

Eindverslag 'Ik hoor je' – Praktische handvatten voor suïcidepreventie bij jongeren met een LVB

Het onderzoeksteam

dr. S.P.T. Kaijadoe (projectleider, senior onderzoeker, Karakter Academie)
dr. H. Klip (manager wetenschappelijk onderzoek, Karakter Academie)
dr. M. Dekker (programmaleider, Academisch Werkplaats Kajak)
Ch. te Lindert-Derksen (ervaringsdeskundige co-onderzoeker, Praktijk Lot)
Ervaringsdeskundige co-onderzoeker, man (op verzoek anoniem, aangeduid met 'ED')

1. Inleiding en doel onderzoek

Gemiddeld overlijdt er in Nederland iedere week één adolescent (10 tot 20 jaar) door suïcide. Tussen 2011 en 2024 overleden jaarlijks gemiddeld 57 adolescenten aan suïcide (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). Jongens overlijden gemiddeld vaker door suïcide dan meisjes. Zo ging het in Nederland in 2024 om 34 jongens en 28 meisjes in de leeftijd van 10 – 20 jaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2025). Hoewel het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) cijfers over suïcide uitsplitst naar geslacht en leeftijd, is niet bekend wat de prevalentie is van suïcide bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Het CBS mag immers geen persoonlijke gegevens zoals het opleidingsniveau en de aanwezigheid van beperkingen, ziektes of stoornissen monitoren (Van den Hazel et al., 2020). Het ontbreken van dergelijke prevalentiegegevens is problematisch, omdat er sterke aanwijzingen zijn dat het hebben van een LVB gepaard gaat met een verhoogde kwetsbaarheid voor suïcidaliteit (Cervantes et al., 2023; Dekker & Koot, 2003; Mayes et al., 2014; Wigham et al., 2014). Ondanks de beperkte beschikbaarheid van onderzoek, wijzen de bestaande studies erop dat jongeren met LVB niet alleen worstelen met suïcidale gedachten, maar dat zij ook daadwerkelijk overlijden door suïcide (Chan & Bhandarkar, 2025; Ludi et al., 2012; Merrick et al., 2005). Suïcidaliteit bij deze groep wordt dan ook mogelijk onderschat (Chan & Bhandarkar, 2025).

Naast het ontbreken van prevalentiegegevens is er ook beperkt inzicht in de achtergrond en het verloop van suïcidaliteit bij mensen met een LVB (Dodd et al., 2016). Ondanks de toenemende aandacht voor suïcidaliteit en suïcidepreventie binnen onderzoek, beleid en de zorgpraktijk, blijft de specifieke situatie van jongeren met een LVB onderbelicht (Van den Hazel et al., 2020). Bovendien is de bestaande kennis over suïcidaliteit bij jongeren met een LVB veelal afkomstig van gedragsdeskundigen en

behandelaars, en zelden gebaseerd op de ervaringen en perspectieven van de jongeren zelf (Douma & Homma, 2022). Het gebrek aan kennis over suïcide en suïcidaliteit binnen deze doelgroep blijkt tevens uit het ontbreken van specifieke richtlijnen voor suïcidepreventie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2025). Dit is des te opmerkelijker, aangezien binnen de jeugdzorg en jeugd-ggz regelmatig jongeren met een LVB gezien worden die zich in een suïcidale toestand bevinden.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in hoe jongeren met een LVB, die binnen de jeugdzorg of jeugd-ggz zijn opgenomen vanwege suïcidaliteit of daarmee bekend zijn, de geboden zorg ervaren. Wat is hun behoefte en hoe verhoudt zich dat met wat zij aan zorg ontvangen? Daarnaast willen we inzicht krijgen in hoe ouders de geboden zorg ervaren en wat zij nodig hebben wanneer hun kind zich suïcidaal uit. In dit onderzoek wordt een LVB gedefinieerd als een combinatie van beperkingen in cognitief functioneren (IQ 50–85) en adaptief functioneren (Van den Hazel et al., 2020). De opbrengst van dit onderzoek biedt praktische handvatten voor zorgprofessionals en een verdere onderbouwing van de [Handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met een LVB](#) en [de Factsheet Suïcidaliteit en Licht Verstandelijke Beperking](#). Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan het verbeteren van zorg aan jongeren met een LVB die worstelen met suïcidaliteit, en hun ouders.

2. Methode

2.1 Materialen

Om de ervaringen en perspectieven van jongeren en ouders in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Door middel van semigestructureerde interviews, observaties en ervaringskennis is informatie verzameld (Boeije, 2016). De basis voor het semigestructureerd interview bestond uit een topic-list die samen met twee ervaringsdeskundigen is opgesteld (zie [Bijlage 1](#)). De onderzoeksopzet was flexibel en open van aard. Zo is de topic-list tijdens het onderzoek een aantal keer gewijzigd. Het onderwerp 'pesten' werd in de eerste interviews door participanten zelf genoemd. Het onderwerp is toegevoegd aan de topic lijst. Ook zijn er vragen over het gebruik van sociale media opgenomen. Daarnaast is er gevraagd naar de betekenis van verlieservaringen, het begrip 'dood' en naar de impact van slaap en eenzaamheid.

De topic lijst bevatte vragen rondom de geboden zorg i.e.:

- Hoe ervaren je het om in een jeugdzorggroep / High Intensive Care opgenomen te zijn vanwege suïcidaliteit?
- Wat vind je van de geboden zorg?
- Wat is helpend in de zorg en wat niet?

- Hoe ervaren naasten de geboden zorg?
- Wat zijn verbeterpunten? En wat gaat goed?
- Waar hebben jongeren en ouders behoefte aan als het gaat om suïcidaliteit?

2.2 Deelnemers

Er is gekozen voor doelgerichte steekproeftrekking, oftewel purposive sampling, in combinatie met convenience sampling. Deelnemers zijn geworven via het netwerk van de onderzoekers (de Academische Werkplaats Kajak & haar kernpartners, Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 113, Academische Werkplaats Inside Out en diverse ketenpartners). De deelnemers moesten aan de volgende inclusiecriteria voldoen:

Inclusie criteria jongeren:

- Leeftijd tussen 12-18 jaar (uitloop naar 23 jaar)
- Sprake van LVB
- Opgenomen binnen de (gesloten) jeugdzorg of jeugd-ggz vanwege of bekend met suïcidaliteit

Inclusie criteria naasten:

- Ouders van jongeren die voldoen aan de inclusiecriteria (niet per se de ouders van de geïnccludeerde jongeren)

Het onderzoek is goedgekeurd door de METC Oost-Nederland (dossier nr. 2023-16681). Alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek en het gebruik van de data.

Aan deze studie namen vijf jongeren deel, allen geboren als meisje. Drie van hen identificeerden zich als transman. Daarnaast werden negen ouders geïnterviewd, die gezamenlijk vijf jongeren vertegenwoordigden (drie jongens en twee meisjes). Bij drie van deze jongeren (twee jongens en één meisje) was sprake van een genetisch syndroom. Ten tijde van het interview waren twee jongeren aangemeld bij het Expertisecentrum Euthanasie, terwijl twee anderen een euthanasiewens hadden, maar zich niet hadden aangemeld. Bij zes jongeren was, naast een LVB, ook de diagnose autisme gesteld. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 17 jaar. Van de negen geïnterviewde ouders had één ouder de diagnose LVB; bij een andere ouder was autisme vastgesteld.

De interviews zijn afgenomen in 2024 en 2025. Voorafgaand aan de dataverzameling is een proefinterview uitgevoerd met een ervaringsdeskundige (man met LVB die op verzoek anoniem wenst te blijven). Deze data zijn niet gebruikt in het onderzoek. Alle jongeren verbleven ten tijde van het interview binnen de (gesloten) residentiële jeugdzorg of de jeugd-ggz. Alle jongeren zijn geïnterviewd in de instelling waar zij op dat

moment verbleven. Zeven ouders zijn thuis geïnterviewd. Eén ouder koos voor een interview op een locatie van Karakter. Een andere ouder, werkzaam binnen een jeugdzorgorganisatie, is op de werkplek geïnterviewd. Ten tijde van het interview waren alle jongeren van de geïnterviewde ouders klinisch opgenomen vanwege suïcidaal gedrag. In één geval betrof het echter een jongere die op dat moment niet in zorg was en thuis verbleef.

Er is tijdens de interviews in de vraagstelling rekening gehouden met het tempo, niveau en de belastbaarheid van de jongere (Finlay & Lyons, 2002). Complexe vragen zijn opgedeeld in kleinere deelvragen, om stapsgewijs de ervaringen van de jongeren in kaart te brengen. Alle interviews zijn afgenomen door de projectleider (SK), in samenwerking met een co-onderzoeker met ervaringsdeskundigheid (CD). Deze co-onderzoeker is een naaste van een familielid met een LVB. Haar persoonlijke betrokkenheid en kennis van het onderwerp, in combinatie met haar vermogen om op een rustige, duidelijke en empathische wijze te communiceren, zorgden voor een veilige setting waarin rijke data konden worden verzameld (Finlay & Lyons, 2002). Tijdens de interviews werd regelmatig actief aangeboden om te pauzeren of het gesprek te beëindigen indien gewenst.

Opvallend was dat alle jongeren aangaven het prettig te vinden om te spreken over hun suïcidaliteit. Zij ervoeren het gesprek niet als belastend, maar gaven aan dat het hen opluchtte. Ook de geïnterviewde ouders gaven aan het als waardevol en prettig te ervaren om hun verhaal te kunnen delen, en waren dankbaar voor de ruimte die daarvoor werd geboden. Twee jongeren gaven na afloop van het interview aan behoefte te hebben aan contact met een ervaringsdeskundige. Bij één van de interviews verzocht een jongere, vanwege sociale angst, om de aanwezigheid van haar therapeut. Om te waarborgen dat zij vrijuit had kunnen spreken, is zij de volgende dag telefonisch benaderd door de projectleider. De jongere bevestigde dat zij zich comfortabel had gevoeld en dat zij het gesprek in volledige vrijheid had kunnen voeren. De gegevens uit dit interview zijn meegenomen in de analyse.

2.3 Analyse

De interviews zijn uitgevoerd door twee onderzoekers: de projectleider (SK) en een ervaringsdeskundige co-onderzoeker (CD). De analyse is uitgevoerd volgens de thematische analyse (Braun et al., 2019). Bij thematische analyse ligt de nadruk op het interactieve werken met de data. De onderzoeker is een actieve deelnemer die inzichten meeneemt uit de interviewdata, observaties en uit persoonlijke kennis en ervaring. Dit beïnvloedt de manier waarop thema's worden gegenereerd en geïnterpreteerd. Het proces is cyclisch, waarbij de onderzoeker telkens terugkeert naar de data en eerdere fasen van de analyse om steeds diepere inzichten te verkrijgen. Gedurende het hele

interviewproces vonden reflecties en besprekingen plaats met het onderzoeksteam. Tijdens het onderzoek zijn een onderzoeklogboek en een reflectief logboek bijgehouden. De interviews zijn opgenomen en woordelijk (verbatim) getranscribeerd. De interviewdata werden daarna gelezen en herlezen door twee onderzoekers: de projectleider (SK) en de ervaringsdeskundige co-onderzoeker (CD). Zij codeerden de data afzonderlijk van elkaar met behulp van ATLAS.ti. Na deze eerste coderingsfase werden de codes, na consensus, samengevoegd tot thema's die de onderzoeksvragen beantwoorden.

De interviews zijn samengevat rondom tien thema's. Er is bewust gekozen om deze thema's niet verder te reduceren in aantal, om recht te doen aan de diversiteit en rijkdom van de opgehaalde data. De thema's zijn vertaald naar praktische handvatten en handelingsadviezen voor professionals die werken met jongeren met een LVB in het jeugdzorgveld (ten behoeve van de eerder genoemde [Handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met een LVB](#) en [de Factsheet Suïcidaliteit en Licht Verstandelijke Beperking](#)).

3. Resultaten

Hieronder worden de thema's toegelicht, inclusief de bijbehorende ondersteuningsvragen van jongeren en ouders.

- Thema 1: Gevolgen late herkenning LVB
- Thema 2: De rol van ouders: zie ons, hoor ons en werk samen met ons
- Thema 3: Help ons bij de moeizame zoektocht naar passende zorg
- Thema 4: Overspoeling en paniek
- Thema 5: Help mij door de suïcidale crisis
- Thema 6: Ik wil erbij horen, over pesten en overleven
- Thema 7: Bang om jou te verliezen – bang om mezelf te verliezen
- Thema 8: Het belang van flexibele, passende zorg en daginvulling
- Thema 9: Suïcidaliteit breekt het gezin; de noodzaak van hulp voor het hele gezin
- Thema 10: Online prikkels, genderidentiteit, en existentiële twijfel

Thema 1: Gevolgen late herkenning LVB

Uit de interviews blijkt dat de LVB laat wordt herkend; de diagnose volgt bij de meerderheid van de deelnemers pas op latere leeftijd. Het uitblijven van tijdige herkenning en diagnostiek heeft ingrijpende gevolgen. Jongeren worden gedurende lange tijd overschat en overvraagd. Aansluiten bij wat jongeren wél aankunnen – in tempo, benadering en verwachtingen – is nodig, maar lastig als de omgeving niet doorheeft dat de jongere een LVB heeft. Waar de meeste jongeren op de basisschool nog mee kunnen

komen, lopen alle jongeren vast op de middelbare school. De ernst van de LVB wordt hierdoor zichtbaar. Jongeren willen graag 'gewoon' meedoen en normaal behandeld worden, maar er is onvoldoende passende ondersteuning binnen het reguliere onderwijs. Klassen zijn te groot, verwachtingen te hoog, en de ondersteuningsbehoeften van jongeren blijven vaak onzichtbaar of worden niet (h)erkend. Dit leidt tot vastlopen en uiteindelijk tot schooluitval. Voor jongeren is schooluitval een diepgevoelde faalervaring; het versterkt gevoelens van onzekerheid, anders-zijn, minderwaardigheid en buitensluiting. Zij ervaren het niet mee kunnen komen als een bewijs dat ze 'niet goed genoeg' zijn, wat een negatief effect heeft op hun zelfbeeld en zelfvertrouwen. Ouders ervaren bovendien een tekort aan passende ondersteuning en begeleiding vanuit school om hun kind effectief te kunnen helpen.

Denk out of the box mee als mijn kind op school uitvalt en bied hulp aan. Kijk wat er wel kan en bied ondersteuning in de thuissituatie aan. Bied leermogelijkheden voor in de thuissituatie aan om de jongere thuis te ondersteunen. (Ouder, D2)

Soms wordt de diagnose LVB wel op jonge leeftijd gesteld en stromen jongeren direct door naar het speciaal basisonderwijs. Maar ook binnen het speciaal onderwijs beschrijven ouders en jongeren faalervaringen, onder andere door frequente wisselingen in de groepssamenstelling, personeelsverloop en overprikkeling als gevolg van het moeilijke gedrag van groepsgenoten. Ondanks hun inzet om de juiste hulp te vinden, lopen ouders en jongeren regelmatig vast in een complex en gefragmenteerd zorg- en onderwijssysteem, wat hun gevoel van frustratie, machteloosheid en wanhoop versterkt.

Hij heeft een taalontwikkelingsstoornis, en hij heeft daarnaast autisme, en een verstandelijke beperking. Dus hij kan echt niet functioneren in een klas van 15. Cluster 2 onderwijs had hij nodig en niet cluster 4. Maar ja, er was geen alternatief. Alles sloeg hij kapot, er was geen land mee te bezeilen. Het was een en al wanhoop. (Ouder, D3)

Jongeren benoemen de volgende behoeften:

- Ik heb veel steun nodig van een juf of meester, zowel op de basisschool als op de middelbare school. Het helpt mij wanneer zij de tijd voor mij nemen, mij ruimte geven en mij de kans bieden om tijdens de lessen een time-out te nemen als dat nodig is. Deze persoonlijke aandacht maakt het voor mij makkelijker om mijn schoolwerk te doen en niet uit te vallen op school.
- Ik kan mijn woorden niet omzetten in daden en ik kan niet goed automatiseren. Help en ondersteun mij met het structureren van schooltaken. Leer mij hoe ik woorden kan omzetten in daden (hand in hand begeleiding).

- Help mij met structureren. Doe dat stap voor stap en wees positief, geloof in mij dat ik het kan. ("We gaan nu eerst even zitten. Ik ga rustig met jou op een rijtje zetten wat je allemaal moet doen. Dan gaan we samen kijken wat we als eerste gaan doen. Ik blijf bij jou en ik help jou. ")
- Geef mij ruimte om indrukken te verwerken, luister naar mij, maar begrens mij als ik te veel praat.
- Geef mij complimenten als ik dingen doe die ik moeilijk vind, maar die voor jou misschien gemakkelijk lijken. Benoem dat: "Fijn dat je er bent". "Fijn dat je op tijd bent."
- Stem af op wat ik aankan en wat ik begrijp. Soms kost het even tijd om daarachter te komen. Neem daarom ruim de tijd om mij te leren kennen, zodat je weet wat ik kan, en je mijn grenzen kent.
- Check of ik begrijp wat je tegen mij zegt.
- Sluit aan bij mijn intellectuele en sociale aanpassingsvermogens. Verdiep je in wat mijn LVB bij mij inhoudt, en sluit daarbij aan (lees verder: [Aansluiten bij een LVB...\(hoe\) doe jij dat?](#) en de [Richtlijn Effectieve interventies LVB](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB).
- Neem niets van mij over, maar doe het samen met mij. Succeservaringen helpen mij enorm. Door succeservaringen durf ik sneller stappen te zetten en groeit mijn zelfvertrouwen.

Thema 2: De rol van ouders: zie ons, hoor ons en werk samen met ons

Alle ouders, op een ouderpaar na, zijn ontevreden over de samenwerking met hen als ouders én over de samenwerking tussen de verschillende zorgsystemen. Een meerderheid van de ouders geeft aan dat zij samenwerking en informatie missen tijdens de opname van hun kind. Ouders willen graag betrokken worden wanneer hun kind wordt opgenomen in een zorginstelling. Zij hebben veel kennis over en inzicht in de problematiek van hun kind. Toch ervaren ouders dat zorginstanties regelmatig zelf het wiel proberen uit te vinden, zonder hen daarbij te betrekken. Bovendien zijn er vaak meerdere zorgverleners uit verschillende sectoren betrokken, die niet altijd goed met elkaar én met ouders samenwerken. Hulpverleners doen hun best, maar de zorg blijft gefragmenteerd. Sommige ouders geven aan dat zij geen informatie meer ontvangen van zorgverleners zodra hun kind 16 jaar is geworden. Ouders benadrukken dat goede informatievoorziening ook na het bereiken van deze leeftijd essentieel is. Het gebrek aan afstemming en communicatie zorgt ervoor dat ouders zich alleen en machteloos voelen, wat leidt tot extra stress en onzekerheid.

Inmiddels heeft [naam therapeut] tegen ons gezegd: "Ja, ze is 16, dus ik ga niet meer dingen met jullie delen."

Interviewer: Hoe was dat voor jullie?

Nou, beroerd. Er werd niets meer met ons gedeeld. Ook niet rond de suicidaliteit. Wij kregen aparte ouderbegeleiding en wij hoorden af en toe via de ouderbegeleiding een beetje wat [naam therapeut] met [naam jongere] ongeveer aan het doen was. Dan zei ze altijd tegen ons: "Ik mag het natuurlijk eigenlijk niet zeggen, maar ik vind dat jullie er wel iets van moeten weten." (Ouder, D7)

Ouders benoemen de volgende behoeften bij opname van hun kind:

- Informeer ons over ons kind, ook al is zij ouder dan 16 jaar. In haar hoofd is ze veel jonger. Ze kan dit niet alleen dragen. Betrek ons bij de behandeling en neem ons serieus. Als je ons betreft is er zoveel meer kans op succes.
- Ouders hebben behoefte aan actieve en open communicatie, waarin zij serieus genomen worden, betrokken blijven en hun kennis en zorgen erkend worden.
- Maak samen met ons duidelijke werkafspraken over hoe we elkaar informeren bij escalaties en suïcidepogingen.
- Zoek naar een vorm waardoor ouders toch bij een therapiesessie betrokken kunnen worden. Wellicht kunnen de ouders fysiek in de kamer zijn, of via Teams, Zoom of (beeld)bellen.
- Maak aan ons kind duidelijk dat je het belangrijk vindt om ons als ouders te betrekken. Wees hierin directief en helder, en neem ons kind actief mee in dit proces. Bijvoorbeeld: "We gaan je ouders betrekken – hoe zullen we dat aanpakken? Heb je een idee?"
- Als ons kind aangeeft geen betrokkenheid te willen, ga dan het gesprek aan en vraag door. "Wat maakt dat je je ouders niet wilt betrekken?" Als een jongere bijvoorbeeld antwoordt "Ik wil het niet omdat zij mij niet begrijpen!". Reageer dan ondersteunend: "Ok, dan doen we het samen. Daarvoor zijn die gesprekken ook: dat papa en mama jou beter leren begrijpen. Jij hoeft dat niet alleen te doen. We gaan dit samen doen."
- Zorg voor korte lijnen met ons als ouders. Zorg dat er iemand beschikbaar is om te bellen wanneer er thuis sprake is van een crisis (zoals suïcidaliteit, automutilatie of agressie) en wij vastlopen in de omgang met ons kind.

Thema 3: Help ons gezin bij de moeizame zoektocht naar passende zorg

Voor ouders is het vinden van passende zorg geen vanzelfsprekendheid. De zoektocht naar adequate hulp verloopt moeizaam: lange wachttijden, gebrekkige samenwerking tussen professionals en het ontbreken van specialistische LVB expertise leiden tot

vertraging en frustratie. Ouders beschrijven een lange weg langs instanties, wachtlijsten, tijdelijke oplossingen en mislukte trajecten. Ook stuiten zij regelmatig op een systeem dat onvoldoende is afgestemd op de complexe problematiek van hun kind (LVB, psychiatrie en suïcidaliteit). Zij worden regelmatig als 'overbezorgd' bestempeld, waardoor ouders het vertrouwen in hulpverlening verliezen en zich niet serieus genomen voelen in hun zorgen. Continuïteit van zorg is essentieel, maar ontbreekt vaak door personele wisselingen en versnipperde verantwoordelijkheden. Jongeren worden doorverwezen zodra zij zich suïcidaal uiten en de situatie dreigt te escaleren. De impact van deze langdurige zoektocht naar passende hulp op de jongere is groot. Ouders zien hun kind verder vastlopen en achteruit gaan, waarbij het ontbreken van goede zorg – juist in crisissituaties – de suïcidale klachten verergert. Ouders raken overbelast en jongeren verliezen in de zoektocht naar hulp het vertrouwen in zichzelf en hun omgeving.

Ja, er is gewoon geen samenhangend geheel. Er is niet in samenhang gekeken naar welke zorg hij nodig had. De ene was best druk bezig met zijn taalontwikkelingsprobleem, de ander was weer druk met zijn autisme. De ander was druk met zijn astmatische problematieken. Achteraf ja, viel die hele puzzel op zijn plek toen hij een diagnose kreeg. Wij hebben uiteindelijk 46 instellingen met hem gehad, hè? Zeg maar van mensen 'die hebben meegedacht' [cynisch]. Vijf verschillende scholen dus, vier verschillende speciaal onderwijs scholen. Ja, iedereen was vooral bezig met zichzelf. Ja, met hun eigen expertise zeg maar. Tijdens de verschillende uithuisplaatsingen werd het met de dag van kwaad tot erger. Toen was hij 12. (Ouder, D3)

We zijn jaren van het kastje naar de muur gestuurd. Dat begon al op het consultatiebureau. Ik werd weggezet als de overbezorgde moeder. Er waren constant andere mensen die hem gingen helpen en dat ging jaren zo door. Dat was eigenlijk het grootste probleem, hij paste nergens in. Hij voelde zich falen en verloor het vertrouwen in zichzelf en hulpverlening. Het enige wat hij zei was: "Niemand kan mij toch helpen! Niemand meer, echt helemaal niemand meer." (Ouder, D2)

Ouders benoemen de volgende ondersteuningsbehoeften:

- Zorg voor vroegtijdige diagnostiek bij het vermoeden van LVB.
- Overweeg genetisch onderzoek bij een vermoeden van een onderliggend syndroom.
- Overleg regelmatig met alle betrokken hulpverleners, stem met elkaar af en luister daarin naar ons als ouders.

- Vraag goed door wat we bedoelen met onze hulpvraag rondom ons kind. Zet ons niet neer als overbezorgde ouder(s), want daarmee verliezen wij het vertrouwen in de hulpverlening.
- Continueer de zorg, ook als de situatie uit de hand loopt of omdat ons kind niet weet wat hij met de behandeling moet en hij niet op afspraken komt. Sluit de hulp dan niet af, maar kijk naar mijn kind en zie dat hij vastzit.
- Mijn kind begrijpt niet altijd wat er van hem wordt gevraagd. Hij heeft hulp nodig die past bij zijn niveau en tempo. Denk mee, beweeg mee, en sluit aan bij wat haalbaar is voor hém.

Jongeren benoemen de volgende ondersteuningsbehoeften:

- Leer mij kennen, praat met mij, en ga niet alleen op mijn dossier af. Het helpt als je dingen met mij doet om mij beter te leren kennen.
- Ik vind het moeilijk om onder woorden te brengen wat ik nodig heb, maar dat betekent niet dat ik geen hulp nodig heb. Ondersteun mij bij het verwoorden.
- Bied ervaringsdeskundigheid aan; ik voel mij daardoor sneller begrepen en erkend in mijn gevoelens.

Hij praatte gewoon, vertelde over zichzelf en zo. Dat was ook wel fijn. Dan was ik niet de eerste die wat zei. Dat scheelt gewoon. Vertelde over zichzelf en zo. Over wat hij had meegemaakt.

Interviewer: Hoe was dat voor jou?

Dat is fijn. Dat helpt gewoon. Dan word je rustig en denk je, die snapt het echt. Die snapt mij.

Interviewer: Hoe helpt dat dan?

Gewoon, dat je weet dat je niet de enigste bent ofzo. Hier snapt niemand mij.

(Jongere, D10)

Thema 4: Overspoeling en paniek

Uit de interviews blijkt dat jongeren over beperkte coping vaardigheden beschikken, waardoor alledaagse situaties hen snel kunnen overspoelen en tot paniek kunnen leiden. Wanneer de spanning oploopt en er niemand aanwezig is om hen te helpen bij het reguleren ervan, ontstaan momenten van ontregeling. Ouders en jongeren beschrijven deze ontregeling als een roep om hulp: een uiting van diepe nood en van niet meer weten wat te doen (vaak zonder dat dit aan de buitenkant zichtbaar is). Paniek, angst en het verlies van overzicht vormen belangrijke triggers voor het ontstaan van suïcidaal gedrag. Jongeren reageren vaak impulsief en doen suïcidale uitspraken, zoals: "Ik ga naar de trein" of "Ik ga mezelf iets aandoen." Deze uitingen zijn veelal een gevolg van

emotionele overspoeling, zonder dat er direct een uitgewerkt suïcideplan aan ten grondslag ligt. Om escalatie te voorkomen, is het essentieel dat volwassenen onder het suïcidale gedrag kijken, de paniek herkennen en weten hoe zij de spanning van de jongere kunnen co-reguleren. Ouders geven aan dat het oorzaak-gevolg-denken van hun kind verstoord lijkt op deze momenten van paniek. Zij merken op dat hun kind op zulke momenten niet in staat is de gevolgen van zijn of haar suïcidale acties of uitspraken te overzien, wat kan leiden tot risicovolle of gevaarlijke situaties.

Wat ook van groot belang is, is dat [naam jongere] niet goed overziet wat de mogelijke gevolgen zijn van haar acties. Er zijn beelden van haar treinincidenten - ik geloof zes of zeven keer - vastgelegd door ProRail-camera's, omdat er voor [naam jongere] al meerdere noodstoppen waren gemaakt. De groepsleiding heeft deze beelden gezien en merkte dat zij telkens hetzelfde deed: net op tijd aan de kant stappen, waarbij het om secondenwerk ging. [Naam jongere] zegt hierover zelf: "Het valt best mee." Maar één misstap of verkeerde inschatting had desastreuze gevolgen kunnen hebben.

(Ouder, D11)

Ja, hij raakte gewoon, zeg maar, in paniek en door de paniek kwam het stuk van "Niemand wil mij" of "Ik wil het niet meer en ik kan het niet meer." Nou, dan had hij weer een riem van een badjas om zijn nek. Of stond hij weer met een mes te zwaaien. "Ik ga mij dood steken." Of hij stond in het raam. Vaak fietste hij weg en dan zei hij: "Ik ga naar de trein."

Interviewer 2: Jij zegt paniek? En waardoor ontstond er paniek bij hem?

Uit alles wat kon gebeuren. Uit echt compleet alles. Dus ja, het niet kunnen overzien. Maar dat kon om helemaal niks gaan. Hij was gewoon in nood. Echt in nood. (Ouder, D3)

Ja, want ik had met werk ook een periode best wel lastig mee, omdat ik ook op een gegeven moment geen overzicht meer zag. Omdat ik al best wel veel afspraken had en ik zag het gewoon totaal niet meer. Ik heb dan geen overzicht en krijg stress en paniek.

Angst. Want het lukt niet meer.

Interviewer 1: Nemen dan ook die zelfmoordgedachtes toe?

Ja. Ja. Alleen hun weten niet echt van mijn behandeling, dus dat maakt het ook lastig.

(Jongere, D1)

Tegelijkertijd schetsen twee jongeren een ander beeld: zij vertellen dat zij hun suïcidale gedrag zorgvuldig hebben voorbereid. Zo sparen zij pillen of kopen zij doelbewust paracetamol om deze op een later moment in te nemen. Ouders bevestigen dit beeld.

Een aantal ouders geeft aan dat het suïcidale gedrag van hun kind zich op verschillende manieren kan uiten — zowel als impulsieve reactie op acute nood, als in de vorm van een weloverwogen daad (bijvoorbeeld het sparen van medicatie) die zorgvuldig is gepland.

Ik had het die dag daarvoor eigenlijk al gepland. Ik had een doosje paracetamol gekocht. Ja, toen die dag daarna, een beetje einde van de dag, toen begon ik eigenlijk met slikken en ik kon niet meer stoppen. Ja, dus ik had gewoon geprobeerd zoveel mogelijk in te nemen. (Jongere, D5)

Jongeren benoemen de volgende behoeften:

- Als ik overspoeld word door paniek of angst, uit ik dat in suïcidaal gedrag. Ik heb dan iemand nodig die me geruststelt, mij letterlijk en figuurlijk bij de hand neemt en mij helpt om weer rust en overzicht te krijgen. Praat rustig, blijf bij mij, ondertitel wat je ziet: "Ik zie dat je het nu heel moeilijk hebt", "Ik hoor dat ... ". Dat helpt mij om rustig te worden.
- Leer mij wie ik kan benaderen als ik paniek ervaar en hoe ik hulp moet vragen.
- Reguleer je eigen spanning. Als jij rustig bent, word ik ook rustig.
- Wees je bewust van je luistervaardigheden. Hoe luister je? Heb je de rust om echt naar mij te luisteren? Zo niet: zorg dan dat je je eigen spanning reguleert.
- Soms uit ik mij agressief naar mijn omgeving en naar mezelf (mezelf slaan, automutileren) en doe ik ogenschijnlijk 'impulsieve' suïcidale uitspraken: ik ben dan in paniek. Help mij op zo'n moment om mijn spanning te reguleren.
- Help mij om te begrijpen waarom ik zo gespannen en boos ben. Het helpt mij als jij mij kunt uitleggen hoe ik in elkaar zit. ("Ik zie dat je in paniek bent. Ik wil jou helpen. Ik ga samen met jou kijken waardoor je in paniek bent.")
- Ik heb behoefte aan iemand die mij eraan herinnert wat mij helpt als mijn suïcidale spanning oploopt. Soms weet ik wel wat goed voor mij werkt, bijvoorbeeld afleiding zoeken en naar buiten gaan. Maar op die moeilijke momenten krijg ik het zelf niet voor elkaar om dat ook te doen. Help mij door het samen met mij te doen.
- Geef mij geen advies en ga de discussie niet met mij aan als ik in paniek ben. Blijf bij mij totdat ik rustig ben.

Thema 5: Help mij door de suïcidale crisis, straf mij niet

Volgens jongeren wordt er (te) weinig afgestemd op wat zij nodig hebben wanneer zij zich suïcidaal uiten, bijvoorbeeld iemand die rustig blijft, hen niet veroordeelt en op een kalme toon helpt hun emoties te reguleren. Jongeren geven aan dat groepsleiders of andere hulpverleners vaak boos reageren op hun suïcidale gedrag, zonder te kijken naar

de onderliggende oorzaken. Uit de interviews blijkt dat harde of straffende reacties – zoals boosheid, strafmaatregelen of opsluiting in een isoleercel – vaak juist het tegenovergestelde effect hebben. Daardoor voelen jongeren zich niet gehoord of gezien, en besluiten sommigen geen hulp meer te vragen. Ze trekken zich terug en verliezen het vertrouwen in de begeleiding. In plaats van steun ervaren ze veroordeling en onbegrip, wat de suïcidale spanning versterkt. Ook geven sommige jongeren aan dat zij te weinig tijd krijgen om een gesprek aan te gaan; soms gaat het letterlijk te snel. Ouders en jongeren benoemen dat hulp vragen erg moeilijk is wanneer een jongere in een suïcidale crisis verkeert. Een vertrouwensband is dan een essentiële voorwaarde om überhaupt hulp te durven vragen. Zonder die vertrouwensband is het te spannend om te durven praten over suïcidale gevoelens.

Ik vraag geen hulp meer. Het helpt toch niet. Het enige wat ze dan zeggen is: "Zoek afleiding", maar dat helpt niet. Of ze worden boos. Je kan ook in contact met iemand blijven en praten. Maar dat doen ze niet. (Jongere, D8)

Het gaat alleen maar over mijn gedrag en niet over hoe ik mij voel. Ja en daar kan ik dus niet tegen, dat is wat ik nodig heb. Ze vragen niets aan mij. (Jongere, D10)

Ze praten maar tegen mij. En dan wil ik het wel bespreken. Maar ze geven mij niet de tijd om iets te zeggen. Vaak zijn ze boos. Ik heb die stemmen in mijn hoofd, en dat is iets waar ik niks aan kan doen en dan krijg ik alsnog straf. En dan denk ik laat ook maar, je begrijpt mij toch niet, je bent toch alleen maar boos. Ze kunnen mij hier oprecht niet helpen. Het wordt hier alleen maar erger. (Jongere, D6)

Begeleiding geeft aan dat ze vaak tegen onze dochter zeggen: "Wij zijn hier voor je, je kunt naar ons toe komen." Waarbij wij vaker al hebben aangegeven dat [naam dochter] niet naar je toe komt. Zeker niet als ze jou nog niet goed kent. (Ouder, D11)

Agressie of weglopen is volgens jongeren ook een uiting van angst en het verlies van grip. Weglopen van de groep kan volgens jongeren meerdere functies hebben: soms is het een suïcidale uiting, maar soms lopen jongeren weg om rustig te worden. Sommige jongeren beschrijven hoe zij weglopen en agressie uitlokken: deze agressie dient om zelf weer te kunnen voelen en rustig te worden.

Maar afleiding zoeken helpt mij in ieder geval niet en dat is het enige dat ze op dat moment kunnen aanbieden. Dan gaat ik meestal uit de kamer of ik escaleer.

Interviewer 1: Wat betekent dat, als je escaleert?

Jongere: Dat betekent dat ik heel boos word of dat ik de beveiliging aan ga vallen. Ja, dan hoop ik dat ze mij eigenlijk pijn doen in plaats van andersom. Ik wil die pijn voelen.

Om rustig te worden. (Jongere, D6)

Ook vinden jongeren het belangrijk dat begeleiders eerlijk toe durven geven als ze niet weten wat ze moeten doen, of hoe ze moeten reageren. Als ze dat wel doen, kan er binnen het team gekeken worden wie wel het beste kan aansluiten bij de jongere als deze in crisis is.

Ik had laatst, een paar dagen terug, een paniekaanval 's nachts. En toen had ik begeleiding geappt, ook omdat ik wazig zag. Dus ik trok het zelf niet zo goed meer en toen zat ze bij me en toen zag ik ook wel dat ze het best wel moeilijk vond met hoe ze ermee om moest gaan. Ja, en hoe ze me rustig kon krijgen. Dat zei ik later tegen haar, dat ik wel zie aan haar dat ze denkt zo van wat moet ik nou doen?

Interviewer 1: En wat doet dat bij jou?

Nou, dat maakt het voor mij ook lastig, want ik kan mezelf moeilijk dan uit die situatie krijgen. Dus dan heb ik gewoon liever iemand die me even helpt. Dan dat ik er alleen mee blijf zitten. Ik heb liever iemand die doorpakt, die weet wat hij moet doen.

(Jongere, D1)

Ondersteuningsbehoeftes van jongeren:

- Straf mij niet als ik suïcidaal gedrag laat zien of als ik mezelf pijn doe of automutileer. Wees geduldig, word niet boos en veroordeel mij niet. Praat met mij als ik weer aanspreekbaar ben.
- Geef concrete keuzes, dichtbij in de tijd: "Wil je dat ik nu bij je blijf?", "Wil je dat ik of Y over 15 minuten bij je langskomt?"
- Help mij lijntjes met het leven te maken en te houden, juist als ik suïcidaal ben. Maak kortetermijnafspraken waar ik naar uit kan kijken (verlof, activiteit, rondje wandelen, een hobby die ik leuk vind of vond). Zorg dat dat geen eenmalige actie is: biedt toekomstperspectief.
- Kijk onder mijn gedrag: weggelopen heeft meerdere functies. Enerzijds kan het de functie hebben van tot rust komen, zodat de overspoeling minder wordt. Anderzijds kan het een suïcidale uiting zijn, omdat ik een poging wil doen.
- Soms loop ik weg om te vermijden dat ik mensen aanval en beschadig. Straf mij daar niet voor. Leer mijn gedrag begrijpen.
- Soms forceer ik een incident (door bijvoorbeeld bewaking of begeleiders aan te vallen), zodat ik pijn ervaar tijdens een incident. Die pijn reguleert mijn spanning. Ook kan ik agressie inzetten om de afwijzing bij de ander op te zoeken. Dit is

gedrag dat ik in stand houd, omdat ik nog niet geleerd heb om het anders te doen. Help mij om dit patroon te doorbreken.

- Het is fijn als jij weet wat je moet doen als ik het zelf niet meer weet. Ik word onrustig als jij niet weet wat te doen met mijn suïcidale gedrag: ik raak dan nog meer overstuurd. Ik heb dan liever dat je een collega vraagt om het van je over te nemen.
- Ik vind het fijn als je iets over jezelf vertelt. Dat helpt mij om jou te vertrouwen.
- Ik vind het niet gemakkelijk om te praten over mijn suïcidale gevoelens. Het helpt als je naast mij gaat zitten en niet recht tegenover mij. Soms lukt het mij beter om te praten als we samen iets doen.
- Maak tijd voor een gesprek met mij en luister naar mij. Als ik mij gezien en gehoord voel, voel ik mij veiliger en hoef ik ook niet weg te lopen.
- Zorg dat je een nieuwe afspraak maakt om het gesprek te herhalen. Ik heb herhaling om te kunnen begrijpen en onthouden wat er gezegd wordt.
- Verbetersuggestie specifiek voor telefonische hulplijn 113: stel gerichte vragen. Vermijd open vragen als: "Waar kan ik je mee helpen?" of "Wat zou je op dit moment helpen?" Vraag of de jongere in behandeling is, en waarvoor. Vraag of de jongere een LVB heeft.

Dan vragen ze [telefonische hulplijn 113, SK] wat ik zelf denk dat mij zou kunnen helpen op dit moment. Ik bel toch niet voor niks? Als ik had geweten wat mij zou kunnen helpen, dan had ik dat wel gedaan. (Jongere, D1)

Dat kan ik me nog herinneren, ze was boos en teleurgesteld daarover en wilde ook niet meer met 113 bellen. (Ouder, D7)

Ondersteuningsbehoefte ouders:

- Ouders geven aan dat hun kind met een LVB niet zelfstandig een hulpvraag kan formuleren. Zij benadrukken dat hun kind hierin actief ondersteund moet worden door de betrokken professionals.
- Ouders benoemen dat structuur en intensieve hand-in-hand begeleiding (een benadering die aansluit bij autisme-specifieke ondersteuning) voor sommige jongeren helpend is.

Thema 6: Ik wil erbij horen, over pesten en overleven

Alle jongeren geven aan in hun jeugd gepest te zijn. Het pesten vond plaats op school, in de woonomgeving maar ook online in WhatsApp-groepen. Het (online) pesten leidt tot gevoelens van paniek, een negatief zelfbeeld en een groot gevoel van onveiligheid. Deze

negatieve ervaringen stapelen zich op en vormen een directe trigger voor suïcidale gedachten en gedrag. De geïnterviewde ouders bevestigen dit beeld. Pesten draagt bij aan het ontwikkelen van een laag zelfbeeld; het maakt jongeren onzeker en angstig. Een jongere beschrijft hoe het pesten in groep 8 de start is van het ontstaan van sombere gevoelens, automutilatie en suïcidaliteit. Ze ontwikkelt angst- en paniekaanvallen, slapeloosheid, gaat dingen zien die er niet zijn, automutileert en vertoont suïcidaal gedrag. Ze is eenzaam, ziet zichzelf als een last voor haar ouders en valt volledig uit op school. Ze is dan 12 jaar. Een andere jongere beschrijft de impact van het pesten als volgt:

Het pesten zorgde voor veel angst en stress. Dat stapelde op en op een gegeven moment werd dat te veel en kon ik het niet meer overzien. Ik liep vast en het lukte mij wel om aan te geven dat ik suïcidale gedachten had. Dat dat ook kwam door het pesten, dat vond ik moeilijker. En dat lukte me ook niet om te zeggen. Maar dat was wel zo.

(Jongere, D5)

Uit de interviews met ouders blijkt dat jongeren emoties van de ander vaak misinterpretieren en daardoor de sociale dynamiek achter het pesten niet begrijpen. Een ouder beschrijft hoe hun dochter is gepest via sociale media en WhatsApp. Het pesten veroorzaakte veel angst, verwarring en leed bij hun kind. In eerste instantie begreep het meisje niet wat er online gebeurde.

Dus dat werd een online hetze. Ze begreep er helemaal niks van. Daar begon het mee.

Dus ze gaat dan in eerste instantie onschuldig vragen stellen. "Waar gaat dit over?

Waarom zit ik in deze appgroep en hoezo?" Ze had geen idee waar het pesten over ging.

Ze werd bedreigd, van de fiets getrokken. Het was verschrikkelijk. (Ouder, D6)

Ook geven ouders aan dat hun kind eenzaam is, weinig aansluiting en weinig vrienden heeft. Sommige jongeren met een LVB realiseren zich al op jonge leeftijd dat ze 'anders' zijn dan hun leeftijdsgenoten. Ze hebben een sterke behoefte om erbij te horen en niet af te wijken van de norm. Voor een aantal voelt de diagnose LVB als schaamtevol. Zij komen bijvoorbeeld wel uit voor hun autisme, maar de LVB mag uit schaamte voor het 'anders zijn' niet benoemd worden.

Bij mij heb ik die LVB-diagnose gekregen omdat ik heel veel stress en pijn had, dus ik heb het niet echt. Maar als je het wel echt hebt, is een andere aanpak altijd wel goed.

(Jongere, D8)

Met twaalf jaar deed hij zijn eerste suïcidale uiting. Toen heeft hij op school in het raam gestaan, want hij wilde dood en hij wilde niet meer leven. Hij wilde dit niet meer en hij was een domme dikke Downey. Zo noemde hij zich en hij hoorde er niet bij, hij had geen vrienden, werd gepest, had nergens aansluiting en hij had dat natuurlijk heel goed door.

(Ouder, D3)

Ouders benoemen de volgende behoeften:

- Heb oog voor de impact van pesten en uitsluiting op mijn kind. Ondersteun en help mijn kind een positiever zelfbeeld te ontwikkelen.
- Help mijn kind bij het maken van sociale contacten, zodat het zich minder eenzaam voelt.
- Zorg dat mijn kind er niet mee wegstapt dat hij/zij zichzelf (verbaal) groter voor doet dan dat hij of zij is. Mijn kind kan verbaal heel sterk overkomen, maar dat betekent niet dat ze altijd snapt wat ze zegt.
- Mijn kind heeft in het verleden veel mislukkingen ervaren, waardoor een tegenslag snel als een trigger werkt. Als iets niet lukt, kan dat leiden tot een snelle terugval in suïcidale gedachten. Het is belangrijk dat hier aandacht voor is en dat mijn kind praktische ondersteuning krijgt bij moeilijke momenten.

Ondersteuningsbehoeftes van jongeren:

- Leer mij vaardigheden, zodat ik weerbaarder ben in pestsituaties. Ondertitel sociale situaties / sociaal verkeer: ik heb jou nodig om emoties van anderen voor mij te vertalen, zodat ik sociaal verkeer beter begrijp.
- Help mij om mijn eigen emoties te begrijpen. Ik kan niet goed uitdrukken wat ik voel. Let daarom op mijn taal en ondertitel wat ik zeg.
- Doordat ik verbaal sterk overkom, word ik snel overvraagd. Geef duidelijke, haalbare verwachtingen. Controleer, om paniek en overbelasting te voorkomen, regelmatig of ik begrijp wat er van mij wordt gevraagd.
- Leer mij wat mijn intelligentieprofiel betekent. Leer mij mijn eigen gebruiksaanwijzing kennen.
- Ik voel mij minderwaardig: leer mij accepteren dat ik ben zoals ik ben en dat dat ok is.
- Wees je ervan bewust dat ik emoties moeilijk kan interpreteren. Zorg voor duidelijke communicatie. Laat bijvoorbeeld expliciet merken dat je niet boos bent, om te voorkomen dat ik voortdurend op mijn tenen loop.

Thema 7: Angst voor de dood en verlies als trigger voor suïcidaliteit

Jongeren beschrijven hoe verlieservaringen, de dood en de angst om familieleden te verliezen ("Mama, wanneer ga jij dood aan de diabetes?") een belangrijke rol spelen bij het ontstaan of verergeren van suïcidaliteit. De angst voor de dood, het verlies van opa's en oma's, huisdieren en ziekte bij familieleden komt hard binnen. Jongeren beschrijven dit levendig. Wanneer bijvoorbeeld een opa of oma overlijdt, verliest een jongere niet alleen een geliefd en vertrouwd persoon, maar ook een gevoel van veiligheid: een plek waar ze altijd welkom waren, waar tijd en aandacht voor hen was (spelletjes doen, dagjes uit), waar het tempo laag lag, en waar ze zich geaccepteerd en geliefd voelden. Die veilige plek valt weg, en vaak is er geen alternatief dat het gemis na het overlijden van opa of oma kan opvangen. Het overlijden van een dierbare speelt een grote rol bij het ontstaan van paniek, somberheid en angst, maar het is voor jongeren moeilijk om daar woorden aan te geven. Veel jongeren vinden het lastig om hun verdriet te tonen. Ze durven hun gevoelens niet te uiten, uit angst anderen tot last te zijn, of omdat ze niet weten hóé ze dat moeten doen. De omgeving heeft niet altijd oog voor de enorme impact van het overlijden van een naaste op jongeren. Er wordt snel overheen gestapt, of mensen weten simpelweg niet hoe ze ermee om moeten gaan. Daardoor trekken jongeren zich terug en komen ze er in hun rouwproces alleen voor te staan. Het overlijden van een dierbare leidt bij jongeren tot piekeren en slaapproblemen. Meerdere jongeren geven aan dat de angst voor de dood en het verlies van een naaste een belangrijke trigger vormde voor het ontstaan van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag. Ouders bevestigen dit beeld.

Ik kan er gewoon niet tegen, tegen de dood. Toen mijn overgrootmoeder overleed, toen begonnen daarna die zelfmoordgedachtes. Ik raak gewoon in paniek. Ik kan er niet tegen. Ja, daar is het eigenlijk ook echt begonnen. (Jongere, D1)

Jongeren benoemen de volgende ondersteuningsbehoeften:

- Help mij bij het omgaan met de angst voor de dood. Help mij de dood te begrijpen, en praat met mij over de dood.
- Geef mij voldoende tijd om te rouwen wanneer iemand overlijdt. Help mij het verlies van dierbaren in mijn leven te verwerken.
- Verdiep je in rouwverwerking en hoe dit bij mij werkt. Besteed aandacht en tijd aan hoe ik omga met de dood en verlieservaringen. Uit angst om bijvoorbeeld mijn moeder te verliezen raak ik in paniek. Ik ga daardoor piekeren en slaap slechter; dit uit zich in somberheid en suïcidaliteit.
- Help mij het verlies van opa of oma onder woorden te brengen. Heb oog voor het verlies van mijn veilige haven en help mij daar een plek voor te vinden.

- Wanneer ik hoog in suïcidale spanning zit door het verlies van iemand, toon dan empathie, blijf rustig en gebruik korte zinnen.
- Beweeg rustig en zorg dat je in het moment bent: dan krijg ik het gevoel dat ik in mijn eigen tempo mag zijn en dat ik niet op mijn tenen hoeft te lopen. Zo kom ik beter tot een gesprek en kan ik je mijn verdriet laten zien.

Nb: Aanbeveling voor professionals: Lees verder over [rouw bij mensen met een verstandelijke beperking](#) op kennisplein gehandicaptensector.

Thema 8: Het belang van flexibele, passende zorg en daginvulling

Ouders uiten de behoefte aan passende zorg die wordt voortgezet wanneer de suïcidaliteit toeneemt. Zij benadrukken het belang van hulp die niet wordt beëindigd als hun kind niet op afspraken verschijnt of geen hulpvraag of behandeldoel kan formuleren. Uit de interviews blijkt dat hulpverleners vaak onvoldoende kennis hebben van een licht verstandelijke beperking (LVB) in combinatie met psychiatrie en suïcidaal gedrag. Bovendien zorgt een opname in een (gesloten) jeugdzorginstelling in veel gevallen niet voor rust, maar juist voor extra stress. Dit komt doordat jongeren de sociale dynamiek en regels niet goed kunnen inschatten, snel overprikkeld raken en een gevoel van onveiligheid ervaren. Jongeren geven aan regelmatig te maken te hebben met overplaatsingen, wisselende begeleiders en medebewoners met onvoorspelbaar of agressief gedrag. Ook werd beschreven hoe de suïcidaliteit van groepsgenoten een triggerend effect op hen heeft. De frequente wisselingen van begeleiders veroorzaken extra stress; het kost deze jongeren veel moeite om met een nieuwe begeleider een vertrouwensband op te bouwen.

Ja, ik had eerst iemand anders ook op een andere locatie, maar op een gegeven moment kon zij mij niet meer verder helpen. Dus had zij mij doorgestuurd naar [naam instelling] omdat zij zei dat ze daar de hulp beter konden aanbieden. Ik vond het best wel lastig, want ik merkte dat ik gewoon heel veel moeite had om die andere therapeut te verlaten. Omdat ik haar ook best wel vertrouwde. En bij mij gaat het heel lastig om dan weer iemand anders te vertrouwen. Dus ja, daar had ik best veel moeite mee. Ik vond dat echt heel lastig. De hele tijd wisselen van therapeut, dat zorgt wel voor veel stress ja.

(Jongere, D5)

Wie is er voor mij? Dát is zijn basisbehoefte. Die basisbehoefte zit hem niet in die boterhammen in de ochtend of het avondeten in de avond. Voor hem gaat het er om "Wie blijft daar altijd zitten op die stoel voor mij? Hoe idioot ik ook doe?". Dat er iemand onvoorwaardelijk voor hem is, dat is zijn basisbehoefte. (Ouder, D2)

Ouders geven aan dat een crisisopname op de HIC (High Intensive Care) binnen de jeugd-ggz vaak langer duurt dan bedoeld, doordat er geen passende vervolgplek beschikbaar is. Wat bedoeld is als een kortdurende interventie om acute veiligheid te bieden, verandert daardoor regelmatig in een langdurig verblijf, zonder perspectief op doorstroom naar een geschiktere behandel- of woonplek. Ouders benadrukken met klem hoe belangrijk het is dat jongeren tijdens hun opname toegang hebben tot dagbesteding en passende therapieën, zeker wanneer de opname langer aanhoudt. Tegelijkertijd geven zij aan dat dit in de praktijk vaak ontbreekt. De HIC is namelijk niet ingericht op behandeling of het bieden van dagbesteding. Het is van oorsprong een crisisvoorziening, bedoeld voor kortdurende interventies bij acute psychiatrische nood. Hierdoor is er geen aanbod van betekenisvolle daginvulling of therapie zodra de acute fase voorbij is, terwijl juist dan de behoefte daaraan groot is. Ouders beschrijven hoe het gebrek aan perspectief, afleiding en dagbesteding de suïcidaliteit van hun kind juist versterkt. Jongeren staan op zonder iets te doen te hebben, en raken verstrikt in een patroon van passiviteit, uitzichtloosheid en verlies van motivatie. Dit kan leiden tot een verergering van de suïcidale gedachten en gevoelens. In sommige gevallen resulteert dit in langdurig verblijf in afzondering of in de isoleer, wat de situatie verder doet escaleren. Volgens zowel ouders als jongeren is de gesloten jeugdzorg / jeugd-ggz (HIC) niet voldoende in staat passende zorg te bieden voor jongeren met een LVB en suïcidaliteit.

Moeder: Nou, ze heeft het eerste jaar op een HIC gezeten. Stabiliseren. Maar [naam jongere] werd niet stabiel. Doordat ze boos was dat er niks gebeurde, ging zij steeds gekker doen. Ze wilde naar huis.

Vader: "Ik ben nu wel genoeg gestraft" zei ze.

Moeder: Ja, dus wij zeiden na 3 maanden ja, daar moet iets anders gebeuren, want dit gaat hem niet worden. Gewoon een jaar lang niks, opstaan en dan niks.

Vader: Separeren en...[stilte]. Ja heel veel in de separeer.

Moeder: Continu.

Vader: En platspuiten. Ik zeg het nu een beetje ongenueanceerd, maar... [stilte]. Dat heeft veel te lang geduurd. Daar is ze echt zoveel slechter geworden. (Ouders, D7)

Het enige wat ze hier doen, is boos worden. En naar iso en zo. Daar word je nog verdrietiger van. Ze sluiten mij alleen maar op en praten niet. Het is echt kut.

(Jongere, D10)

Ouders benoemen de volgende behoeften:

- Zorg naast de focus op stabilisatie bij een crisisopname/HIC-opname ook voor dagbesteding en/of therapie.

- Waarborg samenhang in de zorg en goede ketensamenwerking, zodat jongeren kunnen doorstromen. Probeer te doen wat nodig is – ook als dat buiten het huidige financieringssysteem valt. Durf buiten de lijntjes te kleuren en werk elkaar niet tegen.
- Zorg voor een casemanager voor het gezin (i.e. een stabiele factor in procesbeleiding). Er moet iemand zijn die het proces bewaakt, zodat deze bij wisselingen van zorginstelling kan meegeven wat heeft gewerkt en wat niet (zodat er geen informatie verloren gaat, en je meer kan gaan doen wat werkt).
- Blijf ons kind ondersteunen, ook als het zelf niet goed weet wat het nodig heeft of geen concreet doel kan formuleren. Sluit in dat geval het traject niet af, maar blijf flexibel.
- Organiseer zorg die blijft en niet los laat. Zorg dat de steun voor het gezin niet gekoppeld is aan het dossier van het kind. Zorg dat ouders in contact kunnen blijven met de hulpverlening, ook als het kind uit zorg is.

Maar ik vond het heel fijn dat we [naam therapeut] hadden. Die kon ik ook bellen van hé, ik loop hier tegenaan, wat ik niet met mijn man kon bespreken. Wat bij ons te veel wrijving oplevert, van hé joh, dit puzzelt me, hoe ga ik hier in godsnaam mee om. Dat was voor mij heel helpend en ik vind het wel lastig dat dat dan nu is weggefallen nu het hulptraject van mijn kind gestopt is, omdat hij zijn afspraken niet na kwam. (Ouder, D2)

Jongeren benoemen de volgende ondersteuningsbehoeftes:

- Blijf langere tijd bij mij betrokken en zorg voor zo min mogelijk wisselingen in hulpverleners. Verandering van hulpverlener geeft mij veel stress.
- Bied me onvoorwaardelijke steun; blijf bij me en continueer zorg en verwijs niet door als ik mezelf beschadig of suïcidaal gedrag laat zien.
- Ik heb behoefte aan een kleinschalige woonvorm, met voldoende rust en structuur. Ik vind het lastig om te verblijven in een grootschalige leefgroep binnen de gesloten Jeugdzorg. Iedereen heeft forse problemen, er zijn vaak escalaties en het is er erg lawaaiig. Daardoor loopt de spanning bij mij op. Er zijn veel prikkels die ik moeilijk kan reguleren, en ik raak daardoor snel overspoeld.

Interviewer: Zoals nu zijn er veel geluiden [luid geschreeuw op de gang], hoe is het om op een groep te wonen met veel van dit soort geluiden?

Jongere: Ja, dat vind ik soms wel lastig.

Interviewer 2: En wat is voor jou lastig?

Jongere: Ik raak heel snel overprikkeld. Dat is niet fijn. (Jongere, D6)

- Bij overplaatsing hebben jongeren tijd nodig om het afscheid een plekje te geven en het contact met de nieuwe hulpverlener aan te gaan. Iemand opnieuw leren kennen en vertrouwen kost veel tijd.
- Neem bij een overplaatsing extra tijd voor een warme overdracht. Doe de overdracht gefaseerd over de tijd, structureer, en geef jongeren tijd om kennis te maken met de nieuwe groep, doe dat samen met een voor de jongere vertrouwd persoon. Eén overdrachtsmoment is te weinig, jongeren hebben meer tijd nodig voor kennismaking.
- Het is fijn om samen dingen te doen, en minder te focussen op het praten.
"Toen had ik een heel fijn iemand [creatief therapeut, SK]. Zij was echt geweldig. Ze ging dingen met mij doen en zo. En dat was fijn". (Jongere, D1)
- Neem mijn lijn naar het leven niet af als ik mij suïcidaal uit. Juist op zulke momenten heb ik behoefte om mijn dagprogramma te volgen, naar school te gaan, op verlof te mogen en naar buiten te kunnen.
- Bied therapie en een dag-invulling op de crisisafdeling. Zorg dat er *iets* geboden wordt, zodat ik mijn gedachten kan verzetten en het haakje naar het leven weer kan vinden. Opstaan en dan de hele dag niets omhanden hebben, versterkt mijn suïcidale crisis.
- Jongeren geven aan dat het belangrijk is om ook – juist in een gesloten setting of tijdens een crisisopname – samen activiteiten te ondernemen, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij iets wat zij vroeger leuk vonden.

Thema 9: Suïcidaliteit breekt het gezin; noodzaak van hulp voor het hele gezin

Ouders vertellen dat de suïcidale uitingen van hun kind een voortdurende bron van angst, spanning en verdriet zijn. Het legt een zware druk op alle gezinsleden. De langdurige suïcidaliteit van de jongere leidt ertoe dat ook andere gezinsleden psychiatrische klachten ontwikkelen, zoals eetstoornissen, depressie, schooluitval, automutilatie en suïcidaliteit. Vier ouders vielen uit op hun werk vanwege een burn-out. Twee moeders vertellen dat zij zelf suïcidale gedachten kregen – uit wanhoop en omdat passende zorg voor hun kind uitbleef. Een andere moeder raakte door de aanhoudende stress zelf suïcidaal en werd opgenomen. Alle ouders geven aan dat de zorglast (veel) te groot is. Bij vrijwel alle ouderparen – op één stel na – is de relatie ernstig onder druk komen te staan. Ouders ervaren dat hulpverleners vaak onvoldoende oog hebben voor deze grote impact op het gezin, en voor de psychische schade die zich als een olievlek uitbreidt. De zorgvraag is daarmee niet alleen individueel, maar systemisch van aard. Volgens ouders is er dringend behoefte aan meer praktische, gezinsgerichte ondersteuning die verder gaat dan alleen zorg voor het kind met een LVB.

Hij was thuis niet te handhaven. Sloeg in zijn paniek alles aan gort. We gingen van crisis naar crisis en non stop van het kastje naar de muur. Zijn broertje en zusje hebben zoveel geleden. Dat zijn HAVO-VWO-kinderen. Die allebei psychische klachten hebben ontwikkeld door de jarenlange stress. Ze hebben gezien dat hun broer, hun ouders in elkaar sloeg. (Ouder, D3)

*[naam zus] is op haar 13e eigenlijk uitgevallen, die is gewoon depressief geworden. 8 maanden of zo iets, is ze thuis geweest. En de trigger, wat [naam zus] vertelt, is eigenlijk de bewustwording op dat moment dat [naam jongere] nooit eigenlijk een gewoon leven zal hebben, en dat het ook een vrij reële kans is dat [naam zus] ja, het niet redt en misschien doodgaat. Dus die bewustwording heeft haar in een depressieve periode gebracht.
 (Ouder, D7)*

Ja, zo van, hé, wat is er nu praktisch nodig? Hoe kun je een beetje orde gaan scheppen? Wat zeggen we de meiden? Hoe vangen we ze op? Want ik zag het niet meer. De stress is enorm. Daar hadden we echt hulp bij nodig. Maar daar was geen oog voor. Het ging allemaal om hem. Mijn dochter is gaan automutileren. Ik vond afscheidsbrieven van haar. De impact was zo groot op iedereen in het gezin. We hadden echt hulp nodig bij de stress die dat heeft opgeleverd. (Ouder, D2)

Naast de psychische belasting raken ouders in een sociaal isolement. Door de aanhoudende suïcidaliteit en aanhoudende zorgen, blijft er weinig energie en tijd over voor hun sociale leven. Contact met vrienden en familie verwatert, mede omdat de omgeving vaak niet goed weet hoe met de situatie om te gaan of het onderwerp suïcidaliteit als te zwaar en complex ervaart. Hierdoor blijven slechts een klein aantal betrokken mensen over. Ouders geven aan dat ze zich hierdoor eenzaam voelen en meer dan ooit op zichzelf en het gezin aangewezen zijn.

*Ik vind niet alleen de impact binnen onze relatie groot. Wat ook erg verandert, is het contact met anderen. Dus vrienden en familie. Je gaat minder afspreken omdat de energie of tijd er niet is. Een kleine kring betrokken vrienden/ familie blijft over. Anderen vinden onderwerpen waar wij mee bezig zijn ingewikkeld en snappen het niet. Hierdoor voelt het best eenzaam en ben je juist nog meer op je eigen gezin aangewezen.
 (Ouder, D11)*

Ouders geven aan de volgende ondersteuningsbehoeften te hebben:

- Ondersteun het hele gezin, niet alleen het kind met suïcidaliteit.
- Bied praktische ondersteuning: schrijf niet alleen behandelplannen, maar kom bij ons thuis om ons kind en gezin te helpen tijdens crisismomenten.
- Kom ons helpen als ons kind suïcidaal en agressief is geweest en het huis heeft vernield uit woede, paniek of overspoeling. Kom bij ons thuis, luister naar ons verhaal, naar wat ons is overkomen en wat we hebben meegemaakt, en bied praktische hulp.
- Help ons na een crisis met de communicatie naar onze andere kinderen. Zij zijn bang en volledig van slag: wat zeggen we tegen hen? Hoe vangen we ze op? Wie doet wat? Bied daarin ondersteuning.
- Help me om een gezonde balans te vinden tussen steun geven en mijn eigen grenzen respecteren tijdens suïcidale periodes en agressie van mijn kind.
- Zorg voor ons als naasten, zodat wij opgeladen blijven en de verbinding met elkaar én met ons kind kunnen behouden.
- Help ons het agressieve gedrag van ons kind te begrenzen, zodat we in contact kunnen komen met wat ons kind nodig heeft.
- Help ons het agressieve gedrag van ons kind te begrenzen, zodat we in contact kunnen komen met wat ons kind nodig heeft.

Thema 10: Online prikkels, genderidentiteit, en existentiële twijfel

a. Sociale media als risicobron

De interviews met ouders en jongeren laten zien dat sociale media een complexe en soms risicovolle rol speelt in het leven van jongeren. Door een gebrek aan sociale vaardigheden kunnen sommige jongeren onvoldoende overzien wat ze online doen (zie ook: [Hoe was jouw dag online](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB). Tegelijkertijd zijn er ook jongeren die zich wél bewust zijn van de risico's en daarom voorzichtig omgaan met sociale media. Zo vertelt een jongere dat zij bewust geen zogenoemde herstelaccounts op TikTok meer bekijkt. Hoewel ze erkent dat herkenning in verhalen van anderen helpend kan zijn, ervaart ze dat bepaalde content eerder triggerend dan steunend werkt. Jongeren worden soms via sociale media geconfronteerd met de suïcide van een (voormalig) groepsgenoot, wat een terugval kan veroorzaken. In de residentiële jeugdzorg is er volgens jongeren weinig zicht op het problematische online gedrag van groepsgenoten. Denk hierbij aan het bekijken van content die suïcidaliteit of eetstoornissen versterkt. Hierdoor kan online een ziekte-identiteit ontstaan die door likes

en reacties wordt bevestigd. Professionals zijn zich hier niet altijd van bewust, waardoor zij niet of pas laat ingrijpen.

Voor jongeren vormt de digitale wereld vaak een belangrijke ruimte om online liefdesrelaties aan te gaan en hun identiteit en seksuele oriëntatie te verkennen. Uit de interviews blijkt dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) vaak moeite hebben om de risico's van sociale media goed in te schatten. Zo vertelt een ouder hoe haar dochter via Instagram contact legde met een jongen, die zij thuis uitnodigde terwijl haar ouders afwezig waren. Dit leidde tot een tragische gebeurtenis: het meisje werd thuis verkracht. Dit illustreert het belang van meer bewustzijn, toezicht en begeleiding bij het online gedrag van jongeren met een LVB. Recent onderzoek in Nederland naar het gebruik van sociale media door jongeren die suïcide pleegden, laat zien dat ouders, hulpverleners en opvoeders beter ondersteund moeten worden bij het ontwikkelen van digitale vaardigheden (Balt et al., 2023).

Het is daarnaast belangrijk dat jongeren ondersteuning krijgen bij het bewust en veilig gebruik van sociale media. Ook moet er meer aandacht komen voor het voorkomen van cyberpesten. Tot slot wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de inzet van leeftijdsgenoten en positieve rolmodellen binnen online netwerken (lees verder via 113.nl of Balt et al. (2023)).

Ondersteuningssuggesties voor het sociale mediagebruik van jongeren met een LVB:

- Praat actief met jongeren over hun gebruik van sociale media en blijf hier in contact over. (Lees verder in o.a.: [Hoe was jouw dag online](#) van het Landelijk Kenniscentrum LVB).
- Ondersteun jongeren bij sociale mediagebruik en wijs ze op mogelijke positieve en negatieve effecten zonder hen te veroordelen.
- Begeleid jongeren bij het ontwikkelen van vaardigheden zoals het herkennen van online risico's, het omgaan met negatieve ervaringen (zoals cyberpesten) en het stellen van grenzen online.
- Biedt tijdige ondersteuning bij problemen die voortkomen uit online ervaringen.

b. Genderdysforie en worsteling met seksuele oriëntatie

Vier jongeren uit dit onderzoek zijn lesbisch en worstelen met hun seksuele oriëntatie. Zij benoemen dat ze te maken hebben met onzekerheden en uitdagingen rondom hun identiteit en seksuele geaardheid. Drie van hen geven aan zich man te voelen en identificeren zich als transgenderman. Ze hebben zich aangemeld bij een kliniek voor transgenderzorg en ervaren niet alleen innerlijke worstelingen rondom hun identiteit, maar ook druk vanuit hun omgeving. Vanwege hun seksuele oriëntatie en

genderexpressie zijn ze gepest, wat het voor hen lastig maakt om openlijk over deze onderwerpen te praten. Sommige jongeren geven aan dat er binnen de jeugdzorg weinig ruimte is voor gesprekken over genderidentiteit en seksuele oriëntatie. Ook geven deze jongeren aan dat ze het vertrouwen in hulpverleners zijn kwijtgeraakt door eerdere negatieve ervaringen en een gebrek aan begrip. Daardoor durven zij hun gevoelens en worstelingen rondom gender en seksuele oriëntatie niet bespreekbaar te maken.

Er kwam een nieuw meisje in de klas, [naam vriendin], en met haar raakte ze bevriend. Op een gegeven moment zei [naam jongere] tegen [naam vriendin: "Nou, ik denk dat ik ook op meisjes val ...en nou ja, niet verder vertellen." Nee hoor, nee. Nou, de volgende dag wist de hele school het. Dus toen werd ze daar weer mee gepest. (Ouder, D7)

Ik heb bijvoorbeeld ook dingen met mijn gender, daarom heb ik nu een jongensnaam. Gender- en identiteitscrisis maakt het ook niet makkelijker. Dan ga je zelf ook bedenken wie of wat ben ik nou? Wil ik dit? Dat is echt een worsteling en zoektocht. Ik praat hier liever niet over. (Jongere, D8)

Interviewer 1: Ben je ook aangemeld bij een gender-kliniek, om je ook echt fysiek te veranderen naar een jongen?

Jongere: Ja. Het is best lastig om het daar over te hebben. En op de groep al helemaal niet. Ik ben hier veel om gepest. Vroeger, op school. Ik ben in elkaar geslagen omdat ik anders was. Maar niemand geloofde dat. Alleen mijn moeder. Die geloofde mij wel. Ik vind het ook niet fijn om het hier met hun over te hebben. Ze snappen mij niet en ik vertrouw ze niet meer door alles wat er is gebeurd. Hoe ze boos werden toen ik suïcidaal was en zo. Toen dacht ik: Laat maar. Ik ga het daar met hen niet meer over hebben. Waarom zou ik? Ze willen toch niet naar mij luisteren.

Interviewer 2: Heb je die wens nog wel, om je lichaam te veranderen?

Jongere: Ja. Ik voelde toen ik acht was al dat ik een jongen wilde zijn. (Jongere, D6)

Aanbeveling voor hulpverleners:

- Praat actief met jongeren over seksuele oriëntatie. Verdiep je in hun problematiek. Maak gebruik van informatie die aansluit op het niveau van de jongere. Maak bijvoorbeeld gebruik van de transgender gids voor jongeren met een LVB. Zie: [Transgender gids in toegankelijke taal - Transgender Netwerk](#).

c. Euthanasieverzoek

Twee jongeren uit dit onderzoek hebben zich aangemeld bij het Expertisecentrum Euthanasie en twee andere jongeren overwogen om zich aan te melden. Voor ouders is het zoeken hoe ze daarmee om moeten gaan: ouders willen er voor hun kind zijn, maar worstelen met gevoelens van machteloosheid en verdriet.

Vader: [Naam jongere] heeft een aanvraag ingediend voor euthanasie, en ze staat op de wachtlijst voor een intake bij de Levenseindekliniek. En wij zeggen natuurlijk wel: nou [naam jongere], dat is niet zomaar iets, dat doen we niet zomaar even. Maar goed, het geeft haar in die zin steun, want ze zegt: ja, dan weet ik in ieder geval wel dat de mogelijkheid er is.

Interviewer 2: Hoe dealen jullie daarmee als ouders?

Vader: Ja, dat wisselt. De ene keer zijn we helemaal...[stilte]

Moeder: Murw. Soms zijn we murw.

Vader: Je moet proberen om niet murw en niet verbitterd te worden, weet je. Dus ze mag het er natuurlijk over hebben. En als dit haar wens is, dan mag dat. Alleen niet vanuit: zoek het maar uit, of: wij weten het ook niet meer. Maar meer vanuit... nou ja... [stilte]

Moeder: We proberen er voor haar te zijn. En elkaar een beetje vast te houden. [stilte] De ene keer ben ik ontzettend verdrietig, en op een ander moment is [naam vader] weer heel erg verdrietig. En soms zijn we het samen. En natuurlijk proberen we ons daar staande in te houden, zo goed en zo kwaad als het gaat. (Ouders: D7)

Onderzoek laat zien dat er in de periode 2012 – 2021 397 aanmeldingen voor euthanasie bij psychisch lijden onder jongeren tot 24 jaar zijn geweest. 92 procent van de aanvragen eindigde niet in de dood: 47 procent van de jongeren trok hun aanmelding in en 45 procent werd afgewezen. Van de trajecten eindigt 3 procent in euthanasie. Meer aanvragen eindigden door suïcide (4,3%) of het stoppen met eten en drinken (0,5%). Op één na hadden alle jongeren eerdere suïcidale episodes. Meer trajecten eindigden in suïcide dan in euthanasie (Schweten et al., 2025). Het is niet bekend of onder de toegekende euthanasietrajecten jongeren met een LVB waren. [Euthanasie bij jonge hulpvragers is uitzonderlijk. - Expertisecentrum Euthanasie](#)

Aanbeveling voor hulpverleners: Praat met jongeren over hun euthanasiewens. Gebruik eenvoudige taal. Veroordeel de jongere niet, stel vragen en luister naar de jongere. Neem hem of haar serieus en wees eerlijk. Als je het onderwerp te gecompliceerd vindt, zoek dan een collega die het gesprek hierover wel wil aangaan.

4. Discussie en conclusie

Deze studie is het eerste kwalitatieve onderzoek dat de behoeften verkent van jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) die in behandeling zijn vanwege of bekend zijn met suïcidaliteit. Daarnaast zijn ook ouders geïnterviewd. Deze ouders zijn niet de ouders van de geïnterviewde jongeren. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe jongeren met een LVB die worstelen met suïcidaliteit, de geboden zorg ervaren en wat zij zelf zeggen nodig te hebben. Ook is onderzocht hoe ouders de zorg voor hun kind ervaren en wat zij nodig hebben als hun kind met suïcidaliteit worstelt. Dit project biedt praktische handvatten voor zorgprofessionals en draagt bij aan de verdere onderbouwing van de [Handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met een LVB](#) en de [Factsheet Suïcidaliteit en Licht Verstandelijke Beperking](#).

De resultaten laten zien dat jongeren zich vaak niet gehoord of begrepen voelen in hun suïcidale nood. Hulpverleners richten zich op het suïcidale gedrag, waarbij de onderliggende gevoelens, behoeftes en emoties onvoldoende worden gezien of erkend, terwijl dat wel een belangrijke behoefte is van jongeren. Jongeren verlangen naar menselijk contact: een betrokken hulpverlener die beschikt over het vermogen om contact te maken en jongeren te benaderen met oog voor hun levensverhaal en context (Hafkenscheid, 2020). De jongeren die zijn geïnterviewd gaven unaniem aan dat het helpt wanneer een hulpverlener echt naar hen luistert, hun suïcidale gevoelens serieus neemt en deze niet veroordeelt. Daarbij onderstreepten zij dat vertrouwen in een groepswerker een belangrijke voorwaarde is om in gesprek te durven gaan over hun suïcidale gedachten. Deze behoefte komt overeen met die van jongeren zonder een LVB die worstelen met suïcidaliteit (Kaijadoo et al., 2023; Looijmans et al., 2023; Merrick et al., 2005).

De resultaten van dit onderzoek onderstrepen het belang van relationele aspecten in suïcidepreventie bij jongeren met een LVB. Gehoord en gezien worden, het aangaan van contact en het ervaren van verbondenheid zijn essentiële psychologische basisbehoeften van jongeren met suïcidaliteit (Looijmans et al., 2023). In de praktijk blijkt deze vorm van zorg echter vaak te ontbreken. Een belangrijke belemmering is handelingsverlegenheid en het tekort aan gerichte expertise, met name wanneer sprake is van een combinatie van een LVB, suïcidaliteit en psychische problematiek (Nieuwenhuis et al., 2017). Recente studies benadrukken het belang van specialistische deskundigheid en aangepaste benaderingswijzen binnen de jeugdhulpverlening voor deze doelgroep (Nieuwenhuis et al., 2021). Supervisie en intervisie zijn hierin essentieel om handelingsverlegenheid en morele dilemma's van professionals bespreekbaar te maken (McDonough et al., 2024).

Ouders en jongeren hebben behoefte aan kleinschalige, laagdrempelige zorgvormen, die aansluiten bij hun behoeften. Zij vragen om een basishouding van écht willen

begrijpen en nabij durven zijn bij suïcidale ontregeling: vertrouwen uitstralen en nabij zijn, juist als het moeilijk wordt. Het ervaren gemis aan een empathische en relationele benadering zorgt voor een kloof tussen wat jongeren nodig hebben en wat de hulpverlening daadwerkelijk biedt. De resultaten maken duidelijk dat jongeren met een LVB en suïcideproblematiek in de huidige zorgpraktijk vaak tussen wal en schip vallen. Hun complexe hulpvragen bevinden zich op het snijvlak van orthopedagogiek, verstandelijk gehandicaptenzorg, psychiatrie en onderwijs. Aanbevolen wordt om te investeren in samenhangend beleid, waar financiering geen belemmering vormt voor integrale samenwerking tussen de verschillende domeinen.

Naast een passende zorgomgeving is een inclusief onderwijssysteem een essentieel onderdeel van effectieve suïcidepreventie (Moonen et al., 2018). Het merendeel van de jongeren in deze studie is gepest op school en valt vroegtijdig uit. Onderzoek laat zien dat jongeren die uitvallen op school 2 tot 3 keer zoveel kans hebben om te sterven door suïcide (Diogu et al., 2025). Dit onderstreept de urgentie van een onderwijssysteem dat jongeren met een LVB passende ondersteuning en ontwikkelkansen biedt. Het vergroten van veerkracht is daarbij een belangrijk aandachtspunt (Theron et al., 2025). Sinds de invoering van passend onderwijs in 2015 is de verantwoordelijkheid voor het bieden van geschikte ondersteuning aan leerlingen met speciale behoeften bij scholen en samenwerkingsverbanden komen te liggen. Ondanks deze goede intentie blijkt dat jongeren met een LVB nog vaak onvoldoende passende begeleiding en ontwikkelmogelijkheden krijgen binnen het reguliere onderwijs. Gezien de verhoogde kwetsbaarheid van deze jongeren, waaronder een sterk verhoogd risico op suïcidaliteit en schooluitval, is het noodzakelijk om het huidige systeem te versterken door meer kennis, tijd en middelen beschikbaar te stellen om adequaat te kunnen inspelen op de complexe ondersteuningsbehoeften van jongeren met een LVB.

De resultaten benadrukken ook de noodzaak van speciale aandacht voor jongeren die worstelen met hun genderidentiteit of seksuele oriëntatie. Uit onderzoek blijkt dat deze groep, ook wel aangeduid als LHBTI-jongeren (lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender en intersekse), extra kwetsbaar is voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag en suïcidaliteit (de Lange et al., 2022; Jadvá et al., 2021). Een veilige, inclusieve en ondersteunende omgeving is daarom van essentieel belang voor suïcidepreventie bij deze doelgroep (de Lange et al., 2022). Dit betekent onder andere het implementeren van beleid tegen discriminatie en pesten, het aanbieden van trainingen voor professionals over diversiteit en gendergevoeligheid, en het faciliteren van laagdrempelige gesprekken en vertrouwenspersonen voor deze jongeren. Door deze maatregelen kunnen scholen en zorgverleners bijdragen aan het verminderen van risico's en het bevorderen van het welzijn van LHBTI-jongeren.

De bevindingen van dit onderzoek sluiten aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat het suïcidale gedrag van een kind een diepgaande impact heeft op het hele gezin (Boussat et al., 2022; Stanley et al., 2019; Van der Sluijs et al., 2025; Zhang & Shapiro, 2022). Aanbevolen wordt om structureel te investeren in passende ondersteuning voor zowel broertjes en zusjes als ouders. Wanneer ouders zich gesteund en bekwaam voelen, vergroot dat de kans op duurzaam herstel van de jongere (Van Dongen et al. 2023). Een steunende, validerende omgeving vermindert schuldgevoelens en onzekerheid bij ouders (Ratnaweera et al., 2021). Het vergroten van het zelfvertrouwen van ouders om hun kind met suïcidaliteit te begeleiden, is een sterke voorspeller voor het succes van behandeltrajecten na ontslag (Ewell Foster et al., 2022). Het tijdig ondersteunen van gezinnen vermindert niet alleen het risico op escalatie en crisisinterventies, maar leidt ook tot een daling van de zorgkosten op de lange termijn (Beecham, 2014). De resultaten uit dit onderzoek roepen op tot een gezamenlijke inspanning van onderwijs, jeugd- en gezondheidszorg, beleidsmakers en de samenleving als geheel om een ondersteunend netwerk te creëren voor suïcidepreventie bij jongeren met een LVB en hun gezinnen.

5. Dankwoord

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt dankzij de steun van 113 Zelfmoordpreventie. Suïcidaliteit is een ingrijpend en beladen onderwerp. In dit onderzoek hebben we met jongeren en ouders gesproken over hun ervaringen met suïcidaliteit en suïcidaal gedrag en de zorg die zij ontvingen. De verhalen die met ons gedeeld zijn, waren zeer persoonlijk en soms pijnlijk indringend. Wij zijn de jongeren en ouders die hun ervaringen zo openhartig met ons wilden delen bijzonder dankbaar. De bereidheid om hun verhaal te vertellen, is van grote waarde geweest voor dit onderzoek.

Daarnaast willen we de hulpverleners binnen de instellingen bedanken die ons hebben geholpen bij het werven van de deelnemers. Hun inzet, in tijden van grote werkdruk, heeft ervoor gezorgd dat we deze waardevolle gesprekken konden voeren. Het laat zien hoeveel betrokkenheid er is rondom dit thema en hoe groot het verlangen is om samen tot betere zorg te komen. Aan iedereen die aan dit onderzoek heeft bijgedragen: onze oprechte dank voor jullie vertrouwen, tijd en waardevolle medewerking.

Wij hopen dat de uitkomst van dit onderzoek zorgprofessionals praktische handvatten biedt en bijdraagt aan passende zorg en ondersteuning voor deze kwetsbare groep en hun ouders.

Namens het onderzoeksteam,
Shireen Kaijadoe

Referenties

- Balt, E., Mérelle, S., Robinson, J., Popma, A., Creemers, D., van den Brand, I., van Bergen, D., Rasing, S., Mulder, W., & Gilissen, R. (2023). Social media use of adolescents who died by suicide: lessons from a psychological autopsy study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00597-9>
- Beecham, J. (2014). Annual research review: Child and adolescent mental health interventions: A review of progress in economic studies across different disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 714-732.
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* Boom Uitgevers.
- Boussat, M. L., Fourcade, L., Mourouvaye, M., Grandclerc, S., Moro, M. R., & Lachal, J. (2022). Qualitative study of parents' experience after their teen's suicide attempt. *Encephale*, 48(4), 390-396. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.05.005>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic Analysis. In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (pp. 843-860). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025). *Aantal suïcides in Nederland onder jongeren tot 20 jaar, 2011 - 2024*. https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?ts=1755685210853
- Cervantes, P. E., Brown, D. S., & Horwitz, S. M. (2023). Suicidal ideation and intentional self-inflicted injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: An examination of trends in youth emergency department visits in the United States from 2006 to 2014. *Autism*, 27(1), 226-243. <https://doi.org/10.1177/13623613221091316>
- Chan, W. M. R., & Bhandarkar, R. (2025). Suicidality and Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 18(1), 136-158. <https://doi.org/10.1080/19315864.2024.2397403>
- De Lange, J., Baams, L., van Bergen, D. D., Bos, H. M. W., & Bosker, R. J. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: A Meta-Analysis. *LGBT Health*, 9(4), 222-237. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0106>
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 915-922. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A>
- Diogu, M. I., Lee, S. C., Del Pozo-Banos, M., Rouquette, O. Y., & John, A. (2025). Risk of suicide following school persistent absence and exclusion: an electronic cohort study in Wales, UK 2012-2019. *J Affect Disord*, 385, 119394. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119394>
- Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A Systematic Review of Suicidality in People with Intellectual Disabilities. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(3). https://journals.lww.com/hrpjournal/fulltext/2016/05000/a_systematic_review_of_suicidality_in_people_with.3.aspx
- Douma, J., & Homma, S. (2022). Suïcide en suïcidepreventie in de gespecialiseerde LVB-zorg: een eerste verkenning. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 18-33.

https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2022/05/16052022_Artikel_Douma_Homma.pdf

- Ewell Foster, C., Magness, C., Czyz, E., Kahsay, E., Martindale, J., Hong, V., Baker, E., Cavataio, I., Colombini, G., Kettley, J., Smith, P. K., & King, C. (2022). Predictors of Parent Behavioral Engagement in Youth Suicide Discharge Recommendations: Implications for Family-Centered Crisis Interventions. *Child Psychiatry Hum Dev*, 53(6), 1240-1251.
<https://doi.org/10.1007/s10578-021-01176-9>
- Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Acquiescence in Interviews With People Who Have Mental Retardation. *Mental Retardation*, 40(1), 14-29. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0014:AIWPPW>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0014:AIWPPW>2.0.CO;2)
- Hafkenscheid, A. (2020). Therapeuteffect. *Tijdschrift voor Persoonsgerichte Experiëntiële Psychotherapie*, 58, 102-116. <https://www.tpep.nl/artikel/2452/>
- Hazel, v.d., T., Didden, R., Nijman, H. L. I., & Beurs, D.P. (2020). Suïcide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr*(62).
<https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/559/articles/12419>
- Jadva, V., Guasp, A., Bradlow, J. H., Bower-Brown, S., & Foley, S. (2021). Predictors of self-harm and suicide in LGBT youth: The role of gender, socio-economic status, bullying and school experience. *J Public Health (Oxf)*, 45(1), 102-108.
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab383>
- Kaijadoo, S. P. T., Klip, H., de Weerd, A., van Arragon, E. A., Nijhof, K. S., Popma, A., & Scholte, R. H. J. (2023). How do group workers respond to suicidal behavior? Experiences and perceptions of suicidal female adolescents residing in secure residential youth care in the Netherlands. *PLoS One*, 18(3), e0283744. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283744>
- Looijmans, M., van Bergen, D., Popma, A., van Eijk, N., Mérelle, S., van Veen, S., Hawton, K., & Gilissen, R. (2023). The self-perceived needs of adolescents with suicidal behaviour: a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02342-1>
- Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Pao, M., Bridge, J., Reynolds, W., & Horowitz, L. (2012). Suicide Risk in Youth with Intellectual Disabilities: The Challenges of Screening. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(5), 431-440.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182599295>
- Mayes, S., Calhoun, S., Baweja, R., & Mahr, F. (2014). Suicide Ideation and Attempts in Children With Psychiatric Disorders and Typical Development. *Crisis*, 36, 55-60.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000284>
- McDonough, J. H., Rhodes, K., & Procter, N. (2024). Impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 14(3), e078765.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078765>
- Merrick, J., Merrick, E., Morad, M., & Kandel, I. (2005). Adolescents with Intellectual Disability and Suicidal Behavior. *The Scientific World Journal*, 5(1), 674212.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1100/tsw.2005.90>
- Moonen, X. M. H., Boeschoten, J. C., Wissink, I. B., Zweeris, K. (2018). *LVB? Daar kun je wat mee! Handreiking voor het werken met kinderen met Licht Verstandelijke Beperkingen in het basisonderwijs en thuis.*

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2025). *Richtlijn suïcide*.
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit/startpagina-su_cidaliteit.html
- Nieuwenhuis, J. G., Lepping, P., Mulder, N. L., Nijman, H. L. I., Veereschild, M., Noorthoorn, E. O. (2021). Increased prevalence of intellectual disabilities in higher-intensity mental healthcare settings. *BJPsych Open*, 7(3), e83, Article e83.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.28>
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. *PLoS One*, 12(2), e0168847. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168847>
- Ratnaweera, N., Hunt, K., & Camp, J. (2021). A Qualitative Evaluation of Young People's, Parents' and Carers' Experiences of a National and Specialist CAMHS Dialectical Behaviour Therapy Outpatient Service. *Int J Environ Res Public Health*, 18, 5927.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18115927>
- Schweren, L. J. S., Rasing, S. P. A., Kammeraat, M., Middelkoop, L. A., Werner, R., Mérelle, S. Y. M., Garcia, J. M., Creemers, D. H. M., & van Veen, S. M. P. (2025). Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People With Psychiatric Disorders. *Jama psychiatry*, 82(3), 246-252. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4006>
- Stanley, I., Hom, M., Boffa, J., Stage, D., & Joiner, T. (2019). PTSD from a suicide attempt: An empirical investigation among suicide attempt survivors. *J Clin Psychol*, 75, 1879-1895.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22833>
- Theron, L., Stekel, D. J., Höltege, J., Fawole, O. I., Levine, D. T., Mai-Bornu, Z., Maksudi, K., Olaniyan, O., Wright, C. Y., & Ungar, M. (2025). Factors that affect the resilience of young adults to depression: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 12(5), 377-383.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00044-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00044-6)
- Van der Sluijs, M., de Neve-Enthoven, N. G. M., Zarchev, M., de Winter, R. F. P., Hoogendijk, W. J. G., & Grootendorst-van Mil, N. H. (2025). Contagion of crisis: Associations between suicide attempts in the social network and suicidality among late adolescents. *J Affect Disord*, 388, 119535. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119535>
- Van Dongen, K. H. Y., van Dongen, K. A. J., Bom, H., Koudstaal, J. A., Vermeiren, R. R. J. M., & Krabbendam, A. A. (2023). Verbindend gezag bij suïcidaliteit [Connecting authority in cases of suicidality]. *Kind en Adolescent Praktijk* <https://www.kaponline.nl/magazine-artikelen/verbindend-gezag-bij-suicidaliteit/>
- Wigham, S., Taylor, J. L., & Hatton, C. (2014). A prospective study of the relationship between adverse life events and trauma in adults with mild to moderate intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(12), 1131-1140.
<https://doi.org/10.1111/jir.12107>
- Zhang, L., & Shapiro, M. A. (2022). PTSD Following Suicide Attempts in Adolescents: a Case Series. *J Child Adolesc Trauma*, 15(1), 149-154. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00380-y>

Bijlage 1 Topic List

*Topic list interview **jongeren** met een LVB en suïcidaliteit*

'Ik hoor je'

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en behoeften wat betreft de zorg aan jongeren met suïcidaliteit en een LVB, en hun ouders

TOPICLIJSTEN INTERVIEW jongere

1) Introductie en uitleg

- Uitleg over het onderzoek: doel van het onderzoek: zorg voor suïcidale jongeren verbeteren.
- Uitleg audio-opname en hoe dat gebruikt en bewaard wordt, je krijgt het transcript toegestuurd, je kunt dan altijd nog aangeven wat je wilt schrappen – aanvullen etc.
- Vertrouwelijkheid en ethiek: we gaan vertrouwelijk om met jouw informatie. Wordt alleen anoniem verwerkt. Uitleg anonimiteit.
- Uitleg opbouw interview (noemen: je mag altijd stoppen tijdens het interview).
- Informed consent; wat het is, waarom we dit moeten tekenen: uitleggen: onder 16 jaar moeten ouders/voogd ook tekenen.
- Wat weten wij over jou? Wij hebben geen informatie vooraf gekregen. We lezen niet in jouw dossier.
- Introductie; beide interviewers vertellen wie ze zijn, stellen zich voor. Je mag alles vragen en als ik het niet wil antwoorden zal ik dat aangeven. 'Nee' is ook een antwoord. Dat geldt ook voor jou als wij jou vragen stellen: 'nee' is ook een antwoord, je hoeft geen antwoord te geven als je dat niet wilt. Belangrijk dat je dat weet.
- We zullen regelmatig pauzeren en vragen hoe het met je gaat: misschien wil je stoppen? Dat kan altijd!

2) Vragen vooraf

- Wij hebben ons net voorgesteld, kun jij ook iets over jezelf vertellen?
- Hoe was je dag? Hoe zit je erbij? Wil je er wat over vertellen of liever niet?

- Persoonlijke informatie zoals leeftijd, achtergrond, hobby's, broertjes / zusjes?
- Sinds wanneer woon je hier? Hoe lang ben je hier al in behandeling?
- Kun je iets vertellen over de geschiedenis daarvoor? (waar ben je opgegroeid/naar school gegaan verloop uitvragen)
- Eventueel nog vragen: wanneer is de classificatie LVB gesteld?

3) Jij hebt informatie gekregen over het onderzoek.

Wat heb jij gehoord?

Hoe kijk jij tegen suïcidaliteit aan? Waar denk je dat het gesprek over zal gaan?

4) Topics

- Geboden zorg m.b.t. suïcidaliteit, suïcidale gedachten, eventueel pogingen
 - Je verblijft hier op de groep; hoe lang ben je hier al?
Kun je iets vertellen over hoe het is om hier te wonen? Wat zijn jouw ervaringen? Doorvragen.
 - Durf je alles te zeggen als je met je behandelaar praat? Wat durf je niet te zeggen? Kun je daar iets over vertellen?
 - Hoe is het voor jou om over suïcidale gevoelens te praten? Doorvragen al naar gelang het antwoord.
 - Schaam je je wel eens voor je suïcidale gedachten? Kun je daar iets over vertellen?
 - Heb je bij een behandelaar ook wel iets anders gedaan dan praten over je gedachten? Misschien: tekenen, samen iets bakken, samen wandelen als je suïcidaal was? Sport? Doorvragen.
 - [Heb je een **signaleringsplan**? Wat vind je daarvan? Helpt dit plan jou? Mis je iets in het plan?]
 - Wat is helpend voor jou om jouw suïcidale gedachten minder erg maken?
 - Wat kan een hulpverlener volgens jou het beste doen? En wat moet hij of zij niet doen?
 - Doorvragen Wat **zei jouw behandelaar** toen wat jou hielp of wat je prettig vond?
 - Doorvragen Wat **deed jouw behandelaar** toen wat jou hielp of wat je prettig vond?
 - Doorvragen Wat zei jouw behandelaar toen wat jou NIET hielp of NIET prettig vond?
 - Doorvragen Wat deed jouw behandelaar toen wat jou NIET hielp of NIET prettig vond?

○ Thuis

- Kan jij met **familie of vrienden** praten over je suïcidale gedachten? Kun je daar iets over vertellen?
- Helpt praten met familie? Wat kunnen zij het beste doen? Kun je daar iets over vertellen?
- Heb je wel eens met **andere personen** dan behandelaren of bekenden contact gehad over jouw suïcidaliteit, zoals bijvoorbeeld mensen van 113? Wat hielp en wat niet?
- Ken je mensen in je **omgeving** die ook suïcidale gedachten hebben, en praat je daar wel eens mee? Kun je daar iets over vertellen?
- Met wie praat je het liefst over je suïcidale gedachten?
- Wat kan de omgeving doen om jou te helpen als je suïcidaal bent (familie, vrienden, school)? Kun je daar iets over vertellen?
-

○ LVB

- Sommige mensen hebben last van **eenzaamheid**, kun jij daar iets over vertellen? Voel jij je wel eens alleen? Speelt dat een rol bij jouw suïcidale gedachten?
- Hoe kijk je naar jouw **toekomst**? Wat wil je later worden? Kun je daar iets over vertellen?
- Van welke dingen krijg jij stress? Kun je daar iets over vertellen?
 Doorvragen: Op welke manier speelt stress een rol bij jouw suïcidale gedachten?
- Naar welke school ben jij geweest? (basisschool, middelbare school,
 Toegevoegd aan topic list: doorvragen over eventuele **pest** ervaringen: Ben je wel eens gepest? Kun je daar iets over vertellen?
- Heb je wel eens een overlijden in je naaste omgeving meegemaakt? Kun je daar wat over vertellen?
- Bij mensen met LVB is bekend dat ze soms wat meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken. Kun je daar iets over vertellen? Hoe ga jij om met druk / opdrachten/ huiswerk vanuit school ? Of wellicht eisen vanuit werk (vakantiewerk/bijbaantje?). Doorvragen

○ Structuur

- Soms helpt het om een duidelijke structuur en ritme in de dag en week te hebben. Hoe werkt dat bij jou?
- Hoe gaat het slapen? Kun je daar iets over vertellen?
Heeft hoe je slaapt invloed op jouw suïcidale gedachten?
- Hoe gaat het eten? Kun je daar iets over vertellen?
Heeft dit invloed op jouw gedachten?
- Overig
 - Kun je iets vertellen over jouw **sociale media** gebruik?
 - Volg je ook herstel accounts? Of juist niet?
Doorvragen
 - Wat zijn jouw hobby's? En wat wil je later eigenlijk worden / studie / werk / toekomst (indien dat nog niet eerder besproken is).
 - We hebben lang met elkaar gesproken, hoe gaat het nu met jou?
 - Wat ga je straks doen? En vanavond?

5) Afronding (= **uitzoomen**, gesprek weer naar het hier en nu halen. Niet blijven hangen in de suïcidaliteit of het onderwerp, focus op hier en nu).

- Nazorg: heb je behoefte om straks verder te praten over jouw ervaringen? Bijvoorbeeld met een behandelaar? Informatie over Mind, 113 geven.
- Uitleg vervolg traject, *onderzoeker neemt over een week weer contact met je* op om te kijken hoe je terugkijkt op het interview en of er nog nazorg gewenst is: bespreken wanneer / hoe de onderzoeker belt (of appt?). Heeft de jongere bepaalde tijden waarop hij/zij kan bellen?
- Stel dat je binnenkort met ontslag gaat, hoe kan ik jou dan bereiken?
- Heb je nog aanvullingen op de gestelde vragen?
- Zijn er nog punten niet aan de orde geweest die je nog graag wilt vertellen?
- Bedanken, kleine attentie.
- Afronden. Wat vond je van het interview? Nogmaals benoemen, we sturen jou de uitgetypte versie van wat je allemaal hebt verteld (het transcript): je bent vrij om tekst te wijzigen of zinnen eruit te halen! Hoe wil jij het transcript ontvangen? Bedanken, en teruggeven hoe het interview jou als onderzoeker verder geholpen heeft.
- Ervaringsdeskundige laten teruggeven hoe deze het interview vond. Tijd nemen voor afsluiting.

Heb je na het interview behoefte aan persoonlijke hulp of advies?

Neem contact op met een hulpverlener als je die hebt.

Als je dat niet wilt of als je momenteel niet in behandeling bent:

Neem (anoniem) contact op met een van de medewerkers van de hulplijn [MIND Korrelatie](#). Je kunt bellen (0900-1450), chatten www.mindkorrelatie.nl, WhatsAppen (WhatsApp: 06-13 86 38 03) of mailen (vraag@korrelatie.nl) met een van hun psychologen of maatschappelijk werkers.

Of neem contact op met een van de deskundige vrijwilligers van [113 Zelfmoordpreventie over praten via de telefoon of chat](#) (0900-0113, 24 uur per dag bereikbaar),

*Topic list interview **ouders** behorende bij het onderzoek:*

'Ik hoor je'

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en behoeften wat betreft de zorg aan jongeren met suïcidaliteit en een LVB, en hun ouders

TOPICLIJSTEN INTERVIEW ouders

1) Introductie en uitleg

- Uitleg over het onderzoek: doel van het onderzoek: zorg voor jongeren verbeteren.
- Uitleg audio-opname en hoe dat gebruikt en bewaard wordt, u krijgt het transcript toegestuurd, u kunt dan altijd nog aangeven dat u dingen toch wilt schrappen etc.
- Vertrouwelijkheid en ethiek: we gaan vertrouwelijk om met uw informatie. Wordt alleen anoniem verwerkt. Uitleg anonimiteit.
- Uitleg opbouw interview (noemen: u mag altijd stoppen tijdens het interview).
- Informed consent; wat het is, waarom we dit moeten tekenen: uitleggen: onder 16 jaar moeten ouders/voogd ook tekenen.
- Wat weten wij over uw (pleeg)kind? Wij hebben geen informatie vooraf gekregen.
- Introductie; beide interviewers vertellen wie ze zijn, stellen zich voor.

2) Vragen vooraf

- Wij hebben ons net voorgesteld, kunt u ook iets over uw (pleeg)kind en uzelf vertellen?
- Gezin in tact? Samengesteld gezin? Broers en zusje? Waar wonen jullie? Wonen jullie bij elkaar in 1 huishouden? Kunt u daar iets over vertellen?
- Ontvangt uw kind nu behandeling? Bij.....? Hoe verloopt dat? Kunt u daar iets over vertellen?
- Eventueel nog vragen: wanneer is de classificatie LVB gesteld? Kunt u daar iets over vertellen?
 Wat heeft dat voor effect op de jongere gehad?

3) U heeft informatie gekregen over het onderzoek.

Is de informatie helder?

4) Topics

o Geboden zorg

- Uw kind is opgenomen vanwege suïcidaliteit: Hoe is dit ontstaan? Kunt u daar wat over vertellen?
 Hoe ziet de suïcidaliteit bij uw kind eruit? Is er sprake van een spanningsopbouw? Ziet u het aankomen? Is er een aanloop? Of wordt u er door verrast? Kunt u daar wat over vertellen?
- Kent u de behandelaar van uw kind? Is er een behandelaar of zijn er meerdere? Kent u de begeleiders van de groep waar uw kind verblijft?
- Op welke manier wordt u als naaste **betrokken** in de behandeling? Worden de broertjes en zusjes betrokken (indien er zijn).
 Hoeveel uitleg heeft u gekregen over de behandeling en aanpak?
 Doorvragen
- Waar heeft u als naaste **behoefte** aan als de suïcidaliteit oploopt bij uw kind? Kunt u daar iets over vertellen?
- Wat hebben behandelaren gezegd en gedaan wat helpend was voor de jongere? Doorvragen: En wat was helpend voor u? is er iets gezegd waar u steun aan had?
- Wat hebben behandelaren gezegd en gedaan wat niet helpend was voor uw kind?
 Zijn er dingen gezegd of gedaan die niet-helpend voor u waren? Is er iets gezegd waar u geen steun aan had? Kunt u daar iets over vertellen?
- Heeft de jongere een **signaleringsplan**? Wat vindt u daarvan? Helpt dit plan de jongere? Is dit plan voor u helpend, geeft het genoeg handvatten om om te gaan met de suïcidaliteit? Mist u iets in het plan?
- Durft uw kind of durft u als naaste alles te zeggen als u met de behandelaar praat?
- Hoe vindt uw kind het om te praten over de suïcidaliteit? Vindt uw kind het makkelijk of moeilijk om met de behandelaar te praten over de suïcidaliteit? Hoe ervaart u deze gesprekken?
- Hoe bent u betrokken bij het hulpverleningstraject? Hoe wordt er met u samengewerkt? Wat ging goed en wat behoeft aandacht?
- Met wie praat uw kind over de suïcidale gedachten?

- Heeft uw kind bij een behandelaar ook wel iets anders gedaan dan praten over de gedachten, zoals tekenen of sport? Vond hij of zij dat fijn of niet fijn? Hielp dat?
- Thuis
 - Praat u / uw kind met **familie of vrienden** over de suïcidale gedachten? Doorvragen
 - Praat uw kind met u over zijn/haar suïcidale gedachten? Doorvragen
 - Hoe vindt u het om hier met uw kind over te praten? Doorvragen
 - Heeft uw kind wel eens contact gezocht met andere personen dan bekenden of behandelaren: zoals bijvoorbeeld een organisatie als 113? Wat waren de ervaringen daarmee?
 - Heeft uw kind in de **omgeving** anderen die ook suïcidale gedachten hebben? Kunt u wat vertellen daarover?
- LVB
 - Wat vindt uw kind van zichzelf? Kunt u iets vertellen over hoe hij of zij zichzelf ziet? (**zelfbeeld**)
 - Wanneer werd duidelijk dat uw kind een LVB heeft? Kunt u daar iets over vertellen?
Kunt u wat vertellen over wat voor effect de LVB van uw kind op het verloop van de suïcidaliteit heeft?
 - Heeft uw kind snel last van drukte (**prikkelgevoeligheid?**) Sommige mensen hebben last van drukte om hen heen, als ze veel prikkels binnenkrijgen. Hoe is dat voor uw kind?
Doorvragen: Speelt dit een rol bij de suïcidale gedachten? Hoe?
 - Heeft uw kind vrienden? Doorvragen: **eenzaamheid**, speelt dat bij hem of haar? Speelt dat een rol bij de suïcidale gedachten? Kunt u daar iets over vertellen?
 - Schaamt uw kind zich wel eens voor de suïcidale gedachten? Kunt u daar iets over vertellen? Hoe vindt u het om hierover te praten? Wat doet het praten over dit onderwerp met u?
 - Hoe kijkt u naar de toekomst van uw kind?
 - Van welke dingen krijgt uw kind stress? Speelt stress een rol bij het ontwikkelen van suïcidale gedachten?
 - Bij mensen met LVB is bekend dat ze soms wat meer tijd nodig hebben om informatie te verwerken. Kunt iets vertellen over de schoolgang van uw kind?
Eventueel doorvragen: Heeft uw kind moeite met **eisen** die er zijn

vanuit school/werk? Is uw kind wel eens in aanraking gekomen met justitie?

○ **Structuur**

- Bij sommige mensen helpt het om duidelijke structuur en ritme in de dag en week te hebben, hoe is dat voor uw kind?
- Hoe gaat het slapen? Heeft slaap invloed op de suïcidale gedachten van uw kind?
- Hoe gaat het eten? Heeft dit invloed op de suïcidale gedachten?

○ **Trauma**

- Heeft hij/zij dingen meegemaakt in het leven die als heel heftig of vervelend zijn ervaren, waar hij/zij soms nog steeds aan denkt? Worden de suïcidale gedachten verergerd door deze gebeurtenissen, als hij of zij er bijvoorbeeld aan denkt?
- Is er sprake geweest van overlijden in de familiekring / vriendenkring? Hoe reageerde uw kind daar op? Doorvragen.

○ **Overig**

- Wat is de impact van sociale media? Doorvragen
- Gender/ sekse. Doorvragen.
- Wat zijn andere thema's die de suïcidale gedachten erger of minder erg maken?

5) Afronding. Uitzoomen.

- Heeft u nog aanvullingen op de gestelde vragen?
- We hebben lang met elkaar gesproken, hoe gaat het nu met u?
- Zijn er nog punten niet aan de orde geweest die u nog graag wilt vertellen?
- Bedanken, kleine attentie.
- Wat vond u van het interview? Nogmaals benoemen, we sturen het transcript toe: u bent vrij om tekst te wijzigen of zinnen eruit te halen! Hoe wilt u het transcript ontvangen?
- Uitzoomen, en doorgaan op wat zich in het hier en nu aandient.

6) Vervolg

- Nazorg: heeft u behoefte om straks verder te praten over uw ervaringen? Informatie over Mind, 113 geven.

- Uitleg vervolg traject: transcript wordt opgestuurd, onderzoeker mailt u, en neemt contact met u op.

Heeft u na het interview behoefte aan persoonlijke hulp of advies?

Neem (anoniem) contact op met een van de medewerkers van de hulplijn [MIND Korrelatie](#). U kunt bellen (0900-1450), chatten www.mindkorrelatie.nl, Whatsappen (Whatsapp: 06-13 86 38 03) of mailen (vraag@korrelatie.nl) met een van hun psychologen of maatschappelijk werkers.

Of neem contact op met een van de deskundige vrijwilligers van [113 Zelfmoordpreventie over praten via de telefoon of chat](#) (0900-0113, 24 uur per dag bereikbaar),