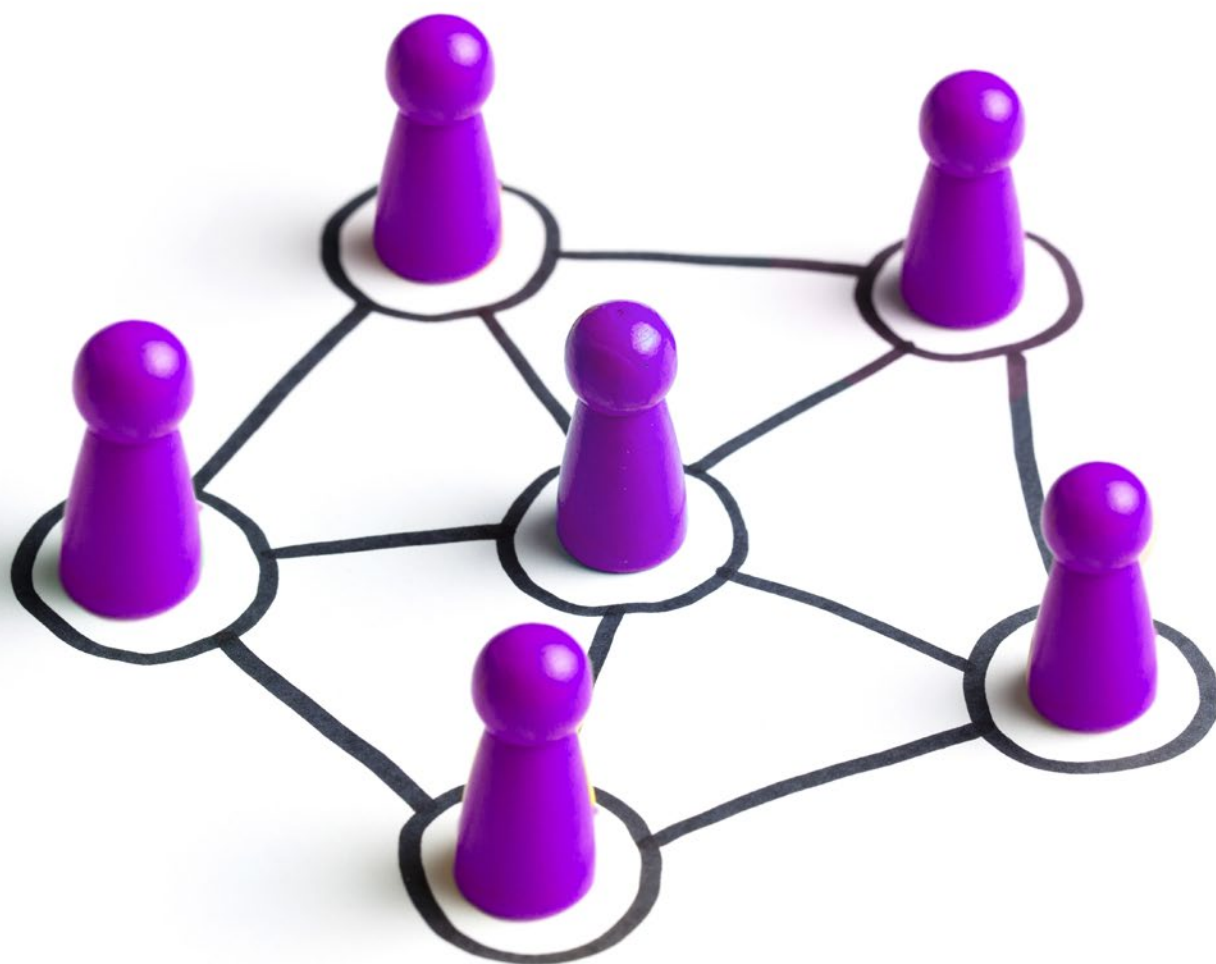


# HANDREIKING SUÏCIDEPREVENTIE BIJ JONGEREN MET PERSISTERENDE SUÏCIDALITEIT

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

---

<b>Colofon</b>	<b>3</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>1. Leeswijzer</b>	<b>5</b>
<b>2. Persisterende suïcidaliteit</b>	<b>6</b>
2.1 Persisterende of chronische suïcidaliteit	6
2.2 Ontstaan van persisterende suïcidaliteit	6
2.2.1 <i>Persisterende suïcidaliteit en psychische klachten</i>	7
2.2.2 <i>Suïcidaliteit als copingsvorm en onderdeel van de identiteit</i>	7
<b>3. Langdurige werkrelatie</b>	<b>9</b>
3.1 Langdurige therapeutische werkrelatie met de jongere	9
3.2 Langdurige samenwerking met de jongere en de naasten	10
<b>4. Autonomie en vrijheidsbeperkende maatregelen</b>	<b>13</b>
4.1 Autonomiebevorderend behandelen	14
4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen	16
4.3 Opnamebeleid	18
4.3.1 <i>Voorwaarden opname</i>	18
4.3.2 <i>Benadering tijdens opname</i>	19
4.3.3 <i>Verergering van de suïcidaliteit</i>	19
4.4 Alternatieven voor een reguliere opname	19
<b>5. Samenwerking met het netwerk</b>	<b>21</b>
<b>6. Continuïteit van zorg</b>	<b>23</b>
<b>7. Sociale media</b>	<b>25</b>
<b>8. Euthanasie</b>	<b>27</b>
<b>9. Zingeving</b>	<b>28</b>
<b>10. Diagnostiek</b>	<b>29</b>
10.1 Risicotaxatie	29
10.2 Diagnostiek van suïcidaliteit	29
10.3 Als de suïcidaliteit meer op de voorgrond komt	30
10.4 Matched care	30
10.5 Hopeloosheid bij hulpeloosheid	31
<b>11. Suïcidaliteit verdragen: wat kan de organisatie doen?</b>	<b>32</b>
<b>12. Suïcidaliteit verdragen: wat kan ik zelf doen?</b>	<b>33</b>
<b>13. Meer weten?</b>	<b>34</b>
<b>14. Literatuur</b>	<b>35</b>

# 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 en naasten met ervaringskennis en 113 Zelfmoordpreventie.

## Projectleiding

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

## Projectgroep

Marcel Bunnig, cgw'er, GGZ Centraal  
Janine Deurloo, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Level  
Elke Elzinga, onderzoeker, 113 Zelfmoordpreventie  
Margreet Everts, inspecteur, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd  
Maryke Geerdink, klinisch psycholoog/psychotherapeut, 113 Zelfmoordpreventie  
Danique Goedendorp, orthopedagoog  
Scarlet Hemkes, persvoorlichter, 113 Zelfmoordpreventie  
Marjolein van Koningsbrugge, leerlingondersteuning mbo, Clusius College  
Tessie Schopman, gios, GGZ NHN  
Jacquelijne Schraven, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Altrecht jeugd  
Jeroen Steenmeijer, kinder- en jeugdpsychiater, GGZ Centraal  
Judith Warmelink, gz-psycholoog, Accare

Ook naasten en jongeren met ervaringskennis hebben meegewerkt aan de handreiking. Dank aan Marcel Bunnig, Danique Goedendorp en Sanne Stuivenberg. Onze dank gaat ook uit naar alle anderen die op welke wijze dan ook een bijdrage aan de handreiking hebben geleverd.

## Redactie

Marieke van Dord, coördinator, Depressie Vereniging  
Marlies Latumalea, orthopedagoog-generalist/gz-psycholoog, Jeugdhulp Friesland  
Astrid Westenbroek, klinisch psycholoog/directeur behandelzaken 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 persisterende suïcidaliteit. Persisterende suïcidaliteit staat ook wel bekend als chronische suïcidaliteit. Op basis van input van jongeren en professionals is ervoor gekozen de term persisterende suïcidaliteit te hanteren. Zie ook paragraaf [2.1 Persisterende of chronische suïcidaliteit](#).

Deze handreiking is ontwikkeld binnen het project [In contact blijven: netwerkbrede werkwijze suïcidepreventie jeugd](#). Dit project maakt deel uit van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021–2025. De handreiking is een aanvulling op de [leidraad Suïcidepreventie bij jongeren: een netwerkbrede werkwijze](#). De handreiking staat dus niet op zichzelf. Het is noodzakelijk om kennis te hebben van de leidraad. De leidraad richt zich op suïcidaliteit bij jongeren in het algemeen. De handreiking gaat in op de gebieden waar werken met jongeren met persisterende suïcidaliteit iets anders vraagt.

Een andere aanvulling op de leidraad die binnen het project ontwikkeld is:

- Handreiking suïcidepreventie bij jongeren met een LVB

Andere aanvullingen op de leidraad die nog ontwikkeld worden binnen het project:

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

## Voor wie?

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

## Door wie?

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

## Waarom deze handreiking?

Werken met jongeren met persisterende suïcidaliteit kan een fors beroep doen op professionals. Het kan onzekerheid en angst oproepen. De handreiking is bedoeld om handvatten te geven over het omgaan met persisterende suïcidaliteit bij jongeren die zorg krijgen. Het doel is hiermee de handelingsbekwaamheid bij professionals te versterken en de zorg omtrent persisterende suïcidaliteit te verbeteren.

### ! 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.

Een handreiking alleen is niet voldoende. Om je de kennis en gespreksvaardigheden eigen te maken, zijn scholing en trainingen onmisbaar. Verder is het belangrijk dat er binnen de organisatie een breed draagvlak voor suïcidepreventie bestaat en dat er gewerkt wordt aan de randvoorwaarden, zoals duidelijkheid over wie wat doet, en tijd voor overleg met naasten en andere professionals. Specifiek bij persisterende suïcidaliteit is het belangrijk dat de organisatie een duidelijk beleid heeft over het conflict tussen het bevorderen van autonomie en het inzetten van vrijheidsbeperking. Dit beleid moet gedeeld worden met alle betrokken professionals en naasten. Dat draagt bij aan een gedeelde draagkracht bij gewogen risicobeleid.

# 1. LEESWIJZER

---

In hoofdstuk **2. Persistierende suïcidaliteit** leggen we uit wat persisterende suïcidaliteit is, wat kenmerkend is voor persisterende suïcidaliteit en hoe het ontstaat.

Hoofdstuk **3. Langdurige werkrelatie** gaat over hoe je blijvend kan investeren in een werkrelatie met zowel jongeren als naasten.

In hoofdstuk **4. Autonomie en vrijheidsbeperkende maatregelen** leggen we uit waarom het belangrijk is dat je je in de behandeling richt op het versterken van de autonomie van de jongere en hoe je dat kunt doen. Centraal staan: samen werken aan het begrijpen van de suïcidaliteit en zoeken naar andere manieren om met overweldigende gedachten en emoties om te gaan. Ook kun je lezen over de voor- en nadelen van vrijheidsbeperking en het opnamebeleid.

In hoofdstuk **5. Samenwerking met het netwerk** lees je waarom samenwerken met anderen bij jongeren met persisterende suïcidaliteit van groot belang is.

In hoofdstuk **6. Continuïteit van zorg** bespreken we waarom het bij persisterende suïcidaliteit extra belangrijk is dat er zo min mogelijk wordt doorverwezen, wat je kan doen om een doorverwijzing te voorkomen en hoe je contact houdt als er toch doorverwezen wordt.

In hoofdstuk **7. Sociale media**, **8. Euthanasie** en **9. Zingeving** lichten we kort toe hoe deze thema's een rol kunnen spelen bij suïcidaliteit. Waar moet je op letten bij sociale media? Wat doe je als een jongere over euthanasie begint? Waarom is aandacht voor zingeving belangrijk?

Hoofdstuk **10. Diagnostiek** gaat over het niet langer toepassen van de risicotaxatie, wat centraal staat in de diagnostiekfase, wat je kunt doen als suïcidaliteit meer op de voorgrond komt te staan, waarom gedegen diagnostiek zo belangrijk is en hopeloosheid bij hulpeloosheid.

Hoofdstuk **11. Suïcidaliteit verdragen: wat kan de organisatie doen?** gaat over wat de organisatie kan betekenen voor professionals die werken met suïcidaliteit.

Het is ook belangrijk dat je voor jezelf zorgt en naar je collega's omkijkt. Hier lees je meer over in hoofdstuk **12. Suïcidaliteit verdragen: wat kan ik zelf doen?**

## 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 persisterende suïcidaliteit. Het is daarom handig eerst de leidraad door te lezen en daarna deze aanvullende handreiking.

## 2. PERSISTERENDE SUÏCIDALITEIT

Suïcidaliteit omvat alle gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen met een zekere intentie om zichzelf te doden (Van Hemert e.a., 2012). Persisterende suïcidaliteit is suïcidaliteit die een langere tijd aanhoudt of herhaaldelijk terugkeert. Sommige jongeren geven aan dat de suïcidaliteit soms 'weg is', terwijl andere jongeren aangeven dat de suïcidaliteit er eigenlijk altijd wel is, maar in een soort sluimerstand kan staan. Hoe vaak suïcidaliteit een prominente rol inneemt in het leven van de jongere en hoelang zo'n periode duurt, is voor elke persoon en elke periode anders.

### 2.1 Persisterende of chronische suïcidaliteit

Persisterende suïcidaliteit is hetzelfde 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 langdurige en/of terugkerende suïcidaliteit en professionals voor persisterende suïcidaliteit. Omdat het makkelijker leest en de handreiking zich richt op professionals, wordt in de handreiking persisterende suïcidaliteit als term gehanteerd.

#### Aansluiten bij de beleving van de jongere

Vraag altijd aan de jongere hoe deze de suïcidaliteit ervaart en welke woorden het beste beschrijven wat de jongere voelt. Ook professionals in het onderzoek van Elzinga e.a. (2021) geven aan dat het belangrijk is om in je taalgebruik aan te sluiten bij hoe de mensen de persisterende suïcidaliteit ervaren.

### 2.2 Ontstaan van persisterende suïcidaliteit

Hoe en bij wie persisterende suïcidaliteit ontstaat, is niet precies duidelijk. Wel blijkt uit onderzoeken en de ervaringen van professionals dat jongeren bij wie suïcidaliteit zich ontwikkeld heeft tot persisterende suïcidaliteit, verschillen van andere jongeren met suïcidaliteit. Jongeren met persisterende suïcidaliteit:

- hebben meer emotieregulatieproblemen (Wolff e.a., 2018);
- ervaren een hogere mate van hopeloosheid (Czyz & King, 2015);
- starten vaak op een jongere leeftijd met automutuleren (zelfbeschadiging) (Stewart e.a., 2017);
- passen vaak meerdere vormen van automutuleren toe;
- automutuleren meer (Prinstein e.a., 2008);
- hebben vaker psychische klachten (Prinstein e.a., 2008; Dugas e.a., 2015; Benjet e.a., 2018; Blasco e.a., 2019);
- kampen vaak met meervoudige, complexe problematiek (Van de Koppel e.a., 2022);
- gaan suïcidaliteit geleidelijk zien als een functionele copingsvorm, iets dat nut heeft (Van de Koppel e.a., 2022);
- ontwikkelen een suïcidale identiteit: suïcidaliteit wordt dan onderdeel van 'het normale zelf' (Van de Koppel e.a., 2022);
- gebruiken vaak sociale media om online een identiteit te creëren (Mérelle e.a., 2019) waarbij depressief of suïcidaal zijn is wie je bent (zie ook hoofdstuk 7. **Sociale media**).

Uit onderzoek bij volwassenen met persisterende suïcidaliteit blijkt dat een hoge mate van hopeloosheid (Kivelä e.a., 2019; Zhang e.a., 2011), hevige slaapproblemen (Kivelä e.a., 2019) en veel stress over het dagelijks leven (Zhang e.a., 2011) geassocieerd waren met persisterende suïcidale gedachten. Hopeloosheid blijkt ook bij jongeren gerelateerd aan persisterende suïcidaliteit (Czyz & King, 2015). Vermoedelijk geldt dit ook voor hevige slaapproblemen en veel stress over het dagelijks leven.

Persisterende suïcidaliteit komt vaak voor in combinatie met bepaalde psychische klachten. Dat bespreken we in de volgende paragraaf. Ook leggen we uit hoe suïcidaliteit geleidelijk aan een copingsvorm kan worden en daarmee ook onderdeel van de identiteit van de jongere.

### **2.2.1 Persisterende suïcidaliteit en psychische klachten**

Jongeren met persisterende suïcidaliteit hoeven niet per se psychische klachten te hebben, maar wel lijkt het erop dat persisterende suïcidaliteit eerder ontstaat als er psychische klachten aanwezig zijn (Blasco e.a., 2019; Benjet e.a., 2018; Dugas e.a., 2015; Buddeberg e.a., 1996). Uit onderzoek bij volwassenen blijkt dat onder andere traumatische ervaringen in de vroege jeugd, een borderline persoonlijkheidsstoornis, een autismespectrumstoornis, depressie en angst een rol kunnen spelen bij het ontstaan van persisterende suïcidaliteit (Elzinga e.a., 2021). Vaak is er sprake van meervoudige, complexe problematiek. In de praktijk zien we dezelfde problematiek bij jongeren als bij volwassenen. Verder lijkt in de praktijk persisterende suïcidaliteit bij jongeren vaak voor te komen in combinatie met een licht verstandelijke beperking (LVB) of eetstoornis. Ook speelt er vaak veel problematiek in het gezin.

### **2.2.2 Suïcidaliteit als copingsvorm en onderdeel van de identiteit**

#### **De adolescentiefase**

Voor jongeren geldt dat de adolescentiefase overweldigend kan zijn. Er vinden lichamelijke en hormonale veranderingen plaats, maar ook zijn er veranderingen in de verwachtingen van wat de jongere kan. Die verwachtingen nemen zowel bij de jongere zelf als diens omgeving toe. Ondertussen zijn de hersenen, en dus de vaardigheden om aan de verwachtingen te kunnen voldoen, nog volop in ontwikkeling. Denk aan vaardigheden zoals het overzien van korte- en langetermijngevolgen, overzicht bewaren en omgaan met emoties. Dit kan tot een spagaat leiden. Dit kan stress geven en ervoor zorgen dat emoties oplopen. Als de jongere dan over onvoldoende emotieregulatievaardigheden beschikt, dan kan de overweldiging leiden tot het ontwikkelen van suïcidaliteit als copingsmechanisme.

Suïcidaliteit kan door de jongere ingezet worden als coping om te ontsnappen aan de uitdagingen van de adolescentie, zoals de ontwikkeling in identiteit en autonomie, en losmaking van het gezin.

Bij persisterende suïcidaliteit wordt suïcidaliteit vaak geleidelijk aan een vorm van coping. De eerste keer dat een jongere aan suïcidaliteit denkt, wordt de suïcidaliteit als egodystoon ervaren: de jongere vindt het vreemd en heeft er last van. Als de suïcidaliteit na verloop van tijd echter een copingsvorm wordt (die bijvoorbeeld helpt om met overweldigende emoties om te gaan), dan kan de suïcidaliteit egosyntoon worden. Dat betekent dat de suïcidaliteit deel gaat uitmaken van wie de jongere is: het wordt beschouwd als onderdeel van zichzelf (Schwartz, 1979).

Vaak zie je dat suïcidaliteit steeds vaker en voor steeds minder ingrijpende gebeurtenis als vorm van coping wordt ingezet. De suïcidaliteit gaat steeds 'normaler' en als nuttig aanvoelen. Aan de ene kant lijdt de jongere onder de suïcidaliteit, maar aan de andere kant brengt het de jongere ook wat. Dit kan invloed hebben op de motivatie om aan de suïcidaliteit te werken.

Suïcidaliteit kan bijvoorbeeld een manier zijn om (Koudstaal, Kerkhof & Meijer, 2021; Paris, 2004):

- een gevoel van grip te krijgen op pijnlijke emoties. Suïcidale gedachten en gedrag kunnen een gevoel van troost geven; de gedachte aan een ontsnapping kan kalmerend werken.
- een gevoel van controle te krijgen. Als je overspoeld raakt door emoties, kun je het gevoel krijgen dat je geen controle hebt op wat er in je en buiten je om gebeurt. Het idee zelf te beschikken over het eigen leven kan het gevoel van controle teruggeven.
- te communiceren over gevoelens en de verbinding met anderen te zoeken. Het kan een manier zijn om een ander duidelijk te maken dat de wanhoop en de stress groot zijn. Zeker als de persoon denkt of heeft geleerd dat het de enige manier is om gehoord te worden. Uitingen van suïcidaliteit leveren vaak in eerste instantie een luisterend oor, toename van de hulp en lagere verwachtingen op.



## 3. LANGDURIGE WERKRELATIE

Lees eerst hoofdstuk 3. Contact maken en houden in de **leidraad**. Hierin staat uitgebreid beschreven hoe je contact kan maken.

Contact maken met jongeren en hun wanhoop, hun naasten en het professionele netwerk is essentieel bij suïcidepreventie. Maar hoe behoud je contact in een langdurige werkrelatie die regelmatig onder druk komt te staan vanwege de dreiging van suïcidale crises?

### 3.1 Langdurige therapeutische werkrelatie met de jongere

Bij persisterende suïcidaliteit is een langdurige werkrelatie waarin blijvend geïnvesteerd wordt van groot belang. Blijvend investeren is belangrijk omdat de relatie door de voortdurende dreiging van een suïcidale crisis onder druk kan komen te staan. Ook is het vermogen om van anderen te durven leren (epistemisch vertrouwen) bij mensen met persisterende suïcidaliteit vaak verwoest (Van Duursen & Knapen, 2017). Door vervelende ervaringen zowel binnen als buiten de behandelkamer kan het vertrouwen in anderen beschadigd zijn. Jongeren kunnen wantrouwend zijn tegenover de professional. Hierdoor zijn ze soms moeilijk te bereiken. Het is dan des te belangrijker te investeren in een veilige behandelrelatie en om het vertrouwen te winnen. Een open, betrokken, geïnteresseerde, nieuwsgierige, transparante, betrouwbare en empathische houding helpt daarbij. Bij het winnen van het vertrouwen kan het helpen om (Hutsebaut, 2017):

- de naam van de jongere te noemen;
- oogcontact te maken;
- op een liefdevolle en evengoed soms directieve toon te spreken;
- de boodschap mee te geven dat je over de jongere hebt nagedacht en op basis daarvan denkt dat iets belangrijk voor hem is. Zeg bijvoorbeeld: “Ik dacht na over wat je de vorige keer zei en ik denk dat ...”;
- te doen wat je zegt en te zeggen wat je doet.

Jongeren met persisterende suïcidaliteit die geïnterviewd zijn voor deze handreiking, geven de volgende tips over contact maken en een werkrelatie opbouwen:

- Neem alle suïcidale uitingen serieus, ook als een jongere vaak in een opwelling zegt dat het niet goed gaat en dat het leven geen zin meer heeft. Denk niet dat het maar een manier van aandacht vragen is, maar ga ook niet direct op het beheersen zitten. Probeer contact te maken met de machteloosheid, uit te zoeken waarom de suïcidaliteit is opgelopen en dan te kijken naar de behoeften.
- Wees oprecht en eerlijk.
- Wees voorspelbaar en betrouwbaar door afspraken na te komen, te zeggen wat je doet en te doen wat je zegt. En ook door verbaal hetzelfde te zeggen als je non-verbaal laat zien.
- Betrek jongeren bij elke stap die je overweegt of zet.
- Voorkom uitspraken die duiden op uitzichtloosheid zoals: “Niet iedereen is te redden.”
- Erken dat suïcidedgedachten en het verlies van hoop zwaar kunnen zijn. Geef tegelijkertijd aan dat jij hoop houdt dat het beter wordt. Zeg bijvoorbeeld: “We zien dat je de hoop kwijt bent en hoe zwaar je het hebt. Ondanks dat je zelf geen hoop hebt, houden wij wel hoop. We geven je niet op, ook niet als je het zwaar hebt.”
- Pas de communicatiestijl aan op wat de jongere op dat moment nodig heeft. Zo kan een jongere het ene moment meer behoefte hebben aan kort en bondig en het andere moment aan veel uitleg en onderbouwing.

- Blijf bij de jongere, ook als deze je probeert af te stoten. Dat afstoten gebeurt om een reden. Ga desnoods naast de jongere zitten en doe verder niets, maar laat zien dat je er bent.
- Denk mee, maar laat de regie bij de jongere. Zeg niet: “Dit staat in je veiligheidsplan, dus ga dat doen.” Zoek in plaats daarvan samen naar wat de jongere nodig heeft. Daarvoor kan het veiligheidsplan natuurlijk wel als input gebruikt worden. Houd er hierbij rekening mee dat wat de ene week hielp, de volgende week niet hoeft te helpen.
- Geef de jongere, als er sprake is van een behandelteam, de ruimte om met elke professional een andere relatie te hebben. Verplicht de jongere niet om met iedereen te kunnen praten. Jongeren snappen vaak wel dat ze met meerdere professionals over hun suïcidaliteit moeten praten, zodat niet alles bij één professional wordt gelegd. Toch kan het voorkomen dat ze het niet over de suïcidaliteit willen hebben met andere professionals. Leg hier geen druk op. Benoem dat de jongere hier vast een goede reden voor heeft en vraag of deze de reden wil delen. Aan de andere kant moet ook aan de jongere uitgelegd worden, dat een bepaalde professional niet altijd beschikbaar is of meteen kan luisteren. Soms kan het niet anders dan het ook met een ander te bespreken. Zoek daar samen de balans in. Wat helpt is om samen afspraken te maken over welke professionals in welke fase van het signaleringsplan kunnen worden ingezet.

Overige tips van professionals:

- Maak eerst contact en ga daarna pas vragen naar suïcidaliteit. Praat met elkaar van mens tot mens. Dit helpt om tot een vertrouwensband te komen. Na een suïcidepoging kan het echter fijner zijn om niet om het onderwerp heen te draaien.
- Contact maken is niet het doel op zich, maar een middel om samen te werken. Blijf dus continu investeren in contact maken en behouden. Als er geen contact is, is er geen samenwerking.
- Laat de jongere voelen dat deze als persoon geaccepteerd wordt.
- 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: “Het zou zonde zijn als niemand meer van jouw kunstwerken kan genieten”, maar zeg: “Wat mooi hoe jij via je creativiteit over je gevoelens praat.”
- 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.”

### 3.2 Langdurige samenwerking met de jongere en de naasten

Persisterende suïcidaliteit legt ook druk op de omgeving van de jongere. Vanuit die omgeving wordt weer druk op jou gelegd. Een goede werkrelatie met de naasten kan helpen om de druk voor zowel jou als de omgeving te verminderen. Je kunt het volgende doen:

- Investeer in het winnen van het vertrouwen van de jongere en de naasten. Dat doe je door contact te maken:
  - » Wees open en onbevooroordeeld.
  - » Wees nieuwsgierig en geef ruimte aan ieders verhaal.
  - » Erken de gevoelens van elk gezinslid.
  - » Wees transparant, spreek verwachtingen naar elkaar uit.
  - » Wees betrouwbaar, doe wat je zegt en zeg wat je doet.
  - » Check regelmatig of de jongere en het gezin zich gehoord voelen.
- Vraag aan de jongeren en de naasten wat hun ideeën zijn over de suïcidaliteit en wat zij denken dat nodig is. Wat zijn hun verwachtingen? Maar ook: wat zijn jouw ideeën? Hoe komen de ideeën overeen of hoe spreken die elkaar tegen? Hoe kunnen jullie elkaar weer vinden?
- Bespreek eerlijk welke scenario's er zijn. Wat zijn de mogelijkheden, welke risico's zijn daaraan

verbonden, wat kan niet of doen we niet en waarom niet? Probeer vanuit daar samen tot een gedeelde visie te komen.

- Weet je even niet wat je moet doen? Zeg dan ook gewoon dat je het even niet weet. Dat laat zien dat je mens bent en draagt bij aan een gelijkwaardige relatie. Denk er voordat je het deelt wel over na hoe de jongeren en de ouders erop zullen reageren. Veel jongeren en ouders vinden het heel fijn en helpend om te horen, maar sommigen kunnen er ook van in paniek raken.
- Beperk wisselingen van professional zoveel mogelijk. Na elke wisseling wordt het lastiger voor de jongere en het gezin om hun verhaal te doen. Veel wisselingen kunnen leiden tot een verlies van vertrouwen in de hulpverlening en bevestiging van gedachten als niemand kan mij helpen. Zie ook hoofdstuk 6. **Continuïteit van zorg**.
- Houd tijdens een opname of na een poging contact met de jongere en het gezin.
- Benadruk de gelijkwaardigheid en dat je suïcidepreventie samen doet. Vertel dat je de ouder als volwaardig partner ziet en dat je ruimte wil geven aan hun perspectief en emoties, en de dingen waar ze tegen aanlopen.
- Geef aan dat jij en jouw collega's er zijn voor de jongere, maar ook voor het gezin. Als er vragen zijn of iemand ergens mee worstelt, kijk dan wat gedaan kan worden om het gezin te ondersteunen. Alleen al een luisterend oor bieden kan helpend zijn. Verder kan je denken aan handvatten geven over omgaan met suïcidaliteit, helpen bij het samen oppakken van activiteiten, moed inpraten door te vertellen dat elk gezin zich kan hernemen en helpen bij het vinden van de juiste zorg als er psychische klachten spelen. In de **leidraad** worden in paragraaf 9.11 hechtingsgerichte behandelingen besproken. In het kader van persisterende suïcidaliteit noemen we ook nog geweldloos verzet en verbindend gezag.

### **Geweldloos verzet**

Geweldloos verzet, ontwikkeld door Haim Omer, richt zich op ouders van kinderen die probleemgedrag vertonen. Bij geweldloos verzet leren ouders op een geweldloze manier weerstand te bieden zonder zich te laten meeslepen in een steeds groter wordend conflict. Uit praktijkervaring blijkt dat geweldloos verzet van meerwaarde kan zijn in de ondersteuning van gezinnen met jongeren bij wie suïcidaliteit speelt, bijvoorbeeld doordat het gevoel van verbondenheid toeneemt. Er bestaat ook een geweldloos verzet-programma dat zich richt op het omgaan met suïcidedreigingen (Omer & Dolberger, 2015). Het effect van het programma gericht op suïcidaliteit is nog niet onderzocht.

### **Verbindend gezag**

Verbindend gezag richt zich ook op de ouders. Het is gebaseerd op geweldloos verzet, maar voegt daar nog iets aan toe. Bij verbindend gezag investeer je eerst in de relatie met een jongere zonder er iets voor terug te verwachten. Pas daarna wordt bij onacceptabel gedrag overgegaan tot het bieden van weerstand op een geweldloze manier. Er is een oudertraining Verbindend gezag ontwikkeld voor ouders van wie hun kind kampt met suïcidaliteit. Uit een kleinschalig kwalitatief onderzoek naar deze training blijkt dat ouders zich minder machteloos voelden en meer openheid, houvast en zelfvertrouwen ervoeren. Ze merkten dat de verbinding met de jongere en relaties in het gezin verbeterden. Ook stopte het zelfbeschadigende gedrag van de jongere. De suïcidale uitingen stopten of namen af (Van Dongen e.a., 2023).

- Vraag regelmatig hoe het met de ouders en brussen gaat en wat zij nodig hebben. Houd zicht op de draagkracht van het gezin en kijk of er extra ondersteuning nodig is. Voor de brussen is het belangrijk dat hun ontwikkeling zo min mogelijk beïnvloed wordt door de persisterende suïcidaliteit van hun broer of zus. Kijk hoe ze betrokken kunnen worden en welke voorlichting gegeven kan worden, zodat ze enerzijds hun broer of zus kunnen steunen en anderzijds zich ook vrij voelen om 'kind' te zijn, zich verder te ontwikkelen en zelf om hulp te vragen.

- Heb aandacht voor de relatie van de naasten met de jongere. Vaak zie je dat een gebrek aan vertrouwen overheerst en het gevoel vertrouwd te zijn met elkaar in het geding komt (Van Luyn & Kerkhof, 2019). Voor herstel adviseren Van Luyn en Kerkhof het volgende. Sta stil bij:
  - » de onderlinge loyaliteit;
  - » de dingen die de naasten verzwegen of niet gedaan hebben uit angst dat de suïcidaliteit bij de ander zou verergeren;
  - » ieders leed vanwege de suïcidaliteit en zet indien nodig traumaverwerking in;
  - » hoe je samen weer activiteiten op kan pakken, en plezier en vertrouwelikheden kan ervaren.
- Reflecteer op je werkrelatie met de jongere en naasten.

### **Een rol voor ervaringsdeskundigen**

Jongeren en naasten met ervaring kunnen veel betekenen voor de jongere en hun ouders. Ze kunnen veel vragen over het behandelproces beantwoorden en vanuit hun ervaring de weg wijzen in het jeugdhulpverleningslandschap. Ze kunnen ook steun geven als het gaat om meer persoonlijke vraagstukken, zoals in het geval van de ouder over hoe je zorgt voor je andere kinderen of bij een jongere wat die kan delen met vrienden. Ook kunnen zij hoop en vertrouwen geven.

## 4. AUTONOMIE EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

---

Over het algemeen is het bij persisterende suicidaliteit belangrijk om de regie zoveel mogelijk bij de jongere te houden. Richt je in de behandeling daarom op het versterken van de autonomie. Als je de regie (te snel) overneemt, dan kan dat namelijk afhankelijkheid en machteloosheid in de hand werken omdat de jongere het idee kan krijgen dat deze zelf niets tegen de suïcidedgedachten of heftige emoties kan doen. Als je de regie bij de jongere laat, kan je samen met de jongere en naasten werken aan het begrijpen van de suïcidaliteit en manieren om zelf met overweldigende gedachten en emoties om te gaan. Dat zorgt ervoor dat het suïciderisico op de lange termijn afneemt (Van Duursen & Knape, 2017). Zorg er bij het geven van regie voor dat je aansluit op het ontwikkelingsniveau van de jongere. Dit doe je door met de jongere en naasten te onderzoeken wat de jongere voorheen zelf deed en (aan)kon.

### **Emma aan het woord over autonomie (uit Pelzer & Van den Bogaard, 2021)**

“De eerste maanden in een instelling had ik altijd weinig tot geen eigen regie. Ik wist niet anders dan dat er constant afwegingen werden gemaakt over mijn veiligheid of behandelmotivatie. Er hing vaak een zieke sfeer. Ik had het idee op te moeten boksen tegen mijn groepsgenoten om hulp te krijgen. Ik had door dat je niet om hulp moest vragen in woorden, maar in gedrag. Het had voor mij geen zin als medewerkers mijn tas gingen controleren, spullen afpakten of strijd voerden over bloedsuikers. Het had een idee van veiligheid, maar het heeft me vooral heel slim gemaakt in het verbergen van mijn gevoel en het omzeilen van protocollen. Toen ik heel veel eigen regie kreeg na de laatste overplaatsing, voelde ik mij in eerste instantie een beetje in de zeik genomen en voelde het als er alleen voor staan. Maar het heeft me uiteindelijk echt heel veel gebracht. Het was weer helder dat ik het zelf kon en dat niemand het voor mij ging doen. En dat het oké is als het even wat minder gaat. Maar dat je dan dus wel blijft nadenken over wat voor keuzes je maakt en of je daar goed aan doet.”

Regie bij de jongere houden kan ook betekenen dat je op hun verzoek soms een vrijheidsbeperkende maatregel inzet. Als zij een dergelijk verzoek hebben, bijvoorbeeld voor een opname, is het wel noodzakelijk om eerst uit te zoeken waar deze vraag vandaan komt en welk doel die dient. Jullie kunnen erop uitkomen dat de vraag een oude en inadequate manier van coping is en dat er om die reden niet ingegaan wordt op het verzoek. Als het verzoek tot opname wel ingewilligd wordt, dan is deze altijd zo kort mogelijk en wordt deze gestopt bij verslechtering van de situatie van de jongere. Dit is belangrijk om te voorkomen dat de jongere afhankelijker van de zorg wordt. Dit alles vraagt om een geduldige, begrijpende houding van de professional (Sansone, 2004; Van Luyn & Kerkhof, 2019).

### **Voorbeelden van vrijheidsbeperkende maatregelen**

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen kun je denken aan het wegnemen van spullen, toezicht op telefoongebruik, het verbieden van een relatie, fixatie of stevig vasthouden van iemand, cameratoezicht, urinecontrole, afzonderen en opname. Het is belangrijk dat vrijheidsbeperkende maatregelen zo min mogelijk ingezet worden.

Het kan best spannend zijn om autonomiebevorderend te behandelen. Vooral omdat de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel zoals een opname gevoelsmatig het suïciderisico op de korte termijn verlaagt. Dan kan het soms best lastig zijn om het effect op de lange termijn voor ogen

te houden. En dan heb je ook nog te maken met druk vanuit de jongere zelf en naasten om een maatregel in te zetten. Jongeren kunnen bijvoorbeeld druk uitoefenen omdat ze zich niet serieus genomen, belangrijk genoeg of afgewezen voelen als er niet op een verzoek tot opname ingegaan wordt. Naasten oefenen vaak druk uit omdat ze bang zijn voor letsel of een fatale afloop. Ook zelf kan je bang zijn voor een verkeerde afloop of een veroordeling door een collega. Wat vaak gebeurt, is dat professionals voorzichtiger worden als ze een poging of suicide meemaken. Dit kan maken dat ze sneller naar beheersmatige maatregelen grijpen. Wat verder belemmerend kan werken, is een ontbrekende of onduidelijke visie op autonomiegericht behandelen in de organisatie.

Het volgende kan helpen:

- Houd in je achterhoofd dat autonomiebevorderend behandelen de suicidaliteit op de lange termijn vermindert en dat je dus in het belang van de jongere handelt.
- Betrek jongeren, naasten en andere betrokken professionals zoveel mogelijk bij het vormen van het behandelbeleid, zodat je tot een behandellijn kan komen waar iedereen zich in kan vinden.
- Bespreek de zorgen die de jongere en naasten hebben. Neem de tijd en wees begripvol.
- Leg aan de jongere en naasten uit dat het belangrijk is dat niet alle aandacht naar het bestrijden van crises gaat, zodat er ook ruimte ontstaat om de onderliggende problematiek te behandelen (Van Duursen & Knapen, 2017).
- Leg aan de jongere en naasten uit het belangrijk is dat de jongere zelf leert om op alternatieve manieren met tegenslag en stress om te gaan.
- Vraag bij zowel de jongere en naasten uit wat het geven van meer ruimte oplevert: wat merken zij? Vaak zie je na enige tijd dat jongeren door meer ruimte te krijgen en meer verantwoordelijkheid te dragen juist opener worden, sneller op een adequate manier hulp vragen en beter de gevolgen van hun gedrag overzien. In het gezin worden de relaties hechter en is er meer rust. Zodra er positieve effecten worden opgemerkt, wordt het makkelijker de lijn van autonomiegericht behandelen door te zetten.
- Plan als professional het liefst elke dag een moment in voor zelfreflectie. Sta erbij stil wat er in je omgaat en of dat je handelen mogelijkwijs beïnvloedt.
- Praat met collega's over dingen die je spannend vindt of waarover je twijfelt.
- Overleg met je team welke behandel mogelijkheden er zijn per casus en welke voor- en nadelen elke optie heeft. Denk daarbij ook verder dan het eigen team of de eigen organisatie. Is er een samenwerking nodig met externe experts om kennis in te winnen of een deel van de behandeling te kunnen uitvoeren?

### **Commitment binnen 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 autonomiebevorderend te handelen. Het helpt als je organisatie een duidelijke visie afgeeft over autonomie bij jongeren met persisterende suicidaliteit en ervoor zorgt dat er intervisieaandacht is voor dit thema.

## **4.1 Autonomiebevorderend behandelen**

Hoe kun je autonomiebevorderend behandelen?:

- 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 suicidaliteit is ontstaan of verergert. Wanneer begon het en wat waren de triggers? Hierbij kan je bijvoorbeeld gebruikmaken van dagboeken of registraties. Vanuit daar kan je samen nadenken over

andere manieren om met de triggers om te gaan (Van Duursen & Knapen, 2017). Stel een structuurdiagnose op (zie **leidraad**, paragraaf 9.4).

- Heb aandacht voor beschermende factoren. Bij het maken van een structuurdiagnose is het belangrijk specifiek de beschermende factoren te noemen. Deze factoren kunnen aanknopingspunten geven voor het vergroten van de autonomie. Stel, het gezin van de jongere heeft een hond. Dan kun je afspreken dat de jongere de zorg voor de hond op zich neemt. Dat kan een gevoel van zelfstandigheid en autonomie vergroten.
- 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).

### **Hoe stel je grenzen?**

Dat doe je bijvoorbeeld als volgt: “Ik ben er voor je en het mag altijd gaan over suicidaliteit. We kunnen samen onderzoeken wat maakt dat de suicidaliteit opspeelt en wat jou kan helpen. Wel vraag ik je op tijd eerlijk aan te geven dat het oploopt en niet pas als je de keuze al hebt gemaakt.”

Een andere grens kan zijn: “Ik wil jou leren om op een gezonde manier aandacht voor jezelf te vragen. We gaan samen uitzoeken hoe je dat kan doen. Tot nu toe heb je ervaren dat je aandacht krijgt als je uitspreekt dat je een einde aan je leven wil maken. Wij gaan oefenen hoe je op een andere manier aandacht kan vragen. Dat betekent niet dat het nooit over zelfmoord mag gaan, want het is juist belangrijk het hier wel over te hebben. Alleen niet als manier om aandacht te krijgen.”

- Bespreek met de jongeren dat zij verantwoordelijk zijn voor het open en eerlijk bespreken van hun suicidaliteit en de fluctuatie hierin (Van Luyn & Kerkhof, 2019).
- Leg de verantwoordelijkheid voor het gedrag steeds terug bij de jongere. Heb het over de gevolgen van het gedrag van de jongere en wat er gebeurt als de jongere nu zelfmoord pleegt (Van Duursen & Knapen, 2017). Stel vragen als: wie zou jou missen als je er niet meer bent? Vraag door en werk ernaartoe dat de jongere inziet dat naasten geraakt zullen worden en niet zomaar doorgaan met het leven. Laat de jongere zichzelf afvragen hoe de naasten echt zouden reageren. Vraag bijvoorbeeld: zou je moeder verdrietig zijn? Zou ze zich ziek melden op het werk? Bied hierbij nabijheid en voorkom strijd.
- Maak afspraken over wanneer de crisisdienst wel en niet wordt ingeschakeld, zowel doordeweeks als in het weekend (Van Duursen & Knapen, 2017). Als de jongere al een dossier heeft bij de crisisdienst, deel dan ook de gemaakte afspraken met de medewerkers daar.
- Bekrachtig nieuw adequaat gedrag, zoals het op een rustige manier om hulp vragen in plaats van zeggen dat je zelfmoord pleegt. 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).
- Zorg dat er een breed gedragen behandelbeleid is, iedereen op dezelfde wijze werkt en je je als professional gesteund voelt door de organisatie waar je werkt (Van Duursen & Knapen, 2017).
- Stimuleer de jongere om zelf kleine stapjes te zetten in de behandeling.
- 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.
- Zorg ervoor dat elke jongere een signalerings- en veiligheidsplan heeft, waarin concrete signalen en acties staan die door de jongere zelf geopperd zijn. De plannen moeten afgestemd zijn met naasten en betrokken professionals.

- Het maken van een signalerings- en veiligheidsplan gebeurt vaak niet grondig genoeg. Er moet goed nagedacht worden over wat er precies in moet. Pas het goed aan de jongere aan en laat de jongere zelf nadenken over het effect van bepaalde dingen op hem: wat helpt wanneer?
- Pas het signalerings- en veiligheidsplan continu samen aan. Wat de ene week helpend is, hoeft dat de volgende week niet meer te zijn. Zie paragraaf 4.3 in de [leidraad](#) voor meer informatie over het signalerings- en veiligheidsplan.

### Waarom een veiligheidsplan?

Werken met een veiligheidsplan dat samen met de jongere is gemaakt, verlaagt het risico op suïcidaal gedrag met gemiddeld met 43% (Nuij e.a., 2021). Je kunt het [veiligheidsplan van 113 Zelfmoordpreventie](#) als basis gebruiken.

- Maak ook voor de ouders (of andere betrokken naasten) een signaleringsplan. Dit doe je uiteraard samen met de ouders. Leg daarin vast hoe zij kunnen reageren op het gedrag van de jongere als ze in paniek raken en bij wie ze zelf terecht kunnen.
- Bespreek met naasten hoe zij tegenover ruimte geven staan. Tijdens de adolescentie worden jongeren normaal gesproken zelfstandiger. Als er suïcidaliteit speelt wordt het echter lastiger om daar met elkaar een weg in te vinden. Er kan verwarring ontstaan over ieders positie en spanningen kunnen toenemen (Meerdinkveldboom e.a., 2019). Vraagstukken die bijvoorbeeld bij ouders spelen zijn: welke zelfstandigheid kan de jongere aan? Welke vrijheid is passend bij de leeftijd? En worden die vrijheden anders als er sprake is van suïcidaliteit?
- Als ouders de jongere geen ruimte willen geven, is het belangrijk uit te vragen wat daarachter zit. Toon begrip en leg geduldig uit waarom het toch belangrijk is de ruimte te geven. Ondersteun ze bij het geven van ruimte en omgaan met emoties die dit bij hen oproept.
- En als laatste, misschien wat voor de hand liggend: sta altijd open voor de inbreng vanuit de jongere en naasten, en vraag steeds naar wat de jongere wil en nodig denkt te hebben. Neem wat de jongere wenst serieus. De wens serieus nemen is overigens iets anders dan de wens inwilligen.

## 4.2 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Bij vrijheidsbeperkende maatregelen kun je denken aan het wegnemen van spullen, toezicht op telefoongebruik, het verbieden van een relatie, fixatie 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. Bij persisterende suïcidaliteit zijn mogelijke nadelige effecten dat:

- vrijheidsbeperkende maatregelen het suïcidale gedrag kunnen bekrachtigen en afhankelijkheid in de hand kunnen werken. Een opname kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de jongere aandacht krijgt, niet alleen is en er minder van de jongere wordt verwacht. Dat kan ertoe leiden dat een jongere een volgende keer bij overweldigende emoties weer een opname wil. Het risico is dat de jongere steeds meer nabijheid nodig heeft en steeds afhankelijker van een opname wordt om met de emoties om te gaan (Van Duursen & Knapen, 2017).
- vrijheidsbeperkende maatregelen behandeling in de weg kunnen staan, doordat er meer nadruk op veiligheid en suïcidepreventie wordt gelegd. Er is dan minder aandacht voor het begrijpen van de suïcidaliteit en het aanleren van andere manieren om met uitlokkers om te gaan (Van Duursen & Knapen, 2017; De Bruin, 2011). Die twee aspecten zijn nou juist zo van belang bij het verminderen van de suïcidaliteit.



- de maatregelen een autonomieversterkende behandeling in de weg staan. De jongere kan het gevoel krijgen het niet zelf te kunnen en zich daardoor hulpeloos voelen (Van Duursen & Knapen, 2017).
- een opname de afstand tussen de jongere en leeftijdsgenoten kan vergroten, bijvoorbeeld door een onderbreking van het onderwijs, niet meer uit mogen gaan met vrienden en stigmatisering: “Oh, die jongere is opgenomen geweest, daar blijf ik maar een beetje bij uit de buurt.” Los daarvan werken school en sociale contacten juist beschermend bij suïcidaliteit. Ze dragen bij aan verbondenheid en geven zin aan het leven. Dat dit door kan blijven gaan is daarom erg belangrijk.
- je door iemand uit het systeem te halen en ergens anders te plaatsen kerngedachten zoals ik hoor er niet bij kunt versterken, zeker in de adolescentie.
- de suïcidaliteit direct na opname juist verhoogd kan raken.
- bij plaatsing in een separeercel de alledaagse dingen niet meer voor afleiding kunnen zorgen. Piekeren en suïcidegedachten kunnen hierdoor toenemen (De Bruin, 2011).

Gedwongen vrijheidsbeperkende maatregelen mogen alleen als daar een wettelijke basis voor is (IGJ, 2022). In de huidige wetgeving is vrijheidsbeperking 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.

Vrijheidsbeperking moet vanwege de nadelen 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 vrijheidsbeperking wordt aangeboden, er voor voldoende personeel wordt gezorgd en er een duidelijke visie is op de inzet van de maatregelen. Als professional zelf kun je het volgende doen (De Veer e.a., 2013):

- Zorg voor een duidelijke visie op de inzet van vrijheidsbeperking, waar je als team achter staat.
- 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 vrijheidsbeperking. 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? Of overweeg je het verzoek van een jongere tot een vrijheidsbeperkende maatregel niet in te willigen? 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 het effect heeft gehad als je een maatregel wel of niet hebt toegepast.

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

Het is per situatie best moeilijk om in te schatten of een vrijheidsbeperkende maatregel nodig en helpend is. Soms is een maatregel nodig als er bijvoorbeeld iets ingrijpends gebeurt, er veel stressoren zijn, het de jongere niet lukt om te slapen, er sprake is van een psychotische episode of het gezin grote druk ervaart. Maar ook in deze situaties is het lang niet altijd nodig. Ongeacht de aanleiding, is het belangrijk dat je vragen stelt over wat er precies speelt, hoe de draagkracht van het gezin is en wat de jongere nog meer zou kunnen helpen. Pas als je dat helder hebt, kun je met elkaar beslissen of een vrijheidsbeperkende maatregel ingezet kan worden. In acute levensbedreigende situaties vindt er natuurlijk geen gesprek plaats, maar bel je 112.

#### **Vragen die je jezelf kan stellen als je een vrijheidsbeperkende maatregel overweegt**

- Wat is er gebeurd?
- Waardoor is de spanning opgelopen?
- Begrijpen we wat er nu speelt en hoe dat zo is gekomen?
- Wat zou de jongere het meeste helpen nu?
- Hoe is de thuissituatie?
- Hoe is de draagkracht van het gezin?
- Welke opties zijn er, wat zouden we allemaal kunnen doen?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze opties?
- Hoe zou een vrijheidsbeperkende maatregel de jongere op de korte termijn helpen?
- Zou de vrijheidsbeperkende maatregel ook nadelig kunnen zijn (op de langere termijn)?
- Wat levert de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel op de lange termijn op?
- Welke invloed heeft de maatregel op de trigger?

## **4.3 Opnamebeleid**

Vanwege de bovengenoemde nadelen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt over het algemeen geadviseerd om bij persisterende suïcidaliteit niet tot opname over te gaan. Dat neemt niet weg dat een korte opname in sommige gevallen wel effectief kan zijn bij persisterende suïcidaliteit (Helleman e.a., 2014).

### **4.3.1 Voorwaarden opname**

In het geval van een opname, is het belangrijk dat er aan de volgende voorwaarden wordt voldaan (Meerdinkveldboom e.a., 2019; Van Duursen & Knapen, 2017):

- De opnameduur moet zo kort mogelijk zijn en vooraf bepaald worden.
- Er moeten doelen zijn geformuleerd om aan te werken tijdens de opname. Bijvoorbeeld stabilisatie en voorbereiding op terugkeer naar huis.
- De jongere moet op een adequate manier om de opname hebben gevraagd en niet door middel van suïcidedreiging.
- Als de opname averechts werkt en de toestand verslechtert, dan wordt de opname beëindigd.
- Er wordt gereflecteerd op de ambulante behandeling.
- De ambulante behandelaar bepaalt het algemene beleid.
- De opnameafdeling is in staat om grenzen te trekken en nieuwe copingstrategieën positief te bekrachtigen.

- Er wordt actief contact gehouden met de naasten en met hen besproken of zij zich ook kunnen vinden in de afspraken die gemaakt worden gericht op de terugkeer naar huis.
- Er worden heldere afspraken gemaakt met alle betrokkenen over de periode na de opname. In de eerste periode na een opname is het risico op suïcide namelijk verhoogd (Huisman & Kerkhof, 2008).

#### **Rooming-in**

Steeds vaker worden de ouders ook mee opgenomen. Dit heeft als voordeel dat het kind niet weggehaald wordt van het gezin en ouders inhoudelijk ook gelijk meegenomen worden in de behandeling.

### **4.3.2 Benadering tijdens opname**

Als een jongere opgenomen is, geldt eenzelfde benadering door professionals als bij een ambulante behandeling. Dat betekent onder andere dat:

- je de jongere en elke suïcidale uiting serieus neemt;
- je laat blijken dat de jongere er mag zijn;
- je open en eerlijk bent;
- je wel meedenkt, maar de regie niet overneemt;
- je de jongere aanmoedigt zoveel mogelijk dingen zelf te doen;
- je grenzen durft te stellen als het gaat om het gedrag van de jongere.

#### **De rol van de ambulant behandelaar**

De ambulant behandelaar behoudt de regie. Je kunt de behandelaar vragen naar omgangstips wat betreft de suïcidaliteit van de jongere en deze raadplegen bij moeilijke situaties of besluiten.

### **4.3.3 Verergering van de suïcidaliteit**

Zet bij een opname een extra professional in als je merkt dat de suïcidaliteit bij een jongere vererbert. Zo kan er voldoende aandacht geboden worden aan de overige jongeren. 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-een aandacht kan namelijk bij een jongere tot gevoelens van afhankelijkheid leiden en suïcidaliteit als coping in stand houden. Heb het er daarom met elkaar over welk doel de aandacht dient en wat de extra aandacht met de jongere doet. Observeer de jongere, pak de structuurdiagnose erbij en evalueer achteraf of de aandacht een gewenst effect had. Hoewel ouders altijd betrokken moeten worden en niet alleen bij oplopende spanning of toenemende suïcidaliteit, kan het zeker helpend zijn de ouders in te schakelen zodra de situatie van een jongere vererbert. Dit kan ook lucht geven op de groep.

## **4.4 Alternatieven voor een reguliere opname**

Bij een opname wordt er vaak gedacht aan een opname van meerdere dagen in de JeugdzorgPlus, de ggz of een ziekenhuis. Deze opnames zijn vaak gericht op het beheersen van probleemgedrag, bijvoorbeeld suïcidaliteit. Er zijn ook andere opnamefaciliteiten.

#### **Regionaal aanbod**

De opnamefaciliteiten verschillen per regio. Het is belangrijk om op de hoogte te zijn en te blijven van de initiatieven in de eigen regio en onderling goede afspraken te maken.

Dit zijn een aantal voorbeelden:

- Time-outplek: dit is een plek waar een jongere heen kan als het hem of haar even te veel is door toenemende stress. De jongere kan hier met ondersteuning van hulpverleners proberen te ontspannen. Zo kan een crisis voorkomen worden. Een voorbeeld is **020 van Level** in Amsterdam. Zij zijn er voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar die al hulp krijgen in de ggz of binnen de jeugdhulp. De jongere kan door een behandelaar aangemeld worden voor een intake en daarna kan er een 'lidmaatschap' worden afgesloten. Wanneer nodig kan de jongere bellen, langskomen of blijven slapen.
- Verblijven binnen het eigen netwerk: soms lopen de spanningen binnen het gezin op. Voor zowel de draagkracht van de ouders als het stressniveau van de jongere kan het dan nodig zijn dat de jongere een aantal dagen bij iemand anders in het netwerk verblijft. Het is dan wel noodzakelijk dat het voor het netwerk duidelijk is wat er verwacht wordt, hoe het signaleringsplan gehanteerd kan worden en wat het behandelbeleid is.
- Bed Op Recept (BOR): BOR is bedoeld voor jongeren die kortdurend ondersteuning vanuit de kliniek nodig hebben en bij wie een langdurende opname waarschijnlijk niet voor verbetering zorgt. Per organisatie verschillen de afspraken over hoe en wanneer een BOR in te zetten is. Kenmerkend voor een BOR is dat de jongere meer autonomie heeft. Er worden vaak afspraken gemaakt met de jongere over het gebruikmaken van een BOR-bed, bijvoorbeeld maximaal een keer per maand voor maximaal 48 uur (mits er plek is). De jongere mag dan zelf bepalen wanneer het bed nodig is en leert zo prioriteren.
- Soms kan in plaats van een opname de ambulante hulp opgeschaald worden, bijvoorbeeld met:
  - » Intensive Home Treatment (IHT): er wordt dan meerdere keren per week tot meerdere keren per dag hulp aan huis geboden, zodat een jongere thuis kan blijven.
  - » extra ambulante contactmomenten bij inloophuizen, dagactiviteiten of lotgenotengroepen: geschikt voor jongeren die met name een opname inzetten om contact te hebben met mensen die hun problemen begrijpen. Bij deze opties is het wel essentieel om duidelijk te maken dat het geen crisisopvang is.
- Laat de jongere en naasten ook actief meedenken. Zij komen soms ook met creatieve en passende ideeën. In hun persoonlijke netwerk zitten soms verrassende mogelijkheden.

## 5. SAMENWERKING MET HET NETWERK

Samenwerken met de jongere, naasten, betrokken professionals, school en (sport)clubs is essentieel bij suïcidaliteit.

In hoofdstuk 5 en 6 van de leidraad wordt uitgelegd waarom samenwerken belangrijk is, hoe je deze samenwerking kan vormgeven en wat je kunt doen als een jongere niet wil dat andere mensen betrokken worden. Neem deze eerst door.

Samenwerken bij persisterende suïcidaliteit is nodig om tot een eenduidig plan en eenduidige uitvoering te komen om de suïcidaliteit en andere problemen te verminderen, realistische verwachtingen te scheppen, een goed beeld van de suïcidaliteit te houden, elkaar te helpen de suïcidaliteit te verdragen en de jongere zoveel mogelijk deel te laten nemen aan alledaagse activiteiten. Dit wordt hieronder verder toegelicht:

- Creëer draagvlak voor het behandelbeleid. Zo vergroot je de kans op een eenduidige aanpak. Draagvlak bereik je door ruimte te bieden aan ieders perspectief, elkaars visie en standpunt te respecteren, en steeds de gezamenlijke missie te benadrukken: het welzijn van de jongere.
- Zorg dat iedereen het beleid kent. Bij persisterende suïcidaliteit is het belangrijk dat de jongere, naasten, betrokken professionals, school en (sport)clubs weten wat het beleid is en op gelijke wijze handelen. In de praktijk gebeurt het nu nog vaak dat een partij iets met de beste bedoelingen maar vanuit onwetendheid doet. De ene partij kan dan bijvoorbeeld hebben gezegd “We nemen niet op”, waarna de andere partij dit wel in gang zet. Verschillen in aanpak kunnen voor verwarring zorgen bij de jongere en naasten. Uiteindelijk kan dit het vertrouwen in de hulpverlening schaden. Bij het delen van informatie is het van belang dat de jongere regie blijft voelen en het akkoord van de jongere erin meegenomen wordt.

### Voorbeeld onbekend beleid

Een jongere is in behandeling bij de ggz. Tijdens de behandeling wordt ingezet op het vergroten van de autonomie en het versterken van de emotieregulatie. Er worden daarom geen opnames gedaan. De jongere vraagt weleens om een opname, maar in samenspraak wordt steeds besloten dit niet te doen. De reden daarvoor is dat de opname vanuit de jongere dient om emotioneel gezien te worden, zonder met een bekende over problemen te hoeven praten. De jongere is aan het leren meer te delen met bekenden, zodat de emotionele erkenning ook thuis ervaren kan worden. In het weekend zegt de jongere tegen de voetbaltrainer dat er echt een opname moet komen en dat niemand de jongere serieus neemt. De trainer gaat erin mee en versterkt zo het gevoel van de jongere. De trainer is boos en vindt het belachelijk dat er geen opname wordt geregeld. De trainer wist echter niets af van het behandelbeleid. Als deze het wel had geweten, had deze op een andere manier kunnen reageren.

- Kom regelmatig samen. Bespreek tijdens de bijeenkomst de huidige suïcidaliteit, of er factoren spelen die een crisis kunnen uitlokken, de laatste afspraken met de jongere en het netwerk en de overwegingen daarbij, of er van de andere professionals verwacht wordt iets wel of juist niet te doen en waarom.
- Deel met elkaar wat je ziet. Het is belangrijk dat je met elkaar praat over hoe het met de jongere gaat. Soms zie je bijvoorbeeld als ouder iets dat de professional niet opvalt en andersom gebeurt dit ook. Deel informatie met elkaar en help elkaar om zo goed mogelijk aan te sluiten bij wat de jongere nodig heeft. Voer de gesprekken zoveel mogelijk in afstemming met of in het bijzijn van de jongere zelf.

- Leer samen de suicidaliteit te verdragen. Elkaar vasthouden en nabij zijn lijken hierin van belang. Ondersteun elkaar in wat je kan doen om met suïcidale uitingen en suïcidaal gedrag om te gaan.
- Werk samen om de jongere zoveel mogelijk deel te laten nemen aan het dagelijkse leven. Jongeren moeten zoveel mogelijk naar hun school en (sport)clubs kunnen gaan. Het gebeurt weleens dat een jongere niet welkom is op school of de (sport)club. Meestal is dit uit angst voor de invloed van het gedrag van de jongere op andere jongeren. Het nadeel hiervan is dat de jongere gezien het persisterende karakter van de suïcidaliteit langdurig van het dagelijks leven wordt afgesloten. Als gevolg nemen de verbinding met leeftijdsgenoten en de zingeving af. Ook wordt de drempel hoger om op den duur wel weer deel te nemen aan het dagelijks leven. Als zorgprofessional kun je met de school en de (sport)club in gesprek gaan over hoe de jongere veilig kan blijven komen.

### Tip

Wijs scholen en de (sport)clubs op de **Vraag maar-training** en maak ze bewust van signalen die erop wijzen dat andere jongeren mogelijk ook suïcidaal zijn.

- Vergeet de vrienden van de jongere niet. Vrienden van de jongere die kampt met persisterende suicidaliteit weten vaak veel van de jongere. Ook willen ze vaak weten wat zij kunnen doen, op zo'n manier dat ze zich er zelf ook goed bij voelen. Vrienden gaan vaak hun eigen grenzen over om de jongere te helpen. Ze beloven bijvoorbeeld dat ze geheimhouden wat de jongere hen vertelt, terwijl het nogal wat is om in je eentje mee rond te lopen. Vaak nemen vrienden na een tijdje onbewust afstand, omdat het dragen van het geheim te veel voor ze wordt. Dat kan leiden tot een contactbreuk. Door vrienden en hun ouders ook educatie en handvatten te geven, kan de vriendschap blijven bestaan op zo'n manier dat de vriend geen grenzen overgaat en geen emotionele problemen ontwikkelt. Overleg voordat er met een of meerdere vrienden gesproken wordt altijd met de jongere, de ouders, de vrienden en hun ouders.
- Evalueer het beleid met alle betrokkenen. Spreek een datum af, maar evalueer eerder als de jongere, een naaste of een professional dit nodig acht (Van Duursen & Knapen, 2017).

### Als jongeren hun ouders niet willen betrekken

Jongeren voelen er in eerste instantie vaak niet zoveel voor om de ouders te betrekken. Dat heeft vaak te maken met schaamte, schuldgevoelens en het idee anderen tot last te zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld zeggen: "Jij mag het niet tegen mijn ouders zeggen, want dan doe ik mezelf iets aan." Wat doe je daarmee? Je kan bijvoorbeeld zeggen: "Ik zou wel een heel slechte behandelaar zijn als ik jou hier alleen mee rond laat lopen ...". Je kan ook uitleggen hoe het 'conflict van plichten' werkt en dat jij het gezien de situatie wel nodig vindt de ouders in te lichten. Meer over naasten betrekken vind je in de **leidraad** in paragraaf 3.4 Als contact maken moeilijk is ... en 5.1.5 Geheimhoudingsplicht versus zorgplicht.

## 6. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Continuïteit van zorg is het bieden van de juiste, passende zorg aan de jongere en hun gezinnen zonder onderbreking in de tijd met zo min mogelijk wisselingen. Als er toch een wisseling plaatsvindt, dan is een warme overdracht van groot belang. Een bijzonder moment dat aandacht verdient, is de overgang van jeugdhulp naar volwassenenzorg.

In paragraaf 10.8 Continuïteit van zorg in de **leidraad** lees je meer over het belang van continuïteit van zorg.

Bij persisterende suïcidaliteit is het extra belangrijk dat er zo min mogelijk wordt doorverwezen. De problematiek bij jongeren met persisterende suïcidaliteit is meestal complex. Het gebeurt vaak dat als het één behandeld wordt, iets anders naar boven komt. Momenteel wordt een jongere dan doorverwezen naar een ander (Van de Koppel e.a., 2022). Zorgaanbieders, behandelprogramma's en teams wisselen soms in rap tempo af. Uit een onderzoek van Spijk-De Jonge e.a. (2022) bleek dat er per jongere (n = 30, tussen 8-18 jaar) tot aan het moment van het onderzoek gemiddeld 9,5 trajecten waren gestart. De vele nieuwe gezichten en veranderingen in behandelbeleid kunnen overweldigend voor de jongere zijn. Het kan voor jongeren soms voelen alsof ze 'doorgeschoven' worden. Dat kan gedachten als ik ben anderen tot last en niemand kan mij helpen bevestigen. Doorverwijzen kan er ook voor zorgen dat waardevolle informatie verloren gaat en niemand het totaalplaatje nog voor ogen heeft. Het is onder andere daarom van belang dat er een stevig zorgnetwerk om de jongere heen wordt gebouwd. In het netwerk kan zorgprogramma-overstijgend samengewerkt worden met jongere, naasten en betrokken professionals, kan elkaars expertise benut worden en kan de verantwoordelijkheid samen gedragen worden (Van de Koppel e.a., 2022).

### Opschalen versus doorverwijzen

Als de problematiek verandert, zwaarder of complexer wordt, verwijst dan niet direct door. Kijk eerst of je kan opschalen binnen de eigen organisatie. Vraag bijvoorbeeld of een externe gespecialiseerde partij wil meedenken of langs wil komen voor een gesprek met de jongere en naasten. Als je wel doorverwijst, blijf dan zelf ook betrokken.

Betrokken blijven is ook belangrijk als een jongere van complexere naar lichtere zorg gaat. Als behandelaar in de complexe zorg weet je namelijk wat wel en niet helpt, ook als het even wat slechter gaat. Je kunt de andere behandelaar op weg helpen en ondersteunen.

In de praktijk komt het vaak voor dat suïcidaliteit een contra-indicatie is. Daardoor kunnen jongeren zich niet overal aanmelden en worden behandeltrajecten vaak halverwege gestopt. Dit kan erg frustrerend zijn voor een jongere en de suïcidegedachten versterken. Het maakt dat jongeren steeds meer gaan denken dat ze 'complex' zijn, 'niet geholpen' kunnen worden en 'weggestuurd worden' als ze openlijk over suïcidaliteit praten.

Het sluit beter aan om binnen de organisatie te kijken wat er gedaan kan worden voor de jongere. Denk aan de inzet van een parallelle behandeling gericht op de suïcidaliteit en het inroepen van expertise van buitenaf. In Utrecht is er bijvoorbeeld een suïcide-expertiseteam voor jongeren opgestart (SET-J). Dit team kun je als professional inschakelen bij vragen over suïcidaliteit. Door specifieke expertise over te dragen aan professionals hoeft er minder doorverwezen te worden. Daarnaast is het goed om binnen een organisatie waar suïcidaliteit een contra-indicatie is na te gaan

wat professionals nodig hebben om minder te schrikken en in de kramp te schieten bij een uiting van suicidaliteit. Denk bijvoorbeeld aan het aanbieden van een laagdrempelige training. Er kan dan meer ruimte voor contact en groei van de werkrelatie ontstaan, waardoor doorverwijzen naar een ander vaak niet eens hoeft.

Houd contact met elkaar als de jongere toch naar een andere plek gaat. Als er een tijdelijke onderbreking is, bijvoorbeeld door een opname, bespreek dan waarom er een onderbreking is en dat de jongere terug mag komen. Blijf tijdens de opname contact houden en probeer ook daadwerkelijk langs te gaan. Als de jongere definitief naar iemand anders of een andere plek gaat, is het belangrijk dat er een mondelinge overdracht plaatsvindt. De jongere en naasten hoeven dan niet alles opnieuw te vertellen. Tegelijkertijd is het voor de nieuwe professional duidelijk wat er tot nu toe al gedaan is en wat helpend was en wat juist niet. Dit helpt de nieuwe professional bij het opstarten van een goede werkrelatie met de jongere.

### **Begeleiden bij een overgang**

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



# 7. SOCIALE MEDIA

Sociale media kunnen steunend en beschermend zijn. Ze kunnen de eenzaamheid doorbreken, en herkenning, erkenning en hoop geven. Aan de andere kant kan het gebruik van sociale media suïcidaliteit triggeren, aanmoedigen of normaliseren (Sedgwick, 2019; John e.a., 2018; Robinson e.a., 2016). Zie ook figuur 1 voor veelvoorkomende risico's.

Figuur 1: Vier veelvoorkomende risico's bij socialemediagebruik

## Sociale media en suïcidaliteit bij jongeren

**Likes voor ziek zijn**

#depressie #mentalhealth #recovery

Geef niet op!  
Je bent zo dapper  
Het komt goed!

#tishiergezellig!

1 reactie: Ik dacht dat het zo slecht ging!

**Getriggerd worden door anderen**

#weermislukt

We kunnen je niet missen!  
Je betekent veel voor mij.  
Hou vol

Zou ik ook zoveel steun krijgen als ik een poging doe?

**Normaliseren van suïcidaliteit**

**Groepsleden:**

- Dying inside
- oKéNIeEtOkE
- Overdedatum
- Scherfje
- HowlingMoon
- Darkman
- Waardeloos
- Whocares
- Fake smile

Vandaag wil het even niet.

Ohhh, watskeburt???

Glad when its finally over. #byebye

See you in a better place.

Iedereen die ik ken ziet het leven niet meer zitten.

**Negatief denken over hulpverlening**

What a lie!

24/7 in de gaten gehouden, wc onder toezicht, mijn spullen afgepakt!

Als ik hulp vraag, moet ik straks ook daar heen.

113 zelfmoordpreventie

www.113.nl

Recent is er onderzoek verricht naar het gebruik van sociale media onder jongeren die overleden zijn door suïcide. Uit dit onderzoek bleek dat overmatig gebruik en afhankelijkheid van sociale media, schadelijke sociale vergelijking, triggers en imitatie, cyberpesten, en het ontwikkelen en onderhouden van een online identiteit rondom suïcidale gedachten en gedrag belangrijke thema's waren in het leven van de jongeren (Balt e.a., 2023).

Al deze thema's spelen ook bij jongeren met persisterende suïcidaliteit. Specifiek bij jongeren met persisterende suïcidaliteit komt het vaak voor dat een online identiteit, waarbij zelfverwonding en suïcidaliteit centraal staan, de suïcidaliteit in stand houdt. Als jongeren via sociale media veel delen over hun problemen, is de kans groot dat ze veel steunbetuigingen en likes krijgen. Van naasten, maar ook van anderen die hetzelfde doormaken als de jongere. Deze berichten en likes zorgen ervoor dat het ziek zijn nog meer een onderdeel van hun identiteit wordt (Mérelle e.a., 2019). Als het beter met de jongere gaat en dat ook duidelijk blijkt uit de berichten die de jongere plaatst, nemen het aantal reacties en likes waarschijnlijk af. Dit komt omdat mensen vaker spannende en negatieve berichten liken en een deel van de volgers zich niet langer in de inhoud herkent: voor hen geldt dat zij zich nog steeds ellendig voelen. De afname van reacties en likes kan ervoor zorgen dat iemand zich weer naar gaat voelen en suïcidaal wordt, bijvoorbeeld door gedachten als niemand kijkt meer naar me om en ik doe er niet toe. De kans bestaat dat de jongere opnieuw berichten over zelfverwonding en suïcidaliteit plaatst, en een toename in reacties ervaart. Zo kan sociale media de suïcidaliteit in stand houden en versterken.

Bij persisterende suïcidaliteit is het volgende extra belangrijk:

- Vraag uit of de jongere deelneemt aan online community's en fora over zelfbeschadiging en suïcidaliteit. Stel bijvoorbeeld de volgende vragen:
  - » Op welke manier gebruik je apps en sociale media?
  - » Zoek je op internet weleens naar mensen die met hetzelfde worstelen als jij? Waar vind je die?
  - » Deel jij je verhaal op internet? Welke reacties krijg je? Wat doen die met jou?
  - » Krijg je hulp van iemand? Zo ja, hoe ziet die hulp eruit?
- Bespreek met de jongere hoe online aandacht de suïcidaliteit in stand kan houden. Bereid de jongere erop voor dat het aantal reacties en likes waarschijnlijk afneemt als de jongere berichten plaatst waaruit blijkt dat het beter gaat. Bespreek waardoor dat komt en wat het eigenlijk zegt.
- Bekijk met de jongere de online contactpersonen. Behoud de helpende contacten en bespreek of de niet-helpende contacten verwijderd kunnen worden.
- Wijs de jongere op steunende online initiatieven, zoals [Houdmoed.nl](https://houdmoed.nl) waarop herstelverhalen gedeeld worden.

In de [leidraad](#) lees je in hoofdstuk 8 meer over de rol van sociale media bij suïcidaliteit en wat je als professional kan doen.

## 8. EUTHANASIE

---

Euthanasie betekent een zelfgekozen levenseinde met behulp van een arts. Het komt voor dat jongeren die langdurig of herhaaldelijk suïcidegedachten hebben, vertellen dat ze aan euthanasie denken. Jongeren noemen bijvoorbeeld als reden dat ze een waardig einde willen, het netjes willen doen voor hun omgeving, het minder eng vinden of het rust geeft als ze horen dat het mag. Hoe ga je daar als professional mee om?

Er is geen wetenschappelijke evidentie over de juiste gespreksvoering bij euthanasie bij jongeren met suïcidaliteit. Wel blijkt uit ervaring van professionals dat ook hier het contact maken weer van groot belang is: neem het serieus en ga met een open houding het gesprek aan met de jongere over de doodswens, de wanhoop en de drijfveren. Het praten hierover geeft de jongere het gevoel gehoord en gezien te worden en ook kan het soms ruimte geven voor herstel. Als het zover komt dat de jongere daadwerkelijk een verzoek wil indienen, bespreek dit dan met collega's en vraag consultatie aan bij specialisten. Alleen psychiaters mogen daadwerkelijk het gesprek over een verzoek aangaan. Bedenk voor jezelf als psychiater of je de jongere in de euthanasiewens wil en kan steunen. Wees hier eerlijk over. Zeg vooral geen dingen toe die je niet waar kan maken. Er zijn strikte regels voor euthanasie in Nederland (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2018). Deze staan in de richtlijn [Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis](#).

## 9. ZINGEVING

---

Veel jongeren met persisterende suïcidaliteit ervaren een gebrek aan zingeving. Jongeren bij wie suïcidaliteit langere tijd speelt, nemen vaak steeds minder deel aan de maatschappij. Ze kunnen, willen of mogen soms niet meer naar school en/of clubjes. Vriendschappen verwateren en het gat tussen de jongeren en hun leeftijdsgenoten wordt groter. Er kan een gebrek aan zingeving ontstaan. Het gebrek aan zingeving versterkt op zijn beurt het vaak aanwezige gevoel dat het leven geen zin heeft. Inspanningen om iets van het leven te maken kunnen doelloos aanvoelen (Koudstaal, Kerkhof & Meijer, 2021).

Er ontstaat zo een vicieuze cirkel: het gebrek aan zingeving versterkt de suïcidaliteit en de suïcidaliteit maakt dat jongeren geen zin hebben energie te stoppen in meer zingeving. Jongeren kunnen deze cirkel zelf moeilijk doorbreken. Zingeving moet daarom een terugkerend onderwerp in de begeleiding of behandeling zijn. Enkele aanbevelingen:

- Maak ruimte voor rouw, verdriet en andere gevoelens die samen opgaan met de beleving van zinloosheid. Wees nabij en luister.
- Heb aandacht voor de impact van persisterende suïcidaliteit op het leven van de jongere en de worsteling die jongeren kunnen ervaren om weer stapjes te gaan zetten om het leven zinvol en leuker te maken.
- Zoek samen naar een zinvolle dagbesteding. Denk aan school, sport of een werkplaats. Jongeren zullen hier misschien niet direct voor openstaan. Sluit dan ook aan bij de behoefte van de jongere en onderzoek samen waar eventuele weerstand vandaan komt. Voorkom dat je als professional sneller gaat dan de jongere. Dit kan namelijk de weerstand vergroten. Begeleid scholen en clubs. Vaak hebben zij vragen over hoe om te gaan met de suïcidaliteit.
- Zet een ervaringsdeskundige in voor het vergroten van de zingeving. Ervarende deskundigen kunnen de jongere meenemen in het proces dat zij doorlopen hebben: hoe was het toen er een gebrek aan zingeving was, hoe is de zoektocht naar zingeving gegaan en hoe gaat het nu?
- Betrek naasten bij zingeving. Laat hen bijvoorbeeld aangeven hoe zinvol het leven van de jongere is vanuit hun perspectief (Meerdinkveldboom e.a., 2019).

Zie ook paragraaf 3.6 Perspectief en hoop in de [leidraad](#).

# 10. DIAGNOSTIEK

Dit hoofdstuk gaat over het niet langer toepassen van de risicotaxatie, wat er centraal staat in de diagnostiekfase, wat je kunt doen als suïcidaliteit meer op de voorgrond komt te staan, waarom gedegen diagnostiek zo belangrijk is en hopeloosheid bij hulpeloosheid.

## 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). Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat cliënten niet altijd open durven te zijn over hun suïcidaliteit, suïcidaliteit gedurende de dag fluctueert en de strak geformuleerde vragen maken dat er minder aandacht is voor het verhaal achter de suïcidaliteit (Hawton e.a., 2022). In plaats van het inschatten van het risico, is het daarom belangrijk om aandacht te geven aan het verhaal achter de suïcidaliteit (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. Dat biedt aanknopingspunten voor het vervolg.

De zogeheten risicotaxatie wordt (nog) wel in de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a., 2012) genoemd, maar is vanwege de recente wetenschappelijke onderzoeken niet opgenomen in de leidraad.

Zie voor een uitgebreide toelichting paragraaf 9.1 Risicotaxatie in de [leidraad](#).

## 10.2 Diagnostiek van suïcidaliteit

De diagnostiek van suïcidaliteit bij jongeren met persisterende suïcidaliteit lijkt grotendeels op de diagnostiek bij andere suïcidaliteit. Tijdens de diagnostiekfase ligt de focus op:

- contact maken met de jongere en hun wanhoop;
- contact maken met naasten;
- 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;
- bepalen wat er moet veranderen om het risico op suïcide te verminderen, waarbij je zoekt naar zaken die rechtstreeks te beïnvloeden zijn.

Om inzicht en overzicht te krijgen, kun je, net als bij suïcidaliteit in het algemeen, het CASE-interview (Shea, 1998) of narratief interview (Bryan & Rudd, 2018) afnemen. Vervolgens stel je op basis van de verkregen informatie een structuurdiagnose op.

Bij persisterende suïcidaliteit is het belangrijk scherp te zijn op veranderingen in de context of het gedrag van de jongere. Vraag bijvoorbeeld bij elke ingrijpende gebeurtenis, onverwachte verandering en elk signaal dat op een sterke toename in suïcidaliteit kan wijzen opnieuw de suïcidaliteit uit en pas de structuurdiagnose indien nodig daarop aan.

In de [leidraad](#) vind je in hoofdstuk 9 meer informatie over de diagnostiekfase.

### 10.3 Als de suicidaliteit meer op de voorgrond komt

Kenmerkend voor persisterende suicidaliteit is dat deze kan fluctueren. Soms staat het meer op de voorgrond dan op andere momenten. Als er iets verandert in de suicidaliteit, dan is dat een reden om samen met de jongere en naasten de suicidaliteit te onderzoeken. Samen onderzoek je bijvoorbeeld wat de mogelijke trigger is geweest, wat er precies aan de hand is, of er sprake is van een copingsmechanisme en wat de daadwerkelijke behoeften zijn. Hierbij is het belangrijk dat je de structuurdiagnose wel in je achterhoofd houdt. Dit kan helpen met het ordenen en je inzicht geven. Waak ervoor dat je de structuurdiagnose oplegt en blijf oprecht nieuwsgierig naar wat de jongere te vertellen heeft. Dat zorgt ervoor dat er echt contact is tussen jou en de jongere, wat een voorwaarde is voor het voeren van een oprecht en zinvol gesprek.

Een jongere geeft niet altijd zelf aan dat de suicidaliteit meer op de voorgrond staat. Wees extra alert bij de volgende signalen of veranderingen (Van Luyn, 2022; Van Luyn & Kerkhof, 2019):

- Een verandering in het contact
- Een verandering in het gedrag
- Het ontstaan van comorbiditeit
- Toename van zorgen bij naasten
- Een plotselinge, slecht verklaarbare, verbetering
- Verandering in de omgeving, zoals een ingrijpende gebeurtenis, verandering in de behandeling of suicide van een medepatiënt
- Veranderingen aan de kant van de behandelaar, zoals suicide van een andere jongere of privéomstandigheden

Als jullie de suicidaliteit begrijpen en de onderliggende behoeften duidelijk zijn, kun je samen met de jongere en naasten overleggen wat jullie gaan doen. Het signaleringsplan en veiligheidsplan kunnen daarbij helpend zijn. Het is belangrijk om vast te houden aan de gemaakte afspraken. Als er toch een ander beleid wordt ingezet, dan is het belangrijk dat voor alle partijen helder is waarom. Dit is nodig om verwarring in de toekomst te voorkomen.

### 10.4 Matched care

Bied matched care. Jongeren moeten zo snel mogelijk de juiste behandeling krijgen door een passende professional (GGZ Standaarden, 2022). Dat betekent dat er direct hulp geboden moet worden voor de onderliggende problematiek en niet eerst voor uitingen van deze problematiek, zoals faalangst terwijl er een ingrijpende gebeurtenis aan ten grondslag ligt. Waarom dat zo belangrijk is? Hoe langer het duurt voordat de onderliggende problematiek behandeld wordt, hoe meer de suicidaliteit een onderdeel van de identiteit en vaste coping kan worden. Praten over de onderliggende problematiek zorgt er daarnaast voor dat jongeren zich gezien en gehoord voelen. Het geeft hun het gevoel dat er gewerkt wordt aan datgene waar zij ook echt last van hebben.

Gedegen diagnostiek is nodig om te weten wat er aan de suicidaliteit ten grondslag ligt. Het is soms best complex om boven water te krijgen wat er precies speelt. Dat blijkt onder andere uit de constatering van Tromp (2017) dat ruim 40% van de jongeren die in behandeling is voor psychische klachten persoonlijkheidsproblematiek heeft, maar dat veel behandelaren aangeven dat zij nog nooit een jongere met persoonlijkheidsproblematiek hebben behandeld. Persoonlijkheidsproblematiek lijkt vaak over het hoofd te worden gezien. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor een autismespectrumstoornis, traumagerelateerde problematiek of LVB.

## 10.5 Hopeloosheid bij hulpeloosheid

Jongeren bij wie persisterende suïcidaliteit speelt, hebben vaak al veel behandeling gehad. Dat kan demotiverend zijn. De jongeren en hun gezinnen ervaren daardoor vaak hopeloosheid bij hulpeloosheid. Vooral als nooit de onderliggende problematiek behandeld is, maar altijd het bestrijden van crises de boventoon voert, kunnen de jongere en het gezin het vertrouwen verliezen en denken: het helpt toch niet. Het is logisch dat de jongere de hoop verliest, maar het is belangrijk dat je als professional hoop blijft houden en dat ook uitspreekt naar de jongere en het gezin.

# 11. SUÏCIDALITEIT VERDRAGEN: WAT KAN DE ORGANISATIE DOEN?

---

Werken met persisterende suïcidaliteit is zwaar, omdat professionals te maken hebben met:

- constante suïcidedreiging;
- suïcidale uitingen, pogingen en mogelijk ook suïcides;
- dreigementen zoals: “Je moet dit doen, anders doe ik mezelf wat aan”;
- druk vanuit naasten maar ook andere professionals om iets te doen;
- een hoog verantwoordelijkheidsgevoel;
- de angst iets verkeerd te doen en de angst dat het verkeerd afloopt.

Om hiermee om te gaan, is het belangrijk dat professionals zich competent voelen: dat ze zich voldoende toegerust voelen om suïcidaliteit te herkennen, bespreekbaar te maken en te behandelen. Ook is het belangrijk dat ze zich gesteund voelen binnen de organisatie. De organisatie speelt daarin een belangrijke rol. Zorg er als organisatie voor dat:

- de gevoelens die professionals hebben bij het werken met suïcidaliteit erkend worden, bijvoorbeeld door het gesprek erover aan te gaan en het taboe te doorbreken;
- alle medewerkers een suïcidepreventietraining hebben gevolgd;
- alle professionals die direct cliëntencontact hebben een verdiepende training over persisterende suïcidaliteit hebben gevolgd;
- professionals kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen over suïcidepreventie en het inzetten van gewogen risicobeleid;
- er voldoende indirecte tijd is om af te stemmen met naasten en andere professionals. Dit is bij persisterende suïcidaliteit extra belangrijk. Er kan dan samen één plan van aanpak gevormd en uitgevoerd worden. Ook hoeft er door de samenwerking minder doorverwezen te worden;
- professionals voldoende indirecte tijd hebben voor zelfreflectie, intervisie en teamoverleggen. Bij de intervisie en teamoverleggen moet er de ruimte zijn om gevoelens en zorgen rondom het werken met suïcidaliteit te delen en om samen verschillende visies op veiligheid en verantwoordelijkheid te verkennen;
- er een breed draagvlak is voor autonomiegericht behandelen. Een duidelijke visie van het bestuur op autonomiebevorderend werken kan de professional bijvoorbeeld houvast bieden en steun geven;
- er korte lijnen zijn binnen de organisatie, bijvoorbeeld met geneeskundige directeuren;
- professionals weten waar ze terecht kunnen als bij hen de emoties of spanning oplopen;
- er een goed EPD-systeem is met afspraken waar wat gerapporteerd wordt. Signaleringsplannen, de structuurdiagnose, afspraken over het beleid en adviezen over het contact maken met de jongere moeten makkelijk terug te vinden zijn.



## 12. SUÏCIDALITEIT VERDRAGEN: WAT KAN IK ZELF DOEN?

De organisatie heeft een belangrijke rol in het helpen verdragen van de suïcidaliteit. Ook zelf kun je veel doen om met de suïcidaliteit om te gaan. Enkele tips:

- Doe het samen, nooit alleen. Het is belangrijk dat je samenwerkt met anderen om zo samen de verantwoordelijkheid te dragen (Van Luyn & Kerkhof, 2019).
- Bespreek de suïcidaliteit van de jongere in teamvergaderingen.
- Werken met persisterende suïcidaliteit is voor iedereen anders. Waarschijnlijk zijn er verschillende meningen en emoties in het team. Bespreek met elkaar hoe je over suïcidaliteit denkt en wat het met je doet.
- Zoek steun bij collega's. Bespreek met collega's wat het spreken, begeleiden of behandelen van jongeren met suïcidaliteit met je doet en wat je nodig hebt om het ondanks mogelijk aanwezige spanning toch te doen.
- Probeer elkaar te steunen in het team en leer van elkaar (onder andere met intervisie).
- Vraag om hulp als je ergens over twijfelt.
- Let op signalen van zorgmoeheid, zowel bij jezelf als je collega's. Door regelmatig geconfronteerd te worden met suïcidaliteit of met suïcidepogingen, kan er een mate van gehardheid ontstaan. Het is belangrijk elke uiting van suïcidaliteit serieus te blijven nemen.
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht, vooral onmacht en agressie. Maak regelmatig gebruik van intervisie of supervisie (Van Hemert e.a., 2012).

### Overdracht en tegenoverdracht

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

- Vergroot je kennis over suïcidaliteit. Je krijgt dan meer vertrouwen in je eigen handelen en bent beter voorbereid indien er onverhoopt een suïcide plaatsvindt (Sandford e.a., 2020).
- Houd de eigen professionaliteit op peil door regelmatig contact met andere professionals, zowel binnen als buiten de instelling, en met bijscholing en intervisie.
- Beloof geen geheimhouding (Meerdinkveldboom, 2019). Dit belast je eigen draagkracht te veel en voor effectieve begeleiding of behandeling is afstemming met collega's en naasten van belang.
- Gun jezelf de tijd om bij jouw eigen emoties stil te staan.
- Grijp tijdig in als je signalen voelt bij jezelf die duiden op overbelasting.
- Durf grenzen aan te geven, om hulp te vragen en hulp te aanvaarden.
- Neem pauze en ga regelmatig even weg van het werk.
- Zorg voor een gezonde leefstijl.
- Kijk als collega's naar elkaar om en laat het de ander weten als je je zorgen maakt.
- Als je naar een collega luistert, luister dan echt en voorkom het direct geven van tips en inhoudelijke behandeladviezen. Dit kan het mogelijke faalgevoel alleen maar vergroten.
- Weet dat suïcides niet altijd te voorkomen zijn, hoe hard iedereen zich ook inzet.

Meer hierover lees je in de **leidraad** in paragraaf 3.5 In contact blijven met zowel de jongere als jezelf en in hoofdstuk 7 Het eigen welzijn.

## 13. MEER WETEN?

---

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

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

**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.

**Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag** – De richtlijn bevat informatie over het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag.

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

**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.

**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.

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

## 14. LITERATUUR

---

Balt E, Mérelle SYM, Robinson J, e.a. Social media use of adolescents who died by suicide: Lessons from a psychological autopsy study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2023; 17(48).

Benjet C, Menendez D, Albor Y, e.a. Adolescent predictors of incidence and persistence of suicide-related outcomes in young adulthood: A longitudinal study of Mexican youth. *Suicide Life Threat Behav* 2018; 48(6); 755-766.

Blasco MJ, Vilagut G, Alayo I, e.a. First-onset and persistence of suicidal ideation in university students: A one-year follow-up study. *J Affect Disord* 2019; 256: 192-204.

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

Buddeberg C, Buddeberg-Fischer B, Gnam G, e.a. Suicidal behavior in Swiss students: An 18-month follow-up survey. *Crisis* 1996; 17(2): 78-86.

Czyz EK, King CA. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44: 181-193.

De Bruin R. Van de regen in de drup? *Kind Adolesc Prakt* 2011; 10: 4-12.

Dugas EN, Low NC, O'Loughlin EK, e.a. Recurrent suicidal ideation in young adults. *Can J Public Health* 2015; 106(5): e303-307.

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.

GGZ Standaarden. Generieke module Organisatie van zorg voor kind en jongere. 2022. Geraadpleegd op 25 april 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/organisatie-van-zorg-voor-kind-en-jongere/introductie>.

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.

Helleman M, Goossens PJ, Kaasenbrood A, Van Achterberg T. Evidence base and components of Brief Admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: A review of the literature. *Perspect Psychiatr Care* 2014; 50(1): 65-75.

Huisman A, Kerkhof A. (2008). Preventie van suicide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50(4): 197-203.

Hutsebaut J. Epistemic trust en de werkzaamheid van psychotherapie. *De Viersprong*; 2017. Geraadpleegd op 19 april 2023, van <https://www.deviersprongacademy.nl/wp-content/uploads/2017/03/Joost-Hutsebaut-Epistemic-trust-en-de-werkzaamheid-van-psychotherapie.pdf>.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Vrijheidsbepalende maatregelen in open residentiële jeugdhulp. 2022. Geraadpleegd op 19 april 2023, van <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2022/05/13/vrijheidsbepalende-maatregelen-in-open-residentiele-jeugdhulp>.

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

Kaijadoe S, Van Arragon E, Derksen C, e.a. Een stil gevecht. Suïcide en suïcidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij? Den Haag: ZonMw; 2021.

Kivelä L, Krause-Utz A, Mouthaan J, e.a. Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence – A NESDA study. *J Affect Disord* 2019; 257: 365-375.

Koudstaal A, Kerkhof A, Meijer S. 17 Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie en chronische en acute suïcidaliteit. In: Ten Broeke E, Korrelboom K, Verbraak M, e.a. *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (2e herz. Dr.)*. Uitgeverij Coutinho: Bussum 2021; 615-660.

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).

Meerdinkveldboom J, Rood I, Kerkhof A. *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren, individuele en gezinsbehandeling (3e herz. dr.)*. Boom: Amsterdam; 2019.

Mérelle SYM, Van Bergen DD, Popma A. Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: Een verdiepend onderzoek. *113 Zelfmoordpreventie*; 2019.

Nuij C, Van Ballegooijen W, De Beurs D, e.a. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2021; 1-8.

Omer H, Dolberger DI. Helping Parents Cope with Suicide Threats: An approach based on nonviolent resistance. *Fam Process* 2015; 54(3): 559-575.

Paris J. Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12(1): 42-28.

Pelzer A, Van den Bogaard M. HIC-J: hulp bij acute psychiatrische nood. *Kind Adolesc Prakt* 2021; 20: 6-12.

Prinstein MJ, Nock MK, Simon V, e.a. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(1): 92-103.

Robinson J, Cox G, Bailey E, e.a. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10: 103-121.

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

Sandford DM, Kirtley OJ, Thwaites R, e.a. The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review. *Clin Psychol Psychother* 2020; 28(2): 261-294.

- Sansone RA. Chronic suicidality and borderline personality. *J Pers Disord* 2004; 18(3): 215-225.
- Schwartz DA. The suicidal character. *Psych Quart* 1979; 51: 64-70.
- Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, e.a. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32: 534-541.
- Shea SC. The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 58-72.
- Simpson SA, Goans C, Loh R, e.a. Suicidal ideation is insensitive to suicide risk after emergency department discharge: Performance characteristics of the Columbia-suicide severity rating scale screener. *Acad Emerg Med* 2021; 28(6): 621-629.
- Spijk-De Jonge M, De Lange M, Serra M, e.a. Betrek mij gewoon! Op zoek naar verbeterkansen voor de jeugdhulp in het casuonderzoek Ketenbreed Leren. Accare, LUMC Curium, de Haagse Hogeschool en Horizon; 2022.
- Stewart JG, Esposito EC, Glenn CR, e.a. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2017; 84: 105-112.
- Tromp N. Geen gewone puber: Borderline en andere persoonlijkheidsproblemen tijdig herkennen. Uitgeverij Nieuwezijds: Amsterdam; 2017.
- Van Dongen K, Van Dongen K, Bom H, e.a. Verbindend Gezag bij suïcidaliteit. *Kind & Adolescent Praktijk* 2023; 1.
- 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 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 Duursen RAA, Knapen SRY. Chronische suïcidaliteit; van beheersen naar begrijpen. *PsyXpert* 2017; 1: 38-48.
- Van Hemert A, Kerkhof A, De Keijser J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *De Tijdstroom*: Utrecht; 2012.
- Van Luyn B. Suïcidaal gedrag en LVB: het is bijna normaal. 2022. Geraadpleegd op 19 april 2023, van <https://ggnet.nl/vggnet/downloads/425-suicidaliteit-bij-lvb-door-bert-van-luijn/file>.
- Van Luyn B & Kerkhof A. Psychologische behandelingen van suïcidaliteit. In: Van Heeringen C, Portzky G, De Beurs D, e.a. *Handboek suïcidaal gedrag*. De Tijdstroom/Boom: Amsterdam 2019; 121-141.
- Wolff JC, Davis S, Liu RT, e.a. Trajectories of suicidal ideation among adolescents following psychiatric hospitalization. *J Abnorm Child Psychol* 2018; 46(2): 355-363.
- Zhang Y, Law CK, Yip PS. Psychological factors associated with the incidence and persistence of suicidal ideation. *J Affect Disord* 2011; 133(3): 584-590.



---

[www.samenmindersuicide.nl](http://www.samenmindersuicide.nl)

**113**  
•••