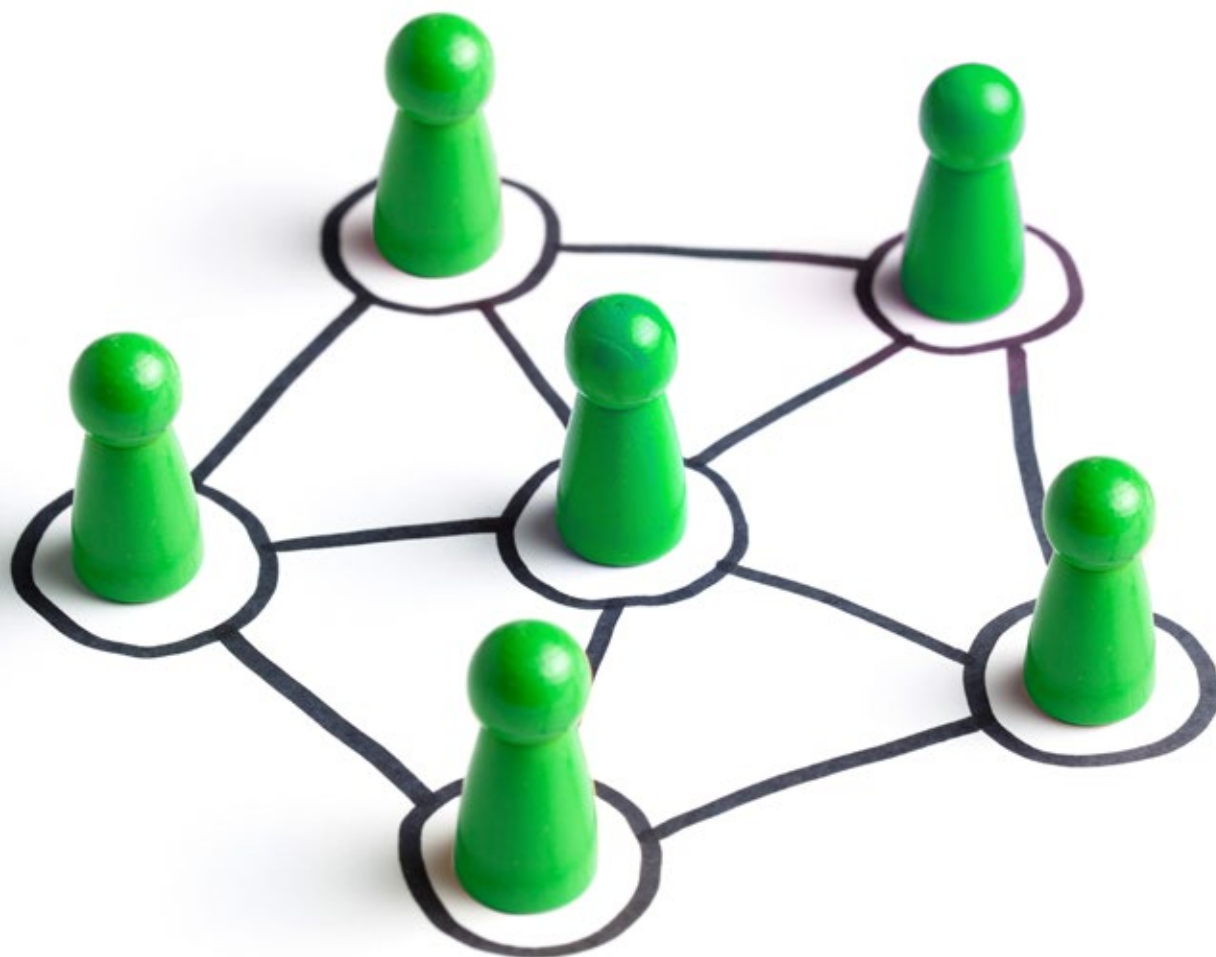


HANDREIKING SUÏCIDEPREVENTIE BIJ JONGEREN MET EEN LVB

EEN AANVULLING OP DE LEIDRAAD
SUÏCIDEPREVENTIE BIJ JONGEREN



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



**Samen
Minder
Suïcide**

INHOUD

Colofon	4
Voorwoord	5
1. Leeswijzer	6
2. Suïcidaliteit bij jongeren met een LVB	7
2.1 Signalen van suïcidaliteit	7
2.2 Risicofactoren en beschermende factoren	8
2.2.1 Risicofactoren die vaker voorkomen bij jongeren met een LVB	8
2.2.2 Aanvullende risicofactoren	9
2.2.3 De begeleidings- en behandelomgeving als risicofactor	10
2.2.4 Beschermende factoren	10
2.3 Persisterende suïcidaliteit	11
3. Contact maken	12
3.1 Contact maken met jongeren met een LVB	12
3.2 Taalvaardigheden	13
3.3 In gesprek gaan over de dood	13
3.4 In gesprek gaan over suïcidaliteit	14
3.5 Het gesprek afsluiten	15
4. Autonomie en vrijheidsbeperkende maatregelen	17
4.1 Autonomie vergroten	17
4.2 Signalerings- en veiligheidsplan	19
4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen	19
5. Samenwerken met het netwerk	21
5.1 Het sociale netwerk in kaart brengen	21
5.2 Samenwerking met familie	21
6. Continuïteit van zorg	23
7. Sociale media	25
7.2 De kansen van sociale media	25
7.3 Aanbevelingen	25
8. Geloof	27
8.1 Ga in gesprek over het geloof	27
9. Zingeving	29

10. Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit	30
10.1 Risicotaxatie	30
10.2 Diagnostiek van suïcidaliteit	31
10.2.1 Inzet van de interviews bij jongeren met een LVB	32
10.3 Behandeling van suïcidaliteit	32
11. Na een suïcide(poging)	34
12. Meer weten?	35
13. Literatuur	36
Bijlage 1. Risicofactoren en beschermende factoren bij suïcidaliteit	40
Bijlage 2. Do's en don'ts volgens jongeren met een LVB	42
Bijlage 3. Voorbeeld van een ingevuld signaleringsplan	43
Bijlage 4. Voorbeeld van een ingevuld veiligheidsplan	46
Bijlage 5. Voorbeeldvragen voor het CASE-interview	48

COLOFON

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

Projectleiding

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

Projectgroep

Jolanda Douma, programmacoördinator, Landelijk Kenniscentrum LVB
Elwin Goedgedrag, trainer suïcidepreventie LVB, Suïcide Preventie Centrum
Teunis van den Hazel, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Trajectum
Guinevere Lefevre, orthopedagoog, Triade Vitree
Nicolette Plasse, forensisch orthopedagoog, Emaus College
Jeannette Pullen, Suïcide Preventie Centrum
Rijan Schimmel, orthopedagoog, Emaus College
Petra Snip, gz-psycholoog, Parlan
Maarten Sterk, sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, 's Heeren Loo
Melanie Zwang, gedragswetenschapper, 's Heeren Loo

Ook jongeren met ervaringskennis hebben meegewerkt aan de handreiking. In het bijzonder dank aan Levi IJzer (onder begeleiding van Guinevere Lefevre). Onze dank gaat ook uit naar alle anderen die op welke wijze dan ook een bijdrage hebben geleverd.

Redactie

Monique Harperink, vrijgevestigd kinder- en jeugdpsycholoog NIP
Douwe Kamer, manager gedragswetenschappers, Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond
Natasja Looren de Jong, docent entree- en praktijkonderwijs, Horizon College
Astrid Westenbroek, klinisch psycholoog/directeur behandelen zaken regio Gelderland, Karakter

Vormgeving

Doede Jaarsma communicatie b.v.

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

© 2023, Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025

VOORWOORD

Voor je ligt de handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze handreiking is ontwikkeld binnen het project [In contact blijven: netwerkbrede werkwijze suïcidepreventie jongeren](#). Dit project maakt deel uit van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025.

Deze handreiking is een aanvulling op de leidraad [Suïcidepreventie bij jongeren: een netwerkbrede werkwijze](#). De leidraad richt zich op jongeren in het algemeen. De handreiking gaat in op de gebieden waar werken met jongeren met een LVB iets anders vraagt.

Dit zijn de andere aanvullingen op de leidraad die binnen het project ontwikkeld worden:

- Handreiking suïcidepreventie bij jongeren met persisterende suïcidaliteit
- Handreiking suïcidepreventie bij jongeren met autisme
- Handreiking suïcidepreventie bij jonge vluchtelingen

Voor wie?

Deze handreiking is bedoeld voor zorgorganisaties en zorgprofessionals die zich beroepsmatig bezighouden met de gezonde en veilige ontwikkeling van jongeren met een LVB.

Door wie?

Er is aan de handreiking gewerkt door professionals in het jeugdveld, jongeren met ervaringskennis, en 113 Zelfmoordpreventie. De handreiking is voor een groot deel gebaseerd op hun ervaringen.

Jongeren met een LVB en suïcidepreventie

We weten nog maar weinig over suïcidaliteit bij jongeren met een LVB. Wat we wel weten, is dat suïcidaliteit voorkomt bij deze groep jongeren en dat het erop lijkt dat het hebben van een LVB kwetsbaarder maakt voor suïcidaliteit.

Suïcidepreventie hoeft in de basis niet wezenlijk anders te zijn bij jongeren met een LVB. Ook bij hen is het belangrijk om contact te maken, door te vragen, samen naar zin en betekenis te zoeken, met een veiligheidsplan te werken, naasten te betrekken, op continuïteit van zorg in te zetten en als professional je kennis op peil te houden met suïcidepreventietrainingen, intervisie en netwerkbrede overleggen. Wel moet er in het contact met de jongeren en naasten rekening worden gehouden met de LVB. Hoe je dat doet, lees je in deze handreiking.

Het doel van de handreiking is om praktische handvatten te bieden aan zorgprofessionals die werken met jongeren met een LVB. De handreiking is een eerste stap in het vertrouwd raken met het thema suïcidaliteit en het vergroten van de handelingsbekwaamheid. Een handreiking alleen is echter niet voldoende. Naast een handreiking zijn scholing en trainingen nodig om je de kennis en gespreksvaardigheden eigen te maken. Verder is het belangrijk dat er binnen de organisatie gewerkt wordt aan de randvoorwaarden voor suïcidepreventie. Denk bijvoorbeeld aan een breed draagvlak voor suïcidepreventie, duidelijkheid over wie wat doet en tijd voor overleg met naasten en andere professionals.

! **Maatwerk**

De handreiking is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing is. Bij elke jongere gaat het om maatwerk. Kijk daarom steeds wat de jongere nodig heeft en sluit daarbij aan. Durf daarbij te vertrouwen op je eigen kennis en ervaring.

1. LEESWIJZER

In hoofdstuk **2. Suïcidaliteit bij jongeren** met een LVB bespreken we wat er bekend is over hoe vaak suïcidaliteit voorkomt bij jongeren met een LVB en waardoor het herkennen van signalen lastig is bij deze doelgroep. Verder lichten we belangrijke risicofactoren en beschermende factoren voor suïcidaliteit bij jongeren met een LVB toe.

Hoofdstuk **3. Contact maken** gaat over hoe je een relatie kunt opbouwen waarin jongeren met een LVB zich veilig en vertrouwd voelen, hoe je je communicatie op het niveau van de jongeren kunt afstemmen, hoe je in gesprek gaat over suïcidaliteit en de dood, en hoe je een gesprek goed kunt afsluiten.

In hoofdstuk **4. Autonomie en vrijheidsbeperkende maatregelen** is er aandacht voor het vergroten van de autonomie van jongeren met een LVB, rekening houdend met eventuele emotionele en cognitieve beperkingen en het risico op onder- en overvragen. Ook lichten we het signalerings- en veiligheidsplan kort toe en kun je ingevulde voorbeelden bekijken. Verder verduidelijken we waarom vrijheidsbeperkende maatregelen zo min mogelijk ingezet moeten worden.

In hoofdstuk **5. Samenwerken met het netwerk** benadrukken we het belang van het samenwerken met alle betrokkenen om de jongere heen en noemen we aandachtspunten voor het vormgeven van het contact met de familie.

Hoofdstuk **6. Continuïteit van zorg** gaat over het effect van veranderingen in de begeleidings- of behandelomgeving, zoals het vertrek van een begeleider, op de suïcidaliteit bij jongeren met een LVB.

In hoofdstuk **7. Sociale media** en **8. Geloof** lichten we kort toe hoe deze thema's een rol kunnen spelen bij suïcidaliteit. We gaan daarnaast in op de kansen en risico's en geven enkele aanbevelingen.

In hoofdstuk **9. Zingeving** gaat het over stilstaan bij wat het hebben van een LVB voor de jongere betekent. Daarbij is er aandacht voor zowel verlieservaringen als mogelijkheden.

In hoofdstuk **10. Diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit** geven we kernachtig weer welke elementen van belang zijn in de diagnostiekfase en de behandelfase.

In hoofdstuk **11. Na een suïcide** lees je waarmee je in het contact met naasten en medecliënten rekening moet houden na een suïcide door een jongere met een LVB.

Lees de leidraad eerst

Op meerdere plekken in de handreiking verwijzen we naar de leidraad **Suïcidepreventie bij jongeren: een netwerkbrede werkwijze**. In de leidraad wordt veel algemene informatie over suïcidaliteit en suïcidepreventie gegeven die ook relevant is voor jongeren met een LVB. Het is daarom handig eerst de leidraad door te lezen en daarna deze aanvullende handreiking.

2. SUÏCIDALITEIT BIJ JONGEREN MET EEN LVB

Er zijn geen betrouwbare cijfers over het aantal suïcidepogingen en suïcides bij jongeren met een LVB. Dit komt doordat het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS), die de cijfers over suïcidaliteit verzamelt, door de privacywetgeving geen persoonlijke gegevens zoals het opleidingsniveau en de aanwezigheid van beperkingen, ziektes of stoornissen mag monitoren (Van den Hazel e.a., 2020).

Het beperkte onderzoek dat er gedaan is, bevestigt dat jongeren met een LVB kunnen kampen met suïcidaliteit (Merrick e.a., 2005; Ludi e.a., 2012). Ook zijn er aanwijzingen dat het hebben van een LVB kwetsbaarder maakt voor suïcidaliteit (Dickerson Mayes e.a., 2015; Cervantes e.a., 2022).

Van den Hazel, klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Trajectum, verklaart dat als volgt (in Veurink, 2021):

“Er lijkt wel degelijk een verband te zijn tussen het hebben van een LVB en het risico op suïcide. Mensen met een LVB hebben meer moeite met het oplossen van problemen, komen minder tot zelfreflectie en vinden het communiceren over gedachten en gevoelens moeilijker, bijvoorbeeld over eenzaamheid die ze ervaren. Bovendien hebben ze vaker traumatiserende ervaringen gehad, zoals verwaarlozing of mishandeling, of groeien ze op in belastende omstandigheden door bijvoorbeeld armoede, ziekte of een beperking bij een van de ouders. Dat ze soms een beperkte controle over hun impulsen hebben, speelt mogelijk een rol in de gepleegde suïcides.”

2.1 Signalen van suïcidaliteit

In 2.1 Signalen van suïcidaliteit van de **leidraad** staat een overzicht van signalen die op suïcidaliteit kunnen wijzen. Signalen als zich afzonderen, onredelijk en prikkelbaar reageren, (meer) middelen gebruiken en uitspraken over doodgaan gelden voor alle jongeren, ook die met een LVB. Wel kan het (nog) moeilijker zijn om suïcidaliteit te herkennen bij jongeren met een LVB.

Suïcidaliteit herkennen bij jongeren met een LVB kan extra lastig zijn. Dat komt mogelijk door het volgende:

- Jongeren met een LVB vinden het vaak moeilijk om hun gevoelens en gedachten onder woorden te brengen.
- Jongeren met een LVB begrijpen niet altijd dat uitspreken wat er in je omgaat ervoor zorgt dat anderen je beter snappen en kunnen helpen.
- Jongeren met een LVB kunnen zich schamen voor hun suïcidaliteit. Ze kunnen denken dat ze de enige zijn met suïcidaliteit en dat een ander het vast raar vindt. Omdat ze graag ‘normaal’ gevonden willen worden, kunnen ze ervoor kiezen het voor zich te houden.
- Jongeren met een LVB die in een zorginstelling wonen, durven soms niet over hun suïcidaliteit te praten uit angst voor mogelijke gevolgen. Denk aan de inzet van een time-outruimte of een overplaatsing.
- Jongeren met een LVB kunnen moeite hebben met generaliseren. Als een jongere met name thuis aan de dood denkt en op school de vraag krijgt: “Denk je weleens aan de dood?”, dan kan deze “nee” antwoorden omdat deze op dat moment op school is.
- Een onveilige sociale en emotionele ontwikkeling kan ervoor zorgen dat deze jongeren meer afstand houden in het contact en minder snel vertellen over wat hen bezighoudt. Ze denken

bijvoorbeeld ik kijk wel uit met wat ik vertel, want ik vertrouw je niet.

- Emotionele en gedragsproblemen worden regelmatig toegeschreven aan de verstandelijke beperking en niet gezien als signaal van suïcidaliteit.
- Jongeren met een LVB weten vaak niet hoe zij moeten aangeven dat zij zich rot voelen en kunnen eerder agressief gedrag laten zien om hun gevoel te uiten.

2.2 Risicofactoren en beschermende factoren

Suïcidaliteit is complex. De kans op suïcidaliteit en suicide wordt beïnvloed door een samenspel van risicofactoren en beschermende factoren. Dit samenspel verschilt per jongere. Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan en het in stand houden van suïcidale gevoelens, gedachten en gedrag. Beschermende factoren werken als buffer daartegen. Ze verkleinen de kans op het ontstaan van problemen.

De meest voorkomende risicofactoren en beschermende factoren van suïcidaliteit bij jongeren vind je in de **leidraad**. De risicofactoren en beschermende factoren die voor jongeren zonder een LVB gelden, gelden ook voor jongeren met een LVB (Merrick e.a., 2005). Wel lijkt het erop dat de risicofactoren vaker aanwezig zijn bij jongeren met een LVB (bijvoorbeeld Van den Bogaard e.a., 2020) en de beschermende factoren juist minder vaak.

2.2.1 Risicofactoren die vaker voorkomen bij jongeren met een LVB

Onder de risicofactoren die vaker voorkomen bij jongeren met een LVB vallen onder andere:

- Psychische aandoeningen. Jongeren met een LVB lopen een 2,8 tot 4,5 maal hoger risico op het ontwikkelen van psychische problemen dan jongeren zonder een LVB (Einfeld e.a., 2011). Hierbij moet gedacht worden aan stemmings-, trauma-, psychotische- en gedragsstoornissen.
- Gevoelens van eenzaamheid, mogelijk door de ervaring moeilijker aansluiting te kunnen vinden bij anderen. Uit onderzoek blijkt dat tot wel 50% van mensen met een LVB zich chronisch eenzaam voelt. In de algemene populatie is dit 15-30% (Gilmore & Cuskelly, 2014).
- Traumatische ervaringen of ingrijpende gebeurtenissen. Jongeren met een LVB maken meer ingrijpende gebeurtenissen mee dan jongeren zonder een LVB (Hatton & Emerson, 2004; Mevissen & De Jongh, 2010). Uit een Nederlandse studie bleek dat 49% van de residentieel verblijvende jongeren met een LVB minstens twee schokkende gebeurtenissen heeft meegemaakt (Vervoort-Schel e.a., 2018).
- Laag zelfbeeld en faalervaringen. Jongeren met een LVB hebben vaak een laag zelfbeeld. Dit kan onder andere komen doordat jongeren met een LVB veel met afwijzingen te maken krijgen, bijvoorbeeld thuis, op school of op het werk. Een deel van de jongeren is gepest, overvraagd, wordt sociaal niet geaccepteerd en ziet toekomstdromen in duigen vallen. Dit kan leiden tot gedachten als ik hoor nergens bij en ik ben anderen alleen maar tot last. Deze gedachten kunnen op hun beurt weer tot suïcidaliteit leiden (O'Connor & Kirtley, 2018).
- Beperkte emotieregulatie. Jongeren met een LVB kunnen meer moeite hebben met emoties onder woorden brengen (Rot, 2013) en emoties op een passende manier reguleren is vaak lastig voor ze. Verder zijn sociaal-emotionele vaardigheden die jongeren op latere leeftijd ontwikkelen, zoals empathie en geweten, vaak onderontwikkeld (Nji, 2022). Dit maakt dat jongeren moeite hebben met het zich inleven in anderen en overzien van de gevolgen van hun gedrag. Dit zijn belangrijke elementen van emotieregulatie.
- Beperkte adaptieve vaardigheden. Jongeren met een LVB kunnen moeite hebben met het bewaren van overzicht, informatie ordenen en alledaagse taken uitvoeren, waardoor zij eerder klem komen te zitten.

- Beperkte copingvaardigheden. Jongeren met een LVB kunnen meer moeite hebben met het omgaan met problemen.
- Impulsiviteit. Jongeren met een LVB kunnen gevoel snel omzetten in gedrag. Het direct reageren op een sterke emotie, onmacht of frustratie verhoogt de kans op impulsief suïcidaal gedrag. Uit onderzoek van Van den Hazel e.a. (2020) leek in acht van de elf door hun onderzochte suïcides impulsiviteit een rol te spelen.
- Middelengebruik. Bij jongeren met een LVB lijkt er vaker sprake te zijn van problematisch middelengebruik (Poelen e.a., 2015; Van Duijvenbode & Van der Nagel, 2019). Ook kunnen de gevolgen van het gebruik ernstiger zijn, omdat het gebruik invloed heeft op de verstandelijke beperking en al bestaande gedragsproblemen of psychische stoornissen versterkt (Hamminck & Schrijvers, 2012).
- Opgroeien in stressvolle leefomstandigheden. Kinderen en jongeren met een LVB groeien vaker op in stressvolle leefomstandigheden, zoals armoede (Hatton e.a., 2018; Emerson, 2015), slechte huisvesting en samenleven met ouders die psychische klachten hebben (Emerson, 2015). Dit kan het risico op mentale klachten vergroten.
- Gehechtheidsproblematiek. Jongeren met een LVB hebben een groter risico op een problematische gehechtheid (Hofstra e.a., 2021).

2.2.2 Aanvullende risicofactoren

Naast de algemeen bekende factoren, zijn er ook andere factoren die het risico op suïcidaliteit bij jongeren met een LVB kunnen vergroten:

- Een LVB met een relatief hoger cognitief functioneren. De hoger functionerende jongeren met een LVB lijken meer risico te lopen op het ontwikkelen van suïcidaliteit dan de lager functionerende jongeren met een LVB (Ludi e.a., 2012). Mogelijk hangt dit samen met een groter besef en een beperkte acceptatie van de LVB (Douma & Homma, 2022). Hoe hoger het cognitief functioneren, hoe duidelijker de beperkingen gevoeld worden als een last.
- Onderdiagnostiek van het hebben van een LVB. Een LVB wordt niet altijd herkend. Dit leidt vaak tot continue overvraging, zowel door de omgeving als de jongere zelf.
- Onderdiagnostiek van trauma- en stemmingsstoornissen. Met name trauma- (Mevissen & De Jongh, 2010) en stemmingsstoornissen (Lakeman e.a., 2017) worden vaak niet herkend bij mensen met een LVB. Hierdoor ontvangen zij vaak niet de juiste begeleiding en behandeling. Daardoor kan de ernst van de klachten toenemen. Deze onderdiagnostiek heeft mogelijk te maken met de externaliserende gedragsproblematiek die vaak meer op de voorgrond staat (Merrick e.a., 2005; Van den Hazel e.a., 2020).
- Adolescentiefase. De adolescentiefase, de periode van ongeveer 12 tot 21 jaar, kan een moeilijke periode zijn. In deze fase nemen verwachtingen vanuit de omgeving vaak toe, terwijl de vaardigheden om hieraan te kunnen voldoen nog in ontwikkeling zijn (Van de Koppel e.a., 2022). Dit kan stress geven. Zeker jongeren met een LVB lopen het risico om in deze periode nog meer overvraagd te worden door zichzelf en hun omgeving. Dit maakt dat het leven als zeer stressvol en ingewikkeld ervaren kan worden.
- Overvraging. Ook buiten de adolescentiefase om hebben jongeren met een LVB vaak te maken met overvraging door zichzelf en hun omgeving.
- Realisatie van de gevolgen van de LVB. Tijdens de adolescentiefase wordt de kloof tussen jongeren met een LVB en hun leeftijdsgenoten vaak groter, en realiseren de jongeren zich dat zij achterblijven. Dit kan confronterend zijn (Rot, 2013).
- Missen van een perspectief of ervaren van een negatief gekleurd perspectief. Jongeren met een LVB zitten vaak met vragen over de toekomst, de eigen mogelijkheden en beperkingen, de mate waarin zij afhankelijk van anderen zullen blijven en wat dat betekent voor werk, wonen en vrije tijd. Met name jongens missen vaak een perspectief (Pauly & Groenen, 2010) of hebben een

perspectief waar ze niet blij van worden. Ze kunnen een breuk ervaren tussen wie ze willen zijn en wie ze kunnen zijn. Dit kan een enorme druk uitoefenen op het mentale welzijn.

2.2.3 De begeleidings- en behandelomgeving als risicofactor

Het begeleiding krijgen kan een beschermende factor zijn. Dat is vooral het geval als er een vertrouwensband is waarin de jongere open gevoelens van hopeloosheid kan bespreken en zich gehoord en begrepen voelt. Tegelijkertijd kan het begeleiding krijgen ook extra risico's met zich meebrengen. De begeleidings- en behandelomgeving kan bijdragen aan een minder veilig gevoel en minder stabiliteit (Van den Hazel e.a., 2020), bijvoorbeeld door:

- het verblijven in een omgeving met anderen die hun eigen gedragsproblemen en crises hebben;
- voortdurende wisselingen van directe begeleiders, contactbreuken en overplaatsingen;
- handelingsverlegenheid bij begeleiders. Bij suïcidaliteit worden vaak vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet om de veiligheid te vergroten, zoals cameratoezicht, spullen wegnemen en verblijf in een time-outruimte. Dit kan ten koste gaan van de belangrijkste beschermende factor bij suïcidaliteit, namelijk gehoord, gezien en benaderd worden. Als de vrijheid van een cliënt beperkt wordt na het praten over suïcidaliteit, kan dit als onbedoeld gevolg hebben dat deze in het vervolg minder snel open is over aanwezige suïcidegevoelens en gedachten;
- de nadruk op het vasthouden aan structuur en regels waardoor er minder aandacht is voor wat een cliënt nodig heeft, zoals aandacht voor de ervaren eenzaamheid of hopeloosheid;
- een suïcide van een cliënt in de begeleidings- of behandelomgeving, wat heel 'besmettelijk' kan zijn;
- het onvoldoende aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de jongere;
- het lang wachten op passende zorg. Soms vallen jongeren met een LVB tussen wal en schip omdat zowel de reguliere ggz als de VG(Verstandelijk Gehandicapten)-ggz zich niet bekwaam voelen om respectievelijk met een lagere intelligentie dan wel hogere intelligentie te werken. Het kan dan een lange zoektocht naar passende hulp worden;
- de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg. Dit kan, soms jarenlang, extra zorgen en stress geven, vooral bij onduidelijkheid over het behandel- en woonperspectief;
- het niet serieus nemen van een uitspraak als een jongere vaker zegt dat deze een einde aan het leven gaat maken, boos is of niet krijgt wat deze wil. Het gevaar schuilt er dan in om te denken ja dit kennen we;
- het interpreteren van agressief gedrag als boosheid die begrensd moet worden, terwijl het een uiting van onmacht is.

2.2.4 Beschermende factoren

Er is amper onderzoek gedaan naar beschermende factoren bij jongeren met een LVB. Douma en Homma (2022) hebben voor hun onderzoek aan professionals gevraagd wat zij als beschermende factoren zien tegen suïcide bij mensen met een LVB. Hier kwamen bijvoorbeeld de volgende factoren uit:

- Een sociaal steunend netwerk hebben, dat onder andere kan helpen bij het versterken van copings- en probleemoplossende vaardigheden.
- Een goede emotionele band hebben met familie, kennissen en professionals.
- Begeleiding krijgen van professionals die sensitief en responsief zijn, die de signalen van hun cliënten opmerken en daar passend op reageren.
- Een vaste woonplek hebben.
- Een goede daginvulling hebben.
- Een goede overgang hebben na het 18^e jaar.

Verder kun je bij beschermende factoren mogelijk ook denken aan:

- Een duidelijk en passend toekomstperspectief hebben.
- Een omgeving hebben afgestemd op wat de jongere kan.
- Zin en betekenis van het eigen bestaan ervaren.

2.3 Persisterende suïcidaliteit

Veel jongeren met een LVB kampen met persisterende suïcidaliteit. Persisterende suïcidaliteit is suïcidaliteit die een langere tijd aanhoudt of herhaaldelijk terugkeert. Deze handreiking richt zich vooral op suïcidaliteit in het algemeen. In het voorjaar van 2023 komt er ook een handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met persisterende suïcidaliteit beschikbaar. Die handreiking komt op [deze webpagina](#) te staan.

Persisterende suïcidaliteit staat ook wel bekend als chronische suïcidaliteit. Veel jongeren geven echter aan dat zij chronische suïcidaliteit een ontmoedigende term vinden. Een ervaringsdeskundige vertelde bijvoorbeeld dat zij dacht oké, ik kom dus nooit meer van mijn suïcidaliteit af toen haar behandelaar sprak over chronische suïcidaliteit. Ook sommige professionals hebben hun twijfels bij de term chronische suïcidaliteit (Elzinga e.a., 2021).

Er is met jongeren en professionals gesproken over alternatieve termen. Uit een rondvraag bleek dat jongeren de voorkeur hebben voor terugkerende en/of langdurige suïcidaliteit en professionals voor persisterende suïcidaliteit. Omdat de handreiking zich richt op professionals, wordt in de handreiking persisterende suïcidaliteit als term gehanteerd.

Sluit aan bij woordgebruik jongere

Elke jongere ervaart de persisterende suïcidaliteit weer anders en geeft er andere woorden aan. Sluit hier als professional vooral bij aan.

Bij persisterende suïcidaliteit staat het bevorderen van de autonomie nog meer voorop dan bij suïcidaliteit in het algemeen. Belangrijk is de regie zo lang mogelijk bij de jongere zelf te laten en deze niet te snel over te nemen. De regie overnemen werkt namelijk afhankelijkheid in de hand en bekrachtigt het gevoel van onmacht. Je bekijkt steeds wat de jongere zelf kan en waar ondersteuning bij nodig is. Hierbij is ondersteunen wat anders dan de regie overnemen. Dit is zeker niet makkelijk. Professionals voelen zich namelijk vaak in hoge mate verantwoordelijk voor de veiligheid van de jongere. Enerzijds wil je meer vrijheid geven, anderzijds ben je bang dat de jongere wat overkomt. Dit kan beklemmend zijn. Hoe je hiermee om kunt gaan, lees je in de hierboven genoemde handreiking Suïcidepreventie bij jongeren met persisterende suïcidaliteit.

3. CONTACT MAKEN

Lees eerst hoofdstuk 3. Contact maken en houden in de **leidraad**. Hierin wordt uitgelegd hoe je contact maakt met jongeren, in contact blijft en het gesprek kunt voeren over suïcidaliteit.

Contact maken is de kern van omgaan met suïcidaliteit. Dit geldt ook voor jongeren met een LVB. In dit hoofdstuk lees je waar je bij jongeren met een LVB extra op moet letten als je contact wilt maken en het gesprek over suïcidaliteit wilt aangaan.

3.1 Contact maken met jongeren met een LVB

Het is belangrijk dat je als professional een relatie opbouwt met de jongere waarin deze zich veilig en vertrouwd voelt (Pauly & Groenen, 2010; Rot, 2013). Als het contact niet goed tot stand komt, bestaat het risico dat jongeren op al je vragen ja en amen gaan zeggen of zich afsluiten. Denk bij het opbouwen van de relatie aan het volgende (Rot, 2013):

- Wees er voor de jongere en steun de jongere onvoorwaardelijk. Laat dat ook blijken. Zeg bijvoorbeeld: “Ik ben er voor jou. Ik luister naar jouw verhaal. Wanneer jij daaraan toe bent.”
- Wees voorspelbaar en betrouwbaar. Dat doe je door afspraken na te komen, te zeggen wat je doet en te doen wat je zegt.
- Wees duidelijk over regels en afspraken die er zijn.
- Maak (voldoende) tijd vrij voor persoonlijk contact met de jongere.
- Toon oprechte belangstelling, luister goed naar de jongere en neem deze serieus.
- Heb oog voor en erken behoeften.
- Ga uit van de mogelijkheden van de jongere.
- Wees eerlijk.
- Zit niet te dicht op de jongere maar blijf ook niet te veel op afstand.
- Geef de jongere positieve aandacht en complimenten. Bijvoorbeeld dat het goed is dat deze hulp heeft gezocht. Voorkom dat de complimenten overkomen als redenen om toch te leven. Dus zeg niet: “Maar je bent zo creatief.”
- Richt je op wat de jongere goed doet en niet op wat de jongere niet goed doet. Zeg bijvoorbeeld: “Goed dat je hulp vraagt. Ik heb over 15 minuten tijd om uitgebreid met je te praten.” En niet: “Het is niet handig dat je dit nu zegt. Ik ben met de medicatie bezig.”
- Spreek de jongere bij ongepast gedrag op een neutrale wijze op het gedrag aan. De jongere moet niet het gevoel krijgen dat deze als persoon wordt afgewezen.
- Bied de jongere goede alternatieven voor ongepast gedrag. Zeg bijvoorbeeld: “Het is goed dat je bij mij komt. Wil je met me praten over waarom je krassen maakt? Ik wil ook graag met jou praten.”
- Wees je bewust van je eigen houding naar de jongere toe. Kijk kritisch hoe jij de jongere benadert en ondersteunt, en stuur bij wat niet goed werkt. Verplaats je ook in de jongere om achter het effect van jouw houding en benaderingswijze te komen.
- Laat de jongere voelen dat deze als persoon geaccepteerd wordt.
- Neem de jongere zoals deze is. Bespreek samen met de jongere wat deze doet en waarom, door vragen te stellen en door te vragen.
- Voel je niet persoonlijk aangevallen als de jongere iets niet goed doet en geef de jongere een nieuwe kans om het wel goed te kunnen doen.
- Bied de jongere de ruimte om eigen keuzes te maken, en te kunnen experimenteren en leren.

Emotionele leeftijd

Wees je ervan bewust dat stress het vermogen om met spanning en emoties om te gaan vermindert. Je overvraagt de jongere als je in stressvolle situaties uitgaat van de emotionele leeftijd die is vastgesteld bij de jongere onder 'normale omstandigheden'. Ga daarom uit van een lager emotioneel ontwikkelingsniveau, bied meer nabijheid en steun, en ga niet in discussie.

3.2 Taalvaardigheden

Contact maken doen mensen voor een groot deel met taal. Taal kan echter lastig zijn voor jongeren met een LVB, zeker bij complexe onderwerpen zoals suïcidaliteit. Een boodschap goed overbrengen, verwoorden wat je vindt of voelt en begrijpen wat de ander bedoelt te zeggen, is voor jongeren met een LVB niet vanzelfsprekend (Rot, 2013). Als professional kun je een veelbetekenende rol spelen in het verduidelijken van wat er speelt en het begrijpen ervan. Het is daarbij belangrijk dat je de communicatie afstemt op het niveau van de jongere.

De volgende algemene aanbevelingen kunnen daarbij helpen (Douma, 2018):

- Houd de zinnen kort en eenvoudig, hanteer als ezelbruggetje ongeveer 5-7 woorden per zin.
- Gebruik gangbare, concrete woorden, die aansluiten bij het taalgebruik van de jongere.
- Stel één vraag tegelijkertijd en stel geen nieuwe vraag voor de vorige vraag is beantwoord. Heb geduld en geef de jongere voldoende tijd om te antwoorden.
- Vermijd figuurlijk taalgebruik, zoals beeldspraak, spreekwoorden of woordspelingen. Pas ook op met humor en grapjes. Grapjes worden niet altijd begrepen en kunnen jongeren met een LVB het gevoel geven dat je ze niet begrijpt.
- Zorg dat wat je zegt, overeenkomt met jouw intonatie, gezichtsuitdrukking en houding.
- Vraag wat de jongere uit het gesprek opgepikt heeft. Je kunt dan nagaan of jullie elkaar begrijpen. Bij het waarnemen van informatie letten jongeren met een LVB vaak meer op wat er letterlijk gezegd wordt en op mogelijke negatieve signalen in een boodschap. Ze zijn minder gevoelig voor wat er tussen de regels door bedoeld wordt met een boodschap. Dit maakt het onder andere moeilijk om de bedoelingen van een ander te begrijpen (Rot, 2013).
- Gebruik visuele ondersteuning, zoals foto's, tekeningen of pictogrammen, mits het meerwaarde heeft en bij de jongere past.

Stiltes verdragen

Verdraag stiltes. In de stilte is er meer ruimte om te voelen. In de stilte kan naar woorden gezocht of worden woorden verwerkt. De kans dat je aansluit bij het informatieverwerkingstempo van de ander is groter als je stiltes laat vallen.

In de brochure [Aansluiten bij een LVB, ... \(hoe\) doe jij dat?](#) staat wat je verder nog kunt doen om in je communicatie aan te sluiten bij mensen met een LVB.

3.3 In gesprek gaan over de dood

Het begrip 'de dood' is soms moeilijk te begrijpen. Het is daarom belangrijk om te weten welk beeld jongeren bij de dood hebben en of ze weten wat doodgaan inhoudt. Ga na:

- welk beeld de jongere heeft bij de dood;
- welke beleving de jongere heeft bij de dood;
- of de jongere denkt dat de dood (on)omkeerbaar is;
- wat de jongere denkt dat er na de dood gebeurt;
- of de dood wordt gezien als een resetknop of het krijgen van een tweede kans.

Tip

Op allesoverdedood.nl wordt het begrip 'de dood' op eenvoudige wijze uitgelegd. Mogelijk biedt deze website handvatten voor het gesprek met jongeren over de dood of kun je er een keertje met een jongere naar kijken.

3.4 In gesprek gaan over suïcidaliteit

Voor jongeren met een LVB kan het heel belastend en zwaar zijn om over suïcidaliteit te praten. Het is belangrijk een open houding aan te nemen en te laten merken dat het erover mag gaan. Denk niet dat over suïcidaliteit praten de problemen verergert. Erover praten kan juist helpend zijn (Gould e.a., 2005; Dazzi e.a., 2014). Het doorbreken van het zwijgen doorbreekt vaak de eenzaamheid.

Gebruik dezelfde woorden als de jongere. Spreekt de jongere over zelfmoord, suïcide, doodgaan, niet meer willen leven of zelfdoding? Sluit hierbij aan. Ga ook zorgvuldig na wat de jongere er precies mee bedoelt.

Douma en Homma (2022) hebben een aantal professionals geïnterviewd over het gesprek over suïcidaliteit met cliënten met een LVB. Deze gaven de volgende adviezen:

- Neem suïcidale uitspraken altijd serieus, ook als de jongere vaak in een opwelling zegt dat het niet goed gaat en dat het leven geen zin meer heeft.
- Blijf rustig en vermijd een schrikreactie bij suïcidale uitingen of gedrag. Je laat dan zien dat je er voor de jongere bent, niet van slag raakt en het aankan wat er wordt verteld.
- Vraag zo concreet mogelijk door naar de gedachten, verlangens en plannen.
- Ga goed na of de persoon begrijpt wat je vraagt of zegt.
- Wees direct in de vragen die je stelt en draai er niet om heen. Vaak vrezen professionals dat directe vragen ervoor zorgen dat jongeren juist gaan nadenken over de dood of je ze afschrikt, maar directheid zorgt ervoor dat ze zich gehoord, gezien en serieus genomen voelen.
- Bied hulp om gedachten, gevoelens en gedrag op een tijdslijn te plaatsen. Dat kan je bijvoorbeeld doen door te zoeken naar een link met schoolvakanties of jaargetijden.
- Help bij het verwoorden van gevoelens door iemand verschillende opties te geven, maar niet te veel. Let er op dat je het gevoel niet invult voor de ander.
- Herhaal en vat samen.
- Maak gebruik van pictogrammen, kleuren en andere visuele hulpmiddelen. Bij het verwoorden van gevoelens kun je bijvoorbeeld kaartjes laten zien met woorden of plaatjes van gevoelens. De jongere kan dan kiezen welk kaartje of welke afbeelding het beste past. Je hebt bijvoorbeeld het Lekker in je vel-spel en Emoties beter begrijpen-inzichtkaarten. Andere voorbeelden die genoemd zijn, zijn kaartjes die een cliënt aan een begeleider kan geven om aan te geven dat het niet goed gaat. Of het gebruik van een schriftje waarin een cliënt gedachten kan opschrijven en aan de begeleiding kan laten lezen. Denk ook aan het weergeven van het spanningsniveau van de jongere, met kleuren, cijfers of pannetjes die langzaam overkoken.

Vertelplaten

De [vertelplaten van Trajectum](#) kunnen ook houvast geven in het gesprek. In een van de [instructiefilmpjes](#) op de website van 113 Zelfmoordpreventie zie je hoe je de vertelplaten kunt gebruiken.

- Zorg ervoor dat de visuele ondersteuning aansluit op de belevingswereld en het begripsniveau van de jongere. Het is belangrijk dat het niet te moeilijk, maar ook niet te kinderachtig wordt gevonden.

Visualiseer

Een van de professionals uit de projectgroep maakt gebruik van een lijn waarbij aan de linkerkant de dood staat en aan de rechterkant het leven. De jongere wordt gevraagd zichzelf op deze lijn te plaatsen. Zo krijgen zowel de professionals als de jongere zicht op hoe de suicidaliteit op dat moment is. Dit visuele teken maakt het makkelijker om het gesprek te openen.

Vervolg vragen kunnen zijn:

- Je staat nog niet helemaal daar (links). Hoe komt dat?
- Wat heb je nodig om iets meer naar die kant te gaan (rechts)?

Voorbeelden van vragen die je in het gesprek kunt stellen:

- Gaat het goed met je?
- Denk je weleens dat het geen zin heeft zo?
- Denk je weleens aan de dood?
- Heb je weleens zelfmoordgedachten?
- Denk je soms dat het beter is als je er niet meer bent?
- Hoe vaak heb je de gedachten?
- Hoe sterk zijn deze gedachten?
- Hoe sterk is de gedachte aan de dood op een schaal van 0 tot 10? 10 betekent dat je er altijd aan denkt.
- Zou je de gedachten aan de dood nog kunnen stoppen als je dat zou willen?
- Heb je een plan?
- Heb je daar al spullen voor verzameld?
- Wat houdt je op dit moment nog tegen?
- Heb je iets om naar uit te kijken? Staat er nog iets in jouw agenda dat je leuk vindt?

Deze vragen zijn bedoeld om een beeld van de suicidaliteit te krijgen en niet om de jongere over te halen het niet te doen.

Jongeren met een LVB hebben aangegeven wat zij prettig en juist niet fijn vinden in het contact. Zie hiervoor [bijlage 2](#).

3.5 Het gesprek afsluiten

Voor jongeren en met name voor jongeren met een LVB stopt het gesprek niet na een afspraak. Het gesprek kan doorgaan in hun hoofd en dan ben jij er niet bij om het te sturen. Het kan helpen om het gesprek duidelijk af te sluiten en de punten op te schrijven die jullie hebben besproken.

Dit kun je doen bij de afronding:

- Vraag of er nog iets besproken moet worden dat niet aan bod is gekomen, maar waarvan het wel heel belangrijk is dat jij het weet.
- Vraag of er nog iets is dat je kunt doen.
- Vraag of de jongere genoeg handvatten heeft om verder te gaan.
- Spreek met de jongere af wat je wel en niet deelt met ouders/verzorgers en andere betrokkenen. De zorgplicht heeft hierbij altijd voorrang ten opzichte van de geheimhoudingsplicht in gevallen van onveiligheid. Zie ook bijlage 10 van de [leidraad](#) over het conflict van plichten.

- Schat in of een vervolggesprek nodig is. Zo ja, plan dit dan direct met de jongere in. Maak deze afspraak concreet: wanneer is deze en hoe hebben jullie contact?
- Vat het gesprek en de afspraken samen.
- Controleer of alle afspraken goed begrepen zijn.
- Geef een samenvatting van het gesprek en de afspraken in woord of beeld mee, op papier of per e-mail.
- Vraag wie er kan helpen bij het uitvoeren van de afspraken. Vraag aan de jongere of je hen in de cc van de e-mail mag toevoegen als je de afspraken naar de jongere mailt.
- Bespreek met een jongere wat deze kan doen na het gesprek.
- Vraag aan het einde van het gesprek hoe de jongere het gesprek heeft ervaren.
- Maak aan het einde van het gesprek ruimte om andere dingen te bespreken. Praat bijvoorbeeld over school, sport of hobby's.

4. AUTONOMIE EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

In hoofdstuk 4 van de leidraad wordt uitgelegd hoe je bij kunt dragen aan het vergroten van de autonomie van de jongere, wat het signaleringsplan en veiligheidsplan inhouden, wanneer je tot een opname of afzonderen besluit en waar je dan rekening mee moet houden. Hier lees je wat bij jongeren met een LVB daarbovenop van belang is. Het is belangrijk eerst hoofdstuk 4 van de leidraad te lezen.

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

In principe geldt dat je zoveel mogelijk inzet op het behouden en vergroten van de autonomie. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden alleen ingezet als er geen andere optie is en altijd in samenspraak met de jongere en naasten. Mocht er een vrijheidsbeperkende maatregel nodig zijn, dan moet deze zo zorgvuldig mogelijk worden toegepast.

Commitment van de organisatie

Het zoveel mogelijk inzetten op het behouden en vergroten van autonomie en zo min mogelijk op vrijheidsbeperkende maatregelen, vraagt om commitment van alle niveaus binnen een organisatie. Het is belangrijk dat je je als professional gesteund voelt om autonomiegericht te handelen.

4.1 Autonomie vergroten

Het bevorderen van de autonomie kan het welbevinden van de jongere versterken. Juist bij jongeren met een LVB die met suïcidaliteit kampen kan het heel spannend zijn de regie meer bij de jongere neer te leggen. Dit heeft te maken met aanwezige cognitieve en/of emotionele beperkingen en het willen voorkomen dat je de jongere overvraagt. Hieronder volgen een paar tips:

- Sta open voor de inbreng van de jongere.
- Vraag altijd naar wat de jongere wil en nodig denkt te hebben.
- Zorg dat je het functioneringsniveau van de jongere goed kent. Dat helpt bij het voorkomen van over- en ondervraging (Rot, 2013).
- Over- en ondervraging kun je niet helemaal voorkomen. Wees daarom alert op signalen van over- en ondervraging, zoals frustratie, veel in discussie gaan en dingen niet meer doen die eerder moeiteloos gingen. Merk je een signaal op? Onderzoek dan samen met de jongere of dit inderdaad voortkomt uit over- of ondervraging. Zo ja, bespreek dan wat je anders kunt doen in de ondersteuning om beter bij de jongere aan te sluiten.
- Probeer geen invloed op de jongere uit te oefenen door te overtuigen en te confronteren, want dat kan averechts werken en vermindert de kans op het vergroten van de autonomie (Van Diggelen & Truyens, 2011).
- Begrijp wat er speelt. Onderzoek samen met de jongere wat maakt dat de suïcidaliteit is ontstaan of verergert. Wanneer begon het en wat waren de triggers? Vanuit daar kan je samen nadenken

- over andere manieren om met de triggers om te gaan (Van Duursen & Knapen, 2017).
- Stel concrete grenzen. Maak duidelijke afspraken over wat er wel en niet kan. Zet deze afspraken op papier. Wees daarbij empathisch, maar ook standvastig (Van Duursen & Knapen, 2017).
 - Bekrachtig nieuw adequaat gedrag, zoals het op een rustige manier om hulp vragen in plaats van te dreigen met suïcide. Je kunt hier positief op reageren door te zeggen dat je het fijn vindt dat de jongere op deze manier hulp vraagt, dat je de jongere ziet, dat je de jongere aandacht wil geven en dat jullie samen gaan kijken wanneer er tijd is (Van Duursen & Knapen, 2017).
 - Bespreek het beleid altijd met de jongeren, de naasten en betrokken professionals. Zorg dat er een breed gedragen behandelbeleid is, iedereen op dezelfde wijze werkt en je als professional gesteund wordt door de organisatie waar je werkt (Van Duursen & Knapen, 2017).
 - Neem kleine stapjes en stel concrete doelen op om faalervaringen te voorkomen.
 - Stimuleer de jongere om zelf kleine stapjes te zetten in de ontwikkeling. Richt je daarbij op wat de jongere kan en waar deze in kan groeien (Rot, 2013).
 - Geef de jongere voldoende 'probeerruimte' en daag de jongere uit. Stel jezelf steeds de vraag of de jongere iets zelf kan of dat ondersteuning wenselijk is. Houd daarbij in je achterhoofd dat ondersteunen iets anders is dan overnemen. Ook bij een crisis of een opname kun je met de jongere bespreken wat deze zelf kan doen en hoe de ondersteuning eruit zou moeten zien. Je kunt bijvoorbeeld afspreken dat de jongere zelf om hulp vraagt of zelf belt naar een bepaalde instantie.
 - Zorg ervoor dat elke jongere een signalerings- en veiligheidsplan heeft, waarin concrete signalen en acties staan die door de jongere zelf geopperd zijn. Zie de volgende paragraaf voor meer uitleg.

Tip

Zie voor meer informatie over overvraging en ondervraging de handreiking [Balans in Beeld](#) (Rot, 2013).

Hieronder vind je voorbeelden van vragen die de jongere de ruimte geven om zelf ideeën in te brengen en eigen keuzes te maken. Deze vragen kunnen helpen om het gevoel van autonomie te vergroten.

Voorbeelden van vragen die je kunt stellen:

- Hoe zorgen we zo goed mogelijk voor jou?
- Hoe kom je deze heftige periode zo goed mogelijk door?
- Is er iemand die je nu graag bij je wilt hebben?
- Hoeveel contact heb je nodig de komende dagen?
- Met wie?
- Wie kan er een beetje op je letten?
- Hoe kan X/kunnen X en X dat doen?
- Wat kan ik nu doen om jou te helpen?
- Wie kan jou verder op dit moment helpen?
- Wat ga jij nu doen?
- Wat helpt je om rustiger te worden?
- Hoe wil jij dat we contact houden over jouw gevoelens, gedachten en gedrag?

4.2 Signalerings- en veiligheidsplan

Neem eerst 4.3 Signalerings- en veiligheidsplan door in de [leidraad](#). Hierin wordt uitgelegd welk doel de plannen dienen en hoe ze zijn opgebouwd. Elke jongere waarbij suïcidaliteit of ander schadelijk gedrag speelt, moet een signalerings- en veiligheidsplan hebben. De jongere en diens netwerk moeten op de hoogte zijn van de vastgelegde afspraken en weten wat hun rol is.

Het signaleringsplan is gebaseerd op het idee dat suïcidaal gedrag voorafgegaan wordt door oplopende spanningen en andere signalen. In dit plan staat beschreven welke acties bij vroege signalen ondernomen kunnen worden, in de eerste plaats door de jongere zelf, maar ook door de omgeving. In het veiligheidsplan legt de jongere uitgebreid vast wat deze kan doen op het moment van een (dreigende) crisis. Werken met een veiligheidsplan vermindert het risico op suïcidaal gedrag gemiddeld met 43% (Nuij e.a., 2021). Zie [bijlage 3](#) voor een voorbeeld van een ingevuld signaleringsplan en [bijlage 4](#) voor een voorbeeld van een ingevuld veiligheidsplan.

De plannen zijn van de jongere, zien eruit zoals deze dat wil en moeten door de jongere zelf ingezet kunnen worden op moeilijke momenten. De plannen moeten afgestemd zijn met naasten en alle professionele netwerkpartners. De mensen om de jongere heen kunnen helpen bij het inschatten of de jongere ook daadwerkelijk gaat doen wat in de plannen staat. Ook kunnen ze zelf een rol vervullen in de uitvoering ervan. Evalueer de plannen ook regelmatig samen.

Bij jongeren met een LVB is het noodzakelijk extra te letten op de volgende punten:

- Begrijpt de jongere de plannen ook op het moment dat de spanning hoog oploopt?
- Snappen alle betrokkenen de plannen en bedoelen ze hetzelfde met de dingen die erin staan? Dit kan nog weleens uiteenlopen.
- Staat het helpende gedrag concreet genoeg beschreven? Is het helpende gedrag makkelijk uitvoerbaar? Wat te doen bijvoorbeeld als de batterij van een telefoon leeg is en de jongere geen spelletje kan doen? Neem dit op in het plan. Waar staan de benodigde spullen? Bijvoorbeeld tekenspullen? Moet er standaard ergens een mandje staan met deze spullen?
- Heeft de jongere visuele ondersteuning nodig? Moet er bijvoorbeeld met kleurtjes of plaatjes gewerkt worden?
- Welke woorden, beelden en gedrag moeten vermeden worden bij hoge spanning?
- Hoe kunnen anderen en de jongere zelf de jongere motiveren het plan uit te voeren?
- Het signaleringsplan moet regelmatig aangepast worden. Sowieso na elke crisis, maar ook als het contact met iemand verbroken wordt die belangrijk was in het plan, de muzieksmaak verandert, belangrijke tv-series niet meer aangeboden worden, hobby's veranderen, etc.
- Wie draagt zorg voor het delen van de plannen met alle betrokkenen (na de aanpassingen)?

Tips

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

4.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Hoewel er geen harde cijfers zijn, blijkt in de praktijk dat vrijheidsbeperking bij jongeren met een LVB veel voorkomt (De Veer e.a., 2013). Bij vrijheidsbeperkende maatregelen kun je denken aan het wegnemen van spullen, toezicht op telefoongebruik, het verbieden van een relatie, het vastbinden of stevig vasthouden van iemand, cameratoezicht, urinecontrole, afzonderen en opname.

Vrijheidsbeperkende maatregelen hebben twee kanten. Soms kunnen de maatregelen nodig zijn voor stabilisatie en het snel verminderen van symptomen, maar ze kunnen ook nadelige effecten hebben. Nadelige effecten van vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen zijn dat jongeren minder snel praten over suïcidaliteit uit angst voor beheersmatige gevolgen en het gevoel ontwikkelen 'het niet zelf te kunnen'. Mocht een maatregel nodig zijn, dan moet deze daarom zo zorgvuldig mogelijk worden toegepast.

Wanneer toegestaan?

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen als daar een wettelijke basis voor is (IGJ, 2018).

In de huidige wetgeving is vrijheidsbepanking alleen toegestaan:

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

Vrijheidsbepanking moet alleen ingezet worden als het niet anders kan. De jongere en naasten moeten altijd bij de besluitvorming betrokken worden (De Veer e.a., 2013). Vanuit de organisatie is het belangrijk dat er scholing over vrijheidsbepanking wordt aangeboden, er voor voldoende personeel wordt gezorgd en er een duidelijke visie is op de inzet van de maatregelen. Als professional kun je zelf het volgende doen (De Veer e.a., 2013):

- Zorg voor een duidelijke visie op de inzet van vrijheidsbepanking, waar je als team achterstaat.
- Zorg dat duidelijk is wie welke rol heeft bij de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Zet in op het begrijpen van de suïcidaliteit en het aanleren van andere vaardigheden in plaats van vrijheidsbepanking. Dat helpt om suïcidaliteit op de lange termijn te verlagen.
- Overleg met een collega of je team over het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Kijk naar de hulpvraag van de jongere en vraag jezelf af of de maatregel daarbij helpend is.
- Overweeg je het inzetten van een maatregel? Betrek de jongere en de naasten hier dan bij.
- Leg uit wat de voor- en nadelen van de maatregel zijn voor de jongere en anderen.
- Vraag wat de jongere wil en wat daarbij mogelijk kan helpen. Zo laat je de jongere zelf een oplossing bedenken.
- Help de jongere bij het herkennen van de eigen grenzen en bespreek welke uitwijkmogelijkheden er zijn op het moment dat de spanning oploopt.
- Probeer onverwachte situaties voor de jongeren te vermijden.
- Bespreek dat bepaalde leefregels een positieve invloed op de ontwikkeling en het welbevinden van de jongere kunnen hebben, zonder dat je de jongere dwingt deze leefregels te volgen.
- Evalueer of de maatregel het beoogde effect heeft gehad.

Naasten kunnen soms grote druk uitoefenen op professionals om vrijheidsbeperkende maatregelen in te zetten (Van de Koppel e.a., 2022). Neem naasten daarom mee in de besluitvorming. Onderzoek hun opvattingen over de maatregelen en bespreek de voor- en nadelen met ze.

5. SAMENWERKEN MET HET NETWERK

Als er suïcidaliteit speelt, is samenwerken met het hele netwerk van groot belang. Onder het netwerk vallen bijvoorbeeld familie, vrienden, begeleiders, school, werk, de sportclub en andere clubjes. Samen kun je toewerken naar een eenduidig plan om de veiligheid van de jongere te verhogen. Voor jongeren met een LVB geldt dat zij vaak ander gedrag laten zien per plek, dus heb het ook daar met elkaar over.

In hoofdstuk 5 en 6 van de [leidraad](#) kun je meer lezen over de voordelen van samenwerken en hoe je de samenwerking vorm kunt geven.

Bij jongeren met een LVB is het van belang om – indien nog niet bekend – eerst uit te zoeken wie zich in het netwerk bevinden, hoe de relatie met deze personen is, bij wie de jongere zich veilig voelt en met wie er samengewerkt kan worden.

5.1 Het sociale netwerk in kaart brengen

Om meer te weten te komen over het sociale netwerk van de jongere kun je de Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse voor mensen met een Verstandelijke Beperking ([MSNA-VB](#)) afnemen (Van Asselt-Goverts e.a., 2012). Deze analyse helpt je bij het in kaart brengen van de familie, vrienden, klasgenoten, burens, professionals en andere belangrijke personen voor de jongere. Het sociale netwerk wordt op papier getekend en zo visueel inzichtelijk gemaakt. Verder worden er aanvullende vragen over alle personen uit het netwerk gesteld, bijvoorbeeld of ze een beperking hebben, naar school gaan, werk hebben, waar ze wonen, hoe vaak er contact is, hoelang je elkaar al kent, en hoe vertrouwd en veilig je je bij de ander voelt. Vergeet niet om te vragen naar de contacten die er via sociale media zijn. Op basis van de analyse kan je samen met de jongere kijken met wie op welke wijze samengewerkt kan worden.

5.2 Samenwerking met familie

Familie speelt meestal een belangrijke rol bij de zorg en ondersteuning van jongeren met een LVB. Familieleden kunnen ook een belangrijke rol vervullen als er sprake is van suïcidaliteit. In welke mate er samengewerkt kan worden met de familie hangt af van de wensen van zowel de jongere als de familie, de onderlinge relatie en in hoeverre de familie het ook aankan.

Bij het vormgeven van de samenwerking is het belangrijk om aandacht voor deze punten te hebben:

- Duidelijke afstemming met de jongere over wie, wanneer en waarover geïnformeerd wordt. Bij jongeren met een LVB is dat extra belangrijk. Denk aan mogelijke verwarring over het woord 'ouders'. Stem concreet af wie daar onder vallen. Vader, moeder, stiefvader of -moeder, pleegvader of -moeder?
- Overbelasting in gezinnen. In de meeste gezinnen met een kind met een LVB gaat het goed, maar tegelijkertijd zijn er ook veel gezinnen die een opeenstapeling van stress ervaren. In het algemeen geldt dat ouders van kinderen met een LVB vaak een hoger dan gemiddeld niveau van stress, angst en depressie ervaren (McConnell & Savage, 2015).
- Eén of beide ouders kunnen een LVB hebben. In gezinnen met kinderen met een LVB blijkt dat de ouders vaker zelf ook een LVB hebben of zwakbegaafd zijn (Douma, 2018). Als dit het geval is, houd hier dan rekening mee in de communicatie. Sluit aan bij het niveau en het taalgebruik van de ouders.

- Opvoedkundige vaardigheden. Ouders met een LVB hebben vaker moeite met het opvoeden dan ouders zonder een LVB. Ongeacht of er wel of geen sprake is van een LVB bij de ouders, is ondersteunen bij het opvoeden soms nodig. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de ouder eindverantwoordelijk voor de jongere is en dit ook blijft, ook als het opvoeden even minder lekker loopt. Benadruk dit, bijvoorbeeld door te zeggen: “Jij blijft altijd de ouder van je kind. Je wilt het beste voor je kind en het is heel dapper dat je ons jou daarbij laat ondersteunen.” (Douma e.a., 2017) Laat ook blijken dat onzekerheid over het opvoeden heel normaal is. Het ouderschap maakt kwetsbaar en kan iedere ouder weleens uit balans halen (Douma e.a., 2017).
- Emotionele regulatievaardigheden. Hoe reageert het gezin op suïcidedreiging? Hoe wordt er omgegaan met emoties? Welke effect kan dit op de jongere hebben? Als de emotionele regulatievaardigheden beperkt zijn, zet dan begeleiding in die het gezin hierbij helpt.
- Het contact met de jongere. Wat is de reactie van het gezin op de suïcidaliteit? Wordt er bijvoorbeeld over gesproken, wordt het vermeden of overheerst boosheid? Welk effect heeft het op de jongere? Als het gezin hulp nodig heeft bij het contact maken, begeleid het gezin daar dan bij.
- Gehechtheidsproblemen. Jongeren met een LVB hebben een groter risico op het ontwikkelen van problematische gehechtheid. Problematische gehechtheid ontstaat vaak door een combinatie van ongunstige omgevingsinvloeden, verhoogde psychologische stress en beperkte copingvaardigheden bij kind en ouder. Jongeren met gehechtheidsproblemen hebben onvoldoende vertrouwen in zichzelf en anderen opgebouwd. Door te werken aan de gehechtheidsrelatie kan dat vertrouwen hersteld worden (Hofstra e.a., 2021). Dat kan weer een gunstig effect op het verminderen van de suïcidaliteit hebben.
- Cultuur en geloof. De jongere en het gezin kunnen andere normen en waarden over opvoeden, mentale gezondheid of praten over de dood hebben dan jij. Respecteer de verschillen, wees nieuwsgierig en toon oprechte interesse, bijvoorbeeld door vragen te stellen. Je kunt bijvoorbeeld vragen uit [Het Culturele Interview](#) gebruiken.
- Suïcides in de omgeving. Vraag uit of zich suïcides hebben voorgedaan in de familie of elders in het netwerk en vraag naar de impact daarvan.

Tip

Bekijk de [Bouwstenen voor familiebeleid](#). Deze notitie biedt bouwstenen voor het ontwikkelen van familiebeleid bij zorgorganisaties.

6. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Continuïteit van zorg is het bieden van de juiste, passende zorg aan de jongere zonder onderbreking in de tijd. Continuïteit van zorg is belangrijk bij suicidaliteit (Van Hemert e.a., 2012). Om continuïteit van zorg te borgen, is het belangrijk dat de jongere zo min mogelijk wisselt van professional of plek, er bij een overgang een warme overdracht plaatsvindt, er sluitende afspraken in het netwerk worden gemaakt over wie wat wanneer doet en behandelverantwoordelijk is en er extra aandacht is voor de overgang van jeugdhulp naar volwassenenzorg.

Meer informatie hierover vind je in de [leidraad](#), paragraaf 10.8. In dit hoofdstuk specificeren we wat het effect van een verandering in de begeleiding of woonplek is op jongeren met een LVB en wat je kunt doen om zo'n verandering te voorkomen of goed te begeleiden.

Jongeren met een LVB zien veel verschillende gezichten. Door de wisselingen wordt het gevoel niet verbonden en waardeloos te zijn versterkt. Na elke wisseling is het steeds lastiger voor de jongere om zich opnieuw open te stellen, weer het verhaal te vertellen en een vertrouwensband op te bouwen. Dit geldt zeker voor jongeren met een LVB waarbij gehechtheidsproblematiek speelt. Zij hebben in de basis al weinig vertrouwen in zichzelf en anderen.

Breuken als een verhuizing, het vertrek van een begeleider of een huisgenoot zijn verlieservaringen. Een verlieservaring kan zich omzetten in het gevoel klem te zitten, gevoelens nergens bij te horen of te veel te zijn versterken en zo het risico op suïcidaal gedrag vergroten (O'Connor & Kirtley, 2018).

Verder geldt dat de overgang naar een andere professional, afdeling of organisatie vanwege de beperkte adaptieve vaardigheden van de jongeren erg stressvol kan zijn. Dit heeft mogelijk te maken met het moeilijk kunnen generaliseren van eerder verworven competenties. De jongeren moeten hierdoor voor hun gevoel helemaal opnieuw starten. Dat brengt angst met zich mee. Er bestaat vaak ook spanning voor het opbouwen van nieuwe relaties met professionals en medecliënten, en het leren kennen van de weg naar de locatie of de buurt van de nieuwe woonplek.

Reden genoeg dus om te kijken hoe je veranderingen beperkt en goed begeleidt. Professionals die werken met jongeren met een LVB en de jongeren zelf geven de volgende tips:

- Bied extra contactmomenten aan bij verandering in begeleiding of woonplek. Let op: nieuwe collega's of groepsgenoten op dezelfde plek zijn ook veranderingen. Wees alert, nieuwsgierig en geïnteresseerd in de mentale toestand van de jongeren. Let op dat je het niet invult voor de jongeren.
- Behoud contact als een jongere een time-out heeft en wees vanaf het begin duidelijk of de jongere terug kan komen. Leg ook het doel van de time-out goed uit. Het is geen afwijzing, maar het wordt ingezet voor de veiligheid en rust van de jongere en bijvoorbeeld de groep.
- Pas de bezetting aan op de samenstelling van de groep, bijvoorbeeld als er een crisisgevoelige jongere in de groep is die veel zorg nodig heeft. De crisisgevoeligheid heeft namelijk ook effect op de andere jongeren, die daardoor extra aandacht nodig hebben. Voor de andere jongeren is het belangrijk dat hun omgeving voorspelbaar blijft en dat ze op de eigen afdeling kunnen blijven. Je wilt de jongeren niet over andere afdelingen verspreiden omdat de begeleiding handen tekortkomt. Zorg er het liefst voor dat de extra persoon een bekende van de jongeren is. Extra bezetting staat niet gelijk aan een-op-eenaandacht. Veel een-op-eenaandacht kan heel functioneel zijn bij een crisis of crisisgevoeligheid, maar ook averechts werken. Te veel een-op-

eenaandacht kan namelijk bij een jongere tot gevoelens van afhankelijkheid leiden en suïcidaliteit als coping in stand houden.

- Blijf naar de vaardigheden en valkuilen van elke individuele jongere kijken. Een jongere gaf als voorbeeld dat hij geneigd is met agressie op de agressie van een ander te reageren om anderen te beschermen. Zijn begeleider wist dit. Toen een groepsgenoot agressief werd, stuurde de begeleider hem daarom bewust met twee angstige meisjes weg. Hierdoor schoot de jongere in een zorgende rol naar de meisjes toe, werden zij rustig en raakte de jongere niet verwickeld in een conflict.

Resourcegroep

Laat de jongere zelf een resourcegroep samenstellen bestaande uit naasten en professionals.

De resourcegroep is een groep mensen, door de cliënt uitgekozen, die voor de jongere belangrijk is en die de jongere helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken.

Op de [website](#) van RACT Nederland vind je daar meer informatie over.

7. SOCIALE MEDIA

Sociale media kunnen een belangrijke rol innemen als het gaat om suïcidaliteit. Sociale media kunnen steun bieden, maar ook suïcidaliteit triggeren, in stand houden of versterken. Als er sprake is van suïcidaliteit bij een jongere, is het daarom belangrijk om te weten of deze sociale media gebruikt, welke ervaringen de jongere ermee heeft en wat het gebruik ervan voor hem of haar betekent.

Lees hoofdstuk 8 van de **leidraad** over sociale media en suïcidaliteit door. Bij jongeren met een LVB zijn er aanvullende risico's, kansen en aanbevelingen als het gaat om socialemediagebruik. Die bespreken we in dit hoofdstuk.

7.1 De risico's van sociale media

Bij jongeren met een LVB zijn de volgende aandachtspunten van belang bij het gebruik van sociale media (Vergeer & Nikken, 2015):

- De omgangsvormen en ongeschreven regels die bij sociale media horen, kunnen lastig te begrijpen zijn voor jongeren met een LVB. Dit kan het lastig voor hen maken om aan te voelen wat je wel en niet op sociale media kan zeggen of doen.
- Berichten kunnen verkeerd begrepen worden, wat tot grote misverstanden of ruzies kan leiden.
- Veiligheidsregels worden minder vaak toegepast, zoals het afschermen van het profiel.
- De reikwijdte van het plaatsen van een bericht, foto of reactie wordt vaak niet overzien. Een berichtje kan bij heel veel mensen terechtkomen en lang op internet blijven rondzwerven.
- Jongeren met een LVB lopen meer risico om in problematische situaties te raken op het internet. Denk aan cyberpesten, afpersing en loverboys. Dit komt omdat ze het lastig vinden om grenzen te stellen en moeite hebben met het herkennen van slechte intenties van anderen.
- Door meer moeite met zelfregulatie kan socialemediagebruik een (te) grote rol in het leven gaan innemen en ervoor zorgen dat de tijdsbesteding uit balans raakt.
- Door de projectgroep wordt nog genoemd dat er online een lagere drempel is om je anders voor te doen dan je bent, bijvoorbeeld succesvoller. Dat kan leiden tot een moment waarop de jongere ontmaskerd wordt en zich nog waardelozer kan gaan voelen.

7.2 De kansen van sociale media

Sociale media bieden ook kansen voor jongeren met een LVB. Via sociale media kunnen zij bijvoorbeeld (Borgström e.a., 2019):

- nieuwe contacten leggen;
- in contact blijven met dierbaren;
- gevoelens en gedachten uiten in een setting waarover ze hier meer controle ervaren;
- meer meedoen in de maatschappij;
- nieuwe vaardigheden leren en zo meer zelfvertrouwen krijgen.

7.3 Aanbevelingen

Voor jongeren met een LVB is het fijn dat zij via sociale media hun sociale netwerk kunnen uitbreiden en versterken. Toch zijn er ook best wat risico's. Om die reden is het belangrijk het gesprek over sociale media aan te gaan. Enkele aanbevelingen:

- Stel je positief op als het gaat om sociale media. Heb het over de risico's, maar benadruk ook de positieve kanten, zoals meer sociale contacten en het leren van nieuwe vaardigheden.
- Praat samen over dingen die je op sociale media kan tegenkomen. Praat over de leuke dingen en over de dingen die helemaal niet leuk zijn. Vraag wat de jongere doet als het gebeurt.
- Vertel dat de jongere altijd bij je terecht kan als deze wat vervelends ziet of meemaakt.
- Geef ook in een gesloten setting aandacht aan sociale media en hoe je daarmee omgaat. Dit is een goede voorbereiding op de toekomst.
- Begeleid de jongere op sociale platforms, net als in het echte leven.

Tips voor mediawijsheid

Neem [Samen mediawijs – 10 tips bij het ondersteunen van cliënten in het gebruik van social media](#) ontwikkeld door 's Heeren Loo door.

8. GELOOF

Geloofsovertuigingen en deel uitmaken van een geloofsgemeenschap kunnen in de algemene bevolking beschermend werken tegen een (fatale) suïcidepoging als mensen suïcidegedachten hebben (Lawrence e.a., 2016, Van den Brink e.a., 2018). Geloof kan een bron van hoop zijn, toegang geven tot een steunend netwerk en manieren bieden om het lijden te dragen (Lawrence e.a., 2016). Geloof kan ook een risicofactor zijn, bijvoorbeeld als iemand een afstand tot het godsbeeld ervaart, zich afgewezen voelt door de geloofsgemeenschap of zich schuldig voelt (Lawrence e.a., 2016): niet zelden ontstaat er dan een tweestrijd tussen wat de persoon moet en wat de persoon zelf wil. Verder blijkt dat mensen die hun God als passief en dreigend ervaren, vaker suïcidegedachten hebben dan mensen die hun God als positief en ondersteunend ervaren (Jongkind e.a., 2018).

Weten of een jongere gelooft, welke geloofsovertuigingen deze heeft en welke rol de geloofsgemeenschap speelt, is daarom belangrijk. Voor jongeren met een LVB is aandacht voor geloof extra belangrijk. Professionals uit het werkveld geven aan dat jongeren met een LVB moeite kunnen hebben met het relativeren van bepaalde geloofsovertuigingen, normen en waarden, en tradities. Dit kan stress geven. Een voorbeeld: Stel dat een jongere vanuit de geloofsovertuiging niet naar bepaalde muziek mag luisteren. Een groepsgeenoot zet deze muziek op. De jongere raakt in paniek door gedachten als ik luister nu iets wat niet mag, ik moet gestraft worden. De jongere had ook kunnen denken dat het niet zoveel uitmaakt dat iemand anders even een liedje opzet waar je niet helemaal achter staat. Een ander voorbeeld is dat de jongere graag bij alle bijeenkomsten wil zijn, maar er tegelijkertijd ook overprikkeld door raakt. De jongere kan stress ervaren omdat deze het gevoel heeft niet aan de verwachtingen te voldoen. Het lukt de jongere bijvoorbeeld niet om te denken dat het in orde is om andere regels te volgen vanwege de beperking.

8.1 Ga in gesprek over het geloof

Om al deze redenen is het belangrijk om in gesprek te gaan over het geloof. Kijk of je de geloofsgemeenschap daarbij kunt betrekken.

Voorbeelden van vragen die je in het gesprek kunt stellen:

- Geloof je?
- Waar geloof je in?
- Waar is <naam godsbeeld> voor jou?
- Wat vind je van <naam godsbeeld>? Is deze lief? Is deze boos?
- Wat vindt <naam godsbeeld> van je gedachten over doodgaan?
- Twijfel je weleens aan <naam godsbeeld>?
- Denk je weleens dat <naam godsbeeld> niet bestaat?
- Denk je weleens dat <naam godsbeeld> jou niet hoort?
- Hoe helpt <naam godsbeeld> jou?
- Wat vindt <naam godsbeeld> belangrijk?
- Bid je?

Jongeren geven soms aan dat ze naar de hemel willen, omdat het daar mooi is. Vraag hier dan op door. Zo vergroot je de kans dat de jongere suïcidedgedachten met je blijft delen, het gevoel heeft dat de gedachten er mogen zijn en zich minder eenzaam voelt.

Stel bijvoorbeeld de volgende vragen:

- Hoe ziet de hemel eruit?
- Wat zou je daar fijn vinden?
- Wat mis je hier?

8.2 Betrek de geloofsgemeenschap

Enkele tips over het betrekken van de geloofsgemeenschap:

- Ga in overleg met de jongere in gesprek met de geloofsgemeenschap en leg iets uit over de beperking en klachten van de jongeren. Zoek daarna samen een manier om met leefregels om te gaan. Het is daarbij raadzaam om het gesprek vanuit het gezamenlijke doel aan te gaan, iedereen wil dat het goed gaat met de jongere.
- Zoek samen met iemand van de gemeenschap een maatje, die bijvoorbeeld tijdens de bijeenkomst kan aangeven wat er bedoeld wordt met beeldspraak.
- Zoek samen met iemand van de gemeenschap naar voorbeelden uit het heilige boek/schrift die aansluiten bij de problemen die de jongere ervaart.
- Geef als het nodig is uitleg over suïcidaliteit en suïcidepreventie aan de gemeenschap. Leg bijvoorbeeld uit dat uitspraken als “Als je suïcide pleegt, dan word je gestraft” niet helpend zijn.
- Probeer in te schatten of de gemeenschap helpend is voor de jongere. Zo niet, zoek dan samen met de jongere naar een andere gemeenschap waarin de jongere wel positieve sociale steun kan ervaren.

Vertrouwenspersoon

Veel geloofsgemeenschappen hebben een vertrouwenspersoon die je kunt betrekken.

9. ZINGEVING

Naast het gesprek over suïcidaliteit is aandacht voor zingeving belangrijk. Een zingevend perspectief werkt namelijk beschermend tegen suïcidaliteit.

Met zingeving wordt de zin of het doel van het leven bedoeld. Bij een LVB is het belangrijk om er samen bij stil te staan hoe het is om een beperking te hebben en hoe je desondanks toch een mooi leven kunt hebben, een leven met betekenis.

Zingeving kan in verschillende gebieden van het leven gezocht worden, bijvoorbeeld in sociale contacten, het geloof, maatschappelijke rollen of werk. Ervaart een jongere geen zingeving, dan kunnen gevoelens van uitzichtloosheid toenemen. Ook kan het een gevoel van waardeloosheid geven, het gevoel niets bij te dragen en anderen alleen maar tot last te zijn. Dit zijn allemaal gevoelens die kunnen bijdragen aan het ontstaan of versterken van suïcidaliteit (O'Connor & Kirtley, 2018).

Als jongeren met een LVB zich er bewust van worden dat ze achterblijven op hun leeftijdgenoten, afhankelijker zullen blijven dan anderen en bepaalde doelen mogelijk niet kunnen halen, dan kan dit het verlies van zingeving vergroten. Dit kan nog eens worden versterkt als er sprake is van een concrete denkstijl met een beperkt probleemoplossend vermogen. Het is dan namelijk lastiger te relativeren en zaken te vinden die wel bijdragen aan zingeving. Maak daarom zingeving tot een terugkerend gespreksonderwerp.

Je kunt het volgende doen:

- Ga het gesprek aan met de jongere over het hebben van een LVB. Vraag bijvoorbeeld: “Hoe noem jij wat je hebt?”, “Hoe is dat voor je?” of “Hoe noemen mensen die belangrijk voor jou zijn wat je hebt?” en “Hoe is dat voor je?” Kunneman (2005) noemt dit ‘trage’ vragen. Vragen waar je de tijd voor moet nemen, waar je niet zo snel uit bent, die je bij herhaling moet stellen, waar verschillende antwoorden op te geven zijn en waar soms geen antwoorden voor zijn.
- Sta stil bij het lijden. Maak ruimte voor rouw, verdriet en andere gevoelens die samen opgaan met de beleving van zinloosheid. Wees stil, wees nabij en luister.
- Stilstaan bij het lijden en het onder ogen zien, kan de ervaring geven dat je het lijden kunt verdragen, dat je niet dood gaat aan het lijden. Er kan veel energie gaan zitten in het wegduwen van het lijden. Zorg als professional ook voor een plek om de eigen emoties te uiten. Het kan namelijk zwaar zijn om te zien hoe de jongere gebukt gaat onder de last van het lijden.
- Maak ruimte voor ambivalentie. Er is zinloosheid en er is zin: zin in een kop thee, een wandeling buiten, een knuffelmoment met je lievelingsdier. Je hoeft het lijden niet weg te maken, je kunt daarnaast ook ruimte maken voor een klein moment van ontspanning.
- Denk mee over de mogelijkheden die de jongere wél heeft. Onderzoek samen waar de interesses en talenten van de jongere liggen en kijk hoe je daar bij kan aansluiten.

Module over het hebben van een LVB

Weet wat je kan, in gesprek over LVB is een laagdrempelige, gratis te downloaden module over het hebben van een LVB, het accepteren daarvan en het onderzoeken van de eigen mogelijkheden. De module biedt een methode om met zowel cliënt als naasten in gesprek te gaan over de beperking.

10. DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING VAN SUÏCIDALITEIT

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

10.1 Risicotaxatie

Lange tijd stond het inschatten van het suïciderisico centraal binnen de suïcidepreventie. Er is echter herhaaldelijk aangetoond dat er geen methode is die het risico op zelfverwonding en suïcide goed kan voorspellen (Hawton e.a., 2022; Saab e.a., 2022; Simpson e.a., 2021; Large e.a., 2016). Zie figuur 1 voor cijfers die bevestigen dat je niet kan inschatten wie een suïcidepoging gaat doen.

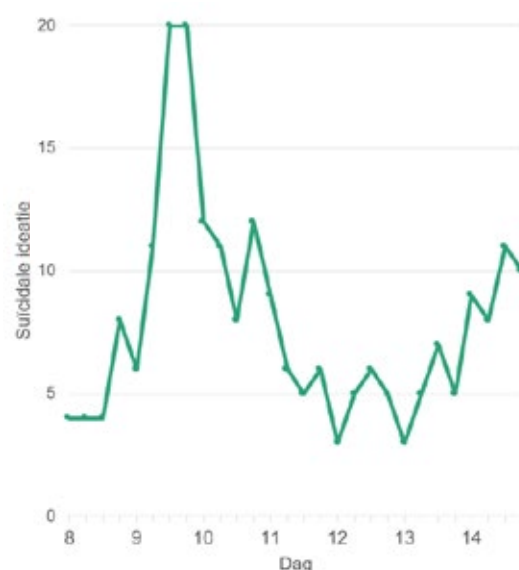
Figuur 1: Risicotaxaties zitten er meestal naast (Factsheet Diagnostiek, 113 Zelfmoordpreventie, 2022)

Risicotaxaties zitten er meestal naast:



Mogelijk speelt mee dat cliënten niet altijd even open zijn over hun suïcidaliteit. Daarnaast fluctueert suïcidaliteit gedurende de dag, zoals te zien is in figuur 2. Het ene moment kan de suïcidaliteit op de achtergrond staan, terwijl het minuten of uren later ineens heel sterk aanwezig kan zijn. Verder maken de strak geformuleerde vragen vaak dat er minder aandacht is voor het verhaal achter de suïcidaliteit (Hawton e.a., 2022). Juist uitgebreide aandacht voor het verhaal achter de suïcidaliteit is belangrijk (Hawton e.a., 2022). De nadruk komt dan meer te liggen op het begrijpen van iemands wanhoop en de factoren die als een trigger kunnen werken.

Figuur 2: De intensiteit van suïcidegedachten per dag: een voorbeeld



Grafiek naar Gratch e.a. (2021).

In plaats van het inschatten van het suïciderisico, is het belangrijk het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan en samen te onderzoeken hoe de suïcidaliteit er uit ziet.

Voor een uitgebreide toelichting zie paragraaf 9.1 Risicotaxatie in de [leidraad](#).

10.2 Diagnostiek van suïcidaliteit

De diagnostiek van suïcidaliteit bij jongeren met een LVB lijkt grotendeels op de diagnostiek bij jongeren zonder een LVB. Tijdens de diagnostiek wordt er gefocust op het:

- contact met de jongere en naasten en het vestigen van een goede werkrelatie;
- creëren van inzicht en overzicht: probeer zoveel mogelijk te weten te komen en orden dit tot een samenhangend verhaal dat helpt om de suïcidaliteit te begrijpen en makkelijk overgedragen kan worden aan anderen;
- bepalen wat er moet veranderen om het risico op suïcide te verminderen, waarbij je zoekt naar zaken die rechtstreeks te beïnvloeden zijn.

Je neemt eerst het CASE-interview (Shea, 1998) of het narratief interview (Bryan & Rudd, 2018) af. Beide methoden helpen om je een goed beeld van de suïcidaliteit te vormen. Je stelt vervolgens een beschrijvende diagnose op over wat er speelt (de structuurdiagnose) en neemt in het behandelplan op aan welke zaken de jongere, naasten, andere betrokkenen en jij gaan werken. Meer informatie over deze stappen vind je in de [leidraad](#), hoofdstuk 9.

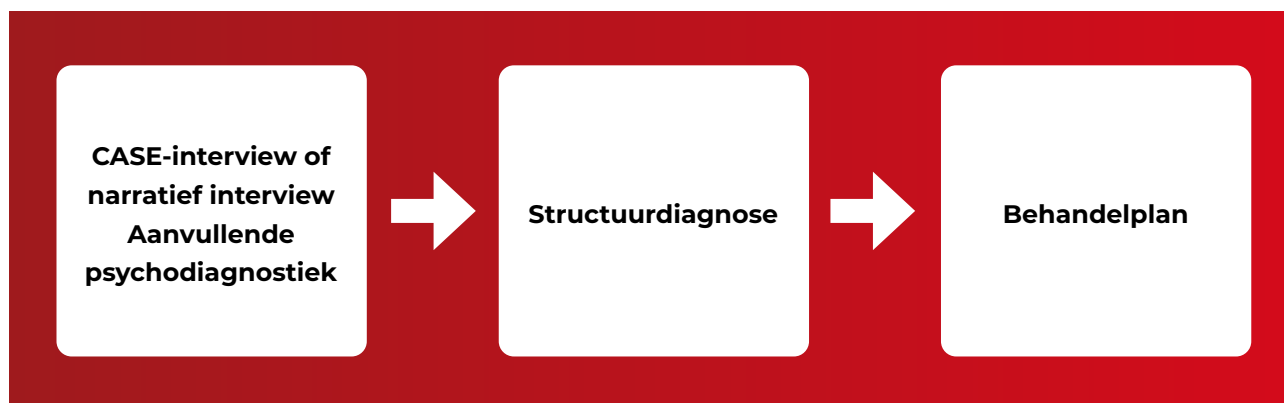
Bij jongeren met een LVB is het noodzaak extra goed uit te vragen wat er achter de suïcidaliteit zit. Dat komt omdat zij er nog meer moeite mee kunnen hebben dan jongeren zonder LVB om een helder verhaal met oorzaak en gevolg te maken. Is de suïcidaliteit een manier van communiceren? Een uiting van stemmen? Een uiting van overprikkeling? Een uiting van wanhoop? Maakt de jongere zich zorgen om de toekomst? Zijn er financiële problemen? Is er iets voorgevallen in de familie? Komt het voort uit een traumatische ervaring?

Aanvullende psychodiagnostiek is vaak nodig, onder andere vanwege de onderdiagnostiek van met name trauma- (Mevissen & De Jongh, 2010) en stemmingsproblematiek (Lakeman e.a., 2017). Voor het uitvoeren van gedegen psychodiagnostiek bij jongeren met een LVB kun je gebruikmaken van de [Richtlijn Diagnostisch Onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking](#) (Douma e.a., 2012).

Handreiking over trauma bij een LVB

In de handreiking [Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking](#) (Van Kregten e.a., 2020) vind je veel informatie over trauma en het hebben van een LVB.

Figuur 3: Diagnostiek bij suïcidaliteit



10.2.1 Inzet van de interviews bij jongeren met een LVB

Neem je een interview af om een goed beeld van de suïcidaliteit te krijgen? Dan moet je bij jongeren met een LVB rekening houden met de eerdere adviezen over contact maken, het aanpassen van de taal en het ondersteunen met visueel materiaal. Verder geeft de projectgroep de volgende adviezen:

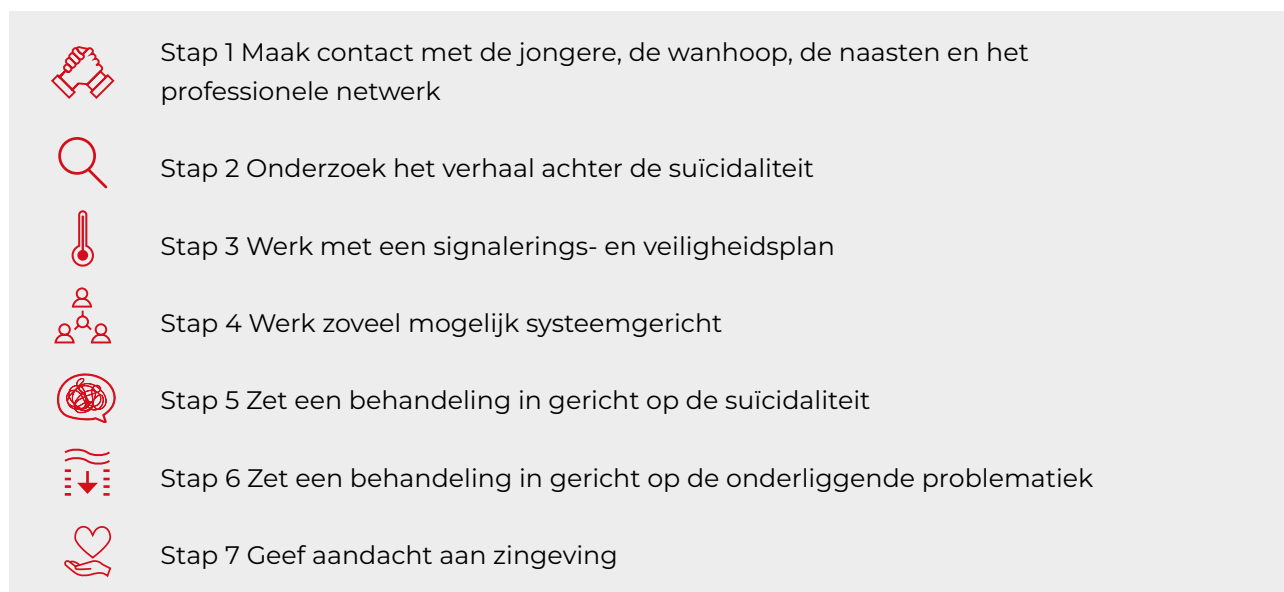
- Maak vooraf aan het interview duidelijk wat het doel is, bijvoorbeeld: “Ik wil graag samen met jou op onderzoek uit. Hoe ziet jouw wens om niet te leven eruit?”
- Als de jongere zelf in de war raakt van mogelijke ambivalente gevoelens, leg dan uit dat verschillende gedachten en gevoelens er mogen zijn. Het hoeft niet zwart-wit te zijn.
- Het is de kunst een balans te vinden tussen het stellen van open en uitnodigende vragen, het niet invullen voor de jongere en het geven van voorbeelden of het stellen van concrete vragen om een gesprek op gang te brengen. De vraag “Wat denk je als je aan de dood denkt?” kan bijvoorbeeld te groot zijn. Je kunt de vraag kleiner en concreter maken door te vragen: “Denk je weleens dat je niets goed kunt doen? “Of denk je dat anderen beter af zijn zonder jou?”
- Sluit ook de interviews goed af ([zie 3.5 Het gesprek afsluiten](#)).

Zie [bijlage 5](#) voor voorbeeldvragen per stap van het CASE-interview. In de [factsheet Diagnostiek van 113 Zelfmoordpreventie \(2022\)](#) vind je voorbeeldvragen die je kunt stellen tijdens het narratief interview.

10.3 Behandeling van suïcidaliteit

De behandeling van suïcidaliteit is in hoofdlijnen hetzelfde voor jongeren met en zonder een LVB. Contact maken en houden met de jongeren en de wanhoop, samenwerken met naasten en betrokken professionals, het verhaal achter de suïcidaliteit uitvragen, een plan maken om met de triggers om te gaan, werken met een signalerings- en veiligheidsplan, systeemgericht werken, de behandeling richten op zowel de suïcidaliteit als de onderliggende problematiek en aandacht voor zingeving, zijn bij alle jongeren belangrijke elementen. Zie ook figuur 4.

Figuur 4: Behandelen van suïcidaliteit in grote lijnen



Zoals net genoemd, moet de behandeling zich zowel richten op het verminderen van de suïcidaliteit als de onderliggende problematiek. Dit zijn de factoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de suïcidaliteit. De onderliggende problematiek kan sociale of maatschappelijke problemen omvatten, zoals ruzies tussen de ouders of financiële stress in het gezin, maar ook een psychische stoornis zijn, zoals een depressie en onbehandelde trauma's.

Directe behandeling van de suïcidaliteit is nodig om snel en gericht de suïcidaliteit te verminderen. De suïcidaliteit vermindert vaak minder snel als enkel de onderliggende problematiek behandeld wordt (Meerwijk e.a., 2016). Sterker nog, de suïcidaliteit kan dan in eerste instantie zelfs toenemen. Dat gebeurt bijvoorbeeld regelmatig na de start van traumaverwerking. Deze traumaverwerking is echter wel nodig om suïcidaliteit op de lange termijn te verminderen. Anders blijft de traumatische ervaring terugkeren in het leven van de jongere en kan het de suïcidaliteit steeds opnieuw aanwakkeren. Het is raadzaam de jongeren, de naasten en de betrokken professionals op een mogelijke toename van suïcidegedachten voor te bereiden.

Behandelvormen bij suïcidaliteit en een LVB

In de [leidraad](#) wordt in hoofdstuk 9.6 Behandeling van suïcidaliteit en de onderliggende problematiek een aantal behandelingen kort toegelicht. Voor sommige van deze behandelingen geldt dat er ook een variant beschikbaar is voor mensen met een LVB. Dit geldt bijvoorbeeld voor schematherapie (Keulen-de Vos e.a., 2016) en dialectische gedragstherapie (DGT; Brown, 2019). Ook als er geen specifieke variant bestaat, kan een behandeling aangepast worden aan de kenmerken van een LVB en het niveau van de jongere. Hoe je de behandeling kunt aanpassen, lees je in de [Richtlijn effectieve interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking](#) (De Wit e.a., 2011). Zie voor aanbevelingen voor het aanpassen van cognitieve gedragstherapie ook de handreiking [Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis](#) (Van den Bogaard e.a., 2020).

11. NA EEN SUÏCIDE(POGING)

In bijlage 6 en 7 van de **leidraad** staat wat je als professional kunt doen na een suïcide(poging). Deze richtlijnen gelden ook voor jongeren met een LVB.

In dit hoofdstuk lichten we kort toe wat na een suïcide belangrijk is in het contact met naasten en medecliënten (met een LVB). Veel van de aanbevelingen die volgen zijn ook toe te passen na een suïcidepoging.

Bij naasten is het belangrijk om na een suïcide goed te letten op de draagkracht, waaronder de emotieregulatie- en adaptieve vaardigheden. Kunnen zij het nieuws dat een geliefde van hen is overleden dragen? Of is er extra zorg nodig? Bij een poging is het belangrijk om na te gaan wat het met de naasten doet, hoe ze reageren en welk effect hun reactie op de jongere heeft.

Voor medecliënten is het volgende belangrijk na een suïcide:

- Ga na een suïcide(poging) altijd na welke cliënten de jongere om wie het gaat kennen. Ga individueel met hen in gesprek en bespreek wat het overlijden of de poging met ze doet.
- Vertel eerlijk dat de jongere is overleden aan suïcide, maar noem de methode en de plaats niet.
- Vraag uit wat ze weten over wat er gebeurd is. Soms weten jongeren de methode of locatie namelijk wel of hebben ze er zelf een verhaal bij bedacht.
- Leg niet te veel nadruk op de suïcide. Focus met name op het gemis en het verdriet en hoe hiermee om te gaan.
- Benoem dat het een heftige ervaring kan zijn en biedt ruimte voor zorgen, vragen en schuldgevoelens. Geef aan hoe, wanneer en met wie deze gedeeld kunnen worden.
- Geef aan dat iedereen op zijn eigen manier reageert op de situatie. Benoem dat het allemaal oké is, zolang je anderen of jezelf niet kwetst of schaadt.
- Moedig de jongeren aan om hulp te vragen als ze vastlopen in hun gevoelens of gedachten.
- Vermijd uitspraken als “X heeft nu eindelijk rust” en voorkom dat je dood verheerlijkt.
- Verzacht de dood niet door te spreken over een rustig en mooi plekje waar de jongere heen is gegaan, want dit kan het beeld dat de dood rust geeft vergroten.
- Zorg ervoor dat je niet romantiseert of dramatiseert (zoals het voorlezen uit een afscheidsbrief).
- Speculeer niet over dé oorzaak. Een suïcide is complex en er zijn altijd meerdere factoren die een rol spelen.
- Pas op met afscheidsrituelen en gedenkplekjes. Professionals laten weten dat dit de suïcidaliteit kan versterken. Jongeren kunnen het gedenkplekje bijzonder vinden, ook zo'n plekje willen en niet altijd stilstaand bij de gevolgen van het dood zijn.
- Let er ook op hoe jongeren over de suïcide spreken als er geen begeleiders zijn. In ruzies kunnen zich uitspraken voor doen als: “Ga lekker zelfmoord plegen”, “Jij bent de volgende” of “Als ik jou was zou ik zelfmoord plegen.”

12. MEER WETEN?

LVB en suicidepreventie

Dossier LVB & suicidepreventie – Dit dossier is ontwikkeld door het Landelijk Kenniscentrum LVB. Het bevat informatie en links naar relevante websites en artikelen.

Factsheet Suïcidaliteit en licht verstandelijke beperking – In deze factsheet hebben het Landelijk Kenniscentrum LVB, Trajectum en 113 Zelfmoordpreventie op een rij gezet wat er bekend is over suïcidaliteit bij mensen met een LVB, wat je kunt doen als je zelf een LVB hebt en aan zelfdoding denkt en wat je kunt doen als je je zorgen maakt om iemand met een LVB.

Vertelplaten voor jongeren en (jong)volwassenen bij wie suïcidaliteit speelt – Trajectum ontwikkelde vertelplaten die cliënten en begeleiders houvast geven in het begeleiden en behandelen van mensen met suïcidaal gedrag. Er zijn twee series. Er is een serie van vertelplaten die helpt om met cliënten in gesprek te gaan over het leven niet meer willen. De andere serie is bestemd voor teams. Deze serie nodigt uit om met elkaar te praten over wat het persoonlijk moeilijk maakt om met suïcidaliteit om te gaan en wat er nodig is om cliënten goed te begeleiden.

Kennisdossier Suicidepreventie bij jongeren – Dit kennisdossier is ontwikkeld door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP). Het dossier bevat de laatste inzichten op het gebied van suicidepreventie bij jongeren. Een deel van het dossier gaat over suicidepreventie en LVB.

Suicidepreventie

Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag – Deze handreiking is deels op deze richtlijn gebaseerd. De richtlijn biedt een praktische handreiking voor het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag.

113 Zelfmoordpreventie: Jeugddomein – Op deze webpagina kun je praktische handvatten vinden voor professionals en algemene informatie over suïcidaliteit en suicidepreventie bij jongeren.

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

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

In contact blijven: netwerkbrede werkwijze suicidepreventie jongeren – Op deze webpagina vind je achtergrondinformatie over het project waarbinnen de handreiking ontwikkeld is.

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

13. LITERATUUR

113 Zelfmoordpreventie, Trajectum, Landelijk Kenniscentrum LVB. Factsheet Suïcidaliteit en Licht Verstandelijke Beperking. 113 Zelfmoordpreventie; 2020.

Borgström A, Daneback K, Molin M. Young people with intellectual disabilities and social media: A literature review and thematic analysis. *Scand J Disabil Res* 2019; 21(1): 129–140.

Brown JF. Emotieregulatievaardigheden voor verstandelijk beperkte cliënten. Een op DGT gebaseerde benadering. Pearson: Londen; 2019.

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

Cervantes PE, Brown DS, & Horwitz SM. 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* 2022; 0(0).

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

De Veer AJE, Dörenberg VET, Francke AL, e.a. Vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor jongeren en jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking: meningen en ervaringen van begeleiders. Nivel: Utrecht; 2013.

De Wit M, Moonen X, Douma J. Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Landelijk Kenniscentrum LVG: Utrecht; 2011.

Dickerson Mayes S, Calhoun SL, Baweja R, e.a. Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development. *Crisis* 2015; 36(1): 55-60.

Douma J. Handreiking jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies. Landelijk Kenniscentrum LVB/Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra: Utrecht; 2018.

Douma J, De Jong A, Looij J, e.a. Handreiking begeleiden van ouders met een licht verstandelijke beperking en multiproblematiek. Landelijk Kenniscentrum LVB/Amerpoort; Utrecht/Baarn: 2017.

Douma J, Homma S. Suïcide en suïcidepreventie in de gespecialiseerde LVB-zorg: Een eerste verkenning. *LVB Onderzoek & Praktijk* 2022; 20 (1); 18-33.

Douma J, Moonen X, Noordhof, e.a. (2012) Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Landelijk Kenniscentrum LVG: Utrecht; 2012.

Einfeld S, Ellis L, Emerson E. Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *J Intellect Dev Disabil* 2011; 36: 137-143.

Elzinga E, Van Veen S, Van Wijngaarden E, e.a. Een levenslange doodswens en persisterende suïcidaliteit: Een exploratief onderzoek naar het ontstaan, verloop en behoeften van mensen die hieraan lijden. 113 Zelfmoordpreventie; 2021.

Emerson E. The determinants of health inequities experienced by children with learning disabilities. London 2015: Public Health England.

Gilmore L, Cuskelly M. Vulnerability to loneliness in people with intellectual disability: An explanatory model. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 2014; 11: 192-199.

Gould MS, Marocco FA, Kleinman M, e.a. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. JAMA 2005; 293(13): 1635-1643.

Gratch I, Choo T, Galfalvy H, e.a. Detecting suicidal thoughts: the power of ecological momentary assessment. Depress Anxiety 2021; 38(1): 8-16.

Hammink A, Schrijvers C. Middelengebruik en gokken onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking in de regio Rotterdam: Aard, omvang, zorgbehoeften en huidig zorgaanbod. IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving; Den Haag: 2012.

Hatton C, Emerson E. The Relationship Between Life Events and Psychopathology Amongst Children with Intellectual Disabilities. J Appl Res Intellect Disabil 2004; 17(2): 109-117.

Hatton C, Emerson E, Robertson J, e.a. The mental health of adolescents with and without mild/moderate intellectual disabilities in England: Secondary analysis of a longitudinal cohort study. JARID 2018; 31(5): 768-777.

Hawton K, Lascelles K, Pitman A, Gilbert S, Silverman M. Assessment of suicide risk in mental health practice: Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. Lancet Psychiat 2022; 9(11): 922-928.

Hofstra E, Nadorp M, Mettler C, e.a. Diagnostiek en behandeling van problematische gehechtheid bij jeugdigen en jongvolwassenen met een LVB. Academische Werkplaats Kajak; Utrecht: 2021.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Verkenning suïcidemeldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Kansen voor preventie? 2018. Geraadpleegd op 27 december 2022, van <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2018/12/21/verkenning-suïcidemeldingen-bij-de-inspectie-gezondheidszorg-en-jeugd-kansen-voor-preventie>.

Jongkind M, Van den Brink B, Schaap-Jonker H, e.a. Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicide ideation in depressed, religiously affiliated patients. Suicide Life Threat Behav 2019; 49: 505-519.

Keulen-de Vos M, Frijters K, Haga, TJ, e.a. Helpers en Helden: Theorie handleiding Schemagerichte Therapie bij forensische cliënten met een licht verstandelijke beperking. KFZ, Trajectum, FPC de Rooyse Wissel; 2016.

Kunneman H. Voorbij het dikke-ik: Bouwstenen voor een kritisch humanisme, deel 1. Humanistics University Press, Uitgeverij SWP: Amsterdam; 2005.

Lakeman M, Bodden D, Tromp N. Wees alert op depressie bij jongeren met licht verstandelijke beperking: Diagnose wordt bij LVB-jongere vermoedelijk vaak gemist. *Kind Adolesc Prakt* 2017; 16: 38-46.

Landelijk Kenniscentrum LVB. Over LVB. Kenniscentrum LVB. 2022. Geraadpleegd op 21 december 2022, van <https://www.kenniscentrumlvb.nl/over-lvb/>.

Large M, Kaneson M, Myles N, e.a. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One* 2016; 11(6).

Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2016; 20(1): 1-21.

Ludi E, Ballard ED, Greenbaum R, e.a. Suicide risk in youth with intellectual disabilities: The challenges of screening. *J Dev Behav Pediatr* 2012; 33(5): 431-440.

McConnell D, Savage A. Stress and resilience among families caring for children with intellectual disability: Expanding the research Agenda. *Curr Dev Disord Rep* 2015; 2: 100-109.

Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, e.a. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiat* 2016; 3(6): 544-554.

Merrick J, Merrick E, Morad M, e.a. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. *Sci World J* 2005; 5: 724728.

Mevissen L, De Jongh A. PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(3): 308-316.

Poelen E, Schijven E, Vermaes I. De Prevalentie van middelengebruik bij jongeren met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen in een orthopedagogisch behandelcentrum. *Onderzoek & Praktijk* 2015; 13; 25-37.

NJi. Risicofactoren bij licht verstandelijk beperkte jeugd | Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 21 december 2022, van <https://www.nji.nl/licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-lvb/risicofactoren>.

Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, e.a. Safety planning-type interventions for suicide prevention: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2021; 1-8.

O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2018; 373(1754): 1-10.

Pauly S, Groenen P. Jongeren met LVB-problematiek gemotiveerd in ontwikkeling. *Onderzoek & Praktijk* 2010; 8(2): 14-20.

Rot EJW. Handreiking balans in beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen. Kennisplein Gehandicaptensector; Utrecht: 2013.

Saab MM, Murphy M, Meehan E, e.a. Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Arch Suicide Res* 2022; 26(4): 1645-1665.

Simpson SA, Goans C, Loh R, e.a. Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-suicide severity rating scale screener. *Acad Emerg Med* 2021; 28(6): 621-629.

Van Asselt-Goverts AE, Embregts PJCM, Hendriks AHC, e.a. Handleiding Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse voor mensen met een Verstandelijke Beperking (MSNA-VB). Hogeschool van Arnhem en Nijmegen: Nijmegen; 2012.

Van de Koppel M, Mérelle, SYM, Stikkelbroek YAJ, e.a. Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit. *Tijdschr Psychiatr*. 2022; 64(4): 214-219

Van den Bogaard M, Boven S, Berg, M, e.a. Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis: Een handreiking voor behandelaren CGT. Academische Werkplaats Kajak; Utrecht: 2020.

Van den Brink B, Schaap H, Braam AW. Moral objections and fear of Hell: An important barrier to suicidality. *J Rel Health*. 2018; 57(6): 2301-2312.

Van den Hazel T, Didden R, Nijman, HLI, e.a. Suïcide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschr Psychiatr* 2020: 62; 1022-1029.

Van Diggelen B, Truyens J. Een praktisch model voor op samenwerking gerichte begeleiding van individueel wonende cliënten met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk* 2011: 9(2); 34-45.

Van Duijvenbode N, Van der Nagel JEL. A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *Eur Addict Res* 2019; 25: 263-282.

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

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

Van Kregten C, Knipschild R, Mevissen L, e.a. Tijdig signaleren en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde problemen bij jeugdigen en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking: een handreiking voor behandelaren en begeleiders. *Academische Werkplaats Kajak*: Utrecht; 2020.

Vergeer M, Nikken P. Media en kinderen met een LVB: Een analyse van wat er al is en wat nog nodig is om kinderen met een LVB te includeren bij mediawijsheid. *NJi*; Utrecht: 2015.

Vervoort-Schel J, Mercera G, Wissink I, e.a. Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care. *IJERPH* 2018; 15(10).

Veurink R. Praten over de dood. In *Markant: tijdschrift voor de gehandicaptensector*; 26(4): 12-14. Bohn Stafleu van Loghum; Houten: 2021.

BIJLAGE 1. RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN BIJ SUÏCIDALITEIT

De risicofactoren die voor alle jongeren gelden, gelden ook voor jongeren met een LVB.

Een overzicht van de risicofactoren voor jongeren in het algemeen vind je in de leidraad **Suicidepreventie bij jongeren: een netwerkbrede werkwijze**. Zorg ervoor dat je dit overzicht doorgelezen hebt en kent.

Hieronder vind je een overzicht van belangrijke risicofactoren die vaker voorkomen bij jongeren met een LVB dan bij jongeren zonder een LVB. Ook worden aanvullende risicofactoren en beschermende factoren voor jongeren met een LVB genoemd.

Risicofactoren die vaker voorkomen

Het betreft onder andere:

- Psychische aandoeningen
- Eenzaamheid
- Traumatische ervaringen of ingrijpende gebeurtenissen
- Laag zelfbeeld en faalervaringen
- Beperkte emotieregulatie
- Beperkte adaptieve vaardigheden
- Beperkte copingvaardigheden
- Impulsiviteit
- Middelengebruik
- Stressvolle leefomstandigheden
- Gehechtheidsproblematiek

Aanvullende risicofactoren

- Een LVB met een relatief hoger cognitief functioneren
- Onderdiagnostiek van een LVB
- Onderdiagnostiek van psychopathologie, met name van trauma- en stemmingsstoornissen
- Overvraging
- Adolescentiefase, vanwege het risico op (nog meer) overvraging
- Realisatie van de gevolgen van de LVB
- Missen van een perspectief of een negatief gekleurd perspectief ervaren
- Factoren in de begeleidings- en behandelomgeving (zoals het verblijven in een omgeving met anderen die hun eigen gedragsproblemen en crises hebben, voortdurende wisselingen van directe begeleiders, contactbreuken, overplaatsingen, handelingsverlegenheid bij begeleiders, een suicide binnen de omgeving, onvoldoende aansluiting op de jongere en het lang wachten op passende zorg)

Beschermende factoren bij jongeren met een LVB

Dit zijn mogelijk beschermende factoren:

- Een sociaal steunend netwerk hebben
- Een goede emotionele band hebben met familie, kennissen en professionals
- Begeleiding krijgen van professionals die sensitief en responsief zijn
- Een vaste woonplek hebben
- Een goede daginvulling hebben
- Een goede overgang hebben na het 18^e jaar
- Een duidelijk en passend toekomstperspectief hebben
- Een omgeving hebben afgestemd op wat de jongere kan
- Zin en betekenis van het eigen bestaan ervaren

BIJLAGE 2. DO'S EN DON'TS VOLGENS JONGEREN MET EEN LVB

Jongeren met een LVB hebben aangegeven wat zij prettig en juist niet fijn vinden in het contact.

Maak contact, maar wat houdt dat in?

Do's

- Blijf bij de jongere ook als deze je probeert af te stoten door de spanning.
- Vraag wat de jongere wil: praten over zijn gedachten, afleiding of iets anders.
- Maak tijd en geef duidelijk aan wanneer je tijd hebt.
- Laat de jongere zijn of haar verhaal doen.
- Wees ook mens (zeg alleen wat je meent, doe soms iets leuks met de cliënt).
- Pas de communicatiestijl aan op de communicatiestijl van de jongere, match de professional en jongere hier mogelijk op.
- Soms is de eerste stap via de app makkelijker, maar appen moet niet de overhand krijgen.
- Neem altijd serieus wat de jongere zegt.
- Vraag door: wat maakt dat een jongeren suïcidaal is, wat speelt er?
- Maak dingen simpel, visueel en concreet.
- Laat de regie bij de jongeren als er geen acuut gevaar is, onderzoek samen wat er nodig is.
- Laat jongeren ook mens zijn naast cliënt, bijvoorbeeld door ze klusjes te geven.
- Pas de bezetting aan op de hulpbehoefte van de groep op dat moment.

Don'ts

- Zeg niet: "Als je niet wil praten, dan ga ik weg." Samen zitten zonder te praten kan ook contact zijn.
- Bied geen afleiding zonder gevraagd te hebben of de jongere het over zijn gedachten en gevoelens wil hebben.
- Zeg niet: "Het komt vast wel goed."
- Pak niet de regie over.
- Verwijs niet eindeloos door.
- Laat de jongeren niet los als er sprake is van een time-out en bied helderheid over de terugkomst.
- Vergeet niet dat in behandeling zijn en verblijven op een behandelgroep ook risicofactoren zijn.

BIJLAGE 3. VOORBEELD VAN EEN INGEVULD SIGNALERINGSPLAN

Wanneer gebruik ik het signaleringsplan?

Als bij mij de spanning oploopt. Ik ben niet meteen gelukkig als ik het plan gebruik. Ik heb dan wel even minder stress.

Belangrijk!

Als ik wegga, dan neem ik mijn tas mee. Daar zit in:

- Een volle powerbank en snoer voor mijn telefoon, en oordopjes
- Haakspullen
- Mijn sjaal met luchtje
- Sigaretten en een aansteker

Als ik ergens ga slapen, neem ik ook domino en de USB-stick met Grease mee.

 <p>Ik voel me goed</p>	<p>Wat merk ik zelf?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik ben ontspannen. – Ik lach veel. – Ik praat met groepsgenoten. – In de winkel praat ik met de kassière. – Ik ben eerlijk over wat ik voel en denk. Dit laat ik zien aan andere mensen. <p>Wat merken anderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik wiebel niet. – Ik ben leuk aanwezig en vrolijk. – Ik maak graag een praatje. – Ik ben eerlijk en open. 	<p>Wat kan ik zelf doen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Weinig roken, anders word ik ziek en ga weer piekeren. Dus maximaal 5 sigaretten per dag. – Praatjes maken op de groep en in de winkel. – Niet meer dan 1,5 uur achtereen alleen op mijn kamer zitten overdag. – Muziek luisteren die ik leuk vind. <p>Wat kan ik aan anderen vragen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kopje koffie drinken. – Mij niet te veel alleen laten. – Praatjes maken. – Het niet hebben over seksueel geweld en onrecht in de wereld.
 <p>Ik voel me minder goed</p>	<p>Mijn triggers: na 23.30 uur naar bed gaan, een afspraak die afgezegd wordt, ruzie tussen ouders</p> <p>Wat merk ik zelf?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik voel me niet blij, maar ook niet kut. – Iets beweeglijker. – Ik ben sociaal en maak nog steeds praatjes. – Iets minder open over wat ik voel en denk. 	<p>Wat kan ik zelf doen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Weinig roken, anders word ik ziek en ga weer piekeren. Dus maximaal 5 sigaretten per dag. – Niet meer dan 1 uur alleen op mijn kamer zitten overdag. – Vooral sociaal contact hebben. – 2 rondjes lopen om de vijver in het park achter het huis. – Domino spelen, deze staat in mijn witte kast in mijn kamer.



Ik voel me minder goed

Wat merken anderen?

- Ik ben iets beweeglijker.
- Ik ben iets minder open over mijn gevoel.
- Ik ben nog steeds sociaal.
- Ik lach nog steeds.

- De film Grease kijken en meedansen en zingen. De film staat op een USB-stick en kan in de tv gedaan worden.
- Haken, de spullen liggen in mijn tas en in de witte kast in mijn kamer.
- Muziek uit de gele lijst van Spotify luisteren.
- Mijn sjaal met luchtje omdoen.

Wat kan ik aan anderen vragen?

- Even koffie drinken en over leuke momenten hebben.
- Domino spelen.
- Samen om de vijver lopen en naar de vogels en bomen kijken.
- Niet over mijn trauma's/familie praten.

Mijn triggers: nachtmerries, vervelende gebeurtenis bij een medecliënt, wegvallen structuur, mensen die lijken te liegen

Wat merk ik zelf?



- Ik blijf lachen, maar dat is niet echt.
- Geïrriteerd vanbinnen.
- Ik maak meer grapjes.
- Ik word druk in mijn doen en laten.
- Ik kan gaan automutileren.

Wat kan ik zelf doen?

- Begeleiding opzoeken en vragen of zij met mij willen praten. Ik wil wel zeggen dat het slecht gaat, maar het niet over mijn trauma hebben. Zij kunnen zeggen dat ze het vervelend voor mij vinden en naast mij zitten en uitleggen dat het vervelende gevoelens zijn en ze uiteindelijk wel minder worden, en dat ik alle emoties mag voelen. Dat ze even bij mij blijven en bijvoorbeeld een spelletje doen of samen roken.
- Weinig roken, anders word ik ziek en ga weer piekeren. Dus maximaal 5 sigaretten per dag.
- Niet alleen op mijn kamer gaan zitten overdag.
- Samen met iemand 2 rondjes lopen om de vijver in het park achter het huis.
- Domino spelen, dit spel staat in mijn witte kast in mijn kamer.
- Haken, de spullen liggen in mijn tas en in de witte kast in mijn kamer.
- Muziek uit de oranje lijst op Spotify luisteren.
- Mijn sjaal met luchtje omdoen.



Ik voel me slecht

 <p>Ik voel me slecht</p>	<p>Wat merken anderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik lach veel en maak veel grapjes. – Ik tik veel met mijn benen. – Ik ben niet zo open en eerlijk. – Ik negeer vragen over hoe het met mij gaat en verander snel van onderwerp. – Ik zie er een beetje zenuwachtig uit. 	<p>handschoenen aandoen, die liggen naast het kussen.</p> <p>Wat kan ik aan anderen vragen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Samen met mij een plan maken om naar lichtgeel 'te stijgen'. – Naar mij toe komen om mijn stemming te scoren. – Niet door blijven vragen wat er is als ik het niet zeg.
 <p>Ik functioneer niet meer/ Ik verkeer in crisis</p>	<p>Mijn triggers: wisseling van begeleider, overplaatsing, suïcidaliteit bij medecliënt, kritiek op iets waar ik keihard aan heb gewerkt</p> <p>Wat merk ik zelf?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik heb suïcidale gedachten. – Ik overweeg om een poging te doen. – Ik automutileer op gevaarlijke plekken. <p>Wat merken anderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ik sluit me af voor anderen. – Contact maken is moeilijk. – Ze merken dat ik meer automutileer. 	<p>Wat kan ik zelf doen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Naar de groepsleiding stappen en zeggen dat het ik niet goed meer kan nadenken. Als de groepsleiding er niet is, dan wacht ik op de stoel voor het kantoor. – De groepsleiding bellen als ik niet op de groep ben. Als er niet opgepakt wordt, dan bel ik opnieuw. Misschien zijn ze net te laat met oppakken. Ik kan ook degene opzoeken waar ik nu ben. Dan vraag ik hulp. – Vragen om samen met mij een duidelijk plan te maken: wat kan ik doen, hoe kunnen we mijn omgeving inlichten? Ik kan dat zelf niet meer bedenken. <p>Wat kan ik aan anderen vragen?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kun jij mij helpen? Wat moet ik doen? Ik kan zelf niet meer goed nadenken. – Als afspraken met mij maken niet meer lukt of ik meerdere uitspraken over suïcide doe, dan mogen zij ook zonder mijn toestemming bellen met de gedragsdeskundige of huisarts.

Met wie bel ik als het slecht met mij gaat?

Naam	Telefoonnummer

BIJLAGE 4. VOORBEELD VAN EEN INGEVULD VEILIGHEIDSPAN

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

1. Ik voel me gespannen en bang. Dat komt door traumatische gebeurtenissen uit het verleden.
2. Ik pieker meer en denk veel aan vroeger.
3. Ik automutileer.
4. Ik denk meer aan zelfmoord en maak ook plannen.

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

1. Ik spuit mijn luchtje op mijn speciale sjaal en draag deze de hele dag.
2. Ik luister naar muziek uit de rode afspeellijst.
3. Ik rook elk uur een sigaretje.
4. Ik zoek afleiding door te haken.
5. Ik zonder me niet af. Ik ga in de algemene huiskamer zitten, in een hoekje.
6. Ik vertel de begeleiding hoe ik me voel.
7. Ik bel met mijn moeder, broer of tante Ans en zeg hoe ik mij voel.
8. Ik zorg voor structuur. De begeleiding kan me daarbij helpen. Ik eet om half 8, half 1 en 6 uur. Ik ga naar bed om half 11. Ik sta op om 7 uur.
9. Ik lees de kaart van mijn behandelaar. Op die kaart staat dat ik me nu misschien heel naar voel, maar dat ik me weer beter zal voelen. Er staat ook op dat we daar samen aan gaan werken.

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

1. Mijn moeder of broer. Ik vraag of we domino kunnen spelen of een film kunnen kijken. Het helpt mij om samen iets te doen. Ik merk dan dat we leuk contact hebben. Ze mogen wel naar mijn gevoel vragen, maar niet zeggen dat het wel goed komt. Ze mogen luisteren en mij een knuffel geven. Ook mogen ze 's nachts bij mij op de kamer slapen.
2. Mijn tante. Ik vraag of we een stukje kunnen wandelen. Zij mag vragen naar mijn gevoel en luisteren. Zij moet niet zeggen dat het wel goed komt. Ze mag wel zeggen hoe ze over dingen denkt.
3. Mijn mentor op school. Ik vraag of we in een rustige ruimte even kunnen tekenen. Hij moet niet zeggen: "Het komt wel goed." Hij mag wel zeggen hoe hij over dingen denkt. Het is fijn als hij vraagt wat ik de rest van de dag ga doen.
4. De groepsleiding. De groepsleiding kan naar me luisteren. Ook kan de groepsleiding samen met mij naar het signaleringsplan en veiligheidsplan kijken. We kunnen samen kijken wat mij helpt.

Stap 4 Als ik met iemand over mijn problemen wil praten, dan bel ik met:

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. Mijn moeder | 06 - XXXXXXXX |
| 2. Mijn broer | 06 - XXXXXXXX |
| 3. Tante Ans | 06 - XXXXXXXX |

Stap 5

Hulpverleners of organisaties die ik om hulp kan vragen:

1. De groepsleiding 06 – XXXXXXXX

113 Zelfmoordpreventie



Chat via: 113.nl



Bel 113 of bel gratis 0800-0113

Stap 6

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

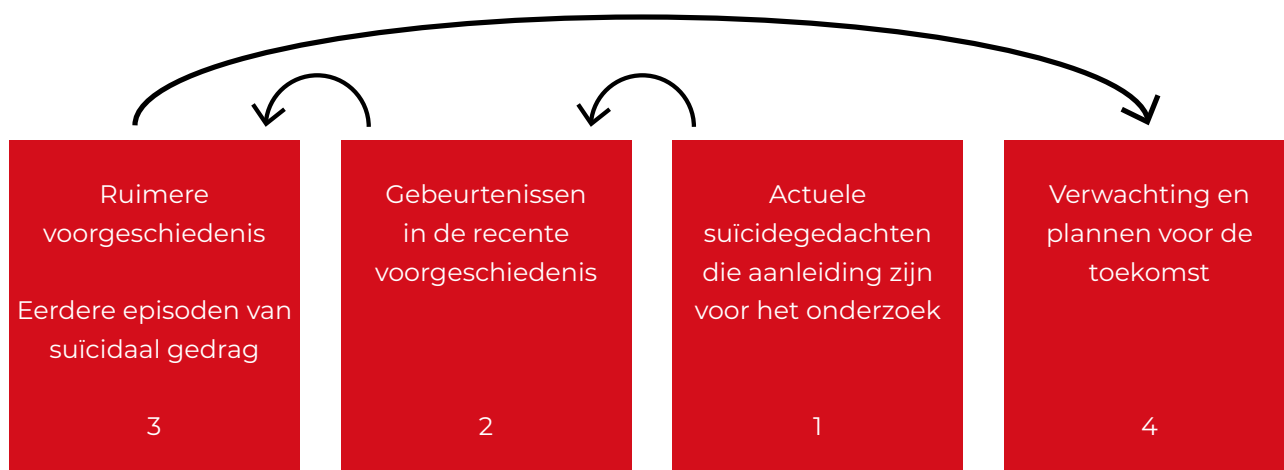
1. Niet alleen zijn.
2. Scheermesjes inleveren.
3. Lukt het niet om terug naar 'oranje' te gaan? Dan mogen anderen zonder mijn toestemming de crisisdienst bellen. Die denkt dan mee. Misschien krijg ik medicijnen of een time-out.

Stanley & Brown (2012)

BIJLAGE 5. VOORBEELDVRAGEN VOOR HET CASE-INTERVIEW

Je vindt hier voor elk van de stappen van het CASE-interview voorbeeldvragen. Je kunt de voorbeeldvragen gebruiken als inspiratie om eigen vragen te formuleren die passen bij de jongere. De vragen vormen geen lijstje om af te werken.

Figuur 5: Het CASE-interview (Shea, 1998)



1. Actuele suïcidegedachten

Hoe is het nu met je?

- Wat denk je?
- Wat voel je?
- Wat voel je in je lijf?
- Is dat de hele tijd zo/altijd zo?
- Is dat sterker geworden/minder sterk (zwakker) geworden?
- Heb je het idee dat je leven niet de moeite waard is/waardeloos is?

Gedachten aan de dood

- Heb je terugkerende gedachten die je pijn doen/verdrietig maken?
- Denk je weleens aan de dood? Wat zijn dat voor gedachten?
- Hoe vaak denk je aan de dood?
- Denk je er weleens aan om een einde aan je leven te maken?
- Denk je weleens dat het beter is als je dood bent?
- Denk je weleens dat je het leven te zwaar vindt?
- Zie je weleens beelden van hoe je dood gaat? Hoe ziet dat beeld eruit? Wat denk je/wat voel je bij het zien van deze beelden?
- Schrik je van deze beelden/word je verdrietig/blij van deze beelden?
- Krijg je ook beelden (van hoe je je zelf zou kunnen doden, van de dood) als je dat niet wilt?
- Wat denk je, wat voel je bij het zien van deze beelden?

De aanhoudendheid van deze gedachten

- Zijn die gedachten er de hele dag? Wanneer wel/wanneer niet?
- Hoe sterk zijn die gedachten?

Suicideplannen

- Hoe zien die plannen eruit?
- Hoe zou je jezelf willen doden?
- Welke voorbereidingen heb je gemaakt of ga je maken om jezelf te doden?
- Hoeveel haast heb je? Wil je vandaag of morgen het plan uitvoeren? Kan je nog even wachten?

Zelfverwonding

- Doe jij jezelf pijn?
- Heb je manieren om jezelf pijn te doen? Hoe?
- Zien en weten anderen dat?
- Hoe reageren zij daarop? Wat vind je van hun reacties?

Middelengebruik

- Heb je iets ingenomen, gebruikt?
- Een medicijn, alcohol, drugs ...
- Wat merkte je daarvan? Wat zijn de effecten op je gedachten en gevoelens?

Ideeën over dood zijn

- Wat is er anders/beter als je niet meer leeft?
- Waar ben je als je niet meer leeft?
- Zijn er anderen die verdriet zouden hebben over jouw dood?
- Waarom zouden anderen verdriet hebben?
- Hoe moet je begravenis eruitzien? Wie mogen daarbij zijn? Weten anderen dat?

Anderen betrekken

- Weten anderen wat je denkt, wat je voelt? Weten anderen dat je liever dood wil zijn?
- Hoe is dat voor je dat zij dat wel/niet weten?

2. Recente voorgeschiedenis

- Wanneer begonnen deze gedachten/gevoelens? Waardoor begonnen deze gedachten/gevoelens?
- Hoelang denk je al aan het jezelf doden? Je kan het concreter vragen: deze week, vorige week, vanaf de zomervakantie, of van voor je vakantie ...?
- Hoe vaak per dag heb je deze gedachten aan het jezelf doden? Wanneer op de dag? Waar ben je dan? Waardoor wordt het erger? Waardoor worden de gedachten minder?
- Hoe was dit in de laatste dagen, in de laatste week?
- Heb je kortgeleden al eens geprobeerd een einde aan je leven te maken? Je kan het concreter vragen, vraag bijvoorbeeld naar deze week of vorige week.
- Hoe deed je dat?
- Hoe komt het dat je bent blijven leven?
- Hoe is het voor je dat je bent blijven leven?

Bij de voorgaande vragen wordt de jongere gevraagd om verbanden te leggen tussen zijn gedrag, gedachten en gevoel. Dit is vaak lastig voor de jongere. De professionals zullen moeten helpen bij het leggen van de verbanden. Denk met de jongere mee, bijvoorbeeld door te vragen naar gebeurtenissen:

- Dus donderdag had je meer gedachten over de dood. Laten wij eens kijken wat jij donderdag hebt gedaan. Je stond op en toen ... en hoe sterk waren toen de gedachten aan de dood? Zo nemen jullie samen de gehele dag door en kijkt wat er gebeurd is en hoe sterk de gedachten aan de dood waren.
- Zijn er deze maand nare dingen gebeurd? Iets dat erg voor je is en je probeert te vergeten, maar wat niet lukt? Is er iemand overleden? Heb je ruzie gehad?

3. Ruimere voorgeschiedenis

- Heb je eerder al eens geprobeerd een einde aan je leven te maken?
- Hoe deed je dat?
- Hoe ging je vroeger om met nare gevoelens? Naar wie ging je dan voor hulp?

4. Toekomst

- Heb je hoop dat het later beter gaat?
- Verwacht je dat het beter kan gaan?
- Met wie heb je goed contact?
- Wat zou je tegen kunnen houden om jezelf te doden?
- Waardoor is het fijn om nog even te blijven leven?
- Zou je om hulp vragen?
- Wat ga je doen als dit gesprek voorbij is?
- Wat ga je doen als je straks op je kamer/leefgroep/thuis bent?
- Wat zou je graag willen gaan doen?
- Wat zou het verschil zijn?
- Hoe zou het voor ... zijn als je er niet meer bent? Kan je dat uitleggen? Wat gaan zij die dag daarna doen? Hoe gaan zij om met hun verdriet?

Veiligheidsplan

- Hoe kan *jijzelf* zorgen dat je veilig bent?
- Is er iets dat jij kunt doen?
- Is er iets dat je met een huisdier/vriend/familie/andere bekende kunt doen?
- Is er iets dat je met begeleiders/behandelaren kunt doen?
- Hoe kunnen je begeleiders/ouders/anderen ervoor zorgen dat je veilig bent?
- Is er iets dat zij kunnen doen?



www.samenmindersuicide.nl

113
•••