïcidepoging. Denk bij andere naastbetrokkenen aan directe collega's, groepsgenoten, jongeren in andere groepen, huisarts, zorgcoördinator op school en andere netwerkpartners.

Informeer de betrokkenen op een juiste en integere manier over de jongere en diens suïcide om te voorkomen dat er verhalen de ronde gaan. Denk goed na over wat je wel en niet kunt delen over de jongere.

Belangrijk hierbij:

- Denk erover na of de afwezige directe collega's ingelicht moeten worden of niet. Heeft een collega er wat aan het nu te weten en kan deze nu iets betekenen? Als een collega bijvoorbeeld op vakantie wordt gebeld, kan deze niets doen en waarschijnlijk ook niet meer ontspannen, wat wel essentieel is om na de vakantie samen met de collega's de nasleep te doorstaan.
- Breng de ouders en (gezins)voogden van alle betrokken jongeren en de jongeren zelf op de hoogte.
- Bespreek de suïcide niet tot in de details. Check bij elke jongere,

in een individueel gesprek, wat ze weten van de suïcide en wat het overlijden met de jongere doet. Ga ook na of er fantasieën aanwezig zijn over het overlijden.

- Wees in de gesprekken met jongeren niet bang om je eigen emoties te laten zien. Jongeren waarderen dit juist. Je laat zo zien dat emoties er mogen zijn en te dragen zijn.
- Draag zorg voor het informeren van onder andere raad van bestuur, de inspecties, gemeenten en de communicatieadviseur.
- Zorg voor opvang van betrokken professionals en medecliënten. Organiseer een of meer bijeenkomsten waarin steun geboden kan worden, eventueel ook een afscheidsbijeenkomst. Geef tijd en ruimte om emoties te delen. Wijs ze op mogelijkheden voor (individuele) ondersteuning. Sta in deze bijeenkomsten stil bij het verdriet en voorkom uitspraken als “heeft rust gevonden”.



Bespreek wensen van de ouders/naasten voor het afscheid

Bespreek met de ouders/naasten de wensen voor het afscheid, de begrafenis of crematie. Wordt het bijvoorbeeld gewaardeerd als medewerkers of groepsleden bij de uitvaart aanwezig zijn?



Blijf in contact met collega's, naasten en andere betrokkenen

Houd zicht op de impact die de suïcide heeft op de omgeving.

- Bespreek in het team wat de situatie met de professionals heeft gedaan, direct na de situatie maar ook later, kom er ook na een jaar op terug. Geef ruimte voor alle gedachten en gevoelens die er zijn. Een suïcide is een traumatische gebeurtenis. Voer meerdere (individuele) gesprekken met de betrokkenen. Wees alert op signalen waaruit blijkt dat een professional erg met de situatie zit. Let ook op eventuele verwijten die onderling worden gemaakt.
- Houd in het geval van een groep de andere jongeren goed in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig. Wees je bewust van de 'besmettelijkheid' van suïcidepogingen. Wees ook alert op eventuele schuldgevoelens.
- Vanuit de organisatie worden de protocollen 'opvang professionals na traumatische gebeurtenis' en/of 'opvang jongeren na traumatische gebeurtenis' in werking gezet.
- Spreek af wie er gedurende enige tijd contact houdt met de ouders, broers en zussen. Vraag waar het gezin behoefte aan heeft en waar je als professional bij kan ondersteunen. Praat met elkaar over het verdriet en eventuele schuldgevoelens aan beide kanten. Wees eerlijk en open, ook als de familie van plan is een klacht in te dienen. Soms vragen ouders naar het delen van behandelinhoudelijke informatie over de jongere. Ze hopen dat deze informatie hen helpt de suïcide van de jongere te begrijpen. Deze gegevens mag je niet zomaar delen. Wel kan de familie een

aanvraag tot inzage doen via de geneesheer-directeur of eerste geneeskundige. Wees alert op schuldgevoelens.

- Houd nauw contact met school en denk mee.
- Kijk of je wat kunt betekenen voor de vriendengroep van de overledene.



Evalueer de situatie

- Doe een melding bij de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd als de jongere onder de 18 jaar is.
- Houd zo snel mogelijk een eerste bijeenkomst met alle betrokken netwerkpartners waarin iedereen zijn verhaal kwijt kan. Laat iemand die geen teamlid is de bijeenkomst leiden. Wijs de betrokkenen op mogelijkheden tot individuele ondersteuning, bijvoorbeeld door de leidinggevende of iemand uit het zorgteam.
- Evalueer de gevolgde handelingsprocedure binnen twee weken met de netwerkpartners. Laat een deskundige die niet betrokken was bij de zorg voor de jongere de bijeenkomst leiden. Bij de evaluatie is het belangrijk dat rekening gehouden wordt met de emoties van de professionals. Wees alert op schuldgevoelens. Benadruk steeds dat niemand heeft gewild dat de jongere dood zou gaan en de professionals hun uiterste best hebben gedaan om de jongere te helpen. Zo nodig worden protocollen bijgesteld, richtlijnen nogmaals getoetst en wordt de interne organisatie kritisch bekeken.
- Breng de ouders op de hoogte van de interne evaluatie, betrek ze erbij en laat ze hun verhaal vertellen. Hier kun je veel van leren en voor ouders kan het helpend zijn in het verwerkingsproces.
- Er wordt een verslag gemaakt van de interne evaluatie. Deze wordt voorgelegd aan de eerste geneeskundige.



Blijf aandacht houden voor elkaar en voor het eigen welzijn

- Evalueer na drie maanden met de betrokken professionals hoe de uitgevoerde onderzoeken naar de suïcide werden ervaren en hoe het nu met ze gaat.
- Wees je bewust van wat er in je omgaat en wat dit met je doet. Bang zijn voor een volgende suïcide kan het contact maken met een jongere bij wie suïcidaliteit speelt in de weg staan, stressverhogend werken en zo suïcidaliteit verergeren.
- Heb oog voor elkaar, juist na verloop van tijd.

BIJLAGE 8. DE ROL VAN INSPECTIE

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland. De inspectie speelt onder andere een rol in het monitoren en evalueren van suïcides. Alle suïcides van jongeren die op grond van de Jeugdwet hulp ontvangen, moeten gemeld worden. Als de jongere niet onder de Jeugdwet valt, dan moet een suïcide alleen gemeld worden als er sprake is van een calamiteit of verplichte zorg en/of vrijheidsbeperkende maatregel.

Een suïcide of suïcidepoging met ernstig schadelijk gevolg voor een jongere die (in enige mate) gerelateerd is aan de kwaliteit van de geboden zorg, is een calamiteit.

Na de melding doet een organisatie meestal zelf onderzoek naar de suïcide. De organisatie leert daar doorgaans meer van dan als de inspectie dat onderzoek zou doen. De instelling moet het onderzoeksrapport vervolgens opsturen aan de inspectie. De inspectie beoordeelt of het onderzoek voldoende zorgvuldig en kritisch is uitgevoerd: wat is er gebeurd, hoe is het gebeurd, hoe is het geanalyseerd, wordt het intern en met betrokken netwerkpartners besproken en wordt ervan geleerd? En zijn er passende verbetermaatregelen getroffen om het risico weg te nemen of te verkleinen?

Als een jongere is overleden die verbleef in een gesloten setting of na toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel, stelt de inspectie altijd een eigen onderzoek in. Door wie het onderzoek ook uitgevoerd wordt, het doel is hetzelfde: leren van incidenten en calamiteiten én de zorg verbeteren.

Een formeel onderzoek kan veel spanning oproepen bij professionals. In de gesprekken moet er dan ook ruim voldoende aandacht zijn voor deze spanning en de aanwezige emoties. Als professional mag je een vertrouwenspersoon of iemand anders bij de gesprekken laten aansluiten.

Tijdens de onderzoeksprocedure wordt besproken wat de betrokken professionals gedaan hebben om de jongere te helpen, en wat wel en wat niet werkte. Het komt vaak voor dat professionals van de leidraad, de richtlijnen of het interne suïcidepreventiebeleid afwijken. Elke situatie is immers uniek en vraagt een andere aanpak. Als een jongere dan overlijdt door suïcide, kun je je als professional heel druk maken om de afwijkende aanpak. Bedenk je dan dat er een reden is waarom je zo hebt gehandeld. Dit zijn weloverwogen beslissingen die meestal in overleg met collega's tot stand komen en uitgebreid worden toegelicht in het dossier. Zo kun je vertellen en laten zien, en ook voor jezelf weer naar boven halen, waarom je tot een dergelijk besluit bent gekomen.

Weet dat een evaluatie na een suïcide door de inspectie absoluut niet als doel heeft om een schuldige of verantwoordelijke te vinden. Het doel is om met elkaar te leren van wat zich heeft afgespeeld en de zorg te verbeteren.

BIJLAGE 9. NETWERKPARTNERS EN HUN TAKEN

In dit overzicht staan de veelvoorkomende netwerkpartners met de taken die zij kunnen hebben. Dit overzicht kan helpen bij het maken van netwerkafspraken.

Het kan natuurlijk voorkomen dat je vastloopt in het samenwerkingsverband vanwege wachtlijsten en onvoldoende aanbod. Vraag dan of de gemeente mee kan denken of schakel het regionaal expertisecentrum (REC) in. Denk ook aan het opschalen binnen de eigen organisatie of het verwijzen van jongeren naar laagdrempelige organisaties waarbij een luisterend oor geboden wordt en meegedacht wordt met de jongere.

Netwerkpartners	Taken
Toeleiders, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> – Scholen – GGD – Sociale wijkteams – Jeugdbescherming – Jeugdreclassering – Jeugd- en opvoedhulp – Pleeghulp – Gezinshuizen – Sportclubs – Naasten 	<ul style="list-style-type: none"> – Suïcidaliteit signaleren – Contact maken met de jongere – Suïcidaliteit bespreekbaar maken – Suïcidaliteit uitvragen – Motiveren voor professionele hulp – Naar passende zorg toeleiden – Informeren van en afstemmen met alle betrokken partijen – In contact blijven met de jongere – Suïcidaliteit blijven bespreken – Ondersteunen bij uitvoering veiligheidsplan
Huisartsen en POH's	<ul style="list-style-type: none"> – Suïcidaliteit signaleren – Contact maken met de jongere – Suïcidaliteit bespreekbaar maken – Suïcidaliteit uitvragen – Oriënterend psychiatrisch onderzoek uitvoeren – Een somatische anamnese verrichten – Vervolghulp inschakelen, zoals een nooddienst, de acute psychiatrie of de reguliere ggz – Zorgen voor veiligheid en zorgen dat de jongere niet alleen blijft als dat niet verantwoord is – Basiszorg bieden – Overbruggingscontacten bieden als jongere moet wachten op zijn behandeling bij de ggz – Nazorg bieden – Informeren van en afstemmen met alle betrokken partijen – In contact blijven met de jongere en netwerk – Suïcidaliteit blijven bespreken – Een veiligheidsplan maken en helpen bij de uitvoering – Oog hebben voor naasten

<p>SEH en medisch specialisten</p> <p>Na een (vermoedelijke) suïcidepoging kan een jongere op de spoedeisende hulp terechtkomen. Soms moet de jongere een tijdje in het ziekenhuis blijven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Somatische zorg bieden – Contact maken met de jongere – Suïcidaliteit bespreekbaar maken – Suïcidaliteit uitvragen – Veroordelende opmerkingen voorkomen, denk aan “Waarom doe je dit nu?”, “Denk eens aan je ouders” en “We hebben wel wat beters te doen” – Oriënterend psychiatrisch onderzoek doen – Psychiatrische deskundigheid inschakelen, soms tegen de wil van de jongere – Informeren van en afstemmen met alle betrokken partijen
<p>Acute en consultatieve psychiatrie</p> <p>De acute en consultatieve psychiatrie worden ingeschakeld als een jongere snel (binnen 24 uur) hulp nodig heeft.</p> <p>Het kan gaan om:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Crisisdienst – Consultatieve psychiatrische dienst in ziekenhuizen 	<ul style="list-style-type: none"> – Naar de jongere toegaan binnen de termijn die met alle netwerkpartners afgesproken is – Suïcidaliteit signaleren – Contact maken met de jongere – Suïcidaliteit bespreekbaar maken – Suïcidaliteit uitvragen – Psychiatrisch onderzoek doen – Op indicatie bieden van outreachende zorg – Beoordelingen doen voor onvrijwillige zorg – Crisisinterventie uitvoeren, gericht op herstel en stabilisatie van het psychisch evenwicht – Indiciestelling en verwijzing voor behandeling reguliere ggz – Warm overdragen van de jongere naar de reguliere ggz of huisarts voor vervolghulp – Informeren van en afstemmen met alle betrokken partijen – Consultatie aan betrokken partijen, waaronder naasten en de verwijzer – Veiligheidsplan opstellen en helpen bij de uitvoering
<p>Specialistische zorg, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Jeugd-ggz – JeugdzorgPlus – G-GGZ – GMD – Volwassenen-ggz <p>De reguliere ggz neemt een belangrijke rol in als het gaat om het systematisch uitvragen van de suïcidaliteit en het behandelen van zowel de suïcidaliteit als de onderliggende problematiek</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Suïcidaliteit signaleren – Contact maken met de jongere – Suïcidaliteit bespreekbaar maken – Suïcidaliteit (systematisch) uitvragen – Structuurdiagnose maken – Behandelplan opstellen – Veiligheidsplan maken – Behandelen van jongeren met suïcidaliteit, zowel vrijwillig als onvrijwillig – Op indicatie bieden van outreachende zorg – Suïcidaliteit blijven bespreken – Oog hebben voor naasten – Informeren van en afstemmen met alle betrokken partijen, onder andere over behandelplan en veiligheidsplan – Consultatie geven aan naasten en andere betrokken partijen over hoe met de suïcidaliteit om te gaan – In contact blijven met de jongere en het netwerk – Warm overdragen van de jongere naar de huisarts voor nazorg

Gebaseerd op Hermens e.a. (2010).

BIJLAGE 10. WETGEVING

Wet- en regelgeving wordt continu aangepast. Daardoor kan het zo zijn dat de leidraad achter loopt op de meest recente ontwikkelingen. Check daarom altijd extra de link naar het artikel dat genoemd wordt.

De rechten en plichten van cliënten en zorgaanbieders zijn in verschillende wetten vastgelegd. Enkele relevante wettelijke kaders met het oog op suicide(preventie) worden hieronder kort toegelicht.

Als je juridische vragen hebt, dan is er in de meeste instellingen de mogelijkheid deze te stellen aan een jurist.

Melden bij inspectie (art. 4.1.8)

Organisaties maken melding bij de inspectie in het geval van:

- calamiteiten, waaronder suïcides en suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt
- geweld in de zorgverlening

Na melding wordt er, meestal door de melder, onderzoek verricht naar wat er precies gebeurd is en waarom, met als doel ervan te leren. De melder stelt een rapportage op en treft eventuele verbetermaatregelen.

Op de [website van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#) vind je hier meer informatie over, waaronder de linkjes naar de desbetreffende formulieren.

Melding suicide aan minister (art. 5 – Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen)

In justitiële jeugdinstellingen dient bij een suïcide een melding aan de minister van Veiligheid en Justitie gedaan te worden door de directeur.

Ouders en andere belangrijke naasten inlichten (art. 7.3.11- Jeugdwet)

Rondom suïcidaliteit, het behandelplan en signalerings- en veiligheidsplan is het belangrijk om ouders of andere belangrijke naasten in te lichten. In de wet zijn hieromtrent enkele zaken vastgelegd.

Bij een jongere tot 16 jaar kunnen de ouders met gezag/voogden ingelicht worden. Doe dit wel altijd in overleg met de jongere en stel deze voor de keuze om het zelf te bespreken of om het samen te doen. Gaat het om een jongere van 16 jaar of ouder dan mag je ouders met gezag/voogden zonder toestemming van de jongere niet inschakelen. Wil een jongere geen toestemming geven, probeer dan te achterhalen waardoor dat komt, geef uitleg over waarom het belangrijk is om anderen juist wel te betrekken en geef de jongere ook regie over wat er dan wel of niet gedeeld wordt. Houd de jongere voet bij stuk, houd dan een moreel beraad. Zie [paragraaf 5.1.3](#). Bij acuut gevaar kan het zijn dat er sprake is van een conflict van plichten en je mogelijk het beroepsgeheim moet doorbreken.

Conflict van plichten

Als een jongere 16 jaar of ouder is, dan moet de jongere toestemming geven voor het delen van informatie. Dit hoeft echter niet:

- als er sprake is van wettelijke plicht tot melding. Als iemand bijvoorbeeld ebola heeft, kan dit voor een maatschappelijk gevaar zorgen;
- in kader van de meldcode (vermoedens van huiselijk geweld en kindermishandeling);
- als er sprake is van conflict van plichten. Dat houdt in dat:
 - » alles geprobeerd is om toestemming te krijgen van de jongere;
 - » er een reële kans is op ernstig gevaar voor de jongere of een ander bij het hanteren van het beroepsgeheim;
 - » schade aan de jongere of anderen vrijwel zeker voorkomen kan worden door het breken van het beroepsgeheim;
 - » een professional in gewetensnood komt bij het handhaven van het beroepsgeheim.

Bij het doorbreken van het beroepsgeheim moet dit altijd tegen de jongere gezegd worden.



www.samenmindersuicide.nl

113
..o