



Leidraad Suïcidepreventie JeugdzorgPlus

Versie 1.1

23 april 2021

Deze leidraad is tot stand gekomen binnen het project In Contact Blijven, *Terugdringen suïcide JeugdzorgPlus*, in een samenwerking van JeugdzorgPlus organisaties, ervaringsdeskundigen, 113 zelfmoordpreventie en input van een aantal Jeugd-GGZ organisaties. Deze eerste versie 1.1 krijgt nog een bredere leesronde met o.a. inspectie en Jeugdbescherming.

Project In Contact Blijven, *Terugdringen suïcide JeugdzorgPlus*

Voor vragen en opmerkingen: incontactblijven@jeugdzorgnederland.nl

Inhoud

Opbouw document.....	5
Wijzigingenbeheer.....	5
1. Doel basisdocument en visie Suïcidepreventiebeleid JeugdzorgPlus	6
1.1 Doel basisdocument/beleid/leidraad.....	6
1.2 Leidraad, geen one size fits all.....	6
1.3 Doelgroep	7
1.4 Visie op suïcidepreventie binnen de JeugdzorgPlus.....	7
2. Deel A Organisatie	9
2.1 Suïcidaliteit	9
2.2 Begripsbepaling	9
2.3 Wettelijk kader	10
2.3.1 Wet BIG.....	11
2.3.2 Melden van suïcide(poging) bij inspectie	11
2.3.3 Toezicht naar aanleiding van calamiteiten.....	12
2.3.4 Jeugdwet.....	12
2.3.5 WGBO	13
2.3.6 Keuzes vastleggen in het dossier.....	13
2.4 Taken en verantwoordelijkheden bij suïcide(poging)	13
2.5 Aandachtsfunctionaris.....	14
2.6 Zorg voor medewerkers	14
2.7 Samenwerking met ouders/naasten	15
2.8 Netwerksamenwerking	17
2.8.1 Organisaties in het (zorg) netwerk rondom de jongere	17
2.8.2 Ketenpartners onderwijs en vrije tijdsbesteding	18
2.8.3 Ketenpartners op regionaal niveau	18
2.9 Scholing	18
2.10 Evalueren.....	18
2.10.1 Beleidsplan instelling.....	19
2.10.2 Behandelplan jongere.....	19
2.10.3 Na suïcide(poging)	19
3. Deel B Diagnostiek, begeleiding en behandeling	20
3.1 De basis van het professioneel handelen.....	20
3.2 In contact blijven	21

3.3 Achtergrondinformatie uit onderzoek	22
3.3.1 Positief effect.....	22
3.3.2 Negatief effect.....	23
3.4 Behandelingfases.....	24
3.4.1 Intake	24
3.4.2 Screening	25
3.4.3 Risicotaxatie.....	25
3.4.4 CASE- benadering	26
3.4.5 Overwegingen bij risicotaxatie	26
3.4.6 Risicofactoren	26
3.4.7 Beschermende factoren	28
3.4.8 Risicomomenten.....	28
3.5 Diagnostiek	28
3.6 Behandeling en begeleiding	30
3.6.1 Bespreken van suïcidaliteit met de jongere	30
3.6.2 Opstellen begeleidingsplan/behandelplan.....	31
3.6.3 Veiligheid	31
Veiligheidsplan	31
3.7 Verschil in acties bij acute en chronische suïcidaliteit	33
3.8 Zelfbeschadigend gedrag.....	33
3.9 Plaatsing in afzonderingsruimte.....	34
3.10 Aandacht voor groepsgenoten.....	35
3.11 Bespreken van suïcidaliteit met de ouders/naasten.....	35
3.11.1 Bij verhoogd risico op suïcidaal gedrag	35
3.11.2 Na ernstig suïcidaal gedrag.....	35
3.12 Organiseren van zorg en veiligheid	36
3.12.1 Bij risico op suïcidaal gedrag.....	36
3.12.2 Bij suïcidaal gedrag	36
3.12.3 Na suïcidaal gedrag.....	37
3.13 Medische behandeling	37
3.13.1 Bij suïcidaal gedrag	37
3.14 Postventie.....	38
4. Deel C Stappenplannen	39
4.1 Stappenplan bij signalen van suïcidaliteit	40
4.2 Stappenplan na suïcidepoging.....	46
4.3 Stappenplan na suïcide.....	50

Inleiding	50
Basiszaken die geregeld moeten zijn:	50
Stappenplan na suïcide.....	50
5. Deel D Scholing en intervisie Suïcidepreventie	56
Bijlage 1. Geheimhouding	58
Bijlage 2. Taakomschrijving aandachtsfunctionaris suïcidepreventie.....	59
Bijlage 3. Checklist evaluatie binnen team/afdeling na suïcide	62
Bijlage 4. Signalerings- en Veiligheidsplan	63

Opbouw document

Dit document is onderverdeeld in 5 delen.

In deel 1 wordt ingegaan op het doel van dit document en de visie op suïcidepreventiebeleid bij JeugdzorgPlus organisaties.

Deel 2 (A) gaat over wat op organisatieniveau wordt gevraagd voor het goed ondersteunen van suïcidepreventie en in de samenwerking met ketenpartners.

Deel 3 (B) gaat over aandachtspunten bij diagnostiek, begeleiding en behandeling bij suïcidaal gedrag en suïcides, waarbij het streven is dit te voorkomen en te verminderen.

In deel 4 (C) zijn praktische stappenplannen gegeven die als ondersteunende checklist gebruikt kunnen worden bij het handelen bij signalen van suïcidaliteit, na een suïcidepoging en na een suïcide.

Deel 5 geeft advies over scholingsbeleid rondom suïcidepreventie.

Wijzigingenbeheer

versie	datum	wijziging	paragraaf
1.1	23 april 2021	Aanpassing tekst over wettelijk kader Jeugdwet en WGBO	2.3.4 t/m 2.3.6

1. Doel basisdocument en visie Suïcidepreventiebeleid JeugdzorgPlus

1.1 Doel basisdocument/beleid/leidraad

Het doel van het suïcidebeleid is de medewerkers te ondersteunen in het professioneel behandelen en begeleiden van suïcidaal gedrag van jongeren. Dit maakt het handelen transparant en toetsbaar, zodat aantoonbaar verantwoorde zorg wordt geleverd en de jongere zich gehoord en gesteund voelt en het suïcidale gedrag kan afnemen. Dit document moet uiteindelijk zorgen voor minder papierwerk en meer aandacht voor de jongere.

Dit document is bedoeld als naslagwerk, als basis om op terug te vallen, maar vooral ook om te integreren in het dagelijkse werk en niet als een papieren document in de la te liggen. Elke medewerker moet binnen zijn werkzaamheden op de hoogte zijn van de uitgangspunten en hoe zijn eigen rol hierin is vormgegeven en de mogelijkheid krijgen om zich hierin te verdiepen en te scholen. Indien er nog vragen over zijn over de eigen rol, is het belangrijk dit met de leidinggevende te bespreken.

Doordat het document bedoeld is als naslagwerk, betekent dit automatisch dat hierin veel informatie is terug te vinden en het daarmee een uitgebreid document is. Voor de dagelijkse praktijk is het niet nodig het gehele document na te slaan op hoe te handelen in specifieke situaties. We gaan ervan uit dat de medewerkers dit document hebben doorgenomen, of dat dit binnen trainingen aan bod komt. Om het zo praktisch mogelijk te maken, zijn de delen van het document die voor de dagelijkse praktijk belangrijk zijn, snel vindbaar.

Dit basisdocument wordt elke 2 jaar geactualiseerd; dit geldt ook voor de bijbehorende procedures. Bovendien wordt de leidraad periodiek besproken in diverse relevante overleggen.

Dit document is opgesteld binnen het project In Contact Blijven, een samenwerking tussen de JeugdzorgPlus-instellingen, ervaringsdeskundigen en 113 Zelfmoordpreventie. De multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is geraadpleegd om dit document vorm te geven. Deze multidisciplinaire richtlijn bevat aanvullende informatie en is te vinden op www.ggzrichtlijnen.nl.

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen te werken met 'hij', overal waar hij staat kan natuurlijk ook zij, hen of die gelezen al naar gelang de eigen persoonlijke voorkeur.

1.2 Leidraad, geen one size fits all

Deze leidraad geldt als uitgangspunt en geeft handvatten over hoe zorgvuldig om te gaan met suïcidedreiging, een suïcidepoging of suïcide bij jongeren. Het is echter geen standaard, die in alle omstandigheden van toepassing is. In elke situatie geval gaat het altijd om maatwerk. Het is aan de professional om in elke situatie, en in overleg met anderen, opnieuw een inschatting te maken van zorgvuldig en professioneel handelen op basis van zijn kennis en ervaring. Suïcidaliteit speelt zich af tegen de achtergrond van complexe problemen en is daarmee zelf complex. Medewerkers dienen echter te allen tijde bewust te zijn van het verantwoord professioneel en deskundig handelen bij suïcidaliteit. Het belang van de jongere is doorslaggevend voor het handelen van medewerkers. We gaan uit van

maximale ruimte voor autonomie en meedoen, binnen een passende structuur en bescherming, relationeel van aard (presentie, contextuele benadering) en gericht op perspectief (wonen, onderwijs, werken, vrije tijd, sociale netwerk en gezondheid). En vooral: vanuit nabijheid het goede gesprek met de jongere kunnen voeren.

Hulpverleners moeten dan ook voldoende geëquipeerd zijn om risicofactoren voor suïcide en andere vormen van suïcidaliteit waar mogelijk te herkennen, bespreekbaar te maken en te behandelen.

Het trainen van medewerkers in hoe om te gaan met suïcidaal gedrag en het kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen zijn onmisbare voorwaarden voor het herkennen, bespreekbaar maken en behandelen van suïcidaal gedrag en het bevorderen van de mentale weerbaarheid bij medewerkers.

1.3 Doelgroep

Deze leidraad is geschreven voor medewerkers (pedagogisch medewerkers, behandelcoördinatoren, therapeuten en leidinggevenden) van de instellingen die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van een jongere waarbij sprake is van (dreigend) suïcidaal gedrag, een suïcidepoging of suïcide.

1.4 Visie op suïcidepreventie binnen de JeugdzorgPlus

De best passende zorg voor kwetsbare jongeren; dat is het doel van het gezamenlijk actieplan van de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) en het Ministerie van VWS voor de komende jaren. Een zeer welkom doel, dat zich voor JeugdzorgPlus-instellingen vertaalt in (onder andere) het niet of zo min mogelijk inzetten van gedwongen afzonderingen en het dalen van het aantal suïcides.

Om suïcidepreventie in het licht van de JeugdzorgPlus te laten slagen, is het van belang te realiseren dat suïcidaliteit een breed begrip is dat vaak niet een op zichzelf staand probleem is. Wij geloven dat we alleen effectief zijn wanneer we passende aandacht hebben voor talenten, problemen én de context.

De **mate en de volgorde waarin** we dit doen, bepaalt onze effectiviteit en efficiëntie. De **wijze waarop** we dit doen, wordt gekleurd vanuit het contact én het bieden van nabijheid juist op die momenten dat het risico op suïcidaal gedrag groot is. De JeugdzorgPlus neemt alle uitingen die de jeugdige doet serieus en reageert alert: het is een noodkreet! En reageert vanuit dat oogpunt passend.

Het passend reageren vraagt om een nauwe samenwerking tussen de hulpverleners, de jongeren en de ouders/naasten, waarbij het belang van de jongere vooropgesteld wordt. Met regelmaat zal dit, gezien het recht op privacy voor jongeren van 16 jaar en ouder, voor een spanningsveld zorgen. Dit is een realiteit die voort zal blijven bestaan. Onderzoek welke argumenten hierin een rol spelen, probeer samen op zoek te gaan naar mogelijkheden voor (verbetering van) samenwerking en biedt ouders te allen tijde het recht om gehoord te worden en hun eigen zienswijze te delen. Door op risicomomenten ouders/naasten actief in te zetten kunnen zij een belangrijke schakel zijn binnen de behandeling.

In de behandeling richten we ons actief op het werken met een signalerings- en veiligheidsplan. Dit plan heeft een belangrijke rol in het inzicht verkrijgen in de eigen triggers, signalen en coping strategieën, waarin iemand oefent met meer gewenste coping

strategieën. Het plan wordt door de jongere gemaakt en ingevuld, samen met de groepsbegeleiding en behandelcoördinator. Hierbij wordt zo maximaal mogelijk samengewerkt met de ouders/naasten, dit verhoogt de onderlinge betrokkenheid en daarmee de gedragenheid. Dit samenwerken met ouders/naasten is tevens belangrijk in het proces van het vergroten van de autonomie en het nemen van risico's wat hiermee onlosmakelijk is verbonden.

We maken onderscheid tussen acute en chronische suïcidaliteit en passen onze behandelplannen en benadering daarop aan. Het behandelen van chronische suïcidaliteit is altijd maatwerk en vraagt om het zoeken van een balans tussen veiligheid en autonomie. Het verdragen van onzekerheid is hierbij voor de jongere, de medewerkers en de ouders/naasten een belangrijk aandachtspunt. Het is van groot belang dat jongeren altijd een vorm van een perspectief ervaren.

Binnen de JeugdzorgPlus zorgen we dat medewerkers toegerust zijn op het herkennen van signalen van suïcide en het omgaan met jongeren die suïcide willen plegen, zodat zij handelingsbekwaam zijn en zich ook zo voelen. Vaak voorkomend suïcidaal gedrag van jongeren kan zwaar zijn voor medewerkers. Hier is aandacht voor in intervisie, in teamoverleggen en door management. Er is nazorg na suïcidepogingen of suïcides voor de jongeren, de medewerkers en de ouders/naasten waar nodig. Iedere medewerker weet waar hij intern of extern terecht kan voor hulp voor de jongere of voor zichzelf.

Tot slot streven we naar een samenwerking tussen de Jeugd-GGZ en de instellingen voor JeugdzorgPlus, waarbij in gezamenlijkheid de expertise van betrokken instellingen efficiënter en effectiever ingezet wordt. Op deze manier is er een betere start met de behandeling in JeugdzorgPlus minder veiligheidsrisico's.

2. Deel A Organisatie

Deel A gaat over begripsbepalingen, wettelijke kaders en wat op organisatieniveau nodig is voor een zo goed mogelijke ondersteuning van suïcidepreventie.

2.1 Suïcidaliteit

Jongeren kunnen suïcidegedachten hebben of een suïcide(poging) ondernemen. Als professional streef je er naar een suïcide(poging) te voorkomen. Dit is echter niet eenvoudig. Een suïcidepoging kan impulsief ondernomen worden of het resultaat zijn van een geleidelijk ontwikkeld plan. Jongeren uiten eventuele gedachten aan suïcide niet altijd verbaal. Ook gedrag kan veelbetekenend zijn. Daarbij is het belangrijk om te weten dat een eerdere suïcidepoging een belangrijke indicator is voor suïcidegevaar. De intentie van suïcidaal gedrag is niet altijd eenduidig vast te stellen en kan variëren in de tijd: het ene moment kan iemand daadwerkelijk dood willen, het volgende moment niet meer. Naast een intentie om dood te gaan, is er vaak een intentie om te leven. Motieven voor suïcidaal gedrag kunnen sterk uiteenlopen. Het kan gaan om een uitgesproken wens om te sterven, een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen of niet meer te willen leven, een behoefte om te ontsnappen uit een situatie die de persoon als ondraaglijk ervaart of een manier om het denken te stoppen. Niet zelden is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze, waarbij de jongere zich gedreven voelt door de omstandigheden of door onmacht. Ongeacht het motief voor de suïcidaliteit (doodswens, psychische pijn verminderen, hopeloosheid etc.) dient bij suïcidaliteit altijd behandeling en begeleiding te worden geboden.

Het zijn niet altijd gemakkelijk invoelbare situaties, maar voor betrokken medewerkers zijn ze dikwijls spanningsvol en belastend. Tot een daadwerkelijke suïcide komt het in de praktijk gelukkig niet vaak, maar de dreiging is er niet minder reëel om. Ook is suïcide doodsoorzaak nummer één onder jongeren; ook doordat jongeren minder vaak overlijden door ziektes.

2.2 Begripsbepaling

Suïcidaal gedrag

Verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen, die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Daarbij is inbegrepen zelfbeschadigend gedrag en/of risicovol gedrag waarbij de persoon de kans loopt te overlijden of het risico van overlijden niet uit de weg gaat (multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag; 2012).

Suïcide

Suïcide is een daad met dodelijke afloop welke de jongere heeft ingezet in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (vertaling van De Leo, 2004).

Suïcidedreiging

Voordat iemand daadwerkelijk overgaat tot een suïcidepoging heeft hij meestal al langer gedachten gehad over suïcide. Deze gedachten gaan vaak vergezeld van somberheid. Er speelt op dat moment het risico op een suïcide(poging). Hoe groot dit risico is, kan per moment verschillen. Hoe groter het risico, des te groter de suïcidedreiging.

Suicidepoging

Suicidepoging is ongebruikelijk gedrag zonder dodelijke afloop dat de jongere uitvoert met de verwachting van, of het risico neemt om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (vertaling van De Leo, 2004).

Calamiteit

Een calamiteit is een gebeurtenis die onverwacht en onbedoeld kan leiden of heeft geleid tot een dodelijk of ernstig schadelijk gevolg voor een jongere, of voor een ander als gevolg van het handelen van een jongere. Verder moet het gaan om een gebeurtenis die heeft plaatsgevonden gedurende de betrokkenheid van een instelling (de Inspectie Jeugdzorg).

Automutilatie

Automutilatie is een ander woord voor zelfbeschadiging, zelfverwonding of zelfverminking. In dit document spreken we alleen over suïciditeit. Alhoewel de verwachting van de dood niet direct aanwezig lijkt bij automutilatie, komen naar verhouding wel meer suïcides voor in de jaren die volgen. In sommige aspecten zullen de verschillende behandeling-stappen gelijk zijn, in andere verschillend. Vandaar dat voor de overzichtelijkheid is gekozen om automutilatie niet hierin op te nemen.

Ouders/gezagdragers

Ouders dragen het wettelijk gezag over de jongere. In die situaties waarin de ouders niet meer het wettelijk gezag over hun kind dragen, lees daar gezagdragers in dit document. Voor de leesbaarheid wordt in dit stuk over ouders/naasten gesproken.

Afzonderen

Afzonderen kan een kamerplaatsing zijn waar de jongere een tijd op de eigen kamer zal verblijven, omdat dit op dat moment helpend is. Afzonderen kan ook zijn dat de jongere in een veilige kamer of afzonderingsruimte wordt geplaatst onder cameratoezicht. Belangrijk om altijd helder te maken welke vorm van afzonderen wordt gebruikt en met welke argumenten men hiervoor kiest.

EPD

Elektronisch Patiënten Dossier

2.3 Wettelijk kader

De volgende wet- en regelgeving liggen ten grondslag aan het suïcidebeleid van de JeugdzorgPlus instellingen:

- Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen, art. 5 (melding suïcide DJI), art.47 (medische zorg);
- Jeugdwet art. 4.1.8 (melding suïcide naar inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) en art. 4.1.1 t/m 4.1.5 (verantwoorde hulp);
- De rechten van cliënten (patiënten) en de verplichtingen voor zorgaanbieders zijn in verschillende wetten vastgelegd, zoals de Jeugdwet, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen.

- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- Wet publieke gezondheid;
- Arbowet- en -regelgeving.

Voorts gelden de volgens regels:

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) gedragsregels voor artsen;
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) beroepscode;
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) beroepscode;
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en orthopedagogen (NVO)
- De Beroepscode voor de Jeugdzorgwerker en daarnaast alle beroepscode's die vallen onder de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd.

Hoe om te gaan met dreiging/poging tot automutilatie en dreiging/poging tot suïcidaal gedrag kent geen wettelijke basis in de Jeugdwet. Wel zijn er in de Jeugdwet zaken opgenomen die in dit kader belangrijk zijn om te weten, onder andere:

- Indien jongeren spullen niet gebruiken voor hetgeen deze bedoeld zijn en zo doende hun veiligheid of die van anderen in gevaar brengen, dan kunnen deze worden ingenomen;
- Een jongere kan aan het lichaam en kleding worden onderzocht als dit in het behandelplan is aangegeven of als dat noodzakelijk is in verband met veiligheid/noodsituatie;
- Een jongere kan verplicht worden een medische behandeling te ondergaan als dit in het belang is van de veiligheid of gezondheid van de jongere;
- Een jongere mag, indien noodzakelijk voor de veiligheid van de jongere zelf of zijn omgeving en er geen andere optie is, in zijn bewegingsvrijheid worden beperkt, d.m.v. plaatsing op (prikkelarme)kamer of separeer.

2.3.1 Wet BIG

Het onderzoek naar de indicatiestelling van het suïcidaal gedrag wordt uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is (de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big) regelt dat voor elke professional geldt: niet bekwaam is niet bevoegd). Binnen de JeugdzorgPlus-instellingen wordt dit uitgevoerd door de behandelaren (behandelcoördinatoren). De behandelaren zijn verantwoordelijk voor het screenen van het aanmeldossier van een jongere op allerlei risico's, inclusief suïcidaliteit. Een psychiater wordt altijd bij de diagnostiek en behandeling betrokken als een ernstige psychiatrische stoornis zich voordoet en/of als de noodzaak tot een psychiatrische opname afgewogen moet worden. De voorkeur heeft het om de psychiater zo vroeg mogelijk te betrekken en daarmee ernstigere problematiek te voorkomen.

2.3.2 Melden van suïcide(poging) bij inspectie

Suïcides en suïcidepogingen met ernstig schadelijk gevolg van patiënten, bij wie sprake is van gedwongen opname en/of zorg op basis van de Jeugdwet, moeten worden gemeld bij de inspectie. Dit is een melding op basis van artikel 4.1.8 Jeugdwet. Na melding wordt de melder verzocht om onderzoek te doen en een rapportage op te stellen.

Op de website van de Inspectie Gezondheidszorg en jeugd is hierover meer informatie te vinden en linkjes naar de desbetreffende formulieren.

<https://www.igi.nl/onderwerpen/suicidepoging>

2.3.3 Toezicht naar aanleiding van calamiteiten

De JeugdzorgPlus-instellingen vallen onder het toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en zijn verplicht een voorgevallen calamiteit te melden bij de Inspectie Jeugdzorg. In zulke gevallen is het van belang dat duidelijk wordt, wat er precies is gebeurd en waarom, zodat alle betrokkenen hiervan kunnen leren. De instellingen doen daartoe onderzoek en treffen verbetermaatregelen. Ook de inspectie signaleert waar de grootste risico's zitten en brengt dit onder de aandacht van de instellingen en de overheid. Aanbevelingen van de Inspectie worden door de instellingen direct opgepakt door verbetermaatregelen te treffen.

2.3.4 Jeugdwet

Rondom het behandelplan, suïcidaliteit en een suïcidepoging is het belangrijk om ouders in te lichten. In de wet zijn hieromtrent enkele zaken vastgelegd.

Bij een jongere tot 16 jaar kunnen de ouders ingelicht worden. Doe dit zo snel mogelijk. Meld dit vooraf aan de jongere. Bespreek met de jongere dat het belangrijk is in het kader van het behandelplan of rondom suïcidaliteit samen te werken met de ouders/gezagdragers. Geef de jongere de keuze om dit zelf met ouders te bespreken of om dit samen te doen. Wil de jongere dit niet, zorg dan dat je de redenen helder krijgt. Leg uit dat je verplicht bent de ouders in te lichten, omdat het om het leven van het kind gaat.

Gaat het om een jongere van 16 jaar of ouder dan mag je ouders zonder toestemming van de jongere niet inschakelen. Het streven is altijd (ongeacht de leeftijd) om belangrijke ouders/naasten te betrekken als het gaat om risicovol gedrag, ook als een jongere in eerste instantie aangeeft dit niet te willen. Juist als een jongere stellig is in het niet willen delen/betrekken van ouders/naasten is het toch van belang te kijken naar hoe je een netwerk kan creëren die samen met de hulpverlening steun biedt en verantwoordelijkheden deelt. Probeer te begrijpen waarom een jongere dit niet wilt, geef uitleg waarom het belangrijk is/kan zijn om anderen juist wel te betrekken, geef de jongere ook regie over wat er dan wel of niet gedeeld wordt en met wie (niet alles hoeft met iedereen. In sommige gevallen is het inderdaad beter om ouders/naasten niet inhoudelijk (geheel) te betrekken) en op zodanige manier dat je als hulpverlener ook het idee krijgt het juiste te doen (namelijk veiligheid borgen vs. recht op privacy in acht nemen). Omgekeerd, probeer je in te beelden: wanneer het wél zou leiden tot een geslaagde suïcide, heb ik dan naar mijn beste kunnen de op dat moment best mogelijke zorg geleverd/ben ik zorgvuldig genoeg geweest (in inspanningen ouders/naasten te betrekken/informereren met inachtneming van het belang en de behoeften van de jongere?). Zie ook paragraaf 2.7, samenwerking met ouders/naasten.

Bij acuut gevaar moet de hulpverlener handelen vanuit het principe van goed hulpverlenerschap, wat betekent dat de wil van de cliënt terzijde geschoven kan worden indien er een acuut/reëel dreigend gevaar is voor de cliënt zelf of de maatschappij. Daarnaast kunnen ouders/naasten informatie hebben over de toestand van de jongere,

bijvoorbeeld of er sprake is van eerdere pogingen, recentelijk ingrijpende levensgebeurtenissen of veranderingen van het gebruikelijke functioneren.

2.3.5 WGBO

Naast de Jeugdwet kan er bij handelen sprake zijn van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). De regels van de WGBO gelden als er sprake is van een geneeskundige behandeling, zoals binnen de jeugd-GGZ het geval is. Op het moment dat een BIG-geregistreerde hulpverlener een dergelijke behandeling verricht ontstaat er een behandelovereenkomst en is de WGBO van toepassing.

2.3.6 Keuzes vastleggen in het dossier

Zorg dat je altijd in het dossier vastlegt met welke argumenten je wel of niet de ouders/naasten op de hoogte hebt gebracht en waarom wel of niet de samenwerking op de verschillende momenten in de behandeling met hen is opgezocht. Op deze manier kan je altijd achteraf goed terughalen waarom welke keuzes zijn gemaakt.

2.4 Taken en verantwoordelijkheden bij suïcide(poging)

De verschillende betrokken disciplines hebben allen specifieke verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij suïcide(pogingen). Hieronder een korte opsomming; deze kan per individuele instellingen verschillend zijn ingevuld.

Functie/disciplines	Taak/verantwoordelijkheid
Ondersteunend personeel	Observeren en signalen doorgeven aan begeleiding
Direct betrokken medewerker	Zo snel mogelijk de suïcide(poging) melden bij de (geconsigneerd) afdelingsmanager
(Geconsigneerde) afdelingsmanager	(Proces)coördinatie
Behandelaar	De behandelinhoudelijke psychologische overwegingen
Psychiater	De psychiatrische beoordeling na een suïcide(poging) en/of een structurele (mede)beoordeling van suïcidaal gedrag
De groepsleiding of medewerkers veiligheid	De directe opvang van de jongere en de groepsgenoten
De dienstdoende arts/psychiater eventueel i.s.m. de dienstdoende verpleegkundige(n)	De medische overwegingen
De bereikbaarheidsdienst (afdelingsmanager)	De directie zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen van de suïcide(poging). Is de directeur afwezig, dan moet het bericht doorgegeven worden aan de dienstdoende achterwacht
De directeur	Het informeren van de Raad van Bestuur en het melden van de calamiteit aan de Inspectie Jeugdzorg
De incidentencommissie	Na afloop controleren of alle stappen naar behoren zijn uitgevoerd

Leidinggeevenden	Onafhankelijk kijken naar de aard van het handelen en de reactie van hun medewerkers. Ruim aandacht geven voor nazorg van de medewerker en het team. Ook na een aantal maanden. Ruim aandacht voor nazorg ouders/naasten
In teamverband	In goed overleg met de desbetreffende medewerker wordt in teamverband de calamiteit geëvalueerd, met als doel soortgelijke incidenten in de toekomst zo veel mogelijk te voorkomen
Algemeen manager	Tijdig signalen van stress bij medewerkers signaleren en hierover in gesprek gaan en ondersteuning bieden

2.5 Aandachtsfunctionaris

Het is zinvol om als instelling aandachtfunctionarissen suïcidepreventie te hebben. Zij zijn het aanspreekpunt m.b.t. het thema suïcidaliteit op hun eigen locatie en hebben ook meer specialistische kennis of verwerven deze als gevolg van hun rol.

Naast aanspreekpunt hebben aandachtfunctionarissen ook een belangrijke rol binnen de hele organisatie met betrekking tot het uitdragen van het beleid en input leveren voor de doorontwikkeling van het beleid.

Samengevat: DE aandachtfunctionaris:

- Is een medewerker (bij voorkeur een pedagogisch medewerker) met een extra taak op het gebied van suïcidepreventie;
- Heeft een belangrijke rol bij de implementatie van de leidraad suïcidepreventie;
- Heeft t.b.v. van de implementatie van de leidraad een ondersteunende rol tijdens de trainingen suïcidepreventie welke binnen de instelling gehouden worden;
- Heeft extra aandacht naar collega's m.b.t. de leidraad suïcidepreventie;
- Is een vraagbaak voor collega's, en kan indien nodig gericht doorverwijzen;
- Functioneert als rolmodel, in het toepassen van de leidraad en begeleidingsstrategieën.

Zie ook Bijlage 2. Taakomschrijving aandachtfunctionaris suïcidepreventie

2.6 Zorg voor medewerkers

Wanneer een medewerker in contact komt met suïcidaal gedrag dient daar binnen het team (en de organisatie) aandacht voor te zijn. Medewerkers kunnen rechtstreeks betrokken zijn geweest bij de afhandeling van een suïcide(poging), maar zij kunnen ook getuige zijn geweest van het incident of langere tijd werken onder de mentale druk van suïcidedreiging. Dit kan forse impact hebben en bovendien doet hulpverlening aan jongeren met deze problematiek een groot beroep op het persoonlijk functioneren van betrokken medewerkers. Er is een mogelijkheid voor medewerkers om te allen tijde een beroep te doen op bijstand van collega's, beveiligers en hulpdiensten. In elke instelling is er beleid ontwikkeld m.b.t. professionele opvang van medewerkers bij incidenten. Wijs de medewerkers op deze mogelijkheden ter ondersteuning bij incidenten of in de heftigheid van het dagelijks werk.

(Pogingen tot) suicide of werken onder suïcidedreiging, kunnen negatieve gevolgen hebben voor medewerkers. Daarom is het van belang tijdig signalen van stress bij medewerkers te onderkennen om maatregelen te nemen. Wanneer een medewerker in contact komt met suïcidaal gedrag dient daar binnen de teamvergadering en in individuele gesprekken aandacht voor te zijn. Dit is een taak van de Algemeen Manager.

Daarnaast kan je als medewerker deze acties zelf ondernemen om eventuele stress te voorkomen of te verminderen:

- Bespreek het gedrag van de jongere en de behandellijn in teamvergaderingen;
- Schakel hulp in van collega's en praat er in het team over;
- Vraag om hulp als je twijfelt;
- Wees open over je eigen gevoelens en bespreek deze in het team;
- Wees open over je eigen (on)mogelijkheden in het omgaan met deze problematiek;
- Probeer elkaar te steunen in het team en leer van elkaar (o.a. in intervisie);
- Hanteer professionele nabijheid: kijk, neem waar wat het met je doet en handel met verstand;
- Zorg voor deskundigheidsbevordering en vergroot je kennis op dit gebied;
- Bij twijfel: schaal op naar een hoger verantwoordelijkheidsniveau;
- Grijp tijdig in als je signalen voelt bij jezelf, die duiden op overbelasting.

Kort samengevat, zorg voor medewerkers vraagt om:

Training zodat je kennis en vaardigheden ontwikkelt om met suïcidaliteit, suïcidedreiging en suicide(poging) leert gaan
Een aanspreekpunt hebben rondom inhoudelijke vragen (aandachtsfunctionaris, behandelcoördinator)
Een aanspreekpunt hebben rondom persoonlijke gevoelens en ervaringen
Bedrijfsondersteuningsteam/collegiaal opvangteam
Intervisie
Moreel beraad

2.7 Samenwerking met ouders/naasten

Aanvullend op voorgaand: suïcidaal gedrag speelt zich niet alleen af tussen de jongere en de professionals, maar ook tussen de jongere en diens ouders/naasten. Het is daarom van groot belang om met ouders/naasten van de jongere samen te werken. Zij kennen de jongere veelal goed en kunnen een belangrijke bron van informatie zijn. Ook zal de jongere na de behandeling waarschijnlijk weer in zijn eigen gezin/systeem terugkomen. Wanneer alleen de jongere is veranderd, maar het systeem niet, dan is de kans zeer groot dat de jongere weer in zijn oude gedrag terugvalt.

Het is belangrijk om ouders/naasten zo snel en intensief mogelijk te betrekken bij het proces van diagnostiek en behandeling van suïcidaliteit. Bespreek met de jongere wie de belangrijke naasten zijn; wie kan helpend zijn voor zijn/haar behandeling? Maatwerkafspraken zijn hierin belangrijk om recht te doen aan het perspectief van de jongere en de ouders/naasten.

Deze afspraken gaan bijvoorbeeld over met welke frequentie en hoe gedetailleerd ouders/naasten op de hoogte worden gehouden. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar wat helpend is in de behandeling vanuit het gezichtspunt van de jongere in verhouding tot wat ouders/naasten nodig hebben om te ervaren dat de jongere veilig is en samenwerking in de behandeling ervaren.

Bespreek samen met de jongere en de ouders/naasten de signalen, observaties en bevindingen m.b.t. het gedrag van de jongere in bredere context. Bespreek met hen het gezamenlijke behandelplan en stel deze gezamenlijk vast. Bespreek zorgen met de jongere en zijn of haar ouders/naasten.

In het behandelplan wordt o.a. opgenomen:

- De mate waarin contact wordt onderhouden tussen de jongere en de ouders/naasten;
- Welke rol de ouders/naasten kunnen en willen hebben in het verminderen van het risicogedrag;
- Wie, wanneer en op welke wijze contact opneemt met ouders/naasten;
- Afspraken over de wijze waarop de jongere zelf en de ouders/naasten werken met het uitvoeren en evalueren van het veiligheidsplan, hierbij rekening houdend met de mate waarin de ouders/naasten en jongere geacht worden de belangen van de jongere te overzien en te waarderen.

Verder hebben de ouders/naasten vaak behoefte aan uitleg, hulp en steun. Wanneer professionals aan deze behoefte tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de jongere, de kwaliteit van de werkrelatie met de jongere en het systeem, en op de motivatie voor behandeling. Geef bijvoorbeeld uitleg over het belang van het geven van meer autonomie waarvoor je een stuk veiligheid kan opgeven. Verder zorgt het afstemmen van het veiligheidsplan met ouders/naasten voor draagvlak, gezamenlijke verantwoordelijkheid en bespreken van risico's.

Samengevat, samenwerken met ouders/naasten houdt in:

Algemene uitleg geven over behandeling, psycho-educatie over diagnoses en suïcidaliteit
Zorgen voor heldere communicatielijnen: ouders/naasten weten wanneer en van wie ze informatie kunnen krijgen en bij wie ze met vragen terecht kunnen
Aanbieden van een training over omgaan met suïcidaliteit
Samenwerken in het behandelplan opstellen en uitvoeren waar mogelijk, betrekken waar mogelijk
Bespreek bij de intake al hoe ouders betrokken willen worden en pas dit indien nodig aan tijdens de behandeling

Dit alles natuurlijk in afstemming en samenwerking met de jongere zelf.

Onder naasten die betrokken zijn bij de behandeling worden meestal volwassenen in het leven van de jongere bedoeld, die belangrijk zijn voor de jongere. Naast deze volwassenen kunnen ook de vrienden van de jongere een rol spelen. Zij kunnen bijvoorbeeld ook op de groep uitgenodigd worden en daarmee even een onderdeel zijn van het leefklimaat van de jongere. Naast dat het voor de jongere zelf heel belangrijk kan zijn om de vrienden

deelgenoot te laten zijn van het huidige leven, kan dit ook veel informatie geven over het leven van de jongere. Wat weer een belangrijke bijdrage geeft aan de behandeling. Het uitnodigen van vrienden kan ook voor onzekerheid en stress zorgen bij de medewerkers, omdat niet elke vriend een positieve invloed hoeft te hebben. Ook dan kan het zeer zinvol zijn om de jongere wel uit te nodigen. Voor de medewerkers is het belangrijk te weten dat collega's achter deze beslissing staan. Het is een gezamenlijke actie van de medewerkers en de jongere om de jongere te ondersteunen in zijn/haar behandeling en hierin verder te helpen.

2.8 Netwerksamenwerking

Hierbij wordt gekeken naar samenwerking met organisaties in het (zorg)netwerk rondom de jongere, samenwerken met organisaties in het onderwijs en vrije tijd en samenwerken met regionale ketenpartners.

2.8.1 Organisaties in het (zorg) netwerk rondom de jongere

Samenwerken met de organisaties in het netwerk van de jongere is erop gericht om samen op te trekken en de gedeelde verantwoordelijkheid te dragen voor en met de jongere in behandeling.

Wanneer een jongere die thuis woont en ambulante begeleiding wordt door een instelling voor Jeugd-GGZ of verblijft in die instelling wordt (over)geplaatst naar een instelling voor JeugdzorgPlus, is dat zeer ingrijpend en kan tot crisisgedrag leiden.

Wanneer de Jeugd-GGZ en de instellingen voor JeugdzorgPlus erin slagen om in deze situaties in gezamenlijkheid de expertise van betrokken instellingen efficiënter en effectiever in te zetten, zal er een betere start worden gemaakt met de behandeling in de JeugdzorgPlus en zullen veiligheidsrisico's verkleind worden. Het optimaliseren van de continuïteit van zorg, is in het belang van de jongere, ouders/naasten, plaatsende instelling, de instelling voor Jeugd-GGZ, en de instelling JeugdzorgPlus.

Afspraken met organisaties in het netwerk van de jongere hebben betrekking op:

- Contact voorafgaand aan machtiging aanvragen;
- De plaatsing, inclusief overdracht meedraaien;
- De dag van plaatsing;
- Tijdens de behandeling in JeugdzorgPlus;
- Vervolg na behandeling JeugdzorgPlus;
- Plaatsing binnen en buiten kantooruren;
- Warme overdracht.

In de verschillende afspraken is het natuurlijk net zo belangrijk om de jongere en de ouders/naasten mee te nemen en hen hier actief onderdeel van te laten zijn.

Wanneer tijdens de individuele behandeling van een suïcidale jongere escalaties blijven plaatsvinden, wordt overwogen om de hulp van externe deskundigen (bijvoorbeeld het Centrum voor Consultatie en Expertise; CCE) in te roepen. Het initiatief hiervoor ligt bij de Behandelcoördinator i.o.m. de psychiater. Ook samenwerking opzoeken met regionale GGZ-partners is interessant in verband met collegiale consultatie.

2.8.2 Ketenpartners onderwijs en vrije tijdsbesteding

Vergeet binnen het rijtje ketenpartners niet het onderwijs en de vrijetijdsbesteding van de jongere. Soms is het onderwijs gesitueerd op de eigen locatie, soms kan de jongere misschien wel op de eigen school blijven. In al die gevallen zijn goede afspraken nodig, zodat de verschillende partijen samenwerken met de jongere binnen de behandeling.

Ook de vrijetijdsbesteding van de jongere kan een zinvolle ketenpartner zijn, bijvoorbeeld een sportclub. Indien er mogelijkheden zijn om de jongeren hiervan gebruik te laten maken, is dit zeer waardevol. Tegelijkertijd kan dit niet zonder goede afspraken. Neem deze partijen dan ook mee binnen de afspraken. Dit betekent niet dat een sporttrainer alles weet over de behandeling, maar het delen van bijvoorbeeld het veiligheidsplan kunnen de trainer en de jongere helpen hetgeen binnen de behandeling wordt geleerd in de praktijk te brengen.

2.8.3 Ketenpartners op regionaal niveau

In de regio (en in sommige gevallen ook landelijk) zijn er verschillende ketenpartners waarmee regelmatig wordt samengewerkt. Breng deze belangrijkste ketenpartners in kaart, denk hierbij aan:

- Scholen;
- Gemeente;
- Jeugdzorginstellingen;
- GGZ-instellingen.

Maak met hen afspraken over onder andere:

- Samenwerking rondom jongeren uit de regio;
- Warme overdracht;
- Collegiale consultatie;
- Contactpersonen.

Leg deze afspraken vast in een document en evalueer na één of twee jaar of deze afspraken effectief zijn en een verbetering (meer en eenvoudiger overleg en contact) of verbeterd moeten worden.

2.9 Scholing

Gelet op het feit dat er jongeren worden behandeld die suïcidaal gedrag vertonen, is het van belang dat medewerkers uit betrokken disciplines over voldoende kennis en kunde beschikken inzake het kunnen signaleren van suïcidaal gedrag. Er wordt dan ook nadrukkelijk aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering. Het trainen van medewerkers in hoe om te gaan met suïcidaal gedrag en het kunnen terugvallen op duidelijke richtlijnen zijn onmisbare voorwaarden voor het omgaan met en behandelen van suïcidaal gedrag en het bevorderen van de mentale weerbaarheid bij medewerkers. Veel oefenen in gespreksvaardigheden en contact maken zijn van essentieel belang. In 5. Deel D Scholing en intervisie Suïcidepreventie wordt dit verder uitgewerkt.

2.10 Evalueren

Het evalueren van behandelingen en suïcide(poging) zijn bedoeld om van te leren en zeker niet bedoeld om een schuldige aan te wijzen. Het werken met suïcidaliteit is geen exacte

wetenschap. Door het evalueren van situaties leren we meer en kunnen we de behandeling steeds beter laten aansluiten bij de jongeren.

Binnen het EPD is er ruimte voor de evaluatie van een incident alsook voor de evaluatie van het behandelplan. Zorg dat er binnen de evaluatie ook aandacht is voor de medewerker. Door regelmatig geconfronteerd te worden met suïcidaliteit of met suïcidepogingen, kan er een mate van gehardheid ontstaan. Hierdoor kunnen ogenschijnlijk kleine situaties niet meer besproken of geëvalueerd worden, waardoor belangrijke informatie gemist wordt.

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

2.10.1 Beleidsplan instelling

Dit beleidsdocument wordt iedere 2 jaar geëvalueerd. Dit wordt geïnitieerd door de behandelcoördinator of door de afdeling kwaliteit. Waar nodig wordt het plan bijgesteld.

2.10.2 Behandelplan jongere

Het behandelplan opgesteld voor de jongere wordt tijdens uitvoering regelmatig geëvalueerd met jongere, hulpverleners, ouders/naasten en ketenpartners.

2.10.3 Na suïcide(poging)

Elke suïcidepoging wordt op casusniveau met direct betrokken medewerkers geëvalueerd d.m.v. het bespreken van de casus en de gevolgde handelingsprocedure. Dit wordt geïnitieerd door de behandelcoördinator. Evalueer samen met de calamiteitencommissie alle stappen en kijk waar het goed ging en waar het beter kan. Betrek na een poging hier natuurlijk ook de jongere zelf bij. Ook ouders/naasten worden altijd betrokken. Eventuele verbeterpunten worden opgesteld en uitgevoerd.

3. Deel B Diagnostiek, begeleiding en behandeling

3.1 De basis van het professioneel handelen

Het is niet te vermijden dat je binnen de JeugdzorgPlus jongeren tegen zal komen waarbij suïcidaal gedrag speelt. Dit suïcidale gedrag is een menselijke reactie die ontstaat vanuit de beleving van de persoonlijke situatie als zwaar, uitzichtloos en niet vol te houden. In deze gedachten, verlangens en handelingen spelen gevoelens van onmacht, wanhoop en eenzaamheid een grote rol. De jongere mist perspectief. Het suïcidale gedrag geeft zowel de wens aan om te ontsnappen van de ervaren (geestelijke) pijn als de wens om anderen aan te zetten tot bieden van hulp. Suïcidaal gedrag heeft relationele aspecten, waarin soms wraakgevoelens, behoefte te kwetsen of behoefte aan hulp tot uitdrukking komen. Soms kan het ook juist het geval zijn dat de suïcidaliteit tot doel heeft om de ander rust te geven en de ander geen last meer te bezorgen. Want als de jongere er niet meer is, hebben ouders/naasten/medewerkers ook niet meer de zorgen. De verschillende relationele aspecten kunnen door elkaar lopen, en van moment tot moment verschillen. Er zijn ook jongeren die de afloop van het suïcidale gedrag aan het toeval overlaat. De jongere is dan eigenlijk niet zozeer gericht op de dodelijkheid van de toegepaste methode als wel op het onmiddellijke effect: het bewustzijn uitschakelen. Er is dan niet alleen sprake van een grote ambivalentie (ze willen wel én niet dood), maar ook van een intentie om het bewustzijn te stoppen, al is het maar voor even.

Om te achterhalen waarom een jongere suïcidaal gedrag vertoont, moet je hierover met de jongere in gesprek gaan. Wees open en vragend, zonder oordeel of invullingen. Hoe meer de jongere zich gezien en gehoord voelt en hoe meer de jongere vertrouwen ervaart in de hulp om zich heen, hoe meer open hij zich zal opstellen.

Om het plaatje completer te krijgen, zal je ook altijd met de ouders/naasten in gesprek moeten gaan over het suïcidale gedrag. Ouders/naasten hebben hun eigen ervaringen en kennen hun kind al zijn hele leven. Belangrijk hierin is om altijd eerst met de jongere te bespreken en aan te geven dat je ook graag de ouders/naasten zou willen horen. Dat je hen wilt vragen hoe zij tegen het suïcidale gedrag aankijken, welk beeld zij hebben en wat zij denken dat zou kunnen helpen. Niet omdat je wilt controleren of wat de jongere vertelt wel of niet waar is, maar juist omdat iedereen een eigen ervaring heeft. En het kan soms veel inzicht geven juist wanneer je de ouders/naasten ook hierin meeneemt. In veel situaties zullen er met de jongere goede afspraken te maken zijn over wat wel en niet met de ouders/naasten gedeeld kan worden. Een duidelijke uitleg richting de jongeren waarom het delen en de samenwerking met de ouders/naasten belangrijk is, is hierin van noodzakelijk belang. Andersom is het ook van noodzakelijk belang om met ouders/naasten te spreken en uitleg te geven waarom bepaalde informatie misschien (nog) niet gedeeld kan worden. Wat bovenstaande vooral laat zien, is dat een goede behandeling van suïcidaliteit altijd een samenwerking is van meerdere partijen, waarin het belang van de jongere het zwaarste weegt. Het belang van de jongere wil niet altijd zeggen dat je als medewerker precies doet wat de jongere wil. Wel dat je altijd een zorgvuldige afweging maakt in het wel of niet opzoeken van de samenwerking met de ouders/naasten en dit altijd in overleg met de jongere doet en hierover helder kan communiceren met ouders/naasten.

De behandeling is erop gericht suïcidaal gedrag bij de jongere te verminderen, waarbij de inzet is hen meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gedrag te leren dragen en de autonomie te vergroten, maar hen ook inzicht te geven in de oorsprong en aanleiding van hun gedrag. Hierin kan soms een groot spanningsveld ontstaan tussen het bieden van veiligheid en het zorgen dat de jongere ook kan oefenen met het hanteren van meer autonomie. Wanneer er uitsluitend voor veiligheid gekozen wordt, dan gaat dit ten koste van de autonomie en dus ook ten koste van de behandeling. Later wordt hier nog verder op ingegaan.

In de behandeling van jongeren waarbij suïcidaliteit speelt is het belangrijk om je bewust te zijn en blijven van het volgende:

- De uiting en vorm van de suïcidale communicatie zegt niet altijd iets over de ernst van het risico;
- Contact maken en houden over suïcidale verlangens en gedachten vermindert het risico van het isolement en werkt preventief;
- Het is belangrijk om open en empathisch op de jongere te reageren, vraag door en probeer je in te leven in hoe de situatie voor de jongere is;
- Wees transparant over je rol, werkwijze en over de hoeveelheid tijd die je op dat moment hebt;
- Door het bagatelliseren of veroordelen van de wens te willen ontsnappen aan de heftigheid van de ervaren gevoelens door het inzetten van automutilatie en/of suïcidale gedragingen, wordt dit gedrag juist versterkt;
- Het beloven van geheimhouding als hulpverlener werkt contraproductief: het belast te sterk de draagkracht van de medewerker en draagt niet bij aan effectieve behandeling. Dit betekent niet dat alles altijd met iedereen gedeeld moet worden, maar dat de medewerker het altijd met een collega moet kunnen delen. Op een later moment wordt het onderwerp geheimhouding nog verder uitgewerkt;
- In alle omstandigheden en bij elke interventie staat een respectvolle benadering van de jongere centraal. Daarbij staat alles in het teken van het verlenen van optimale behandelingen waarin autonomie en veiligheid gezamenlijk worden afgewogen en bewuste keuzes worden gemaakt;
- De klik die de jongere heeft met de hulpverleners om hem heen, heeft een grote positieve invloed op de behandeling;
- Het is belangrijk dat er, ondanks de complexiteit rondom de opname, ook met de jongeren wordt nagedacht over wat zijn of haar wensen voor de toekomst zijn (onderwijs/werk/wonen), waarmee een perspectief wordt geboden en gewerkt wordt aan hoop.

3.2 In contact blijven

Het is belangrijk het contact zo vorm te geven dat er een positieve werkrelatie met de cliënt kan ontstaan. Contact wordt vaak bepaald door de interactie tussen jongere en professional. Een jongere verkeert vaak in een toestand van klem zitten (gepaard gaand met emotionele ontregeling en bijvoorbeeld zwart-witdenken). Sommige jongeren willen weinig over hun suïcidale ideeën of gedrag zeggen. Soms is het moeilijk om contact met de jongere te maken. Toch moet de professional nog steeds beoordelen of de veiligheid van de jongere in gevaar is. Daarnaast spelen er ook factoren bij de professional die het contact kunnen belemmeren.

Er heerst bijvoorbeeld de angst om de problemen groter te maken als er met de jongere over suïcide gesproken wordt. Ook kan er sprake zijn van angst voor professionele, juridische of emotionele consequenties na een suïcide. Een gevoel van machteloosheid of handelingsverlegenheid kan leiden tot onnodige, restrictieve maatregelen. Wat helpt is om je bewust te zijn van je eigen ideeën en houding als hulpverlener en hoe dit een rol speelt in jouw handelen. Daarnaast is meevoelen en meeleven zonder mee te gaan in de wanhoop altijd belangrijk om de jongere te laten zien dat je betrokken bent en hem echt belangrijk vindt. Tot slot is het zeer belangrijk om transparant te zijn over je rol en werkwijze. Overleg altijd met collega's, dit helpt, ook als de uiteindelijke beslissing over wat te doen bij jezelf blijft liggen.

Begeleiders zijn vaak de professionals die het meest contact met een jongere hebben. Traditioneel hebben zij als taak observatie en het waarborgen van veiligheid. Het is aan te bevelen om het contact niet alleen vanuit een observationele attitude aan te gaan, maar ook vanuit een houding van betrokkenheid. Het aanwezig zijn, valideren van de wanhoop en bieden van hoop zijn belangrijker dan snel zoeken naar oplossingen. Daarbij is voldoende toezicht en waakzaamheid ook belangrijk. Dit kan soms tegenstrijdig voelen, overleg dan met een collega en weet dat de tegenstrijdigheid vaak niet valt op te lossen. Het is een continu zoeken naar een balans tussen veiligheid en autonomie. En soms moet je hierbij risico's nemen. Doe dit altijd weloverwogen en beschrijf de argumenten duidelijk in het Elektronisch Patiëntendossiers (EPD).

3.3 Achtergrondinformatie uit onderzoek

Vanuit verschillende onderzoeken die in de loop der jaren gedaan zijn, is bekend dat een aantal zaken positief werken binnen de behandeling van suïcidaliteit en anderen juist een negatief effect hebben.

3.3.1 Positief effect

- Indien mogelijk binnen de duur van de opname van de jongere kunnen verschillende therapievormen worden ingezet: Probleemoplossingstherapie of cognitieve gedragstherapie (CGT) / Dialectische gedragstherapie (DGT) / Mentalisation-based therapie (MBT) / Schemagerichte therapie;
- Het gebruik van een signalerings- of veiligheidsplan die samen met de jongere, zijn ouders/naasten en behandelaars is gemaakt en regelmatig onderwerp van gesprek is. Het moet een plan zijn die voor de jongere zelf concreet inzetbaar is op momenten dat het moeilijker wordt;
- Medicatie kan een effect hebben waar de onderliggende oorzaak van het suïcidaal gedrag een ernstige psychiatrische stoornis is, zoals ernstige depressie of een psychose;
- Naast de hierboven omschreven 'evidenced based' behandelvormen, is het belangrijk om na te denken over wat een jongere kan helpen zich te verbinden aan een therapie. Soms is een evidenced based therapie een te grote stap om mee te starten. Starten met de inzet van vaktherapie (muziektherapie, creatieve therapie) alsmede het contact met dieren (huisdieren, paarden, hulphonden), maar ook middelen als yoga of meditatie kunnen een helpende rol spelen. Vaktherapie en de andere hiervoor genoemde middelen kunnen helpend zijn ter voorbereiding op, ter stabilisatie voorafgaand of ter ondersteuning van een evidenced based therapie. Belangrijk bij het vinden van de juiste therapievorm is die therapievorm te kiezen die aansluit bij de behoeften van het kind en

het stressniveau van het kind. Bij een hoog stressniveau is een therapie die een appel doet op het rationele gedeelte van de hersenen niet altijd wenselijk. Het inzetten van een vaktherapie die het stressniveau omlaag brengt is op dat moment een meer effectievere keuze;

- Systeemgericht werken houdt meer in dan alleen het systeem (ouders/naasten) te betrekken in systeemtherapie. Het begint al bij het groepswork, de groepsdynamica, de dynamiek tussen begeleiding en de jongeren onderling (wat ook kan lijken op de situatie thuis en daardoor een trigger kan zijn en tot negatief of suïcidaal gedrag kan leiden).
- Een positief leefklimaat heeft een positief effect op de begeleiding en behandeling van de jongere. Hierbij zijn de groepsgrootte, continuïteit van de groepsmedewerkers, deskundigheid van de groepsmedewerkers, mate van betrokkenheid, groepsamenstelling, de sfeer wat het gebouw uitstraalt (kleurengebruik, gebruik van materialen enz.) essentieel;
- Kinderen en jongeren leven in de context van het gezin of in een ander verband met personen die verantwoordelijkheid dragen voor hun ontwikkeling en veiligheid. Bij behandeling van suïcidaal gedrag van jongeren is het noodzakelijk om de ouders/naasten te betrekken en de samenwerking op te zoeken waar mogelijk. De samenwerking kan op verschillende niveaus plaatsvinden, namelijk op het niveau van informeren, raadplegen, adviseren, coproduceren of (mee)beslissen. Indien het in het kader van de behandeling voor de jongere een negatief effect zou hebben wanneer de ouders/naasten actief betrokken worden, of als de jongere ouder dan 16 jaar is en geen toestemming geeft om ouders/naasten in te lichten (waarbij duidelijk de voor- en nadelen zijn besproken en de jongere goed weet op welke argumenten hij dit baseert en wat de gevolgen hiervan zijn) kan overwogen worden of informeren van ouders/naasten over het lopende traject volstaat. Het doel blijft altijd dat de relatie met ouders/naasten waar mogelijk wordt hersteld, eventueel op een later moment in de behandeling.

3.3.2 Negatief effect

- Non-suïcide contract: in de praktijk wordt het non-suïcide contract nog regelmatig gebruikt, maar er zijn aanwijzingen dat een non-suïcidecontract niet bijdraagt aan het voorkomen van suïcide. Contracten hebben mogelijk ook schadelijke effecten, zoals een verminderde aandacht voor het feitelijke suïciderisico en het niet meer bespreekbaar durven maken van de eigen gedachten met het risico op het nog sterker worden van deze gedachten. Het is sterk af te raden gebruik te maken van een non-suïcidecontract in acute situaties of bij onbekende cliënten. In langer durende therapeutische relaties is het soms te overwegen om mondelinge afspraken te hanteren als middel om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken;
- Plaatsing in afzondering in een veilige ruimte of separeerruimte: dit dient met de grootst mogelijke terughouding gehanteerd te worden, en alleen indien cameratoezicht noodzakelijk is en op geen andere wijze de veiligheid geborgd kan worden. Belangrijk is om te kijken naar de momenten waarop men aan deze interventie wordt gedacht. Vaak is het zo dat de jongere juist meer gebaat is bij het verblijven in de nabijheid van een vertrouwd persoon. In afzondering op een veilige kamer of separeerruimte is het risico dat de suïcidale gedachten toenemen veel groter. Maak onderscheid met afzondering waarbij er sprake is van een kamerplaatsing, waarbij de jongere een tijd alleen op zijn kamer zal verblijven. Dit bijvoorbeeld om de prikkels uit de groep te vermijden of om de

rust met eigen spullen om zich heen op te zoeken. Dit kan juist heel helpend zijn. Bij beide vormen van afzondering is het belangrijk dat deze interventie niet als straf wordt ervaren, maar als een manier wat de jongere op dat moment helpt om bijvoorbeeld weer tot rust te komen. Kijk hiervoor ook naar de informatie uit het project 'Laat me niet alleen'.

3.4 Behandelingfases

In de verschillende fases van de behandeling speelt suïcidepreventie een rol. Dit kan zijn het in kaart brengen van de suïcidaliteit of de behandeling hiervan. In onderstaande tekst wordt beschreven hoe suïcidepreventie in elke fase er uit ziet.

De verschillende fases zijn:

- Intake;
- Screening / risicotaxatie;
- Diagnostiek / structuurdiagnose;
- Behandeling / veiligheidsplan.

3.4.1 Intake

Bij opname is suïcidaliteit altijd een aandachtspunt. Concreet komt het erop neer dat het onderwerp van gesprek is in het opnamegesprek. Een intake binnen de JeugdzorgPlus onderscheidt zich echter van een intake binnen de jeugd GGZ of jeugdzorg vanwege het acute en complexe karakter en laat niet altijd ruimte over om aan alle wenselijke onderwerpen aandacht te besteden in aanwezigheid van de wenselijke ouders/naasten en/of verwijzende hulpverleners. Daarnaast is niet altijd alle informatie uit vorige behandelingen aanwezig. Het dossier kan dus incompleet zijn. Ook lijkt een gesprek over suïcidaliteit nog wel eens uit de lucht te komen vallen, wat het misschien moeilijk maakt om er over te beginnen. Desalniettemin is het belangrijk om juist al op dit moment ook het gesprek over (mogelijke) suïcidaliteit met de jongere, de ouders/naasten en eventueel verwijzende hulpverlener aan te gaan. Bij een dergelijk overdrachtsmoment bij intensivering van zorg bestaat namelijk een verhoogd risico op toename van (reeds aanwezig) suïcidaal gedrag. Door te vragen naar eventuele suïcidale gedachten, heb je de meeste garantie dat je achterhaalt hoe dit op het moment van de intake voor de jongere speelt.

Indien er sprake is of was van suïcidaliteit wordt dit opgenomen in het EPD. Waar dat aan de orde is kan een jongere om die reden bij opname direct gezien worden door een intern aangewezen behandelcoördinator. Indien er sprake is van suïcidaliteit kan er meteen het screeningsinstrument SIDAS ingezet worden, zie screening en risicotaxatie.

Aanbevelingen intake:

- Het is sterk aanbevolen om, waar mogelijk, de verwijzende hulpverlener naast ouders/naasten te betrekken bij de opname van de jongere in het kader van een warme overdracht;
- Bij iedere jongere wordt suïcidaliteit uitgevraagd direct bij binnenkomst (binnen 24 uur). Mocht er geen ruimte worden ervaren dit binnen de intake plaats te laten vinden, dan kan dit op een later moment die dag plaatsvinden. Wees bewust van het feit dat de jongere niet altijd open zal zijn over zijn of haar suïcidaliteit als ouders/naasten

betrokken zijn bij het gesprek. Vraag dit dan altijd na, indien de jongere tijdens het gesprek heeft aangegeven geen suïcidale gedachten te hebben. Indien blijkt dat er wel suïcidaliteit speelt, maak dan met de jongere afspraken over hoe de ouders/naasten geïnformeerd kunnen worden en welke rol zij hierin kunnen spelen;

- Vraag bij aanvang na of de jongere al in bezit is van een signalerings- of veiligheidsplan en kijk hoe dit nu ook ingezet kan worden om de veiligheid te vergroten in deze acute situatie. Het werken met een eenduidig plan gericht op continuïteit van datgeen wat al werkend lijkt te zijn voor de jongere heeft een sterke voorkeur.

3.4.2 Screening

Screenen van de suïcidaliteit kan door middel van verschillende instrumenten. Gezien de ervaren tijdsdruk een rol speelt, wordt aanbevolen gebruik te maken de **Suïcidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)**, gezien dit instrument uit slechts 5 vragen bestaat en goed ingezet kan worden om het gesprek over suïcidaliteit te starten en het is goed te gebruiken door verschillende disciplines.

De vragen uit de SIDAS zijn:

1. In de afgelopen maand, hoe vaak heb je aan suïcide gedacht?
2. In de afgelopen maand, hoeveel controle had je over deze gedachten?
3. In de afgelopen maand, hoe dicht was je bij een suïcidepoging?
4. In de afgelopen maand, in welke mate werd je gekweld door gedachten aan suïcide?
5. In de afgelopen maand, in welke mate hebben gedachten aan suïcide je gehinderd in het uitvoeren van je dagelijkse bezigheden, zoals school en sociale activiteiten?

NB: De vragen worden gescoord op een schaal van 0 = helemaal niet tot 10 = in zeer sterke mate. Bij een score van 0 op item 1 wordt de rest van de vragen niet gesteld en krijgt de jongere automatisch een score van 0. De totale score wordt berekend door de som van de scores op de 5 vragen op te tellen, waarbij item 2 worden omgescoord (10=0, 9=1, ..., 0=10).

Screening vindt minimaal maandelijks plaats bij de jongere van wie bekend is dat hij of zij kampt met suïcidale gedachten of gedrag, om op deze manier aandacht te houden voor de suïcidaliteit en veranderingen goed te kunnen volgen. De SIDAS kan worden afgenomen door de groepsmedewerker en de behandelcoördinator.

3.4.3 Risicotaxatie

Er is geen formule waarmee het risico van suïcide na een suïcidepoging betrouwbaar kan worden voorspeld. Het inschatten van de risico's na een suïcidepoging is een subjectieve afweging die wordt gemaakt op grond van beschikbare informatie en professionele ervaring. Dit geldt tevens voor het verlenen van nazorg op individueel niveau; ieder individu is immers uniek en reageert anders.

Toch is het zinvol om een risicotaxatie af te nemen. Hiermee krijg je namelijk wel inzicht in de mate van het risico op het meetmoment. Vergeleken met eerdere meetmomenten kunnen er patronen en aanknopingspunten voor behandeling worden gevonden. Belangrijk is deze risicotaxatie niet af te nemen als onderdeel van een af te werken afvinklijst, maar dit in gesprek met de jongere te bespreken en samen in te vullen. Het doel is ervoor te zorgen dat de jongere zelf inzicht in zijn eigen handelen krijgt en daardoor kan gaan leren op een

andere manier met heftige gevoelens en/of situaties om te gaan. Leg dit doel ook altijd duidelijk uit aan de jongere.

Om de suïcidaliteit bij de jongere in kaart te brengen kan er gebruik gemaakt worden van het CASE interview, dit wordt afgenomen door de behandelcoördinator.

3.4.4 CASE- benadering

De suïcidale toestand wordt onderzocht aan de hand van de CASE-benadering (Chronological Assessment of Suicide Events: Shea, 1998). Eerst wordt gevraagd naar de actuele gedachten en gebeurtenissen, dan naar de recente voorgeschiedenis (4-8 weken) en vervolgens naar de ruimere voorgeschiedenis van eerdere episodes van suïcidaal gedrag. Tot slot wordt gevraagd hoe de jeugdigen de toekomst zien, welke plannen hij heeft, en wat er zou moeten veranderen om het toekomstperspectief te verbeteren.

Het interview wordt uitgewerkt op hoofdlijnen en toegevoegd aan het dossier van de jongere. Ook wordt het onder de aandacht gebracht van de psychiater en/of klinisch psycholoog. De behandelcoördinator kan hierover ook in gesprek gaan met de psychiater of klinisch psycholoog.

3.4.5 Overwegingen bij risicotaxatie

Suicide komt zelden voor onder de 14 jaar¹. Onder de 14 is er nog maar een gebrekkige ontwikkeling van het doodskoncept bij het kind. Zij hebben vaak magische en prelogische gedachten over de dood. Pas in de puberteit, wanneer het abstract-deductieve denken tot ontwikkeling komt, kan er een idee gevormd worden over de dood als een onomkeerbaar definitief gebeuren.

Onder adolescenten is, na verkeersongevallen, suicide de voornaamste doodsoorzaak. Belangrijk is om goed te kijken naar de jongere die voor je staat, Praat samen over suïcidaliteit op zo'n manier dat dit past bij leeftijd en problematiek (bijvoorbeeld ASS, LVB). Hieronder worden de verschillende risicofactoren beschreven. Voor jongeren in de JeugdzorgPlus gelden vaak meerdere van de onderstaande risicofactoren, wat het risico op suïcidaliteit vergroot.

3.4.6 Risicofactoren

Met risicofactoren wordt bedoeld: de vastgestelde karakteristieken die vaak waar te nemen zijn bij jongeren met suïcidaal gedrag. Ze vormen een optelsom, waarmee het risico op suicide toeneemt bij een groter aantal risicofactoren. Beschouw deze niet als oorzakelijke factoren, want niet elke jongere met gelijkwaardige risicofactoren komt tot suïcidaal gedrag. Evenmin kunnen we een voorspelling maken van welke jongere met suïcidaal gedrag wel of niet zal komen te overlijden. Toch is het erg belangrijk om kennis te hebben van de risicofactoren, omdat je hiermee de jongere beter leert kennen en over deze risicofactoren concreet in gesprek kan gaan. Het versterkt het contact dat je met de jongere wil leggen. Risicofactoren kunnen grofweg worden ingedeeld in onderstaande categorieën:

- **Psychologische kenmerken:** geneigd tot internaliseren, matige emotionele vaardigheden, zelfbeeldproblemen, beperkte frustratietolerantie, zwart-wit denken, sterke identiteitsvragen.

¹ <https://www.nji.nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Zelfdoding>

Risico op suïcide is groter bij jongeren die:

- Eerder een poging hebben ondernomen en impliciet of expliciet aangeven te denken aan suïcide;
 - Prikkelbaar tot agressief reageren;
 - Een laag gevoel van eigenwaarde ervaren;
 - Antisociale gedragingen vertonen;
 - Slecht slapen en/of een verminderde eetlust hebben;
 - Na een sombere periode opeens weer normaal lijken te functioneren;
 - Zelfbeschadigend gedrag vertonen (en hier niet meer van schrikken);
 - Alcohol of drugs gebruiken.
- **Sociale kenmerken:** onrust en wisselingen in het leven, ervaringen van verlating, met name contact met 'lotgenoten', vaker dan leeftijdsgenoten alcohol en drugs gebruik of misbruik, pestervaringen.

Risico op suïcide is groter bij jongeren die:

- Recent een ernstig verlies hebben gekend;
 - Minder goede werk- of schoolprestaties leveren en hier meer absent zijn;
 - Toename van alcohol en/of drugsgebruik of – misbruik;
 - In isolement verkeren.
- **Gezinsfactoren:** negatief (beleefde) interactiepatronen, beperkt toezicht van ouders, onzekerheid ouders over hun rol als opvoeder, ouder zelf belast met psychische, psychiatrische of verslavingsproblematiek, ouders betrokken in een (v)echtscheiding, suïcide(pogingen) in de familie.

Risico op suïcide is groter bij jongeren die:

- Waarvan familieleden suïcide hebben gepleegd of -een poging gedaan;
 - Wiens ouders psychiatrische problemen hebben;
 - Met een ongunstige gezinsachtergrond, o.a: verlies van een ouder door dood of scheidinghuwelijksproblemen en/of slechte onderlinge relaties, misbruik van drank of drugs door ouder(s).
- **Psychopathologie:** depressies/depressieve gevoelens, psychosen, angstproblematiek, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek, middelengebruik/-misbruik, aanpassingsproblemen, gedragsproblemen, traumatische ervaringen (misbruik, verwaarlozing, mishandeling).

Risico op suïcide is groter bij jongeren die:

- Een depressieve en manische stoornis hebben;
- Die communicatieproblemen hebben: ze kunnen moeilijk bevredigende sociale relaties aangaan, wat leidt tot sociale isolatie;
- Een borderline persoonlijkheidsstoornis of met een narcistische persoonlijkheidsstoornis, beiden in wording gezien het feit dat dit pas na iemands 18e kan worden gediagnosticeerd. Door de extreme behoeften bij beide stoornissen en het gebrek aan realiteitszin voelen ze zich niet erkend;
- Met schizofrenie gediagnosticeerd zijn.

3.4.7 Beschermende factoren

Naast de risicofactoren zijn er ook beschermende factoren. Deze beschermende factoren dragen bij aan een verlaging van het risico op suïcide. Beschermende factoren zijn onder meer:

- Goede gezinsrelaties;
- Steunend sociaal netwerk;
- Toekomstperspectief;
- Positief leefklimaat;
- Stabiel team van hulpverleners om de jongere heen;
- Religie;
- Goed contact op /met school;
- Sport, inclusief goed contact op/met de sportvereniging;
- Overige hobby's / bezigheden;
- Goed benaderbare hulpverlening;
- Goede therapeutische relatie.

3.4.8 Risicomomenten

Verder zijn er ook momenten of situaties waarin het risico op suïcide groter is. Dit is bijvoorbeeld bij:

- Crisissituaties (bij jongere zelf of in de behandelgroep of tijdens verlof in de thuissituatie);
- Uitingen van wanhoop;
- Ernstige gebeurtenissen of grote veranderingen in het leven van de jongere;
- Transitiemomenten in lopende behandeling (bijv. wisseling van behandelgroep, wisseling van behandelaar);
- Onder invloed van verdovende middelen;
- Onverwachte veranderingen (bijv. verlenging verblijf, intrekken verlof).

3.5 Diagnostiek

Wanneer alle relevante informatie door middel van het Case Interview in kaart is gebracht, dient een beschrijvende diagnose gemaakt te worden, namelijk de structuurdiagnose van het suïcidale gedrag. Deze diagnostiek van suïcidaal gedrag is geïndiceerd op de volgende momenten:

- Bij start opname:
 - Indien suïcidaliteit speelt, er suïcidale uitspraken gedaan worden, of als er een suïcidepoging in het verleden heeft, dit wordt bij alle jongeren uitgevraagd.
- Tijdens de opname:
 - Indien er op dat moment voor het eerst sprake is van suïcidaliteit;
 - Indien er in het hier-en-nu sprake is van een opvallende toename (in ernst) van suïcidale gedachten en/of handelingen.

Onderzoek van suïcidaal gedrag is bedoeld om een inschatting te maken van de prognose van suïcide, om een indicatie te stellen voor noodzakelijke of gewenste zorg en om zorg te kunnen organiseren. Dit wordt door de behandelcoördinator uitgevoerd, in gesprek met de jongere, de ouders/naasten en informatie uit het dossier. Daar waar sprake is van

terugkerend en overtuigend suïcidaal gedrag resulteert het systematische onderzoek in een structuurdiagnose die is opgebouwd uit:

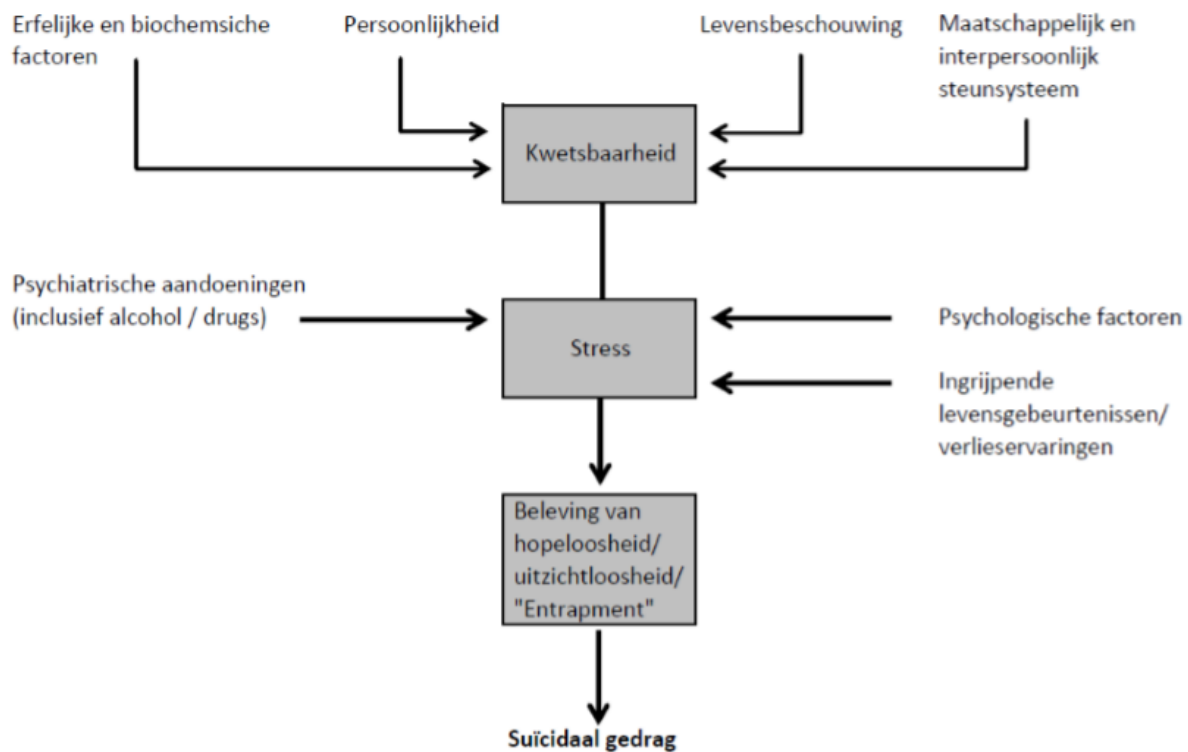
- Een formulering van de suïcidale toestand;
- Een formulering van de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren;
- Een werkhypothese over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenes (ontstaanswijze) van het suïcidaal gedrag;
- De mate waarin de jongere in staat geacht mag worden zijn of haar belangen bij het suïcidaal gedrag te overzien en te waarderen.

Uit de diagnostische formulering volgt vervolgens:

- Een individuele inschatting van de prognose;
- Een indicatiestelling voor interventies voor de kortere (dagen) en de langere (weken) termijn;
- Een voorlopig veiligheidsplan rondom suïcidaliteit.

Tot slot vinden de volgende vervolgstappen plaats:

- Bespreek de diagnose met jongere en ouders/naasten en stel waar nodig informatie bij;
- Op grond van de structuurdiagnose wordt er een plan van aanpak gemaakt in het behandelplan, samen met jongere en ouders/naasten;
- Afspraken dienen SMART geformuleerd te worden;
- Er worden evaluatie momenten gepland;
- Bij elk (nieuw) signaal van suïcidaal gedrag dient de structuurdiagnose bijgesteld te worden.



In het bovenstaande stress-kwetsbaarheidsmodel wordt ervan uitgegaan dat suïcidaliteit voortkomt uit factoren die de individuele kwetsbaarheid vergroten of verminderen, in

combinatie met stressoren die aanleiding geven tot het actuele gedrag. Het entrapment-onderdeel geeft het psychologische proces weer waarlangs kwetsbare individuen onder invloed van stressoren tot suïcidaal gedrag kunnen komen. Een opeenhoping van factoren op een moment van verhoogde stress kan opstapelen (licht, matig ernstig) tot een moment van kokerdenken waarin er een zeer ernstig risico is op suïcidaal gedrag kan ontstaan.

3.6 Behandeling en begeleiding

3.6.1 Bespreken van suïcidaliteit met de jongere

Algemene aandachtspunten

Het is belangrijk met de jongere in gesprek te gaan over de suïcidale gedachten/gedrag. Indien er al langer sprake is van suïcidaliteit is er al het één en ander uitgevraagd en in het dossier geplaatst. Indien mogelijk, probeer dit ook te lezen voordat je in gesprek gaat. Dit voorkomt dat de jongere sommige dingen als voor de zoveelste keer moet vertellen, waardoor hij zich niet serieus genomen voelt. Juist door je wel voor te bereiden, geef je de jongere de boodschap dat hij belangrijk is en het waard is om tijd aan hem te besteden. Zorg ook dat het voor de jongere helder is dat praten over suïcidaliteit mag en kan en er niet voor zorgt dat hij meteen in een afzonderings- of veilige ruimte wordt geplaatst. Doordat er steun en nabijheid wordt geboden (relationele veiligheid) en geen beheersmatige maatregelen volgen, blijkt dat jongeren wel durven blijven te vertellen over hun suïcidale gedachten. In het gesprek over suïcidaliteit zijn een aantal zaken van belang:

- Vraag altijd door bij crisissituaties bij een jongere bekend met suïcidedreiging, ook als de jongere zich op dat moment niet suïcidaal uit;
- Wees duidelijk naar de jongere dat er over suïcidaliteit en suïcidaal gedrag geen geheimhouding kan bestaan op grond van de professionele verantwoordelijkheid. Zorgen voor iemand die suïcidaal gedrag vertoont betekent teamwerk. Leg uit dat je zorgvuldig om zult gaan met alle informatie;
- Wees open en eerlijk. Zeg geen dingen die je niet meent en probeer onbevooroordeeld te blijven;
- Creëer een situatie waarin veilig gesproken kan worden, praten over suïcide maakt het gevaar niet groter;
- Probeer te achterhalen en te bespreken waar de spanning vandaan komt;
- Vraag altijd aan de jongere welke behoefte aan hulp hij heeft en wat hem kan helpen de suïcidale gedachten en spanningen te verminderen. De ene jongere kan dit beter aangeven dan de andere. Ook kan dit per moment verschillen;
- Samen met de jongere wordt gezocht naar mogelijkheden om zijn veiligheid te verhogen. Zoek samen naar zinvolle activiteiten; leg uit dat verveling negatieve gedachten en piekergedrag verergert;
- Neem altijd het veiligheidsplan erbij en zorg gezamenlijk dat dit een middel is dat voor de jongere zelf werkbaar is.

Voorbeeldvragen

De onderstaande vragen kunnen helpend zijn in het gesprek over de suïcidale gedachten:

- Je vertelde eerder dat je ook wel eens suïcidale gedachten hebt, is hier de laatste nog iets in gewijzigd?
- Wat maakt je zo wanhopig?
- Denk je erover om zelfmoord te plegen?
- Waarom zou je vandaag zelfmoord plegen?
- Heb je voorbereidingen getroffen om je leven te beëindigen (pillen, touw, afscheidsbrief)?
- Heb je iemand verteld over je plan om zelfmoord te plegen?
- Heb je een bepaalde datum in je hoofd waarop je zelfmoord wilt plegen?
- Wat maakt het leven nog waardevol en wat houdt je tegen?

3.6.2 Opstellen begeleidingsplan/behandelplan

Voor elke jongere wordt een behandelplan opgesteld. In het behandelplan wordt het risico op suïcidaal gedrag nadrukkelijk benoemd, om waar dat nodig is een gerichte behandeling in te kunnen zetten om verdere escalatie te voorkomen. Tevens wordt (of op een later moment in de behandeling, wanneer het suïcidale gedrag zich niet bij start al voordoet) een veiligheidsplan met de jongere gemaakt, dat vooral gericht is op preventie van dit gedrag. Het is de verantwoordelijkheid van de behandelcoördinator om erop toe te zien dat dit veiligheidsplan opgesteld wordt.

3.6.3 Veiligheid

Bij het zorgen voor veiligheid bestaan twee mogelijkheden.

In het eerste geval is het suïcidale gedrag evident en kan de jongere, althans op dat moment, geen afspraken maken met betrekking tot zijn veiligheid. Of psychopathologie daar een sterke rol bij vervult is niet van overheersend belang, tenzij deze snel en doeltreffend bestreden kan worden, maar dat is zelden het geval. Ambivalenties lijken op dat moment geen rol meer te spelen, en daarom zijn er dwingende maatregelen nodig om ongelukken te voorkomen. Om het gevaar te minimaliseren kan een jongere geplaatst worden in een toegeruste ruimte (veilige kamer, comfort room), mits er altijd iemand bij blijft. Dit laatste is van groot belang: de essentie van suïcidepreventie is immers het vasthouden van het contact.

In het tweede geval zijn wel afspraken te maken met de jongere. Voor de beoordeling van de risico's en de mogelijkheden om een jongere vrijheden te geven of juist af te nemen is geen recept te geven. Het is een proces dat met trial-and-error verloopt en waarbij soms risico's genomen moeten worden, omdat alleen op die manier de jongere kan oefenen in het dragen van meer verantwoordelijkheid en het vergroten van zijn autonomie. Het is steeds afwegen en uitproberen welke vrijheden een jongere aankan. Een grote rol speelt hierbij de kwaliteit van het contact van de teamleden met de jongere, naast hun ervaring met het omgaan met suïcidaal gedrag.

Veiligheidsplan

Een veiligheidsplan, onderdeel van het signaleringsplan, heeft tot doel de jongere en diens omgeving de mogelijkheid te geven om zelf en bijtijds signalen te herkennen die voorafgaan aan suïcidaal gedrag. Het veiligheidsplan wordt gemaakt door de jongere *samen* met de behandelcoördinator, persoonlijk jeugdzorgwerker en ouders/naasten, waarin concrete acties worden beschreven die door de jongeren als uitvoerbaar en zinvol worden gezien.

Wanneer de ouders/naasten niet aanwezig kunnen zijn, dan kan het plan achteraf met hen besproken worden. Het is belangrijk dat ouders wel van het veiligheidsplan op de hoogte zijn en hun inbreng kunnen geven. Zij kennen hun kind immers goed en kunnen helpen bij het inventariseren van de aankondigende signalen. Bovendien weten zij vaak beter dan de hulpverlener waartoe hun kind wel of niet in staat is. Kan hij zich aan afspraken houden? Gaat hij doen wat nu op papier staat? Wat zijn volgens ouders/naasten redenen waardoor het voor de jongere moeilijk is om dit uit te voeren? Het belang van het betrekken en mee laten werken van de ouders is daarnaast dat ook van hun kant acties in het plan kunnen worden opgenomen. Alle partijen hebben dus een aandeel in het veiligheidsplan, waarmee voor de jongere zichtbaar wordt gemaakt hoe hij ook kan bouwen op de mensen om hem heen. In uitzonderlijke gevallen is het samenwerken met de ouders niet helpend, dit is in die gevallen dat de ouders onderdeel zijn van het probleem en hierin geen verantwoordelijkheid kunnen of willen dragen. In alle situaties is het belangrijk om te kijken hoe het contact met de ouders voor de jongere helpend is in zijn behandelproces.

De signalen in het veiligheidsplan zijn voor elke jongere anders. Het plan is gebaseerd op het idee dat een crisis voorafgegaan wordt door oplopende spanningen en andere signalen. In het veiligheidsplan staat beschreven welke acties bij vroege signalen ondernomen kunnen worden, in de eerste plaats door de jongere zelf, maar ook door de omgeving. Het doel is dat al vroeg de juiste maatregelen worden genomen, zodat er geen suïcidale crisis optreedt. Vanzelfsprekend werkt dit plan alleen als de jongere crisissen wil voorkomen en mee kan en wil werken aan een plan dat uitgaat van zijn eigen mogelijkheden en van de steun uit zijn sociale systeem. Als zich spanning opbouwt die kan leiden tot suïcidaal gedrag, maar de jongere niet in staat is daar ook maar iets van te herkennen, dan is een dergelijk plan op dat moment nog niet zinvol om in te zetten.

Het veiligheidsplan bestaat uit een aantal elementen:

- Er wordt fasering aangebracht van de stemming of het welbevinden, bijvoorbeeld met kleuren, die aangeeft of het goed gaat, of er nood ontstaat, of dat de nood al erg is opgelopen;
- Per fase wordt genoteerd waaruit blijkt hoe de jongere eraan toe is (wat ziet de jongere zelf, wat zien anderen aan de jongere) en worden de te ondernemen acties genoemd. De acties kunnen door de jongere zelf, de hulpverlening, groepsgenoten of door ouders/naasten ondernomen worden;
- Triggers in verschillende situaties, bijvoorbeeld in het contact met ouders en/of hulpverleners. Geur (aftershave) of geluid kan ook een trigger zijn;
- Een lijst met contactpersonen en de mogelijkheden om die te benaderen als dit nodig is en binnen de afspraken past;
- Afspraken rondom veiligheid/gevaarlijk gedrag.

Een veiligheidsplan is een samenwerkingsdocument met een zeker dwingend karakter: het stimuleert de jongere zich aan belangrijke afspraken te houden. Gebruik het daarvoor, ga erover in gesprek met de jongere en bespreek hoe het wel of niet lukt om zich aan de afspraken te houden. Wat gaat er goed en wat moet er veranderen? Het plan is een document dat continu wordt aangepast bij veranderende omstandigheden en blijft onderwerp van gesprek in de behandeling. Het veiligheidsplan wordt minimaal maandelijks en bij terugval geëvalueerd met jongere, behandelcoördinator en ouders/naasten (incl.

onderwijs, en andere betrokken externen) en aangepast waar nodig. Informeer de andere betrokkenen hierover. Tracht aan de hand van het plan de jongere stapje voor stapje meer verantwoordelijkheden voor zijn eigen welzijn te laten dragen.

3.7 Verschil in acties bij acute en chronische suïcidaliteit

Hoewel bij jongeren in het algemeen vaak nog geen sprake is van chronische suïcidaliteit, kan het toch voorkomen dat iemand er al langere tijd over nadenkt, piekert of fantaseert. In de JeugdzorgPlus komen we wel vaker jongeren met chronische suïcidaliteit tegen, wat betekent dat zij over een langere periode voortdurend of herhaaldelijk suïcidaal zijn en dit gedrag een functie gekregen lijkt te hebben. Dit komt het meest voor bij jongeren met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis in wording, maar kan ook voorkomen bij jongeren met een ernstige depressie en/of traumatische ervaringen. De aanwezigheid van chronische suïcidaliteit sluit niet uit dat er acute suïcidaliteit kan optreden. De acute vorm treedt meestal op na een voor de jongere ingrijpende gebeurtenis.

Wanneer een jongere zegt suicide te willen plegen en daartoe concrete plannen heeft, is dit een acute levensbedreigende situatie die vraagt om beschermende interventies. Vaak zijn deze gepast en helpen ze de jongere door een psychiatrische crisis. Bij chronische suïcidaliteit kan veiligheid op korte termijn echter op gespannen voet staan met behandeldoelen op lange termijn waarin de jongere kan leren op een andere manier met de heftige emoties om te gaan. Vooral bij jongeren met (borderline) persoonlijkheidsstoornis in wording kan het suïcidale gedrag een communicatieve betekenis hebben: een manier om pijn en ellende tot uitdrukking te brengen. Gevoelens van onmacht over het eigen leven, het onvermogen alleen te zijn en sterke affecten te verdragen vormen meestal de basis. Deze roepen niet zelden gevoelens van onmacht en irritatie op bij anderen (hulpverleners én ouders/naasten) omdat het gedrag als manipulerend wordt ervaren. Het risico op een niet intentionele afwijzing van de jongere ligt dan op de loer.

Aanbevelingen bij een suïcidale crisis bij chronische suïcidaliteit:

- Neem suïcidaal gedrag bij jongeren met een persoonlijkheidsstoornis in wording altijd serieus, maar wees terughoudend in het onmiddellijk ondernemen van beschermende acties;
- Wees alert op handelen vanuit tegenoverdracht;
- Beoordeel het risico zoals in alle andere gevallen;
- Onderzoek welke factoren dit suïcidale gedrag nu hebben bevorderd of bewerkstelligd en bespreek dit uitgebreid met de jongere en ouders/naasten;
- Pas op grond van de bevindingen het veiligheidsplan aan;
- Blijf strikt vasthouden aan alle gemaakte afspraken, ook de afspraken die verwijzen naar de expliciete keuze voor het leven;
- Blijf als behandelteam hoe dan ook samenwerking met de ouders/naasten in stand houden.

3.8 Zelfbeschadigend gedrag

Deze leidraad richt zich op suicidepreventie en dus op suïcidaal gedrag. Aangezien er wel overeenkomsten zijn met zelfbeschadiging maar tegelijkertijd ook belangrijke verschillen, wordt hier kort het onderwerp aangestipt. We spreken van zelfbeschadiging als iemand

doelbewust schade en/of pijn toebrengt aan zijn eigen lichaam. Het kan gaan om directe, zichtbare schade aan de oppervlakte (bijvoorbeeld verwondingen aan de huid). Het kan echter ook gaan om minder zichtbare, interne schade, zoals vergiftiging met pillen, drugs of het inslikken van voorwerpen. Zelfbeschadiging onder jongeren komt relatief vaak voor. Er wordt geschat dat 15% van de jongeren zichzelf weleens beschadigt en dat dit meestal start tussen het 12e en 14e levensjaar. Binnen de JeugdzorgPlus komt zelfbeschadiging regelmatig voor.

Hoewel zelfbeschadiging vaak in het licht van suïcidaliteit wordt gezien, is de verwachting van de dood als resultaat bij zelfbeschadigend gedrag nagenoeg afwezig. De jongere probeert met name te ontsnappen aan ondragelijke gedachten en gevoelens, ervaart geen hoop meer op een beter leven. Door zich te beschadigen hoopt de jongere iets te voelen (pijn voelen is beter dan niets voelen); niets te voelen (rust krijgen door het stoppen van gevoelens); of zich te vereenzelvigen met een identiteit (erbij horen). De kans op recidive is bij zelfbeschadiging groot, omdat dit op de korte termijn lijkt te helpen in het omgaan met ondragelijke gedachten en gevoelens.

Alhoewel de verwachting van de dood niet direct aanwezig lijkt bij zelfbeschadiging, komen naar verhouding meer suïcides voor in de jaren die volgen. Jongeren die zichzelf beschadigen hebben relatief vaker suïcidedgedachten dan jongeren die dit niet doen. In die zin vormt zelfbeschadigend gedrag dan ook een belangrijk signaal om het gesprek te openen over suïcidaliteit. Andersom geldt hetzelfde advies: maak zelfbeschadiging bespreekbaar in gesprekken over suïcidaliteit.

Het primaire doel van behandeling bij zelfbeschadiging, is het gedrag bespreekbaar maken en de jongere daaropvolgend andere vaardigheden aanleren (replacement skills). Er zijn verschillende therapieën die kunnen worden ingezet bij de behandeling van jongeren die zichzelf beschadigen.

De meest voorkomende therapieën zijn:

- Dialectische gedragstherapie (DGT);
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- Mentalisation Based Treatment (MBT);
- Schematherapie (Scheme Focused Therapy, SFT).

Het is, net als bij suïcidaliteit, noodzakelijk de ouders/naasten intensief bij de behandeling te betrekken.

3.9 Plaatsing in afzonderingsruimte

Een jongere die uit bescherming tegen zichzelf in een afzonderingsruimte of veilige kamer wordt geplaatst, zal dit vaak niet als bescherming maar als straf ervaren. Bij deze plaatsingen ligt de nadruk op sociale isolatie. De reeds aanwezige depressieve en suïcidale gevoelens zullen in een afzonderingsruimte of veilige kamer vaak versterkt worden. Hoewel een afzonderingsruimte weinig mogelijkheden biedt om suïcide te plegen, is dit dus absoluut geen plek waar iemands suïcidale gevoelens zullen verminderen. Plaatsing in een afzonderingsruimte moet daarom als uiterst redmiddel beschouwd worden, als er geen andere mogelijkheden zijn om de veiligheid van de jongere te waarborgen. Zorg er dan wel

voor dat er altijd iemand bij de jongere blijft. Zoals al eerder beschreven, de essentie van suïcidepreventie is immers het vasthouden van het contact en moet je dit juist doen op het moment dat het risico heel groot is.

3.10 Aandacht voor groepsgenoten

Suïcidaal gedrag heeft vaak ook effect op de andere jongeren in de groep, bijvoorbeeld doordat andere jongeren ook suïcide(pogingen) kunnen doen of suïcidale gedachten kunnen toenemen en de groepsgenoten kunnen zich veel zorgen maken om de desbetreffende jongere. Dit alles kan spanningen oproepen in de behandelgroep. Daarom is het van belang om naast de aandacht voor de desbetreffende jongere ook aandacht te hebben voor de andere jongeren. Soms is het van belang uitleg te geven of aan te geven hoe het met de medebewoner gaat. Bespreek altijd met de jongere waar het niet goed mee gaat wat er in de groep gedeeld mag worden. Verder is het altijd van belang de spanning in de groep te verminderen door na te vragen hoe het met de andere jongeren gaat, vragen wat de gebeurtenissen voor hen betekenen, hun gevoelens over suïcide te monitoren en de aandacht te verplaatsen naar een meer ontspannend onderwerp of activiteit. Doe dit laatste niet te snel, anders kunnen de jongeren alsnog met al hun (misschien eigen heftige) gevoelens blijven zitten en hebben ze niet de ervaring dat ze dit bij de medewerkers kwijt kunnen. Ook kan het belangrijk zijn om één of meer jongeren individueel te spreken, wanneer bij hen de spanning oploopt. Observeer de jongeren en ga met hen in gesprek wanneer je het idee hebt dat er meer aan de hand kan zijn.

Wanneer er sprake is geweest van een suïcidepoging maakt het team zo snel mogelijk een inschatting van de psychische toestand van elk van de jongeren op de behandelgroep. Zo nodig worden extra individuele afspraken met jongeren gemaakt of worden behandelinterventies aangepast.

3.11 Bespreken van suïcidaliteit met de ouders/naasten

3.11.1 Bij verhoogd risico op suïcidaal gedrag

Bij een verhoogd risico op (zeer) ernstig suïcidaal gedrag wordt altijd de naaste familie op de hoogte gebracht van het risico en wordt met elkaar onderzocht welke rol zij kunnen en willen hebben in het verminderen van het risicogedrag. Dit gebeurt altijd in overleg met de jongere, waarbij wordt uitgelegd met welke redenen de ouders/naasten worden geïnformeerd en de rol die zij kunnen invullen.

Indien mogelijk zijn al bij start van de behandeling afspraken gemaakt met de jongere en ouders/naasten over wanneer en hoe zij op de hoogte gesteld worden wanneer er sprake is van suïcidaliteit. Zoals al eerder beschreven, wordt het samenwerken met ouders/naasten altijd zo vormgegeven dat het in het belang is van de behandeling van de jongere. Dit betekent dat er soms in meer of mindere mate de samenwerking opgezocht wordt.

3.11.2 Na ernstig suïcidaal gedrag

Zo spoedig mogelijk wordt de naaste familie en de plaatser op de hoogte gebracht van het feit dat de jongere ernstig suïcidaal gedrag (of een suïcidepoging) heeft vertoond, tenzij dit niet in het belang is van de jongere; dan wordt dit moment uitgesteld. Dit wordt altijd in overleg gedaan met de jongere, waarbij duidelijk wordt uitgelegd wat het doel van deze

actie is. Hoe ernstiger het suïcidale gedrag, hoe meer er ook contact met ouders/naasten moet worden gelegd, ook al wil de jongere dit liever niet. Het is ook dan belangrijk om naar én de jongere én de ouders/naasten uit te leggen waarom er wel of niet de samenwerking is opgezocht met de ouders/naasten. De keuze om wel of niet in gesprek te gaan met ouders/naasten moet gebaseerd zijn op de wil van de jongere, gecombineerd met de afweging tussen de inschatting van de behandelcoördinator in hoeverre het contact met de ouders/naasten helpend is in deze fase van de behandeling.

3.12 Organiseren van zorg en veiligheid

3.12.1 Bij risico op suïcidaal gedrag

Bij toename van het risico op suïcidale gedachten/gedrag is het belangrijk direct zorg te dragen voor ondersteuning en opschaling naar de behandelcoördinator of psychiater. De pedagogisch medewerker schakelt hierbij collega's in en waar nodig de behandelcoördinator in. Verder organiseert de pedagogisch medewerker het werk zodanig, dat de jongere om wie het gaat voldoende zorg en aandacht kan krijgen. Ook moet er voldoende zorg en aandacht zijn voor de andere jongeren in de groep. Het verdelen van taken is hierbij belangrijk, ook de inzet van meer medewerkers is in hoogrisicosituaties zeer zinvol. Zorg voor korte lijnen tussen jongeren, groepsleiding en behandelcoördinatoren.

Het is ook van belang om zorg te dragen voor je eigen veiligheid, bijvoorbeeld door het inschakelen van de beveiliging en/of collega's, het dragen van handschoenen enz.

Naast het zorgdragen voor voldoende zorg, moet er ook gekeken worden naar de veiligheid. Bij een toenemende dreiging van suïcidale gedachten/gedrag is het belangrijk zorg te dragen voor de veiligheid van de jongere zelf, maar ook van de medebewoners en de professionals. Daarbij kan met de jongere gekeken worden of het nodig is bepaalde spullen van zijn kamer te halen om zijn veiligheid te waarborgen. Zodra de situatie dermate ernstig is, dat overleg daarover niet mogelijk is en het risico hoog wordt ingeschat, worden in overleg met de behandelcoördinator spullen van de kamer gehaald om de veiligheid te garanderen. In deze fase is het van groot belang de jongere niet alleen te laten en in contact te blijven met de jongere. Indien ook deze maatregel niet voldoende is wordt de jongere begeleid naar een beveiligde kamer. Ook hier wordt de jongere niet alleen gelaten. Indien het gedrag plaats (dreigt) te vinden in het bijzijn van medebewoners, wordt in eerste instantie getracht om met de desbetreffende jongere naar een andere ruimte te gaan. Mocht dat te veel veiligheidsrisico's met zich meebrengen, dan draagt één van de collega's zorg voor het verplaatsen van de medebewoners.

3.12.2 Bij suïcidaal gedrag

Bij daadwerkelijk suïcidaal gedrag is het van belang om direct zorg te dragen voor de veiligheid van de jongere. Daartoe zal hij in eerste instantie onder strikt toezicht geplaatst worden in de nabijheid van een medewerker. Vervolgens wordt er overleg gezocht met de behandelcoördinator over het verder in te zetten beleid. In deze fase is het van groot belang de jongere niet alleen te laten en in contact met hem of haar te blijven. Indien dat gelet op de veiligheid noodzakelijk is wordt de jongere in een beveiligde kamer geplaatst, maar wordt ook hier niet alleen gelaten. Indien mogelijk worden extra medewerkers ingeschakeld, zodat er voldoende aandacht en ruimte is voor de desbetreffende jongere en de groepsleden. En

ook zodat de medewerkers zich gesteund voelen en niet in de knel komen met de verschillende verantwoordelijkheden.

3.12.3 Na suïcidaal gedrag

Wanneer de situatie weer onder controle is, gaat de pedagogisch medewerker of de behandelcoördinator met de jongere in gesprek. Samen bespreken ze wat er voorafging aan het suïcidale gedrag, wat speelde er mee, wat heeft de jongere geholpen en wat was helemaal niet helpend. Dit alles wordt in een open gesprek besproken, zodat de jongere zijn hele verhaal kwijt kan. Ook wordt er opnieuw een risicotaxatie uitgevoerd worden om zo het suïcidale gedrag opnieuw in kaart te brengen. Het veiligheidsplan wordt waar nodig bijgesteld en met de jongere worden aanvullende afspraken gemaakt indien nodig. Soms wil een jongere na suïcidaal gedrag niet direct praten, geef hier dan ook ruimte voor. Hij heeft behoefte aan rust en aan het laten zakken van gevoelens. In de eerste fase na het incident is een rustige, betrokken en zorgzame aanpak het meest helpend. Daarbij is van belang bij de jongere na te vragen wat hij nodig heeft om de eerste uren door te komen. Het aanbieden van contact en controle zijn daarbij essentiële elementen.

3.13 Medische behandeling

3.13.1 Bij suïcidaal gedrag

Nadat de veiligheid voor de jongere hersteld is dient er aandacht te worden besteed aan de medische aspecten. Bij het verrichten van medische handelingen hoort een professionele houding. Naast de juiste medische zorg zijn twee andere aspecten van belang: de wijze van bejegening door groepsleiding en de verantwoordelijkheid ten aanzien van de wondverzorging.

Sommige jongeren staan afwerend tegenover wondverzorging of medische zorg. Het is belangrijk dat groepsleiding respect blijft houden voor de autonomie van een jongere. Dit betekent niet dat pedagogisch medewerkers het er maar bij laten zitten; het is van belang om naar de redenen van het afwerende gedrag te informeren en om de consequenties van het niet verzorgen van de wonden uit te leggen. Verzorging is een onderwerp wat voor strijd kan zorgen. Probeer die strijd te vermijden. Alleen in geval van ernstige verwondingen die om verdergaande medische verzorging vragen levert strijd iets op.

Sommige jongeren kunnen simpele wonden zelf verzorgen. Mocht hiervoor gekozen worden dan is het van belang dat de jongere hier zelf mee heeft ingestemd. De jongere zijn/haar eigen wonden te laten verzorgen omdat 'hij het zichzelf toch heeft aangedaan', is een wijze die van geen respect getuigt en hoort niet thuis in de JeugdzorgPlus (of elders). Veroordeel het gedrag niet, bied zorg en ondersteuning. De jongere vindt het ook vaak lastig wanneer je hem moet helpen, omdat je daardoor minder tijd aan de groepsgenoten kan besteden. De jongere hebben vaak al het idee iedereen tot last te zijn, en zullen ook vanuit die gedachte zorg en ondersteuning af kunnen wimpelen.

Voor zover mogelijk verzorgt de medewerker de wonden. Bij twijfel over de ernst van de wond of over de eigen deskundigheid wordt altijd de medische dienst, een EHBO'er, de BHV'er, algemene dienst of verpleegkundige geraadpleegd. Waar nodig wordt de huisarts ingeschakeld. Rapporteer bij medische handelingen en/of medische problemen altijd aan de medische dienst.

3.14 Postventie

In deze leidraad wordt vooral aandacht besteed aan suïcidepreventie. Daarnaast is postventie, het handelen na een suïcide, ook zeer belangrijk. In de stappenplannen (deel C) is ook een stappenplan opgenomen na suïcide. Er is vastgelegd welke stappen meteen na een suïcide(poging) worden gezet en door welke medewerkers. Ook is er aandacht voor opvang en ondersteuning van de jongeren in de groep, alle medewerkers die in meer of mindere mate betrokken waren en de ouders/naasten op korte en langere termijn

4. Deel C Stappenplannen

De hieronder beschreven stappenplannen mogen nooit het logisch nadenken vervangen. Het streven is de stappenplannen een checklist te laten zijn waardoor er geen essentiële onderdelen vergeten worden. Toch kan de situatie om iets anders vragen dan in het stappenplan staat. Beargumenteerd afwijken van de acties uit het stappenplan is altijd mogelijk. Beschrijf wel altijd met welke argumenten je hebt afgeweken. Beschrijf ook alle relevante bevindingen, afwegingen en beslissingen zorgvuldig in het EPD.

Verder is het zinvol belangrijke telefoonnummers in de stappenplannen te vermelden, en dienen de stappenplannen eenvoudig toegankelijk/beschikbaar te zijn voor medewerkers.

Op de volgende pagina's zijn drie stappenplannen te vinden:

- Stappenplan bij signalen van suïcidaliteit;
- Stappenplan na suïcidepoging;
- Stappenplan na suïcide.

4.1 Stappenplan bij signalen van suïcidaliteit

Van signalen van suïcidaliteit is sprake wanneer een jongere één of meerdere signalen van suïcidale gedachten of gedrag afgeeft. Signalen worden in gedrag gezien, in gesprekken opgemerkt of in het dossier afgegeven (een jongere komt bijvoorbeeld in een steeds depressievere stemming doordat hij geen perspectief heeft en geeft steeds meer vage signalen van suïcidaliteit af). Het kan ook op acute wijze worden geuit (een jongere geeft bijvoorbeeld duidelijk aan een sterke suïcide wens/gedachte te hebben).

Twee belangrijke uitgangspunten:

De basis van dit stappenplan is contact maken, luister goed naar de jongere, vraag door, wees zo open en onbevooroordeeld als mogelijk.

Betrek tegelijkertijd zo snel mogelijk de behandelcoördinator, maar laat dit niet ten koste gaan van het contact met de jongere.

Stap	Actie	Wie
	Observatie	
1.	Opvangen van de signalen en bewust worden dat er sprake kan zijn van suïcidaliteit.	Pedagogisch medewerker
2.	Indien mogelijk, overleg met een collega over de opgevangen signalen. Herkent de collega deze? Laat weten dat je met de jongere in gesprek zal gaan en breng ook de behandelcoördinator op de hoogte, of laat jouw collega dit doen.	Pedagogisch medewerker
3.	Zorg dat je met de jongere zo snel mogelijk in gesprek gaat. Kies een goede plek, bijvoorbeeld tijdens een wandeling of naast elkaar zittend op de bank met een kopje thee. Juist door samen iets te doen, kan de jongere helpen om meer open te zijn.	Pedagogisch medewerker
	In gesprek	
4.	De volgende onderdelen komen terug in het gesprek met de jongere: <ul style="list-style-type: none"> • Oprecht geïnteresseerd zijn en contact maken is de basis; • Blijf rustig en als je schrikt, uit je rustig/beheerst, benoem eventueel op professionele wijze dat je hiervan schrikt; • Geef aan dat de situatie zorgelijk is; • Benoem de signalen die je ziet; • Help de gedachten te concretiseren in de (waarschijnlijke) chaos van gedachten van de jongere; • Vraag naar de gedachten/gevoelens/wensen rondom suïcidaliteit (zo concreet mogelijk); • Vraag uit hoe sterk de gedachten aan suïcide zijn: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zijn ze vaag (“Ik wil gewoon niet meer!”) ○ Of meer concreet (“Ik ga nu mezelf iets aan doen”) (vraag dan of de jongere een concreet plan heeft, heeft hij daarvoor al stappen gezet enz.?) ○ Of houdt de jongere zich op de vlakte en hou jij een niet-pluis gevoel • Vraag naar wat er is gebeurd waardoor deze gedachten nu zo spelen, wat maakt de jongere nu zo wanhopig/boos/verdrietig/bang? Probeer de jongere zo uitgebreid en precies mogelijk te begrijpen en leg eventueel je eigen gedachten aan de jongere voor over wat er allemaal zou kunnen spelen; 	Pedagogisch medewerker

	<ul style="list-style-type: none"> • Vraag naar of bespreek wat de jongere deed in eerdere situaties waarin deze gedachten er waren, wat hielp om deze gedachten te verminderen. Gebruik hierbij het veiligheidsplan indien dit al is gemaakt of maak dit gezamenlijk; • Gebruik dit veiligheidsplan als manier om in gesprek te gaan en niet als vaststaand stappenplan; • Het veiligheidsplan is een manier om de jongere helpen om inzicht te krijgen in hoe zijn suïcidaliteit werkt en wat de jongere zelf kan doen of wat anderen kunnen doen om te helpen de suïcidaliteit te laten verminderen; • Vraag naar en bespreek wat de jongere nu nodig heeft om deze gedachten te verminderen of te kunnen verdragen; • Bespreek met de jongere welke stappen jullie nu gaan zetten, met onderscheid tussen wat de jongere zelf kan doen en wat de medewerker gaat doen; • Bespreek ook met de jongere wie van de ouders/naasten of misschien een vertrouwenspersoon op de hoogte gebracht zullen worden en hoe dit zal gebeuren; • Bespreek wanneer jullie samen (of de volgende dienst) even zullen evalueren/checken met de jongere of dit helpend/voldoende was, en doe dit ook!; • Bespreek of de jongere/jullie nu nog wat moeten om zichzelf ook op een ander moment of als het toch weer moeilijk wordt te beschermen, zoals pillen of mesjes inleveren (en als ze dat niet willen of willen zeggen kan je ook nog een tussenoplossing zoals pillen buiten handbereik zoals in een doosje ergens op een moeilijke plek weggelegd/mesjes inrollen in plakband etc). 	
5.	<p>Indien er sprake is van acute ernstige suïcidaliteit, bespreek met de jongere ook de onderstaande zaken, waarbij de jongere soms wel en soms niet concrete antwoorden kan geven op deze vragen. Help de jongere indien nodig door suggesties te geven en soms ook door directiever een beslissing te nemen. Leg helder uit waarom je bepaalde dingen vraagt of welke beslissingen worden genomen.</p> <p>Besteed aandacht aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe zorgen we dat je zo goed mogelijk door deze periode van heftigheid in gevoelens en gedachten komt, tot het moment weer komt dat deze minder zwaar worden? • Is er iemand vanuit je netwerk die je nu graag hier bij je wilt hebben? • Wie van de aanwezige medewerkers, wil je graag dat die bij jou blijft? • Welke spullen moeten van jouw kamer weg? • Hoeveel nabijheid is nu en de komende dagen nodig? • Hoe gaan we deze nabijheid vormgeven? <ul style="list-style-type: none"> ○ Indien de jongere aangeeft de nabijheid niet te willen of niet nodig te vinden, vraag uit wat de redenen hiervoor zijn; ○ Vraag wie er nog meer de nabijheid kan bieden wanneer hij een bepaalde hulpverlener niet wil (dit kan eventueel ook een niet-hulpverlener zijn); ○ Afhankelijk van jouw inschatting van de situatie, maak je afspraken over wel of niet de nabijheid te bieden op dat moment 	Pedagogisch medewerker

	<ul style="list-style-type: none"> • Wat kan ik nu doen om jou te helpen? • Wie kan jou verder op dit moment helpen? • Wat kunnen de anderen doen dat helpend is voor jou? • Wat ga jij nu doen wat helpend is? • Hoe houden we contact over jouw gevoelens en gedachten en gedrag? (ernaar vragen door de medewerker, erover vertellen door de jongere). <p>Bovenstaande is geen checklist die je af moet werken, maar vragen die behulpzaam kunnen zijn in dit gesprek. Ook al heeft de jongere het zwaar en is hij misschien in de war, het gaat om hem dus hij heeft alle recht gehoord te worden en meegenomen in de beslissingen. Dit betekent tegelijkertijd niet dat je alles moet doen wat de jongere wil. Je moet continu een afweging maken tussen de autonomie van de jongere en de veiligheid. Dit is ook afhankelijk van in hoeverre de jongere op dat moment voldoende zicht heeft op de situatie waar hij zich in bevindt, of dat de wanhoop (een deel van) zijn inschatting van de situatie vertroebelt.</p>	
6.	<p>Beslis welke acties nu meteen worden genomen wanneer er sprake is van een acute crisis (collega's op de hoogte brengen, nabijheid bieden, veiligheid in de omgeving).</p> <p>De medewerker en de jongere zullen het niet altijd eens zijn over de te nemen stappen. Geef aan dit verder samen met de behandelcoördinator te gaan bespreken en dat niet alle acties voor altijd gelden. Maar dat er nu voor het komend uur (of uren) deze afspraken gelden, omdat er nu een aantal zaken geregeld moeten worden. Daarna gaan de jongere, de behandelcoördinator en de pedagogisch medewerker of een andere vertrouwenspersoon voor de jongere weer in gesprek en wordt er samen opnieuw bekeken wat er nu nodig is.</p>	Pedagogisch medewerker
Acties direct na het gesprek		
7.	Betrek zo snel mogelijk de behandelcoördinator. Indien noodzakelijk tijdens het gesprek als de situatie zeer acuut is of meteen daarna. Vertel wat er is besproken met de jongere.	Pedagogisch medewerker
8.	Maak een afweging tussen veiligheid bieden en autonomie bevorderen. Neem de ervaringen van de jongere en de pedagogisch medewerker hierin mee. Beschrijf jouw afwegingen in het EPD.	Behandelcoördinator
9.	<p>Voer de acties uit zoals afgesproken in het gesprek. Wanneer uit het gesprek bleek dat de gedachten en gevoelens concreet en sterk zijn, m.a.w. het risico op suïcide sterk aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laat de jongere niet alleen; • Laat je collega's weten wat er gebeurt zodat zij op de achtergrond aanwezig kunnen zijn indien nodig en zich kunnen richten op de groepsleden; • Draag eventuele afspraken over aan collega's. 	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator
10	Neem zo nodig voorlopige maatregelen om de veiligheid van de jongere te waarborgen, in overleg met de jongere, de ouders/naasten en de behandelcoördinator.	Pedagogische medewerker en andere medewerkers die aanwezig zijn

11	Schat de hoogte van de suïcidedreiging in. Stel na het gesprek met de jongere en de dossieranalyse een risicotaxatie op. Stem af met een collega Behandelcoördinator, GZ-psycholoog of Orthopedagoog Generalist over de gemaakte inschatting.	Behandelcoördinator
12	Breng ouders/naasten (wettelijk vertegenwoordigers) op de hoogte wanneer het risico hoog is. Zoek hierin de samenwerking met de jongere, ouders/naasten en de medewerkers. Wanneer het risico laag is en/of suïcidaliteit vaker speelt, kunnen de ouders/naasten ook de volgende dag of de komende week op de hoogte worden gebracht. Bovenstaande is ook afhankelijk van eventuele afspraken die zijn gemaakt tussen jongere, ouders/naasten en de pedagogisch medewerker/behandelcoördinator. Zie hiervoor het intakeverslag of verdere afspraken die zijn beschreven in het EPD. Indien suïcidaliteit voor het eerst speelt kan het helpend zijn om anderen wel snel te informeren met als doel gezamenlijk met de jongere door deze situatie te komen. Bespreek dan ook met elkaar (met de jongere, pedagogisch medewerker, behandelcoördinator) wat het doel is van het informeren en samenwerken met de ouders/naasten en in hoeverre dit op dat moment haalbaar is in het kader van de huidige relatie.	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator / Ouders/naasten (wettelijk vertegenwoordigers)
13	Spreek als hulpverleners samen af of, met wie, wanneer en op welke wijze de andere naastbetrokkenen (groepsgenoten, medewerkers, intern begeleider/zorgcoördinator van de school) geïnformeerd worden en hoe samenwerking met hen gezocht wordt, indien mogelijk stem dit af met de jongeren. Wanneer suïcidaliteit al langer speelt, hoeft niet bij elk moment dat de gedachten spelen de ouders/naasten, school of groepsgenoten geïnformeerd te worden. Kijk samen naar wat helpt in de huidige situatie.	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator
14	Eventueel medicatie inzetten/ aanvullen en psychiatrisch onderzoek. Indien nodig, dan ook zo snel mogelijk inzetten. Indien er een wachtlijst voor de psychiater is, wees transparant naar de jongere en naar de psychiater en leg uit dat de nood voor het team hoog is.	Psychiater
15	Beschrijf elke actie die je onderneemt en jouw overwegingen in het EPD. Doe dit dus niet tijdens het gesprek, maar na afloop	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator
16	Registreer alle stappen bij 'Incidentenregistratie'.	Pedagogisch medewerker
Vervolgacties korte termijn		
17	Verzamel informatie (over het signaal en de directe omstandigheden) en ga met de jongere in gesprek. Vul het risicomangementplan en structuurdiagnose aan op basis van de situatie en de gesprekken die zijn gevoerd. Neem hierin ook informatie van de ouders/naasten mee.	Behandelcoördinator / Ouders/naasten
18	Informeer zo nodig de groep/klas afhankelijk van de situatie en de groep, bespreek als team in wat er nodig is en spreek taken af. Soms	Behandelcoördinator / Contactpersoon onderwijs

	heeft de jongere al met specifieke groepsgenoten meer gedeeld, kijk hoe je hierin ook samen meer kan optrekken.	
Vervolgacties lange termijn		
19	<p>Spreek de komende dagen/weken/maanden (tijdens de gehele behandelperiode) regelmatig met de jongere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe gaat het nu? • Welke gedachten/gevoelens/gedrag spelen er nu? Hoe gaat het met de gedachten aan zelfmoord/aan de dood? • Wat heeft geholpen om deze te verminderen? • Wat heeft niet geholpen? • Wat moeten we aanpassen in het veiligheidsplan? • Wat heb je nodig van de medewerkers? • Indien de gedachten minder spelen, blijf dan wel betrokken bij de jongere. • Vergeet niet ook samen over andere zaken te praten, en niet alleen over de suicidaliteit. Wat zijn onderwerpen waarover de jongere graag praat? <p>Gebruik tijdens deze gesprekken ook het veiligheidsplan en de risico-inventarisatie, bespreek dit samen met de jongere en kijk of het nog passend is bij de huidige situatie. Doe dit minimaal maandelijks. Het belangrijkste in deze gesprekken is het maken van contact, en niet de bovenstaande vragen of het veiligheidsplan als afvinklijst te gebruiken.</p> <p>Denk ook na over waar je deze gesprekken voert. Juist tijdens een activiteit, zoals wandelen, kan dit een veel prettiger en beter gesprek worden voor de jongere, dan statisch in een kantoor. Hou in deze periode/fase ook contact met de ouders/naasten</p>	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator
Vervolgacties proces		
20	<p>Nazorg: Leidinggevende en behandelcoördinator houden zicht op de impact die de suïcidedreiging heeft (gehad), bij de jongere en groep/medewerkers/ouders/naasten/school. Hierbij is ook aandacht voor de “besmettelijkheid” van suïcidale uitspraken.</p> <p>Bespreek in het team wat de situatie met de werknemers heeft gedaan. Geef ruimte voor alle gedachten en gevoelens die er mogelijk zijn.</p> <p>Belangrijke boodschap aan het team: Zorg ook goed voor jezelf, bespreek met elkaar wat het met je gedaan heeft, direct na de situatie, maar ook later. Bespreek dit met je collega’s en/of leidinggevende. Merk je dat je er langer mee blijft lopen, denk dan ook aan het Bedrijfsopvang team.</p> <p>Bied ook nazorg aan ouders/naasten, geef bijvoorbeeld psycho-educatie, vraag naar waar ondersteuning nodig is en geef deze ondersteuning waar mogelijk of verwijs ouders door naar waar ze deze ondersteuning wel kunnen vinden.</p>	Behandelcoördinator / Leidinggevende
21	<p>Evaluatieproces en de gevolgde procedure: Leidinggevende ziet erop toe dat de gevolgde procedure binnen twee weken met de betrokken medewerkers wordt geëvalueerd. Verbeterpunten worden besproken en zo nodig geïmplementeerd in het werkproces.</p>	Leidinggevende

	<p>Evaluatie behandelinhoudelijk: Tevens wordt binnen 2 weken de gebeurtenis behandelinhoudelijk besproken. Wat was de trigger bij de jongere? Wat kunnen we hiervan leren binnen zijn behandeling? Hoe was de samenwerking met ouders/naasten? Welke informatie hebben we nu dat helpend is voor de rest van de behandeling? Welke acties van de medewerkers waren helpend en welke niet voor deze jongere?</p>	
22	<p>Overdracht bij uitstroom: de behandelcoördinator zorgt ervoor dat de bekende informatie over de suïcidaliteit, structuurdiagnose en het veiligheidsplan adequaat wordt overgedragen binnen de keten, in overleg met de jongere. Waarbij ook aandacht is voor de situatie dat suïcidaliteit in het verleden speelde, maar dat dit niet betekent dat het altijd zo blijft.</p>	Behandelcoördinator

4.2 Stappenplan na suïcidepoging

Van een suïcidepoging is sprake wanneer de jongere suïcide heeft geprobeerd te plegen (al dan niet met de intentie om dood te gaan), maar er geen sprake is van een dodelijke afloop.

Nr.	Acties	Wie
	Eerste acties door pedagogisch medewerker	
1.	De pedagogisch medewerker die de suïcidepoging ontdekt, alarmeert collega's, zodat zij ook op de hoogte zijn en kunnen helpen.	Pedagogisch medewerker
2.	De pedagogisch medewerker handelt conform de BHV-richtlijnen: <ul style="list-style-type: none"> • Eerste hulp verlenen • 112 bellen 	Pedagogisch medewerker
3.	De pedagogisch medewerkers die op het alarm afkomen assisteren de Pedagogisch medewerker die de suïcidepoging heeft ontdekt: <ul style="list-style-type: none"> • Assisteren bij het verlenen van eerste hulp conform BHV-richtlijnen. • Zo nodig inlichten van de BHV-ploegleider. • Eventueel inlichten van de medische dienst. • Geef een pedagogisch medewerker de specifieke taak om zich te richten op de andere jeugdigen. Andere jongeren weghouden van het slachtoffer. Zorg voor afleiding op de groep. 	Pedagogisch medewerkers die op het alarm afkomen
4.	Bied de jongere die de suïcidepoging heeft ondernomen - ook na het verlenen van de eerste hulp – zoveel mogelijk nabijheid. Als de jongere (al dan niet met de ambulance) naar het ziekenhuis gaat, begeleidt een medewerker de jongere.	Pedagogisch medewerker
5.	Licht de aanwezige behandelcoördinator/leidinggevende/bereikbaarheidsdienst zo spoedig mogelijk in. Contactgegevens: ...	Pedagogisch medewerker
	Eerste acties door behandelcoördinator/leidinggevende/bereikbaarheidsdienst	
6.	Breng de ouders/naasten (wettelijk vertegenwoordigers) op de hoogte indien dit zo is vastgelegd tijdens de intake (check EPD). Indien hierover niets is vastgelegd, breng je hen ook op de hoogte. Indien is vastgelegd dat ouders/naasten niet op de hoogte willen worden gebracht, dan wordt dit ook niet gedaan.	Behandelcoördinatoren / Leidinggevende
7.	Beslis (in overleg met collega behandelcoördinator, GZ-psycholoog/orthopedagoog generalist of psychiater) welke maatregelen acuut genomen dienen te worden om de situatie veilig te stellen voor alle betrokkenen (de jeugdige, groepsgenoten, de medewerkers).	Behandelcoördinator / Leidinggevende / Bereikbaarheidsdienst

8.	Licht de directie of de achterwacht in. Contactgegevens:	Behandelcoördinator / Leidinggevende / Bereikbaarheidsdienst
9.	<p>De behandelcoördinator komt indien mogelijk naar de locatie om een gesprek te voeren met de jongere en pedagogisch medewerker. Indien dit niet mogelijk is, vindt er wel altijd overleg tussen de behandelcoördinator en de pedagogisch medewerker plaats. Eventueel kan de jongere telefonisch in gesprek met de behandelcoördinator in bijzijn van de pedagogisch medewerker.</p> <p>Dit eerste gesprek dient vooral voor het maken van contact en de jongere de nabijheid te bieden die nodig is. Ook het maken van een risico-inschatting vindt plaats. Indien mogelijk en passend is op het huidige moment kan met de jongere naar het veiligheidsplan gekeken worden en eventueel aangescherpt. Indien dit voor de jongere nu niet werkt, wordt dit op een later moment, wanneer de hectiek minder is, opgepakt.</p> <p>Je gaat niet heel diep uitvragen waarom de jongere de poging gedaan heeft, dat komt op een later moment. Nu laat je zien dat je er bent voor de jongere en kijk je naar wat nodig is om de eerstvolgende uren door te komen. Je stelt nu die vragen die nodig zijn om een inschatting te kunnen maken of het suïcidegevaar daadwerkelijk over is.</p>	Behandelcoördinator
Vervolgstappen korte termijn		
10.	Overleg met collega's, en stem de uiteindelijke resultaten van de risico-inschatting en het opgestelde veiligheidsplan af met de collega behandelcoördinator/GZ-psycholoog/Orthopedagoog/Generalist en/of Psychiater.	Behandelcoördinator
11.	Check het dossier en maak of vul de diagnostiekonderdelen verder in, ook in overleg met ouders.	Behandelcoördinator
12.	Draag zorg voor het (zo nodig) informeren van o.a. Raad van Bestuur, de Inspecties, gemeenten en communicatieadviseur.	Directie
13.	De behandelcoördinator plaatst het veiligheidsplan en onderzoeksresultaten in het EPD.	Behandelcoördinator / Leidinggevende
In gesprek met de jongere		
14.	<p>Ga de volgende dag (of zo snel als mogelijk) in gesprek met de jongere over wat de redenen voor de suïcidepoging waren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat was er gebeurd? • Wat maakte dat hij zo wanhopig/boos/verdrietig was dat de jongere een poging deed? • Wat maakte het moeilijk om voorafgaand aan de poging om hulp te vragen? • Wat is er nodig of wat moet er anders waardoor de jongere bij een groot risico op een poging eerder hulp kan invoeren? • Was het impulsief of voorbereid? • Is de aandrang tot poging nog (sterk) aanwezig? • Zijn de mogelijkheden nog beschikbaar? 	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator

	<ul style="list-style-type: none"> • Wat kan/moet er gedaan om een en ander af te doen nemen? <p>Indien de jongere het moeilijk vindt om erover te praten, zoek naar andere manieren om erover te communiceren, bijvoorbeeld door te gaan appen (kan ook als je naast elkaar zit)</p>	
15.	<p>Behandelcoördinator informeert, in overleg met de jongere, door wie, wanneer en op welke wijze de andere naastbetrokkenen (groepsgenoten, medewerkers, zorgcoördinator van school) geïnformeerd worden over de poging en hoe er samengewerkt kan worden in het veiligheidsplan.</p> <p>Niet iedereen moet altijd ingelicht worden. Wie zijn belangrijke anderen die zeker op de hoogte moeten zijn?</p>	Behandelcoördinator
16.	<p>Werk samen met de jongere, de ouders/naasten, collega wetenschapper/GZ-psycholoog/orthopedagoog/generalist en/of de psychiater in de onderzoeken en het veiligheidsplan en bespreek de onderzoeksresultaten en het veiligheidsplan.</p>	Behandelcoördinator /ouders/naasten / jeugdbescherming / onderwijs
17.	<p>Houd de komende dagen nauw contact met de jongere, bespreek wat hij nodig heeft met betrekking tot nabijheid en veiligheid, uiten van gevoelens en gedachten en afleiding/richten op positieve dingen/zaken die voor de jongere van belang zijn.</p> <p>Zorg ook voor een zinvolle dagbesteding.</p>	Pedagogisch medewerker / Behandelcoördinator
Vervolgacties proces		
18.	<p>Nazorg: Leidinggevende en behandelcoördinator houden zicht op de impact die de suïcidepoging heeft (gehad), bij de jongere en groep/medewerkers/ouders/naasten/school. Hierbij is ook aandacht voor de “besmettelijkheid” van suïcidale uitspraken.</p> <p>Bespreek in het team wat de situatie met de werknemers heeft gedaan. Geef ruimte voor alle gedachten en gevoelens die er mogelijk zijn.</p> <p>Belangrijke boodschap aan het team: Zorg ook goed voor jezelf, bespreek met elkaar wat het met je gedaan heeft, direct na de situatie, maar ook later. Bespreek dit met je collega’s en/of leidinggevende. Merk je dat je er langer mee blijft lopen, denk dan ook aan het Bedrijfsopvang team.</p> <p>Bied ook nazorg aan ouders/naasten, geef bijvoorbeeld psycho-educatie, vraag naar waar ondersteuning nodig is en geef deze ondersteuning waar mogelijk of verwijst ouders door naar waar ze deze ondersteuning wel kunnen vinden. Blijf samenwerken waar mogelijk is in de behandeling.</p> <p>Wees bewust van “besmettelijkheid” van suïcidepogingen en hou ook de andere jongeren in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig.</p> <p>Stel de protocollen “opvang medewerkers na traumatische gebeurtenis” en/ of “opvang jongeren na traumatische gebeurtenis” in werking.</p>	Leidinggevende / Behandelcoördinator

19.	<p>Evaluatieproces en de gevolgde procedure: Leidinggevende ziet erop toe dat de gevolgde procedure binnen twee weken met de betrokken medewerkers en bij voorkeur in de aanwezigheid van een niet bij de behandeling betrokken deskundige, wordt geëvalueerd. Verbeterpunten worden besproken en zo nodig geïmplementeerd in het werkproces. Doel van de evaluatie is bepalen of er zorginhoudelijk organisatorisch zorgvuldig is gehandeld. Verbeterpunten worden besproken en zo nodig geïmplementeerd in het werkproces.</p> <p>Evaluatie behandelinhoudelijk: Tevens wordt er binnen 2 weken de gebeurtenis behandelinhoudelijk besproken. Wat was de trigger bij de jongere? Wat kunnen we hiervan leren binnen zijn behandeling? Hoe was de samenwerking met ouders/naasten? Welke informatie hebben we nu dat helpend is voor de rest van de behandeling? Welke acties van de medewerkers waren helpend en welke niet voor deze jongere?</p>	Leidinggevende
20.	<p>Overdracht bij uitstroom: de behandelcoördinator zorgt ervoor dat de bekende informatie over de suïcidaliteit, structuurdiagnose en het veiligheidsplan adequaat wordt overgedragen binnen de keten, in overleg met de jongere. Waarbij ook aandacht is voor de situatie dat suïcidaliteit in het verleden speelde, maar dat dit niet betekent dat het altijd zo blijft.</p>	Behandelcoördinator

4.3 Stappenplan na suicide

Inleiding

Van suicide is sprake als een jongere zelf een einde aan zijn leven heeft gemaakt, zichzelf van het leven heeft beroofd. Het is hierbij mogelijk dat het niet direct duidelijk is dat een jongere is overleden.

Na de schrik en ontsteltenis die optreden met de vondst van het dode lichaam, moet snel een aantal acties worden ondernomen, min of meer tegelijkertijd. Het is dus zaak om direct een of meerdere collega's bijeen te roepen en de taken te verdelen. Het is van groot belang om op dit moment slechts zeer beperkt ruchtbaarheid te geven aan deze situatie.

Groepsgenoten moeten nog niet ingelicht worden, maar vanzelfsprekend moeten ze wel te horen krijgen dat er een ernstige situatie is die op dat moment alle aandacht vergt. Daarna moet de leidinggevende opgeroepen en ingelicht worden, die op haar beurt de directie inlicht. Hoofddoel van alle acties in onderstaand stappenplan is om potentieel aanwezige suïcidale tendensen bij andere jongeren te onderdrukken en meer ongelukken te voorkomen (Meerdinkveldboom, Rood, Kerkhof, 2016).

Basiszaken die geregeld moeten zijn:

Nr.	Acties	Wie
1.	Waar komt de eventuele ambulance aan bij de instelling?	Leidinggevende
2.	Waar komt de eventuele politie aan?	Leidinggevende
3.	Samenstellen calamiteitenteam	Leidinggevende

Stappenplan na suicide

Nr.	Wat	Wie
	Eerste acties door pedagogisch medewerker	
1.	De pedagogisch medewerker die de suicidepoging ontdekt, alarmeert collega's zodat zij ook op de hoogte zijn en kunnen helpen.	Pedagogisch medewerker
1.	Laat de situatie zo veel mogelijk ongewijzigd, vanwege mogelijk later rechercheonderzoek. Hulp aan het slachtoffer gaat echter altijd voor op het ongewijzigd laten van de situatie.	Alle medewerkers
2.	De pedagogisch medewerker handelt conform de BHV-richtlijnen: <ul style="list-style-type: none">Eerste hulp verlenen112 bellen of een collega vragen dit te doen Communiceer NIET met overige collega's (derden) vanwege het belang van zorgvuldige communicatie. Je wilt niet dat andere afdelingen al weten wat er is gebeurd voordat je zelf hebt kunnen handelen. Volg het crisishandboek.	Pedagogisch medewerker
3.	De pedagogisch medewerkers die op het alarm afkomen: <ul style="list-style-type: none">Assisteren de medewerker die de suicide heeft ontdekt;Indien nodig nemen ze handelingen over van de medewerker die de jongere gevonden heeft;	Pedagogisch medewerkers die op het alarm afkomen

	<ul style="list-style-type: none"> Geef een pedagogisch medewerker de specifieke taak om ervoor te zorgen dat andere jongeren wegblijven bij het slachtoffer. Roep zo nodig extra medewerkers op om bij de groep te blijven. Sluit de groepsgenoten niet onwetend op alleen in hun kamer in een crisissituatie. 	
4.	Zo spoedig mogelijk inlichten van een aanwezige behandelcoördinator, behandelcoördinator, leidinggevende of de bereikbaarheidsdienst.	Pedagogisch medewerker
Communicatie met ouders/naasten		
5.	De ouders van de overledenen moeten worden gebeld door de hoofdbehandelaar/behandelcoördinator/leidinggevende. De mededeling zal zo spoedig mogelijk telefonisch gedaan moeten worden, waarbij besproken kan worden of de gezinsleden naar de instellingen willen komen, of liever hebben dat teamleden bij hen thuis komen. Ze zullen in elk geval, vanwege formele eisen, voor de identificatie van het lichaam naar de plaats van het overlijden of het mortuarium moeten komen. Indien mogelijk, overleg met de politie (wijkagent) of zij iemand naar de ouders kunnen sturen om hen op de hoogte te brengen en hen te ondersteunen.	Hoofdbehandelaar / Behandelcoördinator / Leidinggevende
6.	Het is belangrijk dat de ouders worden voorbereid op de confrontatie met het lichaam van hun overleden kind. Bedenk dat het werk van de schouwarts wellicht ook sporen heeft achtergelaten die de aanblik hebben veranderd. Vraag daarbij of de ouders het op prijs stellen als de betrokken behandelcoördinator of de verpleegkundige/mentor/coach hen daarbij begeleidt en vraag ook of die begeleiders in staat zijn om de aanblik te verdragen.	Hoofdbehandelaar / Betrokken behandelcoördinator
7.	Indien jeugdbescherming de voogdij heeft, worden zij ook op de hoogte gebracht.	Hoofdbehandelaar / Behandelcoördinator / Leidinggevende
Politie/ambulance		
8.	Afdelingen en aanwezigen waarschuwen dat politie/ambulance zullen aankomen en waar dat gebeurt.	Pedagogisch medewerker
9.	Een medewerker vangt de ambulance en politie op en brengt hen naar de overleden jongere.	Pedagogisch medewerker
Eerste acties door behandelcoördinator/leidinggevende/ bereikbaarheidsdienst		
10.	Zorg dat de situatie veilig is voor alle betrokkenen (groepsgenoten en medewerkers) en neem de maatregelen die hiervoor nodig zijn. Beslis al dan niet in overleg met collega behandelcoördinator/GZ-psychooloog/orthopedagoog generalist en of psychiater - welke maatregelen acuut genomen dienen te worden om de situatie veilig te stellen.	Behandelcoördinator / Leidinggevende / Bereikbaarheidsdienst

11.	Er is sprake van een onnatuurlijke dood, het is wettelijk verplicht dit bij de politie te melden. Er moet een gemeentelijk lijkschouwer komen.	Behandelcoördinator / Leidinggevende
12.	Licht de directie in.	Behandelcoördinator / Leidinggevende / Bereikbaarheidsdienst
13.	Het calamiteitenteam oproepen of samenstellen.	Leidinggevende in overleg met directie
Informereren afwezige afdelingsmedewerkers		
14.	Afwezige afdelingsmedewerkers informeren en vragen of ze kunnen komen helpen. Niet alleen in praktisch opzicht zijn er veel mensen nodig, maar ook de saamhorigheid binnen het team is bij deze crisis groot en moet gewaardeerd en geactiveerd worden. Iedere afdelingsmedewerker is vrij zijn eigen keuze hierin te maken.	Behandelcoördinator
Informereren groep		
15.	Uiteraard moeten de groepsgenoten en andere jongeren die binnen de instelling ingelicht worden, maar pas op: hiervoor geldt een bijzondere regel. De noodzakelijke volgorde is dat eerst alle ouders van alle jongeren gebeld worden. Eventueel kunnen hiervoor extra (pedagogisch) medewerkers worden ingezet. Controleer of ook jeugdbescherming gebeld moet worden voor een jongere in de groep die onder voogdij staat.	Hoofdbehandelaar
16.	De pedagogisch medewerkers vertellen samen met de behandelcoördinator aan de groepsgenoten wat er gebeurd is. Wees hierbij niet bang om je eigen emoties te tonen, de jongeren waarderen dit juist en je geeft hen ook het voorbeeld dat emoties er mogen zijn en te dragen zijn. De jongeren wordt verboden de afdeling te verlaten. Ze mogen hiertegen bezwaar maken, maar dat leidt nu niet tot opheffing van dit verbod: deze noodsituatie vereist nu eenmaal deze maatregel. In eerste instantie worden de groepsgenoten uitgenodigd te vertellen of ze zelf ook wel wensen hebben (gehad) om er een einde aan te maken. Diegenen die een begeleider of een behandelaar individueel willen spreken krijgen hiervoor zo snel mogelijk een afspraak.	Pedagogisch medewerkers en behandelcoördinator
17.	Vervolgens worden de jongeren in andere groepen binnen dezelfde instelling (al dan niet in een ander gebouw) door de groepsleiding ingelicht. Zij krijgen dezelfde vragen en hetzelfde aanbod voor een nader gesprek als dat gewenst is. En ook zij moeten op de afdeling blijven.	Pedagogisch medewerkers en behandelcoördinator
Informereren overige partijen		
18.	Draag zorg voor het informeren van o.a. Raad van Bestuur, de Inspecties, gemeenten en de communicatieadviseur.	Directie
19.	Stem onderling af door wie en op welke wijze de overige betrokkenen (ketenpartners, school) geïnformeerd worden. Denk ook na over het inlichten van behandelaren/groepen/school waar andere jongeren zijn die de overledene misschien kennen zodat hulpverleners/mentoren op de hoogte zijn en alert op signalen als het minder goed gaat met andere jongere die de overledene mogelijk hebben gekend.	Behandelcoördinator / Leidinggevende/

	Het informeren vindt plaats in een persoonlijk gesprek.	
20.	Bij de dood van jongeren onder de 18 jaar in een instelling moet altijd de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd worden geïnformeerd. Dit geldt ook voor degenen die gedwongen (ibs of rm) waren opgenomen.	Directie
Afscheid nemen		
21.	Naast de individuele afspraken indien wenselijk, is het gebruikelijk en wenselijk om een afscheidsbijeenkomst te organiseren om groepsgenoten en eenieder die daaraan behoefte heeft, de gelegenheid te bieden op eigen wijze afscheid te nemen. Dit gebeurt binnen een week na het overlijden en liefst vóór de feitelijke uitvaart. De afdelingsleiding organiseert en begeleidt deze afscheidsbijeenkomst. De uitingsvormen kunnen en mogen divers zijn. Doe dit indien mogelijk in samenwerking met de ouders, overleg met hen en betrek hen waar mogelijk en gewenst.	Directie
22.	De behandelaar informeert of de ouders het juist wel of juist niet op prijs stellen als medewerkers van de instelling of groepsgenoten bij de uitvaart aanwezig zijn. Indien ouders het toestaan dat er andere opgenomen jongeren naar de uitvaart komen, beoordeelt de afdeling of dit verantwoord is. In twijfelgevallen is het goed om de ouders van die jongeren daarbij te raadplegen en zo nodig in te schakelen. Wanneer een jongere per se wil gaan, maar te labiel is, moet hem dit directief ontraden worden, desgewenst in een gesprek waar zijn ouders bij zijn, zodat gezamenlijk druk kan worden uitgeoefend. Verbieden kan in de regel niet.	Behandelcoördinator / Locatiemanager / Leidinggevende
Nazorg		
23.	Leidinggevende en behandelcoördinator houden zicht op de impact die de suïcide heeft (gehad), bij de groep/medewerkers/ouders/naasten/school. Hierbij is ook aandacht voor de "besmettelijkheid" van suïcidale uitspraken. Stel de protocollen "opvang medewerkers na traumatische gebeurtenis" en/ of "opvang jongeren na traumatische gebeurtenis" in werking.	Leidinggevende / Behandelcoördinator / Directie / Pedagogisch medewerker / Onderwijs
24.	Bespreek in het team wat de situatie met de werknemers heeft gedaan. Geef ruimte voor alle gedachten en gevoelens die er mogelijk zijn. Dit is een traumatische gebeurtenis en biedt meerdere (individuele) gesprekken met de betrokkenen. Belangrijke boodschap aan het team: Zorg ook goed voor jezelf, bespreek met elkaar wat het met je gedaan heeft, direct na de situatie, maar ook later. Bespreek dit met je collega's en/of leidinggevende. Merk je dat je er langer mee blijft lopen, denk dan ook aan het Bedrijfsopvang team. Wees alert op effect van de suïcide op de teamleden (pedagogisch medewerkers, behandelcoördinatoren, leidinggevende, onderwijs medewerkers):	Leidinggevende / Behandelcoördinator

	<ul style="list-style-type: none"> • Net als op de jongeren in de instelling kan de suïcide ook op de teamleden heel verschillende effecten hebben. • Voor degenen die zeer betrokken waren of zich het gebeuren (te) sterk aantrekken, moet zorg georganiseerd worden bij bijvoorbeeld de bedrijfsarts, bij een eigen therapeut, of bij leden van een intern incidententeam als dit in de organisatie aanwezig is. De leidinggevende informeert regelmatig naar het effect en het verloop van de hulp. • De suïcide van een jongere kan problemen die spelen binnen een team aan de oppervlakte brengen. Eventueel kan een gespreksleider van buitenaf worden ingeschakeld als binnen de afdeling onderling verwijten worden gemaakt. 	
25.	Wees bewust van “besmettelijkheid” van suïcide en hou de andere jongeren in de gaten. Zorg dat je weet hoe het met ze gaat en geef ze ondersteuning waar nodig.	Behandelcoördinator / Pedagogisch medewerker
26.	<p>Besprek met de ouders:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afspraken over een of meer nagesprekken, evaluaties en andere benodigde nazorg. • Maak daarna afspraken over hoe te handelen en wat te doen bij het ontruimen van de kamer en het overhandigen van de bezittingen van de overledene. Als de emoties te sterk zijn, kan dit ook later met hen besproken worden. • De familie wordt ook gevraagd of de steun die zij in eigen kring kunnen krijgen voldoende is. • Daarnaast komen verdriet en eventuele schuldgevoelens aan de orde, als daar reden voor is ook van de kant van het behandelteam. Wees dus eerlijk en open, ook als (wat soms gebeurt) de familie van plan is een klacht in te dienen. • Bij het nagesprek of latere gesprekken speelt de vraag of de behandelcoördinator aan de nabestaanden informatie mag verstrekken over de overleden jongere. Deze kan immers geen toestemming meer geven om anderen inzage te geven in zijn dossier. Voor de nabestaanden is het vaak erg onbevredigend als zij niets mogen weten: voor hen kan het helpend en wellicht troostend zijn als gegevens over de behandeling worden verstrekt die bijdragen aan het kunnen begrijpen van de suïcidale daad. Als de familie vraagt of ze inzage kunnen krijgen, zal de vraag gericht moeten worden aan de Geneesheer-Directeur/Eerste Geneeskundige. Neem een ruimhartige houding aan: de geestelijke gezondheid van de nabestaanden is immers ook een zorg van de behandelaren van de overleden jongere. • De groep nabestaanden is niet beperkt tot ouders en broers en zussen. Desgewenst kan ook worden gesproken met andere familieleden en met vrienden en vriendinnen. 	Leidinggevende / Behandelcoördinator / Directie
	Evaluatie	
27.	Z.s.m. nadat alle formele zaken en de zorg voor de familie en de groepsleden de eerste ronde zijn gepasseerd, komt het afdelingsteam bijeen voor een eerste evaluatie. Deze bespreking, geleid door een leidinggevende <i>die geen teamlid is</i> , is geen patiëntgerichte bespreking, maar gaat over het gezamenlijke verdriet van de hulpverleners, en het gevoel gefaald te hebben. De sfeer dient zo open mogelijk en niet-veroordelend te zijn: een dergelijke gebeurtenis	Leidinggevende / Directie

	kan immers iedereen overkomen, ook al denkt men soms van niet. De emoties komen echter op de eerste plaats.	
28.	<p>In een latere evaluatie, liefst binnen twee weken na dato, worden de gevolgde procedures besproken. Zo nodig worden protocollen bijgesteld, worden richtlijnen nogmaals getoetst en wordt de interne organisatie kritisch bekeken. Zijn de taken en de verantwoordelijkheden correct toebedeeld? Zijn de onderlinge contacten open en verlopen ze goed?</p> <p>Van deze interne evaluatie wordt een verslag gemaakt, zowel in het EPD als voor de Eerste Geneeskundige.</p> <p>Breng ouders op de hoogte van het gegeven dat er intern geëvalueerd wordt, betrek hen ook bij de evaluatie en laat hen hun verhaal vertellen. Ook hier kan je veel uit leren en kan voor ouders helpend zijn in het verwerkingsproces.</p>	Leidinggevende
29.	<p>Evaluatie na drie maanden (het calamiteiten onderzoek en het inspectie onderzoek is afgerond). Dit maakt over het algemeen ook wat los bij de betrokken medewerkers. Daarnaast gaan medewerkers soms later in rust het incident overdenken of er is een nieuw incident op de groep waardoor er een trigger is. Dan moet nogmaals de gelegenheid geboden worden om gezamenlijk hierover te spreken en aandacht voor externe hulp aangeboden worden waar nodig,</p>	Leidinggevende
30.	<p>Voorkom ontstaan angstcultuur:</p> <p>In elk geval moet vermeden worden dat er een angstcultuur ontstaat, waarin een herhaling tegen elke prijs moet worden voorkomen, bijvoorbeeld door te angstig en behoedzaam om te gaan met jongeren die enig suïcidaal gedrag tonen en te snel veiligheidsmaatregelen te nemen. Andere groepsleden kunnen daar veel last van hebben, wat stressverhogend werkt en suïcidaal gedrag kan versterken.</p>	
31.	<p>Heb oog voor elkaar, juist na verloop van tijd, dus na bijvoorbeeld een half jaar of een jaar. Blijf vragen in hoeverre jongeren met de suïcide bezig zijn. Houdt contact hierover, ook als de jongeren doorstromen naar een andere afdeling of organisatie. Op de nieuwe groep weet men vaak niet dat de jongere een suïcide heeft meegemaakt. Ook op de groep stromen nieuwe jongeren in, waardoor de aandacht voor de suïcide verwatert. Het is belangrijk om te blijven praten hierover.</p> <p>Vooraf jongens vinden het praten erover vaak maar niets. Zorg dat er een goede band is, doe iets met ze (voetballen, naar buiten, samen gamen etc.) en vraag dan terloops naar hun gedachten over de suïcide.</p> <p>Hetzelfde geldt trouwens voor hulpverleners. Zeker voor degene die de jongere heeft gevonden. Vaak gaat men daarna op een andere groep werken, en de aandacht verslapt dan. Soms komen groeps werkers thuis te zitten. Een kaartje helpt echt en een telefoontje wordt enorm gewaardeerd. Ook na 6 maanden en een jaar later.</p>	

Informatie onder andere uit Meerdinkveldboom, Rood, Kerkhof. Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele & gezinsbehandeling. Amsterdam: Boom uitgevers, 2016

5. Deel D Scholing en intervisie Suïcidepreventie

Suïcidaal gedrag doet een groot beroep op de professionele attitude van de medewerkers. Daarom is het belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan het vergroten van kennis over suïcidaliteit, ontwikkelen van gespreksvaardigheden en voor het vinden van de balans tussen draagkracht en draaglast.

Dit alles bereik je niet door alleen deze leidraad door te lezen. Het is belangrijk dat er continu aandacht is voor het onderwerp suïcidepreventie. Deze continue aandacht geef je op de volgende wijze vorm:

- Alle medewerkers volgen een basisvaardigheden training suïcidepreventie, hierin wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende medewerkers:
 - Medewerkers in de ondersteunende diensten (receptie, conciërge enz.)
 - Medewerkers in de begeleiding (pedagogische medewerkers, jeugdhulpverleners, en ook directie enz.)
 - Medewerkers in de behandeling (behandelcoördinatoren, orthopedagogen enz.)
- Medewerkers volgen verdiepende modules gericht op suïcidaliteit in specifieke situaties of doelgroepen;
- In de teamoverleggen wordt gesproken over hoe suïcidaliteit/suïcidepreventie een rol heeft gespeeld in de afgelopen week/weken. Hierbij wordt aandacht besteed aan de belasting van de medewerkers rondom dit thema en wordt besproken wat de medewerkers nodig hebben om de draagkracht te vergroten;
- In de cliëntbesprekingen wordt ook altijd de suïcidaliteit besproken en wordt er gezamenlijk gekeken naar welke middelen nog meer ingezet kunnen worden die de jongere kunnen helpen met de suïcidaliteit te leren omgaan (bijvoorbeeld het altijd kunnen bellen naar ouders of de inzet van vaktherapieën);
- In intervisie komt regelmatig het onderwerp suïcidaliteit van de jongeren terug en wordt er vooral gekeken naar hoe de medewerker dit ervaart, waar loopt hij tegenaan, wat maakt het onderwerp voor hem persoonlijk moeilijk, wat heeft hij nodig van zijn collega's/leidinggevende/thuissituatie om dit werk vol te kunnen houden en er plezier in te houden.

Concreet betekent dit dat de instelling een scholingsplan opstelt, waarbij geadviseerd wordt minimaal onderstaande onderdelen op te nemen:

- Alle medewerkers volgen de basisvaardighedentraining suïcidepreventie;
- Alle nieuw te starten medewerkers krijgen de mogelijkheid om binnen een half jaar na start de basisvaardighedentraining suïcidepreventie te volgen;
- Na 2 jaar volgen de medewerkers een opfrustraining om de kennis en vaardigheden up-to-date te houden;
- Elke 4 maanden volgen de medewerkers een intervisiebijeenkomst.

Opties:

- De intervisiebijeenkomsten kunnen binnen één team gedaan worden. Er kan ook gekozen worden voor een mengeling van teams binnen de instelling, maar ook met medewerkers vanuit andere JeugdzorgPlus-instellingen. Op deze laatste manier hou je

ook het netwerk dichtbij zodat je van en met elkaar kunt leren en daarmee de suïcidepreventie steeds steviger neer te zetten;

- Bovenstaand geldt ook voor de trainingen, ook hierin kunnen medewerkers van verschillende instellingen in dezelfde trainingsgroep geplaatst worden. Op deze manier kunnen de eigen ervaringen en manier van werken met elkaar gedeeld worden;
- Team-intervisie: soms kan een team al jarenlang samenwerken waardoor bepaalde gedragingen zijn ingesleten die misschien niet altijd helpend zijn in het dagelijkse proces van de behandeling van de jongeren. Aandacht voor het proces en de verschillende rollen binnen het team kan dan veel inzicht geven. Belangrijk is dat dit plaats kan vinden binnen een veilige sfeer. Het aanpassen van gedrag kost voor iedereen tijd en energie. Kijk hierin ook naar eventuele parallelle processen binnen het team en het groepsproces.

Bijlage 1. Geheimhouding

In het boek van Meerdinkveldboom, Rood, Kerkhof, *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele & gezinsbehandeling* (Amsterdam: Boom uitgevers, 2016) wordt gesproken over geheimhouding, informatieverstrekking en belangenverstrengeling. Hieronder een deel van de tekst. Zie ook het hoofdstuk over het Wettelijk kader in dit document.

Een jongere die ouder is dan 16 jaar is conform de WGBO gerechtigd zelfstandig een behandelingsovereenkomst met een zorgverlener te sluiten. Dat kan een lastige situatie met zich meebrengen, want een jongere is pas na zijn achttiende meerderjarig, en ouders hebben tot diens 21e zorgplicht. Het is dus een bevreemdende, en in principe onwenselijke, situatie dat jongeren tussen 16 en 18 jaar hun ouders zouden kunnen buitensluiten als zij hulp zoeken, terwijl zij nog duidelijk kind zijn. Dit aspect van de WGBO is bedoeld voor situaties waarin (somatisch) ernstig zieke kinderen, bijvoorbeeld met een niet meer te behandelen vorm van jeugdanker, geen behandeling meer willen terwijl hun ouders wel die wens hebben.

Binnen de ggz heeft het voordelen als de ouders de behandelovereenkomst mede ondertekenen. Daarin kunnen immers ook de afspraken worden opgenomen die met die ouders gemaakt zijn. Dit geeft de ouders rechten en ook verplichtingen, en daarmee is het voor alle betrokkenen duidelijk welke positie zij bekleden. Dat neem echter niet weg dat een jongere boven de 16 jaar zijn individuele behandelaar, met het privacyreglement in de hand, bij elke behandeling kan verbieden om informatie aan zijn ouders te verstrekken. Dat kan op zich van belang zijn als sprake is van zodanig verstoorde relaties met (een van) de ouders dat informatieverstrekking schadelijk kan zijn, bijvoorbeeld als een jongere al jarenlang geen contact heeft gehad met de ouder, dit contact ook niet wil herstellen en ook de hulpverlener ervan overtuigd is dat dit onwenselijk is. Ook in een situatie waarbij een ouder ernstige psychiatrische klachten heeft, is het betrekken van die ouder soms niet aangewezen. Met de jongere en diens ouders kan de afspraak gemaakt worden dat de behandelaar de ouders regelmatig informeert over het verloop van de therapie, zonder op de inhoud in te gaan. Ook in een dergelijk geval is dat voor de ouders belangrijk: het is immers hun kind, en zij hebben een zeker recht te weten hoe het met hun kind gaat.

Bij suïcidaal gedrag is sprake van gevaar, en bij kinderen onder de 16 jaar is het vanzelfsprekend dat de behandelaar dit aan de ouders meldt. Het is onze overtuiging dat dit ook moet gebeuren bij jongeren boven die leeftijd: er moet immers worden ingegrepen. In zo'n situatie speelt, met name als de jongere niet instemt met het informeren en het betrekken van zijn ouders, het zogeheten 'conflict van plichten': de geheimhoudingsplicht tegenover de zorgplicht. Daarbij wordt de plicht om goede zorg te leveren belangrijker gevonden dan het vasthouden aan de geheimhoudingsplicht. Voor ouders is het onverteerbaar en onbegrijpelijk als hun kind een ernstige suïcidepoging doet en daarna blijkt dat de therapeut van zijn voornemens op de hoogte was en zij niet. Nogmaals, het is en blijft hun kind. Voorwaarden bij het voorbijgaan aan de geheimhoudingsplicht zijn een zeer zorgvuldige weging van de belangen van de jongere, een goede dossiervorming (waarin verantwoording over dit conflict wordt afgelegd) en het tevoren voorleggen ervan aan de leidinggevende en eventueel de Eerste Geneeskundige.

Wanneer ouders betrokken worden, hebben jongeren recht op inzage in de onderdelen van het dossier waarin de verslagen van de oudergesprekken zijn opgenomen. Ouders hebben op hun beurt geen inzage in de verslagen van individuele gesprekken met hun kind. Als bij de hulpverlening ernstige situaties zijn ontstaan, zoals een serieuze suïcidepoging, kan het voorkomen dat ouders inzage wensen om erachter te komen of de hulpverleners goed hebben gehandeld. Officieel is dit alleen toegestaan als hun kind daarvoor toestemming geeft. Als dit niet gebeurt, om welke reden ook, is de hulpverlener niet gemachtigd de ouders inzage te geven. Hen mondeling informeren is bijna altijd mogelijk.

Bijlage 2. Taakomschrijving aandachtsfunctionaris suïcidepreventie

De aandachtsfunctionaris

De instelling heeft aandachtsfunctionarissen suïcidepreventie. Zij zijn het aanspreekpunt m.b.t. het thema suïcidaliteit op hun eigen locatie en hebben ook meer specialistische kennis of verwerven deze als gevolg van hun rol. Naast aanspreekpunt hebben aandachtsfunctionarissen ook een belangrijke rol binnen de hele organisatie met betrekking tot het uitdragen van het beleid en input leveren voor de doorontwikkeling van het beleid.

Samengevat:

- De aandachtsfunctionaris is een medewerker (bij voorkeur gedragswetenschapper of pedagogisch medewerker op HBO niveau) met een extra taak op het gebied van suïcidepreventie;
- De aandachtsfunctionaris heeft een belangrijke rol bij de implementatie van de leidraad suïcidepreventie;
- T.b.v. van de implementatie van de leidraad heeft de aandachtsfunctionaris een ondersteunende rol tijdens de trainingen suïcidepreventie welke binnen de instelling gehouden worden;
- De aandachtsfunctionaris heeft extra aandacht naar collega's m.b.t. de leidraad suïcidepreventie. De aandachtsfunctionaris is een vraagbaak voor collega's, en kan indien nodig gericht doorverwijzen;
- De aandachtsfunctionaris suïcidepreventie functioneert als rolmodel, in het toepassen van de leidraden en begeleidingsstrategieën.

Functie-eisen

De medewerker die de rol van aandachtsfunctionaris uitvoert, zal aan de volgende functie-eisen voldoen:

- Ervaring in de uitvoering van het werkproces in de organisatie;
- Deskundigheid op het gebied van suïcidepreventie; zowel van de inhoudelijke als organisatorische aspecten;
- Aantoonbare vaardigheid in luistervaardigheden en gespreksvoering;
- Vaardigheden in het overbrengen van kennis op collega-beroepskrachten en het ondersteunen van collega's.

Ondersteuning en inbedding

Het uitoefenen van de rol van aandachtsfunctionaris suïcidepreventie gaat niet vanzelf. De medewerker moet daarin ondersteund worden en de rol moet ook ingebed zijn binnen de organisatie.

De volgende ondersteuning wordt geboden:

- De aandachtsfunctionarissen suïcidepreventie ontvangen een training tot aandachtsfunctionaris;
- Zij krijgen de gelegenheid om vier keer per jaar met andere aandachtsfunctionarissen (ook uit andere instellingen) samen te komen om ervaringen uit te wisselen, steun te vragen, informatie te ontvangen en competenties te ontwikkelen;
- De aandachtsfunctionaris wordt goed geïnformeerd over meldingen en belangrijke zaken die binnen het kennisnetwerk besproken worden. De kennisnetwerkcoördinator is hier een belangrijke schakel in;
- De aandachtsfunctionarissen vormen de schil rondom het kernteam van het kennisnetwerk. Alle aandachtsfunctionarissen vormen, samen met het kernteam, het kennisnetwerk. Dit zorgt ervoor dat de kennis overal binnen de organisatie verspreid wordt.

Binnen de organisatie werkt de aandachtsfunctionaris o.a. samen met:

- De klinisch psycholoog, psychiater en hoofd behandeling;
- Gedragsdeskundigen, leidinggevend en overige behandelaren, verpleegkundigen op locatie;
- De taakhouders op de groepen;
- De andere aandachtsfunctionarissen binnen het kennisnetwerk;
- De kennisnetwerkcoördinator;
- De trainers;
- Externe ketenpartners.

Taken

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

1. Uitdragen en (door)ontwikkelen van het beleid op suïcidaal gedrag
 - Volgen van relevante externe ontwikkeling in regelgeving en beleid. Informatie zal vanuit het KNW komen en via AF binnen de locaties uitgedragen worden;
 - Relevante ontwikkelingen (landelijk en internationaal) t.a.v. suïcidepreventie volgen en de literatuur bijhouden;
 - Monitoren van de uitvoering van het beleid op de locatie;
 - (On)gevraagd adviseren van medewerkers m.b.t. het beleid t.a.v. suïcidaal gedrag;
 - Gesprekspartner zijn voor een collega die in geval van suïcidaal gedrag bij jongeren vragen heeft over de leidraad suïcidepreventie van de instelling.
2. Bijdrage leveren aan het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers
 - Adviseren t.a.v. deskundigheidsbevordering conform opleidingsbeleid;
 - Adviseren van t.a.v. deskundigheidsbevordering op locatieniveau;
 - Op verzoek consulteren van leidinggevend t.a.v. deskundigheidsbevordering op teamniveau en individueel niveau;
 - Monitoren van de trainingen en desgewenst terugkoppeling hierover verzorgen in het kennisnetwerk;
 - Op aanvraag adviseren en ondersteunen van medewerkers (consultatiefunctie) middels de contacten met de taakhouders in de teams;
 - Vervullen van de rol van kennisdrager binnen het kennisnetwerk;
 - Nieuwe medewerkers op de hoogte brengen van de leidraad suïcidepreventie en de werkwijze bij suïcidale jongeren.
3. Toezien op de uitvoering van protocollen en werkinstructies op locatie
 - Checken of het protocol gevolgd wordt en indien nodig meedenken met teams over de uitvoering van protocollen;
 - Kan betrokken worden bij de uit te zetten acties na een melding tot en met de evaluatie. Onderhoudt hiertoe regelmatig contact met de taakhouders;
 - Contact onderhouden met regiebehandelaar over ingezette acties, zij blijven eindverantwoordelijk;
4. Algemeen
 - Gevraagd en ongevraagd met verbetervoorstellen komen t.a.v. het beleid suïcidaal gedrag binnen het kennisnetwerk;
 - Organiseren en voorzitten van een gezamenlijk overleg van de taakhouders op de locatie. (2x per jaar) en hiervan terugkoppeling verzorgen binnen het kennisnetwerk;
 - Indirect een bijdrage leveren aan het jaarplan en jaarverslag van het kennisnetwerk (in samenwerking met kennisnetwerkcoördinator);
 - Volgt met behulp van R&D (internationale) ontwikkelingen op dit gebied en verspreid dit binnen de locaties;

- Wordt van kennisdeling binnen en buiten de instelling geïnformeerd door het KNW en zet dit door op locatie/bij taakhouders;
- Ophalen vragen en kennisbehoefte binnen organisatie t.b.v kennisnetwerk. (o.a vanuit de taakhouders in de teams);
- Kennis uit kennisnetwerk systematisch doorgeven binnen aandachtsgebied.
- Eerste aanspreekpunt voor collega's en taakhouders;
- Advies geven bij het coördineren van nazorg.

Specifieke vaardigheden

De aandachtsfunctionaris zal op verschillende gebieden een aantal vaardigheden moeten hebben, of de mogelijkheid krijgen deze te ontwikkelen.

Hieronder per deeltaak de specifieke vaardigheden:

1. Kennis
 - Verdieping van kennis over de achtergronden van suïcidaal gedrag;
 - Verdieping over de cijfers van het aantal suicides, bij jeugdigen;
 - Verdiepende kennis over crisisprofielen bij suïcidaal gedrag;
 - Verdiepende kennis over de CASE methodiek;
 - Verdieping van kennis en vaardigheden t.a.v. samenwerken met verwanten bij suïcidaal gedrag;
 - Verdieping van kennis en vaardigheden t.a.v. samenwerking met collega professionals (intern en extern).
2. Analysevaardigheden
 - Analyse van vragen van collega's bij suïcidaal gedrag;
 - Analyse van de werkomgeving van de collega;
 - Analyse van interne cijfers van suïcidaal gedrag bij jongeren;
 - Analyse van de werkwijze m.b.t. omgang met jongeren met suïcidaal gedrag.
3. Didactische vaardigheden
 - In overleg met de senior trainer analyseren van een passende leerstrategie in het non formeel leren;
 - Toepassen van instructiemodellen;
 - Toepassen van interactieve werkvormen, op de werkvloer.
4. Vaardigheden in het kader van coaching en rolmodel
 - Het fungeren als rolmodel voor het organisatiebeleid in het omgaan met suïcidaal gedrag van jongeren;
 - Het ondersteunen bij evaluaties bij voorkomende suïcidaal gedrag;
 - Terugkoppelen van aandachtspunten aan de afdelingsleiding m.b.t. suïcidepreventie.

Eventueel nog aanvullend kijken naar:

- Aantal uur per week?
- Welke opleidingen zijn er?
- Hoeveel minimaal per aantal medewerkers/cliënten?
- Hoe intern goed te vinden?
- Hoe samen te werken tussen de instellingen?

Bijlage 3. Checklist evaluatie binnen team/afdeling na suïcide

Checklist voor de evaluatie binnen team/afdeling:

- Was voldoende kennis van de Richtlijn voorhanden?
- Is het contact met de jongere adequaat gehanteerd en is het intensief genoeg geweest? Was de diagnostiek, zowel van de suïcidaliteit als van de overige (al dan niet psychiatrische) problematiek toereikend?
- Waren de afspraken betreffende de vrijheden enerzijds en de veiligheid anderzijds goed uitgewerkt, en waren de betrokkenen ook in staat deze te hanteren?
- Was de (warme) overdracht naar andere hulpverleners en bijvoorbeeld de weekeinddienst goed geregeld en was de interne communicatie sluitend en compleet?
- Zijn signalen naar waarde geschat?
- Is voldoende gebruik gemaakt van informatie van de ouders en van anderen?
- Was er in het contact met de jongere sprake van een goede samenwerking, of was er sprake van wrijving of verzet van diens kant?
- Zijn de ouders of is de jongere overschat ten aanzien van het kunnen voldoen aan de gemaakte afspraken?
- Is het dossier steeds secuur op orde geweest en heeft het ook voldoende duidelijke informatie bevat ten aanzien van de risico's?
- Bestonden er tijdens het hulpverleningsproces twijfels over de beoordeling of het beleid en zijn daar anderen voor geconsulteerd?

(Uit Meerdinkveldboom, Rood, Kerkhof. Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele & gezinsbehandeling. Amsterdam: Boom uitgevers, 2016)

Aanvullende vragen:

- Is het leven dragelijk geweest op de groep?
- Was er sprake van een zinvolle dagbesteding? Zowel in de vorm van therapie, school als vrije tijd.

Bijlage 4. Signalerings- en Veiligheidsplan

Signalering

Wat merk ik zelf? • • •	Wat kan ik zelf doen? • • •
Wat merken anderen? • • •	Wat kunnen anderen doen? • • •
Wat merk ik zelf? • • •	Wat kan ik zelf doen? • • •
Wat merken anderen? • • •	Wat kunnen anderen doen? • • •
Wat merk ik zelf? • • •	Wat kan ik zelf doen? • • •
Wat merken anderen? • • •	Wat kunnen anderen doen? • • •
Wat merk ik zelf? • • •	Wat kan ik zelf doen? • • •
Wat merken anderen? • • •	Wat kunnen anderen doen? • • •

Veiligheid

	Wat gebeurt er?	Wat merk ik zelf?	Wat merken anderen?	Wat helpt mij?



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

1.

Naam	
Tel	
Wanneer	

2.

Naam	
Tel	
Wanneer	

3.

Naam	
Tel	
Wanneer	