



Een stil Gevecht

Suicide en suïcidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij?

Een explorierend, kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en behoeften van jongeren en hulpverleners in de JeugdzorgPlus en ketenpartners.

Nijmegen, 1 april 2021

Een stil gevecht Vechten
tegen mentale pijn Kan je
het je voorstellen?
Het gevoel niet meer jezelf te zijn
Ik doe mijn best
O echt waar
Maar ik geef toe
Al dat vechten valt
me soms best
zwaar

Lana, 18 jaar



Colofon

Onderzoeksgroep: Evi van Arragon, Charlotte Derksen, Sjoerd Wiersma, Sanne Dierick, Anneke de Weerd en Shireen Kaijadoe

Met dank aan: Pluryl, Pactum, Horizon, Entrea-Lindenhout en Karakter

Begeleidingscommissie: Carola Bodenstaff (Jeugdzorg Nederland), dr. Ruud van Herk (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), prof. Dr. Geert-Jan Stams (Universiteit van Amsterdam)

Met speciale dank aan de deelnemende jongeren en professionals.

Omslag: Rosa, 17 jaar



Inhoudsopgave

Colofon	3
Inhoudsopgave.....	4
Voorwoord	8
Samenvatting	9
Definities en begripsomschrijving	11
Inleiding	12
Aanleiding	12
Suïcidaal gedrag.....	14
Leefklimaat	15
Afbakening onderzoekspopulatie	16
Onderzoeksopzet	16
Opbrengsten onderzoek.....	17
Leeswijzer.....	17
Hoofdstuk 1: Doel en onderzoeksmethode.....	18
Doelstelling en onderzoeksvragen	18
Doelgroep en topiclijst	18
Onderzoeksmethode	19
Sampling.....	19
Werving.....	19
Sneeuwbaaleffect	20
Corona	21
Onderzoeksteam	21
Databronnen.....	22
Dataverzameling: De interviews met hulpverleners	22
Dataverzameling: De interviews met jongeren	22
Informatie en toestemming	23
Effect op de onderzoekers.....	24
Ethische verantwoording en Datamanagement	24
Analyse van de interviews	25
Hoofdstuk 2 Resultaten hulpverleners JeugdzorgPlus	27
2.1 Inleiding	27
2.2. Zenden en ontvangen van signalen van suïcidaliteit	27
2.2.1 Zenden van suïcidaliteit; het probleem van de ijsberg	27
2.2.2 Signaleren van suïcidaliteit	28
2.2.3 Signaleringsplan	29
2.2.4 De verantwoordelijk expert op afstand	29
2.3 Responsief handelen bij suïcidaal gedrag.....	30

Inleiding: Procesmatig verloop van handelen	30
2.3.1 Responsief handelen bij suïcidaal gedrag	31
2.3.2 Responsief handelen: doorvragen en concretiseren	31
2.3.3 Responsief handelen: gelijkwaardigheid (niet weten) en gevoel tonen	32
2.3.4 Responsief handelen: bewust neutraal (“ijskonijn”)	33
2.3.5 Overgangsfase: afgestemde controle	33
2.4 Beheersmatig handelen bij suïcidaal gedrag	33
2.4.1 Beheersing of perspectief: dilemma	34
2.4.2 Beheersmatig reageren: Praten is moeilijk	35
2.4.3 Beheersmatig reageren: kennisgebrek	35
2.4.4 Beheersmatig reageren: oude gewoonten	36
2.4.5 Beheersmatig reageren: geen keuze	36
2.4.6 Beheersmatig reageren: eigen belang	37
2.4.7 Beheersmatig reageren: hoe anders?	37
2.4.8 Beheersmatig reageren: draagkracht team	38
2.4.9 Beheersmatig reageren: aandacht als beloning	38
2.5 Signaleren en handelen bij automutilatie	39
2.5.1 Inleiding; de functie van automutilatie	39
2.5.2 Signaleren van automutilatie	40
2.5.3. Reactie op automutilatie	41
2.5.4 Responsieve reacties	41
2.5.5 Beheersmatige reacties	41
2.6 Factoren van invloed op handelen	42
2.6.1 Hoge werkdruk en gebrek aan tijd	42
2.6.2 Ouders en het netwerk betrekken; tijdgebrek	42
2.6.3 Groepsgrootte	43
2.6.4 Kennis	43
2.6.5 Mythe: als ze echt willen	44
2.6.6 Gemixte groepen; voor- en nadelen	44
2.6.7 Behoefte aan meer (trauma)behandeling	45
2.6.8 Verschillen tussen hulpverleners: dynamiek in teams	46
2.6.9 Omgevingsdruk: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	47
2.7 Impact	48
2.7.1 Impact suïcidaal gedrag op de groep	48
2.7.2 Impact suïcidaal gedrag en automutilatie op hulpverleners	49
2.7.3 Impact geslaagde suïcide op handelen van hulpverleners	51
2.7.4 Impact geslaagde suïcide op jongeren volgens hulpverleners	53
2.7.5 Nazorg korte termijn	54
2.7.6 Nazorg lange termijn ontbreekt	54
2.8 Twee uitersten van het continuüm	55
Inleiding	55

2.8.1 Locatie A	55
2.8.2 Locatie B	58
Hoofdstuk 3 Resultaten jongeren.....	61
3.1 Reacties die helpend zijn.....	61
3.1.1 Een vertrouwensband werkt preventief	61
3.1.2 Luisteren en begrip	62
3.1.3 Bij mij blijven in een crisis	62
3.1.4 Knuffels, en afgestemde nabijheid.....	63
3.1.5 Signaleringsplan? Ja mits	64
3.1.6 Gevoel tonen.....	65
3.2 Reacties die niet helpend zijn.....	65
3.2.1 Afwijzing, niet luisteren	65
3.2.2 Gelijke monniken, gelijke kappen	66
3.2.3 Impact geen tijd: Steeds extremer om aandacht vragen	67
3.2.4 Praten heeft consequenties	68
3.2.5 Plaatsing in isoleer: voors en tegens	68
3.2.6 Controle, beheersing bij automutilatie	70
3.2.7 Boos worden op jongere	70
3.2.8 Niet respectvol omgaan met privacy.....	71
3.2.9 Alarm en fixatie bij incident	72
3.2.10 Geen ondersteuning voor groepsgenoten bij alarm	72
3.3 Impact op groepsgenoten.....	73
3.3.1 Trigger.....	73
3.3.2 Impact van problemen op elkaar is groot	74
3.3.3 Bezorgdheid, angst en schrik	74
3.3.4 Bezordheid en snitchen	75
3.3.5 Victim blaming, pesten.....	76
3.3.6 Jongeren praten onderling.....	77
3.3.7 Impact suïcide.....	77
3.3.8 Impact op jongens	78
3.3.9 Nazorg en opvang	79
3.4 Systeemfactoren.....	79
3.4.1 Doorplaatsen.....	79
3.4.2 Rol dossier	80
3.4.3 Onzekerheid door wachtlijsten.....	80
3.4.4 Ervaringsdeskundigheid	81
3.4.5 School	81
3.4.6 Rol gezinsvoogden	82
3.5. Gewenste begeleidingsstijl volgens jongeren	82
Hoofdstuk 4 Resultaten keten	85
4.1. Samenwerking.....	85

4.1.1 Samenwerking werkt	85
4.1.2 Moeizame samenwerking in de keten	85
4.1.3. Behoeftte aan samenwerking en kennisdeling	86
4.2 Redenen plaatsing in JeugdzorgPlus	86
4.2.1 Open jeugdzorg niet ingericht op suïcidaliteit	86
4.2.2 Toename spoedmachtiging	87
4.2.3 Plaatsing in JeugdzorgPlus: handelingsverlegenheid	88
4.3 Overdracht	88
4.3.1 Warme overdracht	88
4.3.2 Overplaatsing is risicomoment	90
4.4 Wachtlijsten, door- en uitstroom	91
4.4.1 Slechte door- en uitstroom	91
4.4.2 Verlies van perspectief	91
4.4.3 Niet doorplaatsen: continuïteit van zorg	92
4.5 Rol Jeugdvoogden / gecertificeerde instelling	92
4.6 Feedbackloop ontbreekt	93
Hoofdstuk 5 Conclusies en discussie	94
Conclusie 1 De impact van suïcide op leefklimaat	94
Conclusie 2 De impact van suïcidaal gedrag op het leefklimaat	95
Conclusie 3 Samenwerking in de keten: overdracht	96
Conclusie 4 Hoe reageren jongeren onderling op elkaar?	96
Conclusie 5 Wat vinden jongeren van het handelen van hulpverleners?	96
Verbetersuggesties	97
Beperkingen van het onderzoek	99
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	100
Bijvangst	101
Discussie	102
Dankwoord	104
Referenties	105
Bijlagen	108

“Als suïcide en suïcidale uitingen de dag kleuren: wat doet dat dan met jou en mij?” Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en behoeften van jongeren en hulpverleners in de JeugdzorgPlus en ketenpartners”

Voorwoord

Hoe is het om op een gesloten jeugdzorg groep te wonen c.q. te werken waar jongeren verblijven, die zichzelf beschadigen en/of suïcidaal zijn? Dat is in essentie de vraag die ons de laatste anderhalf jaar heeft beziggehouden. In september 2019 kreeg onze onderzoeksgroep groen licht van de Medisch Ethische commissie om deze vraag in de praktijk te onderzoeken. De volledige titel van ons onderzoek luidt:

“Als suïcide en suïcidale uitingen de dag kleuren: wat doet dat dan met jou en mij?” Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en behoeften van jongeren en hulpverleners in de JeugdzorgPlus en ketenpartners

Wij realiseren ons terdege dat de werkers in de JeugdzorgPlus instellingen onder moeilijke omstandigheden hun taken vervullen. De kranten staan dagelijks vol van de problemen die de sector Jeugdhulp treft. Het doel van dit onderzoek is niet om reeds bekende tekortkomingen te constateren. Deze omstandigheden beïnvloeden echter wel het handelen van werkers in de dagelijkse praktijk en als zodanig zijn deze punten meegenomen in ons onderzoek.

Suïcidaliteit en zelfbeschadiging bij jongeren is een ingrijpend onderwerp: we hebben jongeren en hulpverleners bevraagd over hun beleving en ervaringen met suïcidaal gedrag en automutilatie op leefgroepen binnen de JeugdzorgPlus. We zijn regelmatig geraakt door de persoonlijke, indringende verhalen. Wij kunnen de jongeren en hulpverleners niet genoeg bedanken voor hun openheid om hun ervaringen met ons te delen. En we kunnen niet genoeg benadrukken hoe belangrijk het delen van hun verhaal is geweest voor de uitkomsten van dit onderzoek.

Namens het onderzoeksteam,

Shireen Kaijadoe
Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Samenvatting

Door middel van interviews met jongeren (n=13) en professionals in de JeugdzorgPlus (n=18) is bij drie JeugdzorgPlus instellingen verkend hoe suïcidaal gedrag en suïcide van groepsgenoten het leefklimaat binnen de behandelgroepen op de gesloten jeugdzorg beïnvloedt; hoe wordt er binnen leefgroepen in de JeugdzorgPlus omgegaan met suïcidaal gedrag? En wat vinden jongeren daarvan? Tenslotte is via interviews met hulpverleners (n=11) bij twee ketenpartners (kinder- en jeugdpsychiatrie en open residentiële jeugdzorg) verkend hoe er in de keten gehandeld wordt op het moment dat een jongere zich suïcidaal uit.

De resultaten uit het onderzoek laten zien dat er 2 hoofdclusters aan reacties van hulpverleners zijn: responsieve en beheersmatige reacties. Werken met suïcidale jongeren stelt hulpverleners vroeg of laat voor een dilemma: Is de jongere nog handelingsbekwaam of moet de jongere tegen zichzelf beschermd worden en moet de regie overgenomen worden? De invloed van suïcidaal gedrag op het leefklimaat is groot. Door incidenten ontstaat er onrust en spanning op de groep. Suïcidaal gedrag en incidenten veroorzaken paniek, angst en stress bij jongeren (en vaak ook bij PM'ers). De sfeer wordt daardoor gespannen en somber.

De geïnterviewde professionals gaven aan hoe suïcidaal gedrag en automutilatie-incidenten hen persoonlijk en professioneel raakt. Door de concentratie van jongeren met complexe psychiatrische problematiek op de leefgroepen en het aantal geslaagde suïcides, is het werk zwaar. Hulpverleners hebben ondersteuning, bijscholing en supervisie nodig om dit moeilijke werk vol te kunnen houden. Uit de interviews kwam naar voren dat hier niet altijd tijd voor gemaakt wordt. Door hulpverleners worden meerdere complicerende factoren benoemd die het adequaat omgaan met suïcidaal gedrag en automutilatie bemoeilijken i.e.: hoge werkdruk, personeelsverloop, kennisgebrek, tijdsgebrek, groepsgrootte, gebrek aan alternatieve middelen voor isolatie, teamdynamiek, taboe op suïcide en een complexe doelgroep.

De impact van een suïcide is enorm groot op hulpverleners en jongeren en beslaat een breed palet aan emoties: Ongeloof, verdriet, onmacht, verslagenheid, angst, schuldgevoelens maar ook shock en trauma. Direct na de suïcide is er voldoende aandacht en ondersteuning. Na verloop van tijd neemt de aandacht en ondersteuning echter af. Langdurige ondersteuning en aandacht alsmede voldoende mogelijkheid om te praten over rouw en verdriet na een suïcide, ontbreekt. Het meemaken van een suïcide heeft een direct effect op het handelen van hulpverleners. Een suïcide maakt hulpverleners voorzichtiger. Angst voor een slechte afloop werkt vaak belemmerend op het handelen van hulpverleners. In het handelen wordt men voorzichtiger en er wordt sneller gegrepen worden naar beheersmatige maatregelen om het risico op suïcide te verkleinen (een enkele uitzondering daargelaten). Als er meer beheersmatige maatregelen worden ingezet om de veiligheid te garanderen en risico's te verkleinen, heeft dit een negatief effect op het leefklimaat.

Alle geïnterviewde jongeren geven aan behoefte te hebben aan nabijheid, hoop en contact bij dreigende suïcidaliteit en automutilatie. Responsieve reacties op suïcidaal gedrag zijn helpend voor deze jongeren; zij dragen bij aan een positief leefklimaat. Praten over suïcidaliteit en automutilatie biedt relationele veiligheid en werkt preventief. Echter, de realiteit is dat er veelal beheersmatig gereageerd (plaatsing in isoleer, fixatie, cameratoezicht, etc.) wordt op suïcidaal gedrag. Jongeren durven, uit angst om in isoleer geplaatst te worden, niet te praten over suïcidaliteit en zelfbeschadiging. Praten heeft immers consequenties, wat tot gevolg heeft dat jongeren zwijgen over hun suïcidale gedachten. Maar, als er geen contact en verbinding is tussen hulpverleners en jongeren, kunnen hulpverleners de situatie niet goed inschatten. Dit leidt tot gevoelens van onmacht bij hulpverleners en vervolgens tot nóg meer beheersmatige maatregelen om wel de veiligheid te

kunnen garanderen en risico's te verkleinen. Aldus heeft beheersmatig handelen in reactie op suïcidaal gedrag de neiging zichzelf te versterken. Samenwerking in de keten verloopt vaak stroperig. Het grote aantal disciplines dat betrokken is bij een suïcidale jongere maakt de samenwerking complex. Het werkveld heeft behoefte aan snelle triage, consultatie en kennisuitwisseling zonder dat er eerst een formeel hulpverleningstraject gestart moet worden. De kwaliteit van de overdracht, biedt ruimte voor verbetering.

Geconcludeerd kan worden dat dit onderzoek erop wijst dat het huidige JeugdzorgPlus systeem onvoldoende recht doet aan de behoefte van (suïcidale) jongeren. Dit roept vragen op als: Hoe zorgen we voor een positief, ontwikkelingsgericht leefklimaat binnen de gesloten setting waarin vorm en invulling wordt gegeven aan de psychologische basisbehoeften van jongeren? En hoe zorgen we voor daartoe goed uitgeruste professionals? Hoe gaan we dit met elkaar organiseren? Maar ook: Wat doen we al goed, en wat kunnen we daar van leren? De resultaten uit dit rapport suggereren dat werken vanuit contact en nabijheid leidt tot minder suïcidaal gedrag en minder gedwongen afzonderen binnen de JeugdzorgPlus. De uitkomsten van het onderzoek kunnen gebruikt worden om de JeugdzorgPlus te verbeteren. Er worden aanbevelingen gedaan op het niveau van jeugdhulporganisaties en het niveau van de jeugdsector.

Definities en begripsomschrijving

Alvorens dieper in te gaan op het thema van het onderzoek, geven wij een definiëring van de begrippen die veelvuldig in dit rapport zullen voorkomen. Het gaat om begripsafbakening in de context van dit onderzoeksproject. Het gaat met andere woorden om werkdefinities ten behoeve van dit onderzoek en niet noodzakelijk om algemeen geldende definities. Ten behoeve van de leesbaarheid zijn de woorden behandelaar, hulpverlener, professional door elkaar heen gebruikt, zonder betekenisverschil.

Suïcidaal gedrag: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen van iemand die een intentie uitdrukken om zichzelf te doden (Van Hemert et al., 2012).

Suïcide: Een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (De Leo et al., 2004).

Suïcidepoging: Handeling zonder dodelijke afloop, waarmee de jongere door de verwachting schade aan het eigen lichaam of de dood te bewerkstelligen of door het risico daarop niet uit de weg te gaan, gewenste veranderingen probeert teweeg te brengen.

Automutilatie: Opzettelijke zelfverwonding. Automutilatie hoeft niet noodzakelijk gepaard te gaan met de wens om te sterven; het is een manier om emoties te reguleren, spanning te verminderen en met psychisch lijden om te gaan. Automutilatie kan onder een suïcidepoging geschaard worden. De verwachting van de dood is bij zelfbeschadiging nagenoeg afwezig. Niet ieder suïcidaal gedrag heeft dus een intentie tot suïcide. Automutilatie kent ook een “verslavingscomponent” alleen al door vrij komende endorfines (Meerdinkveldboom, Rood, & Kerkhof, 2019).

Gedwongen afzonderen: tegen de wil van de jongere plaatsen in een ruimte die hij of zij niet kan of mag verlaten.

- Gepland gedwongen afzonderen: Ingezet als vast onderdeel van het behandel- of dagprogramma voor alle jongeren in de JeugdzorgPlus. Bijvoorbeeld: dagelijkse rustmomenten, nachtrust waarbij de jongere gedurende een vaste periode op de kamer moet verblijven.
- Ongepland gedwongen afzonderen: wordt ingezet n.a.v. een gebeurtenis op de groep zoals een incident (bijvoorbeeld agressie, zelfbeschadiging) of een andere gebeurtenis (verstoring van de orde op de groep, niet opvolgen van vastgestelde regels etc.)

(Definities van afzonderen zijn overgenomen uit het onderzoeksrapport “Ik laat je niet alleen” (De Heide et al., 2019))

Comfortroom, veilige kamer, chill ruimte: Lege kamer, vaak met cameratoezicht en een bed.

Isolerocel: lege kamer, met de mogelijkheid om vastgebonden te worden. Jongere kan al dan niet met scheurkleding in isoleer geplaatst worden.

BC: Behandelcoördinator (vaak een gedragswetenschapper), coördineert, bewaakt en zorgt voor continuïteit van zorg. Geeft functioneel leiding geven aan het team van pedagogisch medewerkers.

GW: Gedragswetenschapper: orthopedagoog, psycholoog of GZ psycholoog.

PM'er: Pedagogisch medewerker, MBO of HBO geschoold (vaak Social Work of Pedagogiek), verzorgen de dagelijkse begeleiding van de jongeren op de groep.

I: Interviewer

R: Respondent

(D25) Nummer van het transcript van het interview

'Internaliserende gedragsproblematiek': problemen zijn naar binnen gericht zijn en daardoor voornamelijk storend zijn voor de jongere zelf (zoals faalangst, automutilatie, suïcidale gedachten, stemmingswisselingen, angst, depressie, etc.)

'Externaliserende gedragsproblematiek': gedrag is naar buiten gericht en wordt vooral door de omgeving als storend ervaren (zoals, liegen, geen respect voor anderen, zelfbepalend gedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag, vernieling, diefstal, geweldpleging, verbale en/of fysieke agressie, etc.).

Overdracht: 'Oude' hulpverlener zorgt dat de 'nieuwe' hulpverlener alle informatie over de jongere krijgt.

Ketenpartner: Collega-hulpverlener / samenwerkingspartner die deel uitmaakt van hulpverleningstraject van de jongere.

IGJ: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland. Jeugdhulpinstellingen zijn wettelijk verplicht om ernstige calamiteiten als suïcide te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

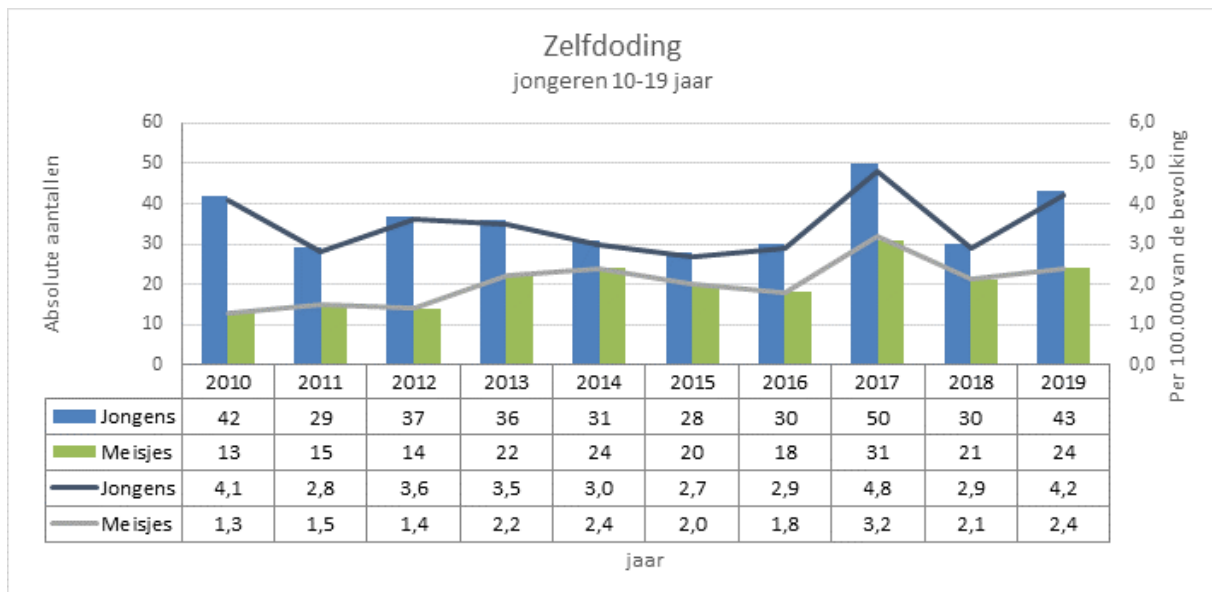
Inleiding

JeugdzorgPlus is een vorm van gesloten jeugdhulp voor jongeren die een risico voor zichzelf of hun omgeving vormen. JeugdzorgPlus biedt behandeling binnen een gesloten kader voor jongeren met ernstige gedragsproblemen. Vaak is er sprake van onderliggend trauma en/of hechtingsproblematiek (Dresen et al., 2017). Bij deze jongeren is de psychosociale ontwikkeling ernstig bedreigd en behandeling binnen een open kader werkt – zo is de veronderstelling – onvoldoende. JeugdzorgPlus wordt zo kort als nodig en zo lang als noodzakelijk opgelegd en vindt plaats in een beveiligde omgeving. De jongeren staan onder toezicht van de kinderrechter; de toelating vindt plaats in een gedwongen kader. Het doel is om jongeren weer te laten participeren in de maatschappij (Jeugdzorg Nederland, 2020). Nederland kent elf JeugdzorgPlus instellingen. In 2019 waren 2.094 jongeren in zorg bij JeugdzorgPlus (ongeveer 55% jongens, 45% meisjes). Jongeren verblijven er gemiddeld een half jaar (Jeugdzorg Nederland, 2020). Vanuit de geschiedenis hield de JeugdzorgPlus zich in eerste instantie vooral bezig met jongeren met gedragsproblematiek. In de kinder- en jeugdpsychiatrie (Jeugd-GGZ) werden vooral jongeren met psychiatrische problematiek behandeld. Tegenwoordig komen echter ook veel jongeren met ernstige psychiatrische problematiek, waaronder suïcidaal gedrag, in de JeugdzorgPlus terecht. Hulpverleners in de Jeugdzorg komen steeds vaker in aanraking met suïcidale jongeren, met voor hen relatief onbekend gedrag. Medewerkers geven aan dat ze hiervoor onvoldoende zijn opgeleid.

Aanleiding

In 2017 was er een opmerkelijke stijging van het aantal suïcides onder jongeren. In totaal waren er 81 jongeren die een einde aan hun leven maakten. Dit is ruim anderhalf keer meer dan in de jaren

ervoor. De hoge aantallen uit 2017 zijn aanleiding geweest voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om een verkenning uit te voeren, naar het voorkómen van suïcides bij jongeren. Zeker omdat bleek dat in totaal 26 (16 jongens en 10 meisjes) van de 81 suïcides (32%) hebben plaatsgevonden in jeugdhulpinstellingen, waarvan zes (23%) in een gesloten jeugdhulp setting (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018; Ligtvoet, 2018). Daarnaast vinden er suïcides plaats vlak nadat jongeren uit de instelling ontslagen zijn. Deze worden als zodanig niet geregistreerd. Het aantal suïcides onder jongeren ligt in 2018 op 51 en is daarmee afgenomen t.o.v. 2017. In 2019 was er echter weer sprake van een toename in aantal overlijdens onder jongeren tot 20 jaar (67 ten opzichte van 51 in 2018) (CBS, 2020a).



Bron: CBS, 2020

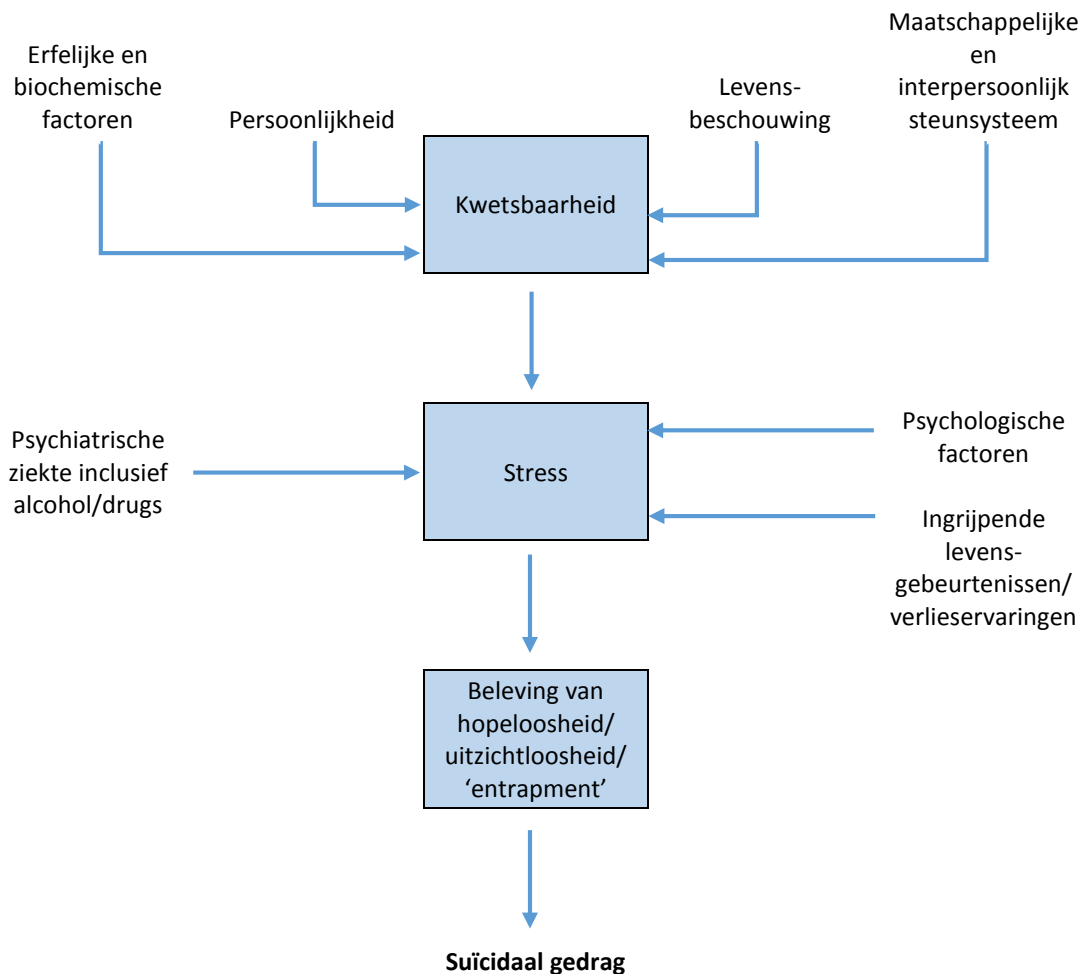
In de analyse door de IGJ was er bij 22 van de 26 jongeren sprake van complexe problematiek. Bij 21 jongeren was sprake van een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Ook bleek dat er veelal sprake was van een gebrek aan passende zorg. Bij zeker zestien suïcides was sprake van tekortkomingen in de samenwerking (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Een belangrijke conclusie uit dit rapport is dat de samenwerking tussen verschillende instellingen binnen de jeugdzorg niet op orde is en dat er meer onderzoek nodig is naar passende zorg voor jongeren die lang met hulpverlening te maken hebben. Uit de analyse blijkt ook dat de jongere vaak een gebrek aan perspectief ervoer en zich regelmatig onvoldoende gehoord voelde in het hulpverleningstraject (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). In de onderzoeksofzet van voorliggend onderzoek zijn deze bevindingen meegenomen. Dit heeft geresulteerd in een participatief onderzoeksdesign met een nadrukkelijke rol voor ervaringsdeskundigheid.

Om de kwaliteit van de JeugdzorgPlus te bevorderen, is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) het programma Longitudinale effectmonitor JeugdzorgPlus ontwikkeld. Het voorliggende onderzoek is uitgevoerd in het kader van dit programma. Met het voorliggende onderzoek worden verdiepende inzichten verkregen over de beleving van jongeren die verblijven in leefgroepen waar suïcide-problematiek speelt. Ook wordt in beeld gebracht wat er gebeurt op de leefgroep als een jongere zich suïcidaal uit of zichzelf beschadigt. Wat doet dat met de sfeer van het leefklimaat? Hoe reageren jongeren en professionals? Wat wordt gedaan en wat wordt achterwege gelaten?

Jongeren in behandeling worden regelmatig overgeplaatst: er vinden overdrachtsmomenten plaats van de Jeugd-GGZ naar de JeugdzorgPlus, maar ook binnen de jeugdzorg zelf. Soms worden jongeren rechtstreeks vanuit huis in de JeugdzorgPlus geplaatst. Overgangsmomenten, zoals een overdracht tijdens een behandeling, zijn momenten waarop het suïciderisico verhoogd is (Van Heeringen, Portzky, De Beurs, & Kerkhof, 2019). Het grillige en onvoorspelbare beloop dat suïcidaal gedrag kan hebben, maakt een goede samenwerking in de keten, voorafgaand en tijdens de overdracht van groot belang (Hermens, van Wetten, & Sinnema, 2010). Daarom is in dit onderzoek ook gekeken hoe er tijdens overdrachtsmomenten van jongeren met suïcidaal gedrag, in de keten wordt gehandeld.

Suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag is een complex fenomeen dat wordt beïnvloedt door psychologische, biologische, sociale, culturele en omgevingsfactoren. Zoals beschreven in de GGZ-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert et al., 2012) omvat de term suïcidaal gedrag niet alleen handelingen maar ook gedachten en gevoelens die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden. Samenvattend wordt er van suïcidaal gedrag gesproken wanneer een jongere gedachten heeft over suïcide en/of de intentie heeft zichzelf te doden en/of bezig is met het voorbereiden van suïcide en/of een poging doet om zichzelf te doden. Opzettelijke zelfverwonding (automutilatie) kan onder een suïcidepoging geschaard worden, maar hoeft niet noodzakelijk gepaard te gaan met de wens om te sterven; het is een manier om emoties te reguleren, spanning te verminderen en met psychisch lijden om te gaan (Meerdinkveldboom et al., 2019). Suïcidaal gedrag kan een grillig en onvoorspelbaar beloop hebben onder invloed van biologische, psychologische en sociale factoren (Goldney, 2008; Williams, Crane, Barnhofer, & Duggan, 2005). In de GGZ-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' (Van Hemert et al., 2012) worden twee modellen beschreven die de achterliggende factoren bij suïcidaal gedrag samenvatten: het stress-kwetsbaarheidsmodel (Goldney, 2008) en het 'entrapment' model (Williams, Crane, Barnhofer, & Duggan, 2005). Een geïntegreerd model is geschetst in onderstaande figuur. Het stress-kwetsbaarheidsmodel verklaart suïcidaal gedrag uit de combinatie van factoren die de individuele kwetsbaarheid verhogen of verlagen en stressfactoren die het actuele gedrag in gang zetten en laten voortbestaan. Het 'entrapment' (= beleving van hopeloosheid/uitzichtsloosheid) model beschrijft de blikvernauwing die kenmerkend is voor mensen met suïcidaal gedrag. Als de dood de enige oplossing lijkt, dan gaat hier uitzichtsloosheid aan vooraf; niet weten hoe het verder moet en voortdurende pijn die als ondraaglijk en onoplosbaar wordt ervaren. Het ontbreken van enig vertrouwen dat het ooit nog beter wordt maakt de suïcidale persoon zo wanhopig dat de dood de enige oplossing lijkt.



Figuur 1. Geïntegreerd model (naar Goldney, 2008; Williams et al., 2005) van stress, kwetsbaarheid en 'entrapment' voor suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012, p. 6).

Leefklimaat

Leefklimaat (i.e. residentieel groepsklimaat) is de kwaliteit van de sociale en fysieke omgeving in termen van voldoende en noodzakelijke voorwaarden voor lichamelijke en geestelijke gezondheid, welzijn, contact en persoonlijke groei van de bewoners, met inachtneming van hun menselijke waardigheid en mensenrechten, evenals (indien niet beperkt door gerechtelijke maatregelen) hun persoonlijke autonomie, gericht op herstel en succesvolle deelname aan de samenleving (Van der Helm, Kuiper, & Stams, 2018). Er is sprake van een positief en open leefklimaat als de begeleiding de jongere helpt en naar de jongere luistert, de jongere dingen leert die zinvol zijn voor de toekomst, de regels eerlijk zijn en er een prettige, veilige sfeer hangt in de instelling (van der Helm et al., 2013). Een open en therapeutisch leefklimaat wordt verder gekenmerkt door een veilige, gestructureerde en rehabiliterende omgeving met minimale repressie en waarbij een goede balans tussen flexibiliteit en controle voor een goede sfeer zorgt. Van een negatief leefklimaat is sprake wanneer er weinig ondersteuning door de medewerkers wordt geboden, de mogelijkheden voor groei minimaal zijn, er een grimmige en weinig uitnodigende sfeer hangt en er sprake is van veel repressie (Van der Helm et al., 2009). In het leefklimaat staan het vormgeven van relaties, omgaan met situaties en invloed en perspectief centraal. Het leefklimaat binnen de residentiele jeugdzorg kan variëren van open en therapeutisch naar gesloten en repressief (Janzing & Kerstens, 2005). In diverse onderzoeken naar leefklimaat van o.a. Harder (2011) en Van der Helm (2011) wordt

aangetoond dat een pedagogisch leefklimaat een essentiële rol speelt in de opvoeding en behandeling van residentieel geplaatste jongeren. Van der Helm (2011) concludeert in zijn proefschrift dat een behandeling pas effectief kan zijn op het moment dat er sprake is van een open leefklimaat op de groep. Een open therapeutisch leefklimaat kan bijdragen aan een hogere behandelmotivatie en een positief behandelresultaat (Souverein, van der Helm, & Stams, 2013; Van der Helm, 2019; van der Helm et al., 2013); behandelen in een negatief leefklimaat is niet haalbaar (De Swart et al., 2012). Behandelen in een negatief leefklimaat leidt tot vermindering van contact, wat leidt tot frustratie van verbondenheid, competentie en autonomie, de drie psychologische basisbehoeften van kinderen volgens de zelf-determinatietheorie (Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000). Uit onderzoek van De Valk (2019) blijkt dat onder deze omstandigheden het gebruik van repressieve, controlerende maatregelen toeneemt. Dit houdt niet alleen in dat de verbinding met de jongere verloren gaat, maar dat betekent ook dat de autonomie van jongeren afneemt. De uitkomst is vaak een coercieve feedbackcyclus (Bugental, 2009). Het is belangrijk te zorgen voor een positieve, responsieve relatie tussen de groepswerker en de adolescent. Leipoldt, Harder, Kayed, Grietens, and Rimehaug (2019) laten in hun overzichtsstudie zien dat een aanpak gericht op positieve eigenschappen en kenmerken van jongeren, en op het leren van fouten negatief gedrag, meestal wordt geassocieerd met een positief sociaal klimaat. Repressief gedrag van medewerkers vertoonde de meeste associaties met negatieve uitkomsten voor jongeren. Een open klimaat, structuur, een goede therapeutische alliantie worden geassocieerd met positieve uitkomsten van residentieële jeugdzorg (Duncan et al., 2003; Eltink, 2020; Harder, 2011; Scholte, 2017). Een gebrek aan responsief handelen in combinatie met repressief optreden heeft een negatief effect op het leefklimaat. Sameroff (2009) omschrijft in zijn transactionele model de ontwikkeling van een kind als een product van dynamische interacties tussen het kind en zijn/haar omgeving. Basisaanname van het model is dat ontwikkelingsproblemen van een kind nooit veroorzaakt worden door ofwel het kind ofwel de omgeving, maar altijd door de relatie tussen beide. In voorliggend onderzoek wordt verkend hoe suïcidaal gedrag en suïcide van groepsgenoten het leefklimaat binnen de behandelgroepen op de gesloten jeugdzorg beïnvloedt.

Afbakening onderzoekspopulatie

Het voorliggende onderzoek legt de focus op jongeren en hulpverleners in de JeugdzorgPlus. Dit onderzoek is afgestemd in samenwerking met de landelijke werkgroep van 113 die onderzoek doet naar de 81 suïcides van 2017 (zgn. psychologische autopsie). Zij richtten zich vooral op de nabestaanden. In dat onderzoek is het hulpverleningstraject inzichtelijk gemaakt en zijn ouders bevraagd over hun ervaringen. Ouders van (suïcidale) jongeren die verblijven in een JeugdzorgPlus instelling worden daarom niet in dit onderzoek opgenomen als onderzoekspopulatie. Het onderzoek van 113 is [hier](#) te vinden.

Onderzoeksopzet

Met behulp van kwalitatieve methoden is bij drie JeugdzorgPlus-instellingen, te weten: Pluryn, Stichting Pactum en Horizon Jeugdzorg en Onderwijs en twee ketenpartners (Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Entrea Lindenhout) kwalitatief onderzoek uitgevoerd (De OGH en Pactum jeugd- en opvoedhulp zijn per 1 januari 2021 juridisch gefuseerd. Interviews hebben plaatsgevonden op groepen van toen nog de OGH in Zetten). De kwalitatieve studie omvat individuele, semigestructureerde interviews. De onderzoekers in dit project bestaan uit de hoofdonderzoeker (SK) die intensief heeft samengewerkt met een team van 5 ervaringsdeskundige co-onderzoekers (aanvankelijk bestond het team uit 6 ervaringsdeskundigen, een persoon heeft zich i.v.m. het vinden van een baan, teruggetrokken). De co-onderzoekers zijn jongvolwassenen die allen zelf ervaring hebben met de JeugdzorgPlus en/of suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag. Zij hebben daarmee een cruciale rol in dit project. Er zijn in totaal 42 deelnemers geïnterviewd:

- 13 jongeren in de JeugdzorgPlus

- 18 hulpverleners werkzaam in de JeugdzorgPlus
- 11 hulpverleners werkzaam bij ketenpartners (Karakter of Entrea Lindenhout)

Wij hebben de jongeren gevraagd naar hun hulpverleningsgeschiedenis. Een volledig dossieronderzoek naar de hulpverleningsgeschiedenis van de jongeren viel echter buiten het bereik van dit onderzoek. Bevindingen uit de interviews kunnen niet gegeneraliseerd worden naar alle jongeren en hulpverleners in de JeugdzorgPlus; de bevindingen bieden een uitgebreide beschrijving vanuit insidersperspectief van de processen die plaatsvinden op het moment dat een jongere zich suïcidaal uit, waardoor het mogelijk moet zijn om te leren van de resultaten.

Opbrengsten onderzoek

- Met de uitkomsten van dit onderzoek kan de hulpverlening aan suïcidale jongeren in algemene zin worden verbeterd.
- JeugdzorgPlus instellingen kunnen op basis van uitkomsten van dit onderzoek hun aanbod passender maken en aansluiten bij de individuele behoeftes van jongeren en hulpverleners.
- De verbeteruggesties van jongeren en hulpverleners bieden richting en kunnen als basis gebruikt worden door hulpverleners, beleidsmakers en instellingen om maatwerk te leveren.
- Tenslotte brengt dit onderzoek in kaart hoe de samenwerking tussen ketenpartners verloopt en waar verbeteringen mogelijk zijn.

Vormen

- Voorlichtingsfilm: film gemaakt door jongeren/hulpverleners met adviezen voor hulpverleners, verspreid via social media, website Academische Werkplaats Inside Out, ZonMW, Karakter, deelnemende instellingen, 113, MIND etc.
- Daarnaast is er een kalenderboekje gemaakt bestaande uit quotes met aanbevelingen en tips hoe te handelen bij suïcidaal gedrag en automutilatie. De tips worden gegeven door de geïnterviewde jongeren en hulpverleners.
- Netwerken: De onderzoekers zijn aangesloten bij volgende initiatieven:
 - o Stroomoploop
 - o In Contact blijven
 - o Suicide preventie 113
 - o Input leveren methodiekbeschrijving ZIKOS
 - o Presentatie onderzoek congressen (o.a. Jeugd in Onderzoek april 2021, webinar Zebra, congres ZonMw juni 2021)

Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit 5 hoofdstukken. Na de inleiding beschrijven we in het eerste hoofdstuk de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 2 worden de resultaten van de interviews met de hulpverleners weergegeven. In het hoofdstuk 3 presenteren we de resultaten uit de interviews met jongeren. In hoofdstuk 4 volgt analyse van het onderzoek in de keten. De gepresenteerde resultaten worden op verschillende plaatsen ondersteund aan de hand van quotes die kenmerkend zijn voor een specifieke bevinding of het thema dat beschreven wordt en die een beeld geven van de wijze waarop jongeren en hulpverleners spreken over hun ervaringen. Vervolgens worden in hfst. 5 conclusies getrokken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen en discussie.

Hoofdstuk 1: Doel en onderzoeksmethode

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om verdiepend inzicht te krijgen hoe er binnen leefgroepen in de JeugdzorgPlus wordt omgegaan met suïcidale situaties en uitspraken.

De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt:

Hoe beïnvloeden suïcidale gedachten en suïcide van groepsgenoten het leefklimaat binnen de behandelgroepen op de gesloten jeugdzorg?

Deelvragen zijn:

- Hoe reageren groeps werkers op een jongere die zich suïcidaal gedraagt? Welke interventies gebruiken ze en wat is de impact van deze interventies op de adolescent, groepsgenoten en het groepsklimaat?
- Hoe gaan jongeren om met een groepsgenoot die zich suïcidaal gedraagt en wat vinden jongeren van de manier waarop groeps werkers reageren?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen ketenpartners op het moment dat een jongere zich suïcidaal uit, en dan met name op het moment van overdracht?

Doelgroep en topiclijst

De onderzoekspopulatie bestaat uit drie groepen. Het gesprek is aan de hand van een topic-lijst gevoerd, afhankelijk van de antwoorden van de respondent is doorgevraagd.

Onderzoeksgroep 1: Jongeren (12 tot 18 jaar) die verblijven in een JeugdzorgPlus instelling

- Welke vormen van suïcidale uitingen heb je meegemaakt in de instelling? Kun je daar wat over vertellen?
- Hoe wordt er door hulpverleners gereageerd op suïcidale uitingen en of automutilatie? Wat vind je daarvan?
- Hoe ga je zelf om met een groepsgenoot die suïcidale uitingen heeft?
- Hoe word er in de groep gereageerd, kun je daar wat over vertellen?
- Wat doet dat met de sfeer op de groep?
- Hoe wordt er gewerkt met signaleringsplannen? Wat vind je daarvan?
- Wat moet een hulpverlener volgens jou doen of juist niet doen?
- Heb je zelf een suïcide van een groepsgenoot meegemaakt? Wil je daar iets over vertellen? (aangeven: "nee" is ook een antwoord!)
- Op welke manier werd er aandacht aan besteed in de groep?
- Hoe werd er in / door de groep gereageerd?
- Met wie kon je hierover praten?

Onderzoeksgroep 2: Hulpverleners binnen de JeugdzorgPlus

- Wordt er volgens een protocol gewerkt?
- Hoe reageer jij als een jongere zich suïcidaal uit / automutilleert? Kun je daar wat over vertellen?
- Wat wordt er feitelijk gedaan? Hoe wordt er gehandeld?
- Wat is helpend / belemmerend in jouw handelen? Kun je daar wat over vertellen?
- Wat is de impact op de rest van de jongeren in de leefgroep?
- Hoe ga je daar mee om? Wordt er op in gegaan, of juist niet?
- Ben jij getraind in het werken met suïcidale jongeren? Kun je daar wat over vertellen?

- Wat is de impact van het werken met suïcidale jongeren op jou? Kun je daar wat over vertellen?
- Heb je een geslaagde suïcide meegemaakt? (indien Ja: vind je het goed als we jou daar wat over vragen? Indien Ja: doorvragen, Wat is de impact daarvan op jou geweest?)

Onderzoeksgroep 3: Hulpverleners ketenpartners

- Hoe verloopt de samenwerking tussen ketenpartners (inclusief ouders) op het moment dat een jongere zich suïcidaal uit?
- Wie is waar verantwoordelijk voor?
- Wat liep goed en wat kan beter?
- Hoe verloopt de samenwerking, met name in het moment van overdracht?
- Hoe ervaren professionals in de jeugdzorg en de ketenpartners van de gesloten jeugdzorg de zorg voor suïcidale jongeren?

Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek (semigestructureerde interviews, observaties, ervaringskennis). Dit is een geschikte onderzoeksmethode om te exploreren (Boeije, 2016). De onderzoeksopzet was flexibel en open (en voorlopig) van aard. Er is gewerkt met een topic-list. De topic list is samen met het projectteam (bestaande uit ervaringsdeskundige co-onderzoekers, hulpverleners jeugdzorgplus en ketenpartners) opgesteld. De uitvoering van kwalitatief onderzoek is van tevoren niet geheel vast te leggen, aangezien een deel afhangt van wat er zich tijdens het onderzoek afspeelt, en wat we al onderzoekend tegen zouden komen. Er is sprake van een iteratief proces. Zo is de topic-list tijdens het onderzoek op aanraden van de ervaringsdeskundigen een aantal keer gewijzigd. Er zijn bijvoorbeeld vragen over het gebruik van signaleringsplannen toegevoegd. Ook is er nadrukkelijk gevraagd naar de betekenis van het begrip “nabijheid”.

Sampling

In totaal zijn er 42 participanten geïnterviewd (13 jongeren, 11 hulpverleners in de keten, 18 hulpverleners in de JeugdzorgPlus). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van doelgerichte steekproeftrekking, i.e. purposive sampling. De deelnemers zijn vooraf, doelgericht, op basis van de probleemstelling van het onderzoek en op basis van de vooraf bestudeerde literatuur geselecteerd. Bij de hulpverleners in de gesloten jeugdzorg is gestreefd naar een breed palet van deelnemers. Dat wil zeggen dat de interviews zoveel mogelijk zijn uitgevoerd bij hulpverleners, die op leefgroepen werken waar jongeren verblijven die suïcidaal gedrag vertonen, of leefgroepen waar daadwerkelijk suïcides hebben plaatsgevonden. De verwachting vooraf was dat er 8-10 deelnemers per doelgroep geïnccludeerd zouden worden. Uiteindelijk zijn er meer hulpverleners gesproken dan de 8 tot 10 (per doelgroep) die vooraf ingeschat waren. Dit kwam door de grote heterogeniteit tussen de teams binnen de verschillende locaties van de drie instellingen. We zagen verschillen tussen behandelgroepen en locaties van de verschillende instellingen. Maar ook binnen dezelfde instelling bestonden er grote verschillen in werkwijzen. Er bestaat niet één handelwijze binnen ‘de’ JeugdzorgPlus. Het uiteindelijke aantal deelnemers is bepaald aan de hand van het saturatieprincipe. Het gevolg hiervan is dat we meer interviews onder hulpverleners hebben gehouden om het saturatiepunt te bereiken, dan bij aanvang was ingeschat. Na 18 interviews was saturatie in de onderzoekspopulatie van hulpverleners bereikt.

Werving

Omdat de ervaring leert dat het lastig is om jongeren in de JeugdzorgPlus te werven voor deelname aan onderzoek, is direct na METC goedkeuring in september 2019 intensief gestart met de werving van jongeren voor het onderzoek. We (hoofdonderzoeker samen met een ervaringsdeskundige) zijn

meerdere keren bij de diverse locaties op bezoek geweest om kennis te maken met het locatie-management, het onderzoek toe te lichten en vragen te beantwoorden. Vaak was er sprake van bezorgdheid bij een locatiedirecteur over de zwaarte van het onderwerp: suïcide is een gevoelig onderwerp. Daardoor was er in de startfase regelmatig sprake van enige aarzeling voor toezegging van deelname en werving van jongeren. Mede daarom was het goed om uitgebreid kennis te maken met management en behandelaars van de deelnemende instellingen en vertrouwen te winnen. Ook was het helpend om een ervaringsdeskundige co-onderzoeker mee te nemen die uit eigen ervaring kon vertellen dat praten over suïcidaliteit juist helpend is. We hebben regelmatig de vraag gekregen of gesprekken over dit onderwerp niet triggerend zouden kunnen werken voor jongeren. Het tegendeel bleek echter waar.

Jongeren zijn geworven via een contactpersoon van de deelnemende instelling, in nauwe afstemming met de behandelcoördinator / verantwoordelijk hoofdbehandelaar en pedagogische medewerkers / groeps werkers. De contactpersonen in de verschillende locaties van de JeugdzorgPlus instellingen en Entrea Lindenhout hebben de jongeren en hulpverleners met het verzoek voor deelname benaderd. De interviews met de hulpverleners in de keten zijn uitgevoerd door de hoofdonderzoeker samen met een verpleegkundig specialist in opleiding (VS i.o.). De VS i.o. heeft in samenwerking met de hoofdonderzoeker binnen Karakter de werving op zich genomen.

De contactpersonen van de instellingen hebben jongeren geworven, die ervaring hebben met suïcidaal gedrag / suïcides van groepsgenoten op een leefgroep in de JeugdzorgPlus.

Exclusiecriteria waren:

- Jongeren die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen;
- Jongeren < 12 jaar;
- Jongeren waarbij zorgen zijn over actuele veiligheid;
- Jongeren waarbij ouders of andere direct betrokkenen inschatten dat zij niet in staat zijn een interview van 30 – 60 min te voltooien;
- Jongeren die korter dan 4 weken geleden binnen de JeugdzorgPlus instelling geplaatst zijn;
- Jongeren met een recent (in afstemming met GW/BC) suïcidaal verleden.

De werving van jongeren verliep via diverse wegen. We waren binnen een instelling afhankelijk van meerdere schakels voordat de jongere bereikt kon worden: toestemming vragen directie / management diverse locaties; benaderen behandel coördinator/gedragswetenschapper; benaderen teamleiders en de PM'ers op de groep; deze moesten vervolgens het verzoek aan de jongeren doen. Als de jongere instemde, moesten ouders (indien de jongere jonger dan 16 jaar was) toestemming geven voor het onderzoek. Soms verliep dit in de praktijk moeizaam. Meerdere malen lukte het de behandelcoördinator / gedragswetenschapper of PM'er niet om toestemming van ouders te verkrijgen (verplicht bij jongeren jonger dan 16 jaar) en kon een interview niet doorgaan. Na start van de werving is iedere jongere die daadwerkelijk aangemeld werd, geïncludeerd.

Sneeuwbaaleffect

Toen het onderzoek eenmaal op gang kwam, was er na verloop van tijd sprake van werving door middel van sneeuwbalsteekproeftrekking. Via de hulpverleners die wij interviewden, kregen we namen van collega's en jongeren die misschien zouden willen deelnemen; zij brachten ons in contact met jongeren voor een interview. Soms duurde het concreet maken van een afspraak te lang en was de jongere alweer overgeplaatst naar een andere locatie. Het lukte PM'ers dan niet om contact op te nemen met de vervolgplek (vaak vanwege tijdgebrek, werkdruk, ontbreken van contactgegevens etc.) om contact te leggen met de jongere. Hulpverleners die zijn geïnterviewd bevestigden dit en gaven aan dat het vaak lastig is om, nadat een jongere naar een andere groep verhuisd is (intern of extern), in contact te blijven.

Een interview met een PM is ter plekke door de hoofdonderzoeker afgebroken vanwege te veel hectiek op de groep. Een jongere wilde, in plaats van de PM'er, deelnemen aan het onderzoek. We hebben ruggespraak gehouden met de PM'er die op dat moment op de groep werkte. Deze stemde in met deelname van de jongere. Na uitleg over het onderzoek, lezen van de patiëntinformatie en het tekenen van de WIC (jongere was 17 jaar en toestemming van ouders was daarom niet noodzakelijk) is het interview met de jongere afgenomen.

Daarnaast werd in december 2019 duidelijk dat de locatie van Pluryn in Hoenderloo (inclusief Deelen) in de loop van 2020 ging sluiten. Onze contactpersoon ging met ontslag en we zijn uitgeweken naar andere JeugdzorgPlus locaties van Pluryn. (Desondanks hebben we met een jongere en twee hulpverleners van de Hoenderloo Groep een interview kunnen houden.)

Corona

De inclusie van proefpersonen zou lopen tot uiterlijk 1 april 2020. We hadden echter tot medio februari 2020 voornamelijk meisjes geïnccludeerd. Daarbij speelden de Corona-maatregelen ons parten. In verband met de Corona-maatregelen is uitstel gevraagd en gekregen om tot december 2020 te mogen includeren. Drie jongeren zijn na de Corona uitbraak geïnterviewd:

- Een interview is in verband met Corona wandelend in de buitenlucht afgenomen.
- Een interview bij de jongere thuis afgenomen.
- Een interview is op de instelling afgenomen. Bij dit interview sloot de ervaringsdeskundige online i.p.v. live aan.

De duur van de interviews met jongeren varieerden van 40 minuten tot anderhalf uur.

Drie interviews met hulpverleners zijn, i.v.m. de Corona maatregelen, online afgenomen. De overige interviews zijn voor de uitbraak van de Corona crisis afgenomen. Het was de bedoeling om 3 tot 4 expertmeetings gedurende het onderzoek te houden. Er heeft een expertmeeting plaatsgevonden. Door de Corona-pandemie hebben de overige expertmeetings niet plaatsgevonden. Gezien de aard van het onderwerp en het doel van de expertmeetings (delen, uitwisseling van praktijkervaringen en bij elkaar in de keuken kijken), is in overleg met het onderzoeksteam besloten af te zien van digitale bijeenkomsten. Het onderzoeksteam is van september 2019 tot de Corona uitbraak in maart 2020 meerdere malen live bij elkaar geweest. Daarna zijn we in verband met de Corona-maatregelen, voornamelijk via Teams/Zoom bij elkaar gekomen.

Onderzoeksteam

Het onderzoeksteam bestaat uit de hoofdonderzoeker (SK) en zes ervaringsdeskundige co-onderzoekers zijn ofwel zelf in opleiding tot hulpverlener, of ze zijn zelf werkzaam binnen de jeugdhulpverlening, of zijn werkzaam bij een organisatie voor ervaringsdeskundigheid:

- E. van Arragon, ervaringsdeskundige, studente psychologie, auteur "Ik ben (niet) normaal"
- C. Derksen, ervaringsdeskundige, gezinsbehandelaar Karakter
- S. Wiersma, ervaringsdeskundige, Projectleider Jongeren netwerk Zorgbelang Inclusief
- S. Dierick, ervaringsdeskundige, coördinator ExpEx Midden-Holland, KernKracht, ervaringsdeskundige FACT-team
- A. de Weerd, ervaringsdeskundige, studente psychologie, coördinator bij Stichting Zebra
- J. van Beuningen, ervaringsdeskundige (gestopt i.v.m. drukte en werk)
- M. Veeneman, studente psychologie, onderzoeksassistent (september 2019 – maart 2020)

Alle interviews zijn afgenomen door de hoofdonderzoeker (SK) samen met een ervaringsdeskundige. Door betrokkenheid van ervaringsdeskundige onderzoekers in de projectgroep wordt het perspectief van de cliënt/jongeren nadrukkelijk gewaarborgd ons onderzoek. De

ervaringsdeskundige onderzoekers brachten hun eigen ervaring in tijdens de interviews. Ze sloten aan bij de leefwereld van de jongeren. De ervaringsdeskundigen waren binnen dit onderzoek een extra bron van kennis en hun perspectief was mede sturend voor het onderzoek. Behalve de werkzaamheden voor de dataverzameling en analyse, vroegen we aan de ervaringsdeskundigen ook advies; zij gaven de hoofdonderzoeker continue (gevraagd en ongevraagd) feedback. Op deze manier zijn wetenschap, praktijk en ervaringskennis tijdens dit onderzoek continu met elkaar verbonden.

De interviews met de hulpverleners zijn ofwel afgenomen met ervaringsdeskundige hulpverleners (twee kinder- en jeugdpsychiaters, een ambulante werker, een sociotherapeut) ofwel met een van de drie ervaringsdeskundigen jongvolwassenen (die zelf ook als hulpverlener werkzaam zijn).

De interviews met de hulpverleners in de keten zijn uitgevoerd door de hoofdonderzoeker samen met een verpleegkundig specialist in opleiding. Deze heeft de interviews getranscribeerd en samen met de hoofdonderzoeker gecodeerd.

Databronnen

Door de actieve betrokkenheid van ervaringsdeskundige jongvolwassenen als co- onderzoekers is het perspectief van de cliënt/jongeren nadrukkelijk gewaarborgd in ons onderzoek. De ervaringsdeskundigen waren binnen dit onderzoek een extra bron van kennis en hun perspectief was mede sturend voor het onderzoek. Behalve hun werkzaamheden voor de dataverzameling en analyse, vroegen we aan de ervaringsdeskundigen ook advies. De inbreng van ervaringsdeskundige hulpverleners was aanvullend en waardevol. In dit kwalitatieve onderzoek wordt, naast kennis uit de interviews, ook gebruik gemaakt van alledaagse kennis, observaties, ervaringskennis en ervaringsleren. De uitgangspunten in de dataverzameling waren de beleving en ervaring van jongeren en hulpverleners in de gesloten jeugdzorg. De data is verzameld gedurende de periode september 2019 – december 2020.

Dataverzameling: De interviews met hulpverleners

Er zijn in totaal 18 interviews bij hulpverleners in de JeugdzorgPlus afgenomen. De interviews met de hulpverleners werden uitgevoerd door de hoofdonderzoeker samen met een ervaringsdeskundige hulpverlener. De interviews zijn gehouden op de werklocatie en zijn face to face afgenomen. In twee gevallen zijn de interviews via beeldbellen afgenomen. Daarnaast zijn twee interviews telefonisch afgenomen waarvan een interview (D23) zonder aanwezigheid van een ervaringsdeskundige professional (afwezig wegens ziekte). Van iedere instelling zijn hulpverleners van 3 teams/locaties geïnterviewd.

Er zijn 11 interviews met hulpverleners in de keten (Kinder- en Jeugdpsychiatrie, en open jeugdzorg) uitgevoerd. Zie tabel 1 en 3 in bijlage voor demografische gegevens.

De gesprekken met professionals duurden gemiddeld anderhalf uur en met jongeren gemiddeld een uur. Aan alle jongeren, en bij jonger dan zestien jaar ook de ouders/gezaghebbenden, is schriftelijk toestemming gevraagd voor deelname aan het interview. De volledige topiclijsten zijn op te vragen bij de hoofdonderzoeker (s.kaijadoo@karakter.com).

Dataverzameling: De interviews met jongeren

Er zijn 13 interviews met jongeren afgenomen: 2 jongens, 11 meisjes. Zie tabel 2 in de bijlage voor demografische gegevens. Door praktische redenen is het niet gelukt om meer dan 2 jongens te includeren. Alle interviews zijn face to face afgenomen. Een interview is bij een jongere thuis afgenomen, de overige interviews zijn op de JeugdzorgPlus locatie van de jongere afgenomen. De

geïnterviewde jeugdigen zijn bekend zijn met een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis; 11 van de 13 jeugdigen hebben op één of meerdere verblijfplekken gewoond, voordat ze in de JeugdzorgPlus geplaatst werden. Twee jongeren zijn vanuit huis in een leefgroep binnen een JeugdzorgPlus instelling geplaatst. Bij deze twee jongeren was voorafgaand sprake van ambulante hulp door verschillende organisaties. Daarnaast was bij alle geïnterviewde jeugdigen sprake van meervoudige en/of complexe problematiek. Er werden problemen in het oudercontact, gedragsproblemen, schoolverzuim, loverboyproblematiek, en problemen in het netwerk genoemd. Bijna alle jongeren in dit onderzoek, op twee na, hebben al verscheidene plaatsingen in de jeugdhulpverlening achter de rug.

Rapport

Er is voorafgaand aan de start van het “echte” interview (het moment dat het opnameapparaatje werd aan gezet) ruim de tijd genomen om op de jongere af te stemmen en rapport op te bouwen (Boeije, 2016; Kendrick, Steckley, & Lerpiniere, 2008). Dat gebeurde door kennis te maken i.e. door de tijd te nemen om ons informeel voor te stellen, onze betrokkenheid bij het onderwerp te benoemen; door af te stemmen op het woordgebruik van de jongere, iets te benoemen dat we net hadden gezien op de groep, te letten op de lichaamshouding en lichaamstaal van de jongere. De ervaringsdeskundigen speelden daar een grote rol in. Zij spraken de taal van de jongere, benoemden vrijuit wat zij zagen en konden snel contact maken met de jongeren.

Bijzonderheden

Twee interviews, D28 (hulpverleners keten) en D37 (jongeren) zijn gehouden met twee participanten tegelijkertijd. Twee interviews met jongeren zijn gehouden in aanwezigheid van een hulpverlener. In een geval was dit op verzoek van de jongere. In het andere geval vond de jongere het niet nodig dat de hulpverlener vertrok omdat hij zijn hulpverlener vertrouwde en het prima vond dat deze bleef.

Informatie en toestemming

Jongeren is gevraagd een toestemmingsformulier in te vullen en te ondertekenen voor vrijwillige en anonieme deelname aan het onderzoek. Via de patiënt informatiebrief zijn jongeren geïnformeerd over het doel van het onderzoek en wat zij konden verwachten van de interviews. Indien de respondent jonger dan 16 jaar was, zijn ouders / voogd eveneens schriftelijk om toestemming gevraagd. Ouders ontvingen eveneens een informatiebrief met uitleg over het doel en inhoud van het onderzoek. Als de jongere (en indien van toepassing: de ouders/voogd) toestemming had gegeven voor deelname aan het onderzoek, werd via de groepsleiding een afspraak ingepland. De jongeren waren op de hoogte dat het interview samen met een ervaringsdeskundige zou worden afgenomen. Aan jongeren is vooraf gevraagd of zij voorkeur hadden voor een jongen of meisje als ervaringsdeskundige. Twee jongens en een meisje (transgender) spraken de voorkeur voor een jongen uit. De overige meisjes gaven allen de voorkeur aan een meisje als ervaringsdeskundige.

Voorafgaand aan het interview werd nogmaals uitgelegd wat deelname aan het onderzoek inhield en werd benadrukt dat de jongere zich te allen tijde uit het onderzoek, zonder opgaaf van reden, mocht terugtrekken. Dit werd na afloop van het interview nogmaals benadrukt. Geen van de jongeren heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Alle jongeren zijn na het interview door de hoofdonderzoeker gebeld om te horen hoe zij terugkeken op hun deelname aan het onderzoek en hoe het hun vergaan is na het gesprek. Dit is bij een deelnemster niet gelukt omdat zij vrij snel na het interview naar huis is overgeplaatst. Vanwege privacy redenen heeft de pedagogisch medewerker (PM) van de groep met dit meisje gebeld. Twee jongeren hadden wel een eigen mobiel, en hebben hun 06 nummer na afloop van het interview aan de hoofdonderzoeker gegeven, waardoor er rechtstreeks met hen gecommuniceerd is. Alle jongeren gaven aan dat zij het een prettig gesprek was en dat zij geen negatieve gevolgen van het gesprek

hebben ondervonden. Alle meisjes gaven in het interview en ook in het nagesprek aan dat ze zich opgelucht voelden na het gesprek. Zij vonden het fijn dat ze zo uitgebreid over suïcidaliteit konden praten. Alle jongeren, op een na, wilden het transcript niet via de afdelingsmail, maar per post ontvangen. Een transcript is per mail naar de jongere gestuurd. Alle jongeren stemden in met gebruik van het transcript. Geen van de jongeren heeft wijzigingen aangebracht in het transcript. Jongeren ontvingen na afloop van het interview een cadeaubon twv 25 euro voor hun deelname aan het onderzoek. Vooraf is hen dit niet meegedeeld. De informatiebrief vermeldde dat de deelnemers een klein presentje zouden ontvangen als dank voor hun deelname, er zijn geen bedragen genoemd.

Alle hulpverleners (JeugdzorgPlus en samenwerkende ketenpartners) hebben eveneens een informatiebrief ontvangen en een Informed Consent getekend. Ook zij hebben het transcript ter goedkeuring voorgelegd gekregen. Drie hulpverleners hebben tekstuele wijzigingen of aanvullingen op het transcript gegeven. Een manager heeft een samenvatting van het transcript gekregen, omdat zij aangaf geen tijd te hebben om het volledige transcript door te lezen. Allen zijn akkoord gegaan met gebruik van het transcript.

Effect op de onderzoekers

De (levens)verhalen en de problemen waar de jongeren ons in de interviews over vertelden, waren indrukwekkend en raakten ons soms emotioneel. Wij kenden de geschiedenis van de jongeren niet en hebben geen dossiers ingezien. In die zin waren we onvoorbereid en gingen we blanco een interview in. We hebben regelmatig terug gehoord van jongeren dat zij het zo fijn vonden dat wij zo uitgebreid de tijd namen om naar hen te luisteren. Sommigen benoemden dat dit de eerste keer was dat ze zo lang en zo open over hun ervaringen m.b.t. suïcide en zelfbeschadiging konden praten. Voor ons als onderzoekers was het helpend dat de interviews in koppels werden afgenomen. Wij konden in de nabespreking de emotionele intensiteit van de verhalen met elkaar verwerken. Tijdens het uitwerken, coderen en analyseren van de interviews kwamen deze emoties (en soms herkenning bij de ervaringsdeskundige co-onderzoekers) terug. Het was belangrijk om daar bij stil te staan en onze ervaringen met elkaar te bespreken. Het analyseren van de interviews heeft vanwege deze intensiteit relatief veel tijd in beslag genomen. De onderzoekers hebben tijdens de analyse intense discussies en gesprekken met elkaar gevoerd, waarin ook plek en ruimte was voor de eigen ervaringen van de co-onderzoekers.

Bovenstaande gold overigens ook voor de interviews met de hulpverleners. De impact van het werken met suïcidale jongeren, laat staan het meemaken van een geslaagde suïcide, heeft een enorme impact. Praten daarover leidde regelmatig tot indrukwekkende, en regelmatig emotionele momenten in een interview. Ook hier gold dat het helpend was voor de onderzoekers dat er na ieder interview stoom afgeblazen kon worden door ervaringen met elkaar te delen.

Gezien het onderwerp van het onderzoek en wellicht de zwaarte is op voorhand Zorgbelang Inclusief, in de persoon van dr. Joke Stoffelen, (senior projectleider/ vertegenwoordiger cliënten regio Arnhem), gevraagd om indien nodig, betrokken begeleiding en coaching van de co-onderzoekers op zich te nemen. Uiteindelijk is hier geen gebruik van gemaakt.

De hoofdonderzoeker heeft Prof. Rutger-Jan van der Gaag als mentor gevraagd. Zij heeft meerdere gesprekken met prof. Van der Gaag gevoerd.

Ethische verantwoording en Datamanagement

Het onderzoek is WMO-plichtig. Het onderzoek is goedgekeurd door de CMO regio Arnhem – Nijmegen: Dossiernummer 2019-5517, NL-nummer: NL70722.091.19. De gegevens in dit onderzoek

zijn vertrouwelijk verwerkt en zijn niet herleidbaar naar de respondenten. Er is een datamanagementplan opgesteld, en tussen de deelnemende instellingen is een samenwerkingsovereenkomst opgesteld.

Analyse van de interviews

Interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De transcripten van de individuele interviews zijn geanalyseerd op basis van de gefundeerde theoriebenadering (Grounded Theory approach) (Charmaz, 2014; Glaser & Strauss, 2008). De data zijn gecodeerd aan de hand van drie typen coderingen, i.e. open codering, axiale codering en selectieve codering. Om inter-codeur betrouwbaarheid te vergroten is de codering van ieder interview door twee codeurs individueel uitgevoerd (hoofdonderzoeker SK en een van de ervaringsdeskundigen). Een aantal interviews (van de hulpverleners) zijn samen met een onderzoeksassistent gecodeerd (student psychologie die van september 2019 tot maart 2020 haar onderzoeksstage op dit project heeft gedaan). De overige interviews zijn door de hoofdonderzoeker, samen met een van de ervaringsdeskundigen gecodeerd. De onderzoekers hebben de geselecteerde tekstfragmenten met elkaar vergeleken en besproken totdat overeenstemming is bereikt over de meest aannemelijke interpretaties en de daarbij horende codes. Het gebruik van meer dan één onderzoeker bij de analyse hielp enerzijds om de toewijzing van codes aan datafragmenten en het formuleren van thema's te valideren en anderzijds om de betrouwbaarheid van de analyse te vergroten. Bij het analyseren van de transcripten is gebruik gemaakt van een softwareprogramma voor kwalitatieve analyse van data (Atlas.ti 8.3 Windows). Dataverzameling en analyse hebben afwisselend plaatsgevonden. De uiteindelijke resultaten bevatten de bevindingen, de selectie en de interpretatie van de gegevens door de onderzoekers. Ook de analyses zijn samen met de ervaringsdeskundige co-onderzoekers uitgevoerd. Dit proces heeft in meerdere research-meetings plaatsgevonden. Voor de Corona-uitbraak is het onderzoeksteam een aantal keer bij elkaar geweest, daarna is er online en telefonisch overleg geweest.

De analyse van de interviews is verlopen in verschillende stappen:

1. Vertrouwd raken met de data:
 - door het interview af te nemen
 - deze letterlijk te transcriberen
 - en daarna intensief te lezen en herlezen
 - gespreksobservaties te bespreken
2. Open coderen: Ieder transcript is door de hoofdonderzoeker en een co-onderzoeker afzonderlijk van elkaar gecodeerd. Het coderen hield in dat het transcript is opgesplitst in in fragmenten en voorzien van codes. Coderen is niet meer of minder dan de betekenis-toekenning in een of twee woorden, aan een bepaald fragment (Boeije, 2016) m.a.w.: wat staat hier, waar draait het om in dit tekstfragment? De interviews zijn in eerste instantie open gecodeerd. Er zijn geen labels voorafgaand aan het coderen vastgesteld. Tijdens het open coderen zijn de labels op basis van de inhoud van de fragmenten toegekend (initial open coding, er is dus geredeneerd door de onderzoekers vanuit de gegevens naar de codes). Het proces van open coderen, genereerde in eerste instantie een grote hoeveelheid codes (meer dan 1000). De twee codeurs hebben de fragmenten en bijbehorende codes met elkaar vergeleken, en de verschillen bediscussieerd totdat overeenstemming is bereikt over de meest passende code (inter-codeur betrouwbaarheid "interrater reliability"). Daarbij was het transcript het uitgangspunt en de basis. Dit proces is uitgebreid vastgelegd in een logboek, in memo's en toelichtingen bij de codes.
3. Axiaal coderen: De open codes zijn vervolgens in meerdere researchbijeenkomsten met de co-onderzoekers gegroepeerd en geclusterd. Uiteindelijk zijn de meer dan 1000 codes teruggebracht tot 250 codes. De gecodeerde fragmenten die samenhang vertoonden, zijn in

vijftien categorieën ingedeeld. Vervolgens is gekeken naar de samenhang tussen de categorieën, om tot de hoofdthema's te komen.

4. Selectief coderen: De centrale onderzoeksvraag en deelvragen zijn onderzocht door te bepalen hoe de thema's zich tot elkaar verhouden en wat het belangrijkste was wat de deelnemers over het thema meedeelden; ook dit proces van puzzelen, interpreteren en selecteren is samen met de ervaringsdeskundige co-onderzoekers gedaan.
5. - **Thema's hulpverleners JeugdzorgPlus:** 1) opvangen van signalen 2) handelen bij signalen; responsief en beheersmatig handelen 3) Factoren van invloed op het handelen 4) Impact suïcidaal gedrag op hulpverleners

- **Thema's bij jongeren:** 1) helpende reacties van hulpverleners 2) niet helpende reacties van hulpverleners 3) Impact van suïcidaal gedrag op jongeren 4) helpende en belemmerende systeemfactoren 4) gewenste begeleidingsstijl

- **Thema's hulpverleners in de keten:** 1) Samenwerking 2) Redenen plaatsing in JeugdzorgPlus 3) overdracht 4) Wachtlijsten, door- en uitstroom 5) Rol Jeugdvoogden 6) Feedback loop ontbreekt

Hoofdstuk 2 Resultaten hulpverleners JeugdzorgPlus

2.1 Inleiding

De neiging bij jongeren om hun suïcidale gedachten te verbergen, stelt hele hoge eisen aan hulpverleners; het is niet altijd eenvoudig om, de soms subtiele, suïcide-signalen op te merken. In paragraaf 2.2.1 wordt dit nader toegelicht. In paragraaf 2.2.2 gaan we in op wat hulpverleners zeggen over het opvangen van alarmsignalen; het *signaleren* van suïcidaal gedrag. In paragraaf 2.2.3 wordt de functie van het signaleringsplan beschreven. In paragraaf 2.2.4 wordt de rol van de GW/BC bij het signaleren van suïcidaal gedrag toegelicht.

In paragraaf 2.3 en 2.4 gaan we in op het handelen van hulpverleners bij suïcidaal gedrag. Hierin onderscheiden we 2 clusters van reacties; responsieve reacties (2.3) en beheersmatige reacties (2.4). De mate van responsief of beheersmatig handelen kent een procesmatig verloop. Het gaat om een continuüm waarbij contact maken, responsief reageren, afgestemde controle, beheersmatig werken en repressie verschillende stadia zijn in dat proces.

De participanten in dit onderzoek werken met jongeren die suïcidaal zijn en/of automutileren. Ook verblijven er jongeren op de groepen die wel automutileren, maar op dat moment niet suïcidaal zijn. De problematiek van suïcidaliteit en zelfbeschadiging hangt nauw met elkaar samen. In paragraaf 2.5. wordt aandacht besteed aan het handelen van hulpverleners bij automutilatie.

Door hulpverleners worden complicerende factoren benoemd die het signaleren en handelen moeilijk maken zoals hoge werkdruk, tijdsgebrek, groepsgrootte, teamdynamiek en een veranderde doelgroep. In paragraaf 2.6 wordt hier uitgebreider op ingegaan.

In paragraaf 2.7 wordt de impact van suïcidaal gedrag, automutilatie en suïcide op het handelen van hulpverleners, en de jongeren in de leefgroep beschreven.

Tenslotte wordt in paragraaf 2.8 twee locaties beschreven die op de uitersten van het continuüm werken: responsief vs beheersmatig.

2.2. Zenden en ontvangen van signalen van suïcidaliteit

2.2.1 Zenden van suïcidaliteit; het probleem van de ijsberg

Een van de conclusies uit hoofdstuk 3 (Resultaten jongeren) is dat jongeren de neiging hebben om gedachten over suïcide te verbergen; ze vinden het moeilijk om over hun suïcidale gedachten te praten en houden hun suïcidale gedachten voor zichzelf. Deze neiging om te zwijgen wordt versterkt wanneer het delen van suïcidale gedachten wordt beantwoord met negatieve consequenties en beheersmatige maatregelen (cameratoezicht, plaatsing in isoleer, afnemen van vrijheden enzovoort.); 'praten heeft consequenties' is een veelgehoorde uitspraak in de interviews van de jongeren. En 'dan ben je toch gek als je zegt dat je suïcidaal bent?' Daarnaast geven jongeren aan dat zij zich vaak schamen over hun suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag. Jongeren trekken zich terug en zwijgen. De suïcidale gedachten spelen zich dan onder de oppervlakte af. Het signaleringsapparaat schiet dan te kort. Suïcidale gedachten, angst, paniek en uitzichtloosheid kunnen zich in stilte bij jongeren opstapelen. Vaak hebben jongeren al meerdere hulpverleningstrajecten achter de rug. De neiging om te verbergen is mede een consequentie van een belaste voorgeschiedenis, wat heeft geresulteerd in een negatief werkmodel: jongeren wantrouwen anderen in de bereidheid hen serieus te nemen. Hulpverleners geven aan dat het daardoor lastig is om alarmsignalen te herkennen.

2.2.2 Signaleren van suïcidaliteit

De PM'ers staan dagelijks op de groep. Zij proberen suïcidale uitingen en het oplopen van spanning bij de jongere te signaleren. Het signaleren van suïcidaal gedrag is een kernelement in het begeleiden en behandelen van suïcidale jongeren. Hulpverleners benoemden in de interviews een aantal factoren die het signaleren van suïcidaal gedrag bemoeilijken. Een daarvan is gebrek aan kennis over suïcidaal gedrag. Een aantal PM'ers gaf aan dat het daardoor het moeilijk is om signalen te herkennen. Ook hebben hulpverleners niet altijd voldoende kennis om een eerste gesprek over suicide aan te gaan. Suïcidaal gedrag bij jongeren uit zich niet altijd in een uitdrukkelijke doodswens. Jongeren hebben vaak suïcidale gedachten waar ze niet over te durven praten, zo blijkt uit de interviews met jongeren. Hulpverleners beschrijven dat het signaleren niet eenvoudig is: het is vaak moeilijk om erachter te komen wat er speelt en hoe het echt met een jongere gaat. Het helpt als PM'ers tijd investeren in het opbouwen van een vertrouwensband met jongeren. Ook helpt het als PM'ers positief reageren als jongeren hen in vertrouwen nemen.

R "Omdat ik veel met de kinderen praat. Dan zegt een jongere "Ik doe het daarmee". Dan vraag ik door. Waar heb je dat dan? "Als ik dat ga vertellen, heb ik het niet meer". Het werkt als je heel veel tijd in de relatie investeert. Dat werkt echt om te kunnen signaleren. Op een gegeven moment zegt zo'n jongere: 'Nou kom dan maar mee....' Gaat alles overhoop en heb je weer een riem te pakken. En dan zeg ik 'ik vind het zo knap van jou. Zo knap van jou wat je nou doet'. En dat werkt echt. Want zo'n kind wil in principe niet dood." (D21.)

Suïcidaliteit bij jongeren kan zich in een veelheid aan gedrag uiten. De signalen kunnen zeer uiteenlopend zijn: i.e. van piekeren, zich terugtrekken, tot agressie en angst. Als jongeren niet expliciet aangeven dat zij suïcidaal zijn, is het moeilijk voor hulpverleners om suïcidaliteit te herkennen. Hulpverleners beschrijven dat jongeren er soms niet in slagen om hun gedachten te ordenen en naar oplossingen te zoeken. De situatie lijkt voor hen uitzichtloos.

R "Sommige meiden zitten zo met zichzelf in de knoop.... Zeggen: "Ik word helemaal gek van mijzelf ik kan de hele dag maar aan een ding denken. En ik kom er gewoon niet meer uit en laat me alsjeblieft, laat me alsjeblieft gewoon die rust zoeken". Weten zo niet wat zij met zichzelf aan moeten... En zeggen continu dat ze eruit willen stappen." (D4.)

Uit de interviews met jongeren blijkt dat jongeren onder meer zwijgen over hun suïcidale gedachten omdat zij bang zijn voor de consequenties als zij wel daarover in gesprek gaan. "Jongeren vertellen niet alles" is een veelgehoorde uitspraak in de interviews. Het signaleren van suïcidale gedachten is daardoor moeilijk voor hulpverleners. Het is belangrijk om dan professioneel te blijven en de jongere niet af te wijzen, ook al is de jongere soms zelf niet eerlijk. Jongeren moeten een hulpverlener kennen en vertrouwen, willen ze met een hulpverlener gaan praten.

R "Iemand kan, zeker als iemand een actieve doodswens heeft, prima in jouw gezicht zeggen dat het hartstikke goed gaat. En bedenken dat hij over 10 minuten suicide gaat plegen. Want dat is ook maar net wie hij tegenover zich heeft. Als een jongere die persoon wel genoeg vertrouwd, kan 'ie misschien wel kan zeggen 'ok het gaat gewoon niet lekker'. Het werken met deze groep is gewoon heel lastig, want wij zijn uiteindelijk wel gewoon vreemden voor de jongeren. Maar jongeren praten onderling wel, je weet nooit wat er onder de jongeren precies speelt. Ze moeten een bepaald vertrouwen in ons gaan creëren dat ze wel bepaalde dingen tegen ons gaan benoemen." (D15.)

"Ik denk dat de drempel voor jongens nog hoger is om het over suicide te hebben. We hebben drie jongens op de groep gehad, en het is echt een taboe voor jongens, om dat te delen. Zij hebben toch meer een gevoel van schaamte, falen, het is niet stoer tegenover leeftijdsgenoten." (D39.)

We horen ook enkele signalen dat hulpverleners soms signalen en gesprekken over suicidaliteit mijden. Ze negeren het en gaan niet op signalen van jongeren in omdat ze niet weten wat ze ermee moeten doen.

I “En gebeurt dat dan ook, dat in gesprek gaan?”

R Deels.

I Waar hangt dat dan van af of het wel of niet gebeurt?

R Van de medewerkers sowieso denk ik. Ook aan eigen ervaringen van medewerkers. Ik ben iemand, omdat ik het heb meegemaakt, dat ik het sneller doe. Maar mijn ervaring ook leert dat dat gesprek heel lastig is.

O1 Maar als mensen dat gesprek niet aangaan, wat doen ze dan wel?

R Hoe bedoel je?

O1 Nou je zegt net dat als een jongere zich suïcidaal uit je beter een gesprek aan kan gaan. Maar als je nou medewerkers op de groep hebt die dat gesprek niet aangaan, wat doen ze dan wel?

R Niks eigenlijk.” (D15.)

2.2.3 Signaleringsplan

Een deel van de respondenten gaf aan dat het suicideprotocol de manier is waarlangs hij/zij het gesprek aangaat met jongeren. In de meeste instellingen wordt gewerkt met signalerings- en veiligheidsplannen (het veiligheidsplan is een verdieping op het signaleringsplan) en risicotaxaties. In het signaleringsplan staat beschreven wat de jongere helpt als de spanning en de suïcidale gedachten toenemen. Het signaleringsplan wordt ingezet om de jongere concreet te kunnen ondersteunen. Bij suïcidale jongeren wordt dagelijks, aan de hand van een signaleringsplan, de mate van spanning of de suïcidaliteit (licht, matig, ernstig, of zeer ernstig suïciderisico) uitgevraagd. Soms gebeurt dit meerdere keren per dag. De gedragswetenschapper is verantwoordelijk voor het opstellen van het signaleringsplan.

R “Iedereen heeft iedereen een signaleringsplan, dus kun je ongeveer wel checken, hé hoe loop je erbij? Wil je even thee zetten? Zullen we even kletsen? Soms gaan we even sporten om even te ontladen en dan gaan we weer verder.” (D24.)

Een signaleringsplan heeft alleen zin als de jongere gemotiveerd is om het plan te gebruiken. Als het signaleringsplan gebruikt wordt als afvinklijstje, zonder dat er daadwerkelijk contact gemaakt wordt met de jongere, heeft het signaleringsplan weinig effect. Ook moet het signaleringsplan up-to-date zijn en bijgehouden worden zodat er continuïteit van zorg geboden kan worden.

R “Ja nou weet je, bij de ene wordt het gemaakt, bij de andere niet en wordt het zelfs vergeten. En ik denk wel dat op het moment dat suïcide een rol gaat spelen, dat kinderen echt uitspraken gaan doen, dan wordt hij óf ge-update óf opnieuw gemaakt. En dan wordt het sneller erbij gepakt.” (D21.)

2.2.4 De verantwoordelijk expert op afstand

Bij start van de plaatsing worden de risico's door de GW/BC in kaart gebracht op basis van de overdracht en het dossier van de jongere. Na plaatsing vindt na een of twee dagen een gesprek met de jongere plaats. De GW stelt de structuurdiagnose (als deze nog niet is aangeleverd) op en is verantwoordelijk voor het beleid. Zo beoordeelt de gedragswetenschapper bij start van een opname de suïcidaliteit en het suïciderisico. De GW neemt vaak op de informatie uit het dossier en de overdracht een beslissing t.a.v. het beleid. Dat betekent in onderstaand geval dat de jongere in een lege (veilige) kamer gaat slapen, totdat zichzelf of een collega-gedragswetenschapper de jongere gezien heeft.

R “Als ik het echt lastig vind, dan ga ik voor veiligheid. Dus dan kijk ik vaak naar wat het kind in het verleden gedaan heeft; Ok. Iets met medicatie? Iets met scherpe voorwerpen? Nou ja dan kan je met je pyjamaatje en je knuffeltje op kamer, maar de rest aan spulletjes doen we nog even niet op je kamer. Dat doen we pas als iemand, ik of jouw gedragswetenschapper, jou gezien heeft. Dan maken we daar nieuwe keuzes in.” (D29.)

Als PM'ers op de groep zorgen over een jongere hebben, overleggen zij met de BC/GW. De PM'ers zijn als het ware de ogen/oren en voelsprietten van de BC/GW. De PM'er moet de situatie dusdanig schetsen dat het beeld duidelijk wordt voor de GW/BC. Soms is dat lastig als het gaat om een “onderbuik gevoel”, dat moeilijk in woorden uit te drukken is.

R: “En dan is het inderdaad lastig om de situatie uit te leggen, het is gewoon een onderbuik gevoel wat ik heb, ik kan anders niet rustig naar huis. En dan is het wel prettig als je goed in gesprek kan met de behandelcoördinator”. (D4.)

Op basis van de informatie van de PM'er maakt de BC/GW een inschatting van de mate van suïcidaliteit en wordt bepaald wat er moet gebeuren om de ondersteuning aan de suïcidale jongere goed neer te zetten. De BC of GW maakt hierin het beleid, dat uitgevoerd wordt door de PM'er.

R “Wij maken het beleid en dat gaat er dan specifiek over wat er voor een jongere geldt: Bijv. slaapt op eigen kamer, maar de kamer is ontdaan van koorden, riemen, schoenveters, dat soort dingen. Het staat heel specifiek in dat beleid, waardoor de mensen op de groep weten wat ze moeten doen.” (D2.)

Na een suïcide beschrijft een PM'er de impact en de machteloosheid die zij voelt omdat zij geen signalen heeft opgemerkt voorafgaand aan een geslaagde suïcide. De BC/GW staat als expert op afstand van de groep, maar is wel eindverantwoordelijk voor het beleid en de veiligheid van jongeren. De PM'er vindt dat de GW zich niet verantwoordelijk hoeft te voelen, omdat zij de jongeren niet dagelijks ziet. De wereld van beleid en de praktijk, zo merkt zij op, zijn twee verschillende werelden. De GW staat als expert op afstand en heeft weliswaar formeel de eindverantwoordelijkheid; de PM'er ziet de jongere echter dagelijks en voelt zich daardoor verantwoordelijk.

R “Wij zien het gedrag van een jongere heel de dag en wij denken eigenlijk: hoe had ik dit kunnen missen? en dat is dan de onmacht die je voelt. En zij zijn gewoon eindverantwoordelijk voor wat er gebeurt. Zij worden zeg maar op hun vingers getikt als het niet goed gaat. Wat ik super krom vind, want zij zien niet hoe een jongere doet op de groep. Zij krijgen die informatie natuurlijk weer van ons en dus uiteindelijk vind ik niet dat ze zich verantwoordelijk hoeven te voelen, want zij doen het ook maar met de informatie die wij hebben. Eigenlijk zijn het twee hele andere werelden.... ” (D15.)

2.3 Responsief handelen bij suïcidaal gedrag

Inleiding: Procesmatig verloop van handelen

De afweging tussen beheersmatig werken of vertrouwen geven, is een complexe afweging. De groepswerkers en hulpverleners in dit onderzoek zijn allen zeer betrokken bij de jongeren waar zij zorg voor dragen. Zij hebben hebben het beste met jongeren voor. Werken met suïcidale jongeren stelt hulpverleners vroeg of laat voor een dilemma: Is de jongere nog handelingsbekwaam of moet ik de jongere tegen zichzelf beschermen en de regie overnemen? In deze studie zien we dat in het merendeel van de teams de mate van responsief of beheersmatig handelen een procesmatig verloop kent. Het gaat om een continuüm, waarbij contact maken, responsief reageren, afgestemde controle, beheersmatig werken verschillende stadia zijn. Dit is geen lineair proces. De verschillende

stadia lopen soms door elkaar heen. Het procesmatige verloop van handelen (van responsief naar meer beheersmatig) zien we terug bij het merendeel van de respondenten. In grote lijnen zijn er 2 hoofdclusters aan reacties te onderscheiden: deze lopen van responsief reageren via afgestemde controle tot beheersmatig reageren waarin de regie van de jongere volledig wordt overgenomen. In deze paragraaf beschrijven we hoe het responsief handelen bij suïcidaal gedrag eruit ziet in de praktijk van de geïnterviewde respondenten.

2.3.1 Responsief handelen bij suïcidaal gedrag

Responsief reageren in antwoord op suïcidaal gedrag en automutilatie betekent dat de hulpverlener oog en aandacht heeft voor de behoeften van de jongere. Responsiviteit gaat ook over adequaat reageren op die behoeften van jongeren. Door contact aan te gaan en een vertrouwensband met de jongere op te bouwen, proberen groepswerkers om relationele veiligheid tot stand te brengen. Contact maken en nabijheid bieden is de basis, de kern van wat zij doen bij suïcidaliteit of automutilatie. De hulpverlener blijft naast de suïcidale jongere staan. Dat betekent dat de hulpverlener de regie niet overneemt, maar in overleg met de jongere kijkt wat nodig is. Vaak betekent dat dat er nabijheid en afleiding geboden wordt. Dat kan betekenen dat de hulpverlener in de nabijheid van de jonger blijft en samen met de jongere de crisis “uitzit”. Er worden geen beheersmatige maatregelen (zoals fixatie, plaatsing in isoleer etc.) ingezet. Een PM'er werkt op locatie B, een gesloten groep waar geen beheersmatige maatregelen als fixatie of plaatsing in isoleer worden ingezet als een jongere suïcidaal is (zie paragraaf 2.7.2). Hij benoemt het handelen als volgt:

“Ik vind het belangrijk om contact te maken. Juist als een jongere suïcidaal is. Juist dan een wandeling maken. Samen een film kijken. Afleiding bieden. En vertrouwen en hoop uitstralen. Jij kunt dit. We laten je niet vallen. Wat er ook gebeurt, we blijven onvoorwaardelijk naast jou staan. Ik denk dat het hem daarin zit. En ja, dat kost tijd, dat gaat niet van de ene dag op de andere.” (D27.)

2.3.2 Responsief handelen: doorvragen en concretiseren

Meerdere hulpverleners benoemen dat jongeren die zich suïcidaal uiten, vaak niet dood willen. Jongeren kunnen de pijnlijke gevoelens en hardnekkige doodsgedachten niet meer verdragen. Door daarover actief het gesprek aan te gaan, zakt de spanning bij jongeren. Als een jongere zich suïcidaal uit, onderzoeken hulpverleners wat er is gebeurd waardoor er sprake is een verhoogde dreiging van het suïcidale gedrag. In gesprek gaan, doorvragen en concretiseren helpt jongeren, zo zien PM'ers. Jongeren voelen zich dan gezien en gehoord. Vaak verlaagt dat de spanning en kalmeert dat de jongere.

“Als ik merk dat ze negatief zijn, ga ik heel concreet vragen ‘Heb je een plan? En wat wil je gaan doen dan? En wanneer en wat? Leg eens uit, hoe komt dat zo?’ Want zo'n kind wil in principe niet dood. Ze willen dat het gevoel stopt. Dat het klaar is. En daar moeten we aan gaan werken. Dat is het speerpunt van het contact. Dat werkt en het kalmeert gelijk. Dan hebben ze dus iemand die hun pijn ziet. Dat werkt echt zo goed.” (D21.)

Responsief zijn, hulp en steun bieden gaat letterlijk over ‘er zijn’ voor de jongere. Om een ingang bij jongeren te krijgen, moeten hulpverleners een vertrouwensrelatie met de jongere opbouwen, zo vertellen PM'ers. Dat betekent dat zij moeten investeren in contact maken met de jongeren. Ook is het belangrijk dat de hulpverlener de jongere niet veroordeelt; dat betekent dat de jongere als persoon geaccepteerd wordt. In onderstaand citaat wordt een jongere niet afgewezen als deze heeft geautomutileerd. De hulpverlener biedt de jongere vertrouwen en hoop (*‘ik geef je niet op, jij kunt dit!’*). Er wordt samen gekeken naar wat er gedaan kan worden om het ‘verkeerde’ gedrag een volgende keer te voorkomen.

R “Ja, het is denk ik belangrijk dat je de jongere niet veroordeelt. Kijk als je automutileert, dan kan je

boos worden. Maar waarom zou ik boos worden? Voor jou is het moeilijk om op een andere manier met emoties om te gaan. Laten we samen gaan kijken wat je zou kunnen doen om een volgende keer anders te reageren. (D39.)

Een ervaren hulpverlener benoemt dat je om over suicidaliteit te kunnen praten, ook zelf goed in je vel moet zitten. Je moet je competent genoeg voelen om het gesprek aan te gaan. Je moet contact willen en kunnen maken met de jongeren. Responsief zijn betekent dat je present bent en naast de jongere durft te gaan staan in het contact. Dat je luistert en adequaat kan reageren op de suïcidale jongere. Een respondent twijfelt of je dit kunt vragen van een hulpverlener die net van school komt; hij vindt dat je jonge mensen met weinig ervaring niet een leefgroep moet zetten waar meerdere suïcidale jongeren, of jongeren die automutileren, verblijven.

R “Ik denk dat het een factor is van, hoeveel ervaring heb je? Hoe sta je zelf op dat moment? Ben je zeker genoeg om dat onderwerp aan te snijden? Je moet het ook durven, je moet het aankunnen en er een beetje feeling voor hebben. Je moet wel een gesprek hebben, je moet niet zeggen van, goh, je wil suicide plegen, vertel eens. En dan vertelt ie. Oké ja dankjewel. Fijne avond. Hier heb je nog wat te drinken. Je moet wel mensen hebben die een beetje een rugzak hebben, die dat soort dingen een klein beetje kunnen sturen. Jonge mensen die net van school komen moet je daarvoor in bescherming nemen en niet in ons team plaatsen.” (D39.)

2.3.3 Responsief handelen: gelijkwaardigheid (niet weten) en gevoel tonen

Een aantal hulpverleners gaf aan dat vaardigheden en kennis over suicidaliteit en automutilatie belangrijk is, maar dat de relatie tussen medewerker en jongere sterk wordt bepaald door een persoonlijke dimensie. Sommige hulpverleners vertelden dat zij daarbij hun kwetsbaarheid en gevoel tonen. Zij zien dat het effect daarvan is dat jongeren zich meer gezien en gehoord voelen. De werkrelatie wordt versterkt als hulpverleners open zijn en hun gevoel benoemen.

R “Ik liep er ook wel een beetje tegenaan dat suicidaliteit feitelijk niet onze expertise is. Maar wat altijd werkt is de jongere echt te blijven zien, of het nou je expertise is of niet. En ook je kwetsbaarheid daarin benoemen. Van ‘joh ik weet niet wat ik voor je kan doen, maar ik maak mij zorgen om je en ik wil dat je weet dat ik er voor je ben.’ Ik denk dat dat eerder werkt dan dat je doet alsof je wel weet vanuit een bepaald protocol van hoe het werkt”. (D36.)

R “Doordat ik mijn eigen zorgen deel en mijn gevoel benoem, merk ik dat de werkrelatie tussen mij en de jongere ook een soort van sterker wordt omdat ze zien dat ik geen muur heb of geen masker op doe of me niet anders voor doe dan ik ben. En daar door voelen zij zich, tenminste de jongeren met wie ik heb gesproken, veel meer begrepen. Dat je niet krijgt van “Ok jij bent de groepsleider en jij gaat afspraken opleggen of ik moet naar achter [plaatsing in isoleer, SK]. En ik merk dat op het moment dat ik open over mijn gevoel praat, zij dat ook sneller zelf doen. Waardoor je gewoon een veel opener beeld krijgt van de hele situatie en ook betere keuzes kan maken.” (D4.)

Een hulpverlener gebruikt zijn persoonlijke ervaring met suicide om het gesprek met een suïcidale jongere aan te gaan. Hij is open over wat een suicide met hem als mens gedaan heeft. Jongeren gaan daardoor soms anders naar hun eigen suïcidale gedrag kijken.

R “De ervaring met die geslaagde suicide die ik op de groep heb gehad, hoe vervelend die ook was, neem ik mee in het werk. Ik laat zien dat ik een mens ben, en geen robot. Een meisje had een ernstige suicidepoging gedaan. Ik heb haar gevonden. Toen ze uit het ziekehuis terugkeerde was ze heel bang voor mijn reactie. We gingen praten en ik vertelde haar over mijn eerdere ervaringen met een geslaagde suicide en hoe dat voor mij was. En dat meisje zit daar met tranen in haar ogen, die

zegt, oh [naam R], de rest van mijn verblijf hier haal ik het wel uit m'n hoofd, want ik heb me nooit beseft wat het met mensen doet die mij zouden vinden. Ze heeft geen pogingen meer gedaan." (D39.)

2.3.4 Responsief handelen: bewust neutraal ("ijskonijn")

Een andere hulpverlener beaamt dat het tonen van eigen gevoel goed kan zijn, maar wijst erop dat een teveel aan eigen emoties niet helpend is om de suïcidaliteit uit te vragen. In sommige situaties is "affectief neutraal" een betere benadering. Anderen vragen bewust neutraal uit, zonder emoties te tonen. Het effect daarvan is dat jongeren opener over hun suïcidaliteit durven te praten. Jongeren vertellen makkelijker als zij zien dat een hulpverlener niet schrikt, zo is de ervaring van een hulpverlener.

R "Ja en toen heb ik er ook wel voor gekozen om de desbetreffende collega's er niet bij te betrekken. Dat kwam omdat ze hoog in de emotie zat. Ik denk dat het soms goed is voor jongeren om die emotie te zien, van 'ok wat doet dit met een ander?'. Maar soms hebben ze daar geen reet aan, omdat je af en toe ook effe affectief neutraal moet reageren en zonder taboe moet kunnen vragen: 'Dood, wat is dat dan? Wat heb je eerder al gedaan?' Maar dat is ook wel weer heel moeilijk. Zakelijk maar ook empathisch. Laten voelen: ik zit hier wel oprecht voor jou. Dus ik vink geen vragenlijstje af." (D16.)

R "Ik vraag neutraal uit, omdat jongeren meer vertellen als ze zien dat ik er niet van schrik." (D28.)

R "Ja ik merk dat de pedagogische hulpverleners, mij best wel hard vinden. Ik kan zonder heel veel direct gevoel daarin te leggen, uitvragen waar sprake van is. Natuurlijk raakt me dat wel. Maar ik realiseer me ook heel goed dat ik dat moet doen, omdat ik de verantwoordelijkheid heb, omdat ik een goede inschatting moet maken. Maar medewerkers vonden in het begin van: 'Nou dat is ook een ijskonijn. Dat ze dat zo kan vragen.' Terwijl ik denk, als ik heel erg meega in hoe heftig het allemaal is, daar schiet de jongere ook niets mee op." (D5.)

2.3.5 Overgangsfase: afgestemde controle

Daarnaast bestaat er een overgangsgebied, waar sprake kan zijn van een responsieve reactie waarbij meer controle wordt uitgeoefend. De jongere wordt beschermd tegen zichzelf door nabijheid te bieden. De regie wordt niet volledig overgenomen, maar er wordt constante nabijheid geboden (een-op-een begeleiding, waakdiensten etc.).

R "Ja, wat wij in het verleden hebben gedaan met jongeren die suïcidaal waren. Is overdag gewoon constante nabijheid bieden. Dichtbij blijven en uitspreken "we hebben zorgen om je". Dus we blijven bij je. We houden je in de gaten. We willen weten wat je doet. Als je naar de wc wilt, willen we het weten. We lopen met je mee. Als je naar je kamer gaat, lopen we mee. Voor de nacht hadden we waakdiensten. Echt letterlijk deur open. Iemand gaat voor de deur zitten in de nacht en de jongen gaat slapen. (D34.)

R "Ja kijk het punt is, je zou allebei moeten, responsief handelen en empathisch kaderen. Dat wordt hier nog wel eens verkeerd begrepen. Als je iemand strak kadert, dan hoeft dat niet streng en afstandelijk te gebeuren. Als je dat goed gaat doen, dan denk ik dat die twee elkaar best wel goed kunnen overlappen." (D1)

2.4 Beheersmatig handelen bij suïcidaal gedrag

In deze paragraaf beschrijven respondenten voorbeelden van handelen en reacties die te typeren zijn als beheersmatig, controlerend. Kenmerkend voor beheersmatig handelen is dat hulpverleners de regie overnemen van de jongeren. In deze paragraaf beschrijven we een belangrijk dilemma:

beheersen of perspectief bieden? We gaan in op de redenen waarom hulpverleners voor beheersing kiezen. Aan het einde van de paragraaf bespreken we een aantal situaties waarin hulpverleners zelf expliciet twijfelen over het effect van hun beheersmatig optreden, maar het desondanks doen.

2.4.1 Beheersing of perspectief: dilemma

Veiligheid en bescherming van de jongere die suïcidaal is en/of automutileert, zijn veel genoemde redenen door hulpverleners om de regie over te nemen. Door beheersmatige maatregelen wordt geprobeerd de fysieke veiligheid van de jongere te garanderen. Zoals eerder geschetst, is de afweging tussen beheersmatig werken of vertrouwen geven een complexe afweging. Het merendeel van de hulpverleners gaf aan dat als het suïcide risico hoog is, er eerst ingezet wordt op contact maken en het bieden van controle door nabijheid: een-op-een contact en het inzetten van extra (waak)diensten om controle te houden, zodat de jongere zichzelf niets kan aandoen. Als ingeschat wordt dat het risico op suïcide (te) groot is, kan, in samenspraak met collega's, besloten worden om de jongere af te zonderen en in isolatie te plaatsen. Hulpverleners staan regelmatig bij de start van een opname voor deze afweging. Zij kennen de jongere dan nog niet; na de overdracht kan er dan voor fysieke veiligheid gekozen worden uit angst voor een incident (de jongere wordt dan de eerste nacht in isolatie geplaatst) of er kan besloten worden om dat niet te doen en afspraken met de jongere te maken. De afweging bestaat uit: kiezen voor beveiligen of kiezen voor perspectief. Kiezen voor perspectief is gericht op ontwikkeling, beheersing gaat gepaard met stilstand. Door niet te beveiligen wordt ervoor gekozen om een jongere een stukje autonomie te geven. Een aantal hulpverleners is zich ervan bewust dat zij, door de regie en de verantwoordelijkheid van een jongere over te nemen, impliciet zeggen dat de jongere niet in staat is om voor zichzelf te zorgen.

R "Het ene is gericht op ontwikkeling en het andere is gericht op veiligheid. Beheersmatige veiligheid gaat altijd gepaard met stilstand en de boodschap: je kan het niet zelf. Het andere is gericht op perspectief, in de breedste zin van het woord: ik heb een toekomst, ik ben een persoon, ik heb autonomie, ik mag zelf beslissen." (D1).

Een psychiater vertelt hoe hij ervoor om risico te nemen. Hij plaatst de jongere bij start niet meteen in de isoleercel. De jongere doet daarop een suïcidepoging.

*R "De eerste keer dag dat ze binnenkwam, wilden ze haar hier meteen separeren. *haalt diep adem* Ze wilde daar zelf afspraken over maken en ik heb haar die kans gegeven. Dag 2 deed ze een TS. Daarin nam ik risico met het idee: als we niet meteen in de separeer beginnen dan hebben we een grote winst." (D1)*

Een andere hulpverlener neemt geen risico's. Praten heeft consequenties. Als een jongere zich suïcidaal uit wordt deze op de veilige kamer geplaatst.

R "Ik vraag het [suïcidaliteit, sk] wel uit. Maar dan neem ik ook de regie over. Ik neem geen risico's. Dat betekent dat ik bepaal, of zo'n kind op de veilige kamer gaat slapen. En daar ben ik vrij snel mee. En dat weten ze ook en dat maakt dat ze ook eigenlijk niet zo heel veel die gesprekken met mij aangaan. Dat weet ik ook. Want ze weten: dat heeft consequenties". (D33.)

Een aantal hulpverleners benoemde dat als je jongeren lange tijd isoleert, je hen de mogelijkheid af neemt om zelf te leren om te gaan met waar hij of zij last van heeft; sommigen gaven in de interviews het negatieve effect van isoleren op jongeren aan. Jongeren verliezen hoop en perspectief, in sommige gevallen, zo vertellen hulpverleners, verergert plaatsing in isoleer de problematiek van jongeren.

R “Nou ja, soms dan duurt het te lang. Als iemand bijvoorbeeld op de afzondering zit en eigenlijk is iemand er wel klaar voor om de groep op te gaan, maar je krijgt geen groen licht voor zo’n jongere, dan voelt hij zich nog wat meer gevangen en tegengehouden in het proces. En dat stagneert dan op dat moment. En als je dat doet, dan komen ze soms ook wel in een andere vibe terecht.

O1 Boos?

R Nee hoeft niet persé boos te zijn. Kan ook wel suïcidaal zijn. Of niet meer een doel voor ogen hebben, geen hoop of perspectief.” (D22.)

2.4.2 Beheersmatig reageren: Praten is moeilijk

Zoals eerder benoemd, is vertrouwen en contact maken en het gesprek aangaan over suïcidaliteit of automutilatie volgens veel hulpverleners de essentie voor het bieden van relationele veiligheid. Het merendeel van de hulpverleners vindt dat er veel meer over suïcidaliteit gepraat zou moeten worden. Dat gebeurt nu nog te weinig. Een aantal hulpverleners vindt suïcidaliteit een lastig onderwerp om over te praten en voor velen is het (vaak onbewust) een taboe. Redenen die genoemd worden zijn: te weinig kennis, niet weten hoe het gesprek aan te gaan, tijdgebrek, en werkdruk (zie paragraaf 2.6 voor nadere toelichting op deze thema’s). Suïcide is een onderwerp dat niet altijd systematisch wordt uitgevraagd. Regelmatig werd door hulpverleners in de interviews benoemd dat zij een drempel ervaren om over suïcidaliteit te praten.

“I: Hoe praten jullie als hulpverleners met jongeren over suïcidaliteit?

R Moeizaam. Lastig. Wanneer het signaleerd wordt. Wanneer het plaats vindt. Maar thematisch nog niet echt, nee. Ja het wordt op sommige momenten echt wel aangehaald en ik weet oprecht dat er ook wel gesprekken zijn van medewerkers met jongeren over dit soort zaken, in z’n algemeenheid om het taboe te doorbreken of het gewoon bespreekbaar te hebben, dat vind ik nog te weinig.” (D16.)

O1 Vind je dat er genoeg over suïcidaal gedrag, over automutilatie gepraat wordt met jongeren?

R [Stilte]Het is een drempel. Het is een drempel die, die voor mij geen drempel is, maar waarvan ik wel merk dat dat voor een hoop mensen wel een drempel is om over te beginnen. (D39.)

“Jongeren met suïcidegedachten, suïcide, het is ook een doelgroep denk ik, die niet iedereen ligt. En niet iedereen vindt het denk ik eenvoudig om die vraag te stellen of gesprekken daarover te voeren.” (D24.)

R “Want ik vind echt, we moeten het er veel meer over hebben. Domweg gewoon vragen” (D8.)

Beheersmatig reageren: angst om te triggeren

Sommige PM’ers praten niet over suïcide omdat zij bang zijn dat het praten over suïcidaliteit de suïcidaliteit aanwakkert (“triggeren”). Zij zijn bang dat praten over suïcide de kans op suïcide vergroot.

“Deze moeilijke gesprekken voeren vinden sommige mensen nog wel lastig: hoe krijg je überhaupt een ingang, maar ook heel erg, durf je ook de directe vragen te stellen om veel meer over de suïcidaliteit te weten te komen? PM’ers zaten nog heel erg in de stand van, “oh nee ik mag er niets over zeggen, want dan wakker ik het vast aan. Dat werd heel lang bij ons gedacht.” (D5.)

2.4.3 Beheersmatig reageren: kennisgebrek

De kennis rondom suïcide preventie wisselt per team en locatie. Een deel van de respondenten was getraind in suïcide preventie, een deel was dat (nog) niet. Een aantal PM’ers gaf aan dat er soms

naar beheersmatige maatregelen wordt gegrepen omdat de kennis en vaardigheden bij collega's ontbreken om andere interventies in te zetten.

O2 "Ben je het wel eens oneens met het handelen van collega's?

R Tuurlijk, kijk, de meest makkelijke manier is op de beheersing te gaan zitten. Dat is effectief, dat zie je op korte termijn terug. Maar dat is ook weer inherent aan ongekwalificeerd personeel. Want eigenlijk vind ik oprecht dat geen enkel incident zich had hoeven voordoen. Waarom? Omdat je daarvoor in je signalering, het aansluiten, de nabijheid bieden, maar ook op tijd begrenzen, veel kunt voorkomen." (D16.)

Sommige PM'ers zijn vanuit de geschiedenis van het werken binnen de justitiële gesloten jeugdsetting, met name getraind in het oppikken van dreigende externaliserende escalaties. Zij hebben minder kennis van psychiatrische ziektebeelden. Ook geven sommige hulpverleners aan te moeten werken met een veranderende doelgroep die nieuw en onbekend voor hen is, en waar ze in eerste instantie ook niet voor gekozen hebben.

"Ik hoor groepsleiding wel eens zeggen, dat ze vroeger echt de meiden van de straat hadden, die je gewoon heel fors toe moest spreken en kaders neer moest zetten om van daaruit verder te gaan. Maar dat hebben we al lang niet meer. Ik heb nu meer kwetsbare meisjes binnen zitten, dan dat ik de harde straatmeiden heb. Ik heb wel het idee dat daar een toename in is. En ik vind het ook heel erg zoeken, omdat de benadering vanuit de groep nog heel erg op de straatmeiden van vroeger gericht is en dus ook wel op beheersing af en toe. Terwijl je een hele andere insteek moet hebben bij de suïcidale meisjes die we nu binnen hebben. Dus dat vinden ze [groepsleiding, sk] heel lastig om daar ook in te schakelen en dat zeggen ze ook wel eens van, "ja, dit is niet de doelgroep waar ik voor gekozen heb"." (D5.)

2.4.4 Beheersmatig reageren: oude gewoonten

Het ontstaan van de JeugdzorgPlus komt voort uit de justitiële jeugdinrichtingen. Een groepswerker die de oude cultuur van werken binnen de justitiële inrichtingen nog heeft meegemaakt, vertelt hoe die cultuur gericht was op discipline en op belonen en straffen.

R "R Vroeger had je meer de ratjes, de drugsdealertjes, de crimineeltjes. En toen was het echt hoe het niet moest, en dan praat ik over vijftien jaar geleden, toen werkten we hier nog voor justitie. Dat disciplineren ging zo hard allemaal, straffen en belonen, dat leek nergens op. En nu zijn dat toch wel meer patiëntjes geworden. De problematiek wordt veel zwaarder." (D33.)

Ook is de 'oude' instellingscultuur van straffen en disciplineren soms nog niet volledig verdwenen. Een behandelcoördinator geeft aan dat het veranderen van de oude, disciplinerende manier van werken, een langdurig proces is.

O1 "Als je ziet dat pedagogische medewerkers met die oude disciplinerende houding werken, terwijl er eigenlijk iets anders gevraagd wordt. Wat doe jij dan?

R Nou ja, ik heb heel hard gewerkt de afgelopen paar jaar om daar verandering in te brengen en daar heb ik ook wel een stijgende lijn in gezien, maar ik merk dat ze ook wel weer makkelijker teruggrijpen naar het oude patroon van vroeger. Maar ze hebben echt wel stappen gezet en ze doen nu veel meer vanuit contact i.p.v. vanuit beheersing. Maar dat is wel een langdurig proces." (D5.)

2.4.5 Beheersmatig reageren: geen keuze

Als hulpverleners inschatten dat een jongere een gevaar is voor zichzelf, kan besloten worden om de jongere in isolatie te plaatsen. Een deel van de hulpverleners heeft het gevoel dat ze geen andere

keuze hebben dan de jongere onder cameratoezicht en / of afzondering te plaatsen (isoleren, al dan niet in scheurkleding) als een jongere zich suïcidaal uit.

R “Ja, met leven en dood gaat het om verantwoordelijkheid hè? Wie draagt de verantwoordelijkheid om te zeggen of iemand wel of niet suïcidaal is. Als je iemand suïcidaal vindt, dan moet ie dadelijk in een scheurpakje in een extra beveiligde kamer onder cameratoezicht. En dat gun je niemand.” (D24.)

“Als een kind suïcidale uitspraken doet en ik kijk het in de ogen en het is droef, dan neem ik geen risico en gaat ze naar de iso of de veilige kamer. Want ik ben degene die de volgende ochtend het deurtje open doet. In afstemming met collega’s, ik bel met de gedragswetenschapper en houd ruggespraak. Als een kind gevaarlijk is voor zichzelf en de omgeving, kan je ervoor kiezen scheurkleden aan te doen. Dat doen we zo min mogelijk, dat heeft met de integriteit van het kind te maken natuurlijk. Dat is verschrikkelijk, maar je hebt geen keus.” (D33.)

2.4.6 Beheersmatig reageren: eigen belang

Soms wordt er bij twijfel door de BC/GW besloten om een suïcidale jongere een nacht langer in isoleer te houden, ook als de PM'er het gevoel heeft dat de jongere wel naar haar eigen kamer zou kunnen. Het merendeel van de hulpverleners gaf aan achter de keuze voor isoleren te staan omdat ze zich daar zelf veiliger bij voelen. Enkele hulpverleners erkenden echter ook dat dat nadelig voor de jongere kan zijn omdat het niet bijdraagt aan de autonomie van een jongere.

R “Ik vind dat op zich wel prima, om de jongere een nacht langer op Iso te houden, want aan de andere kant heb ik ook wel liefste veiligheid... je bent zelf veel makkelijker en sneller geneigd om voor veiligheid te kiezen. Omdat dat gewoon wat safer is, wat makkelijker. Maar aan de andere kant is het wel zo, dat als je iemand wel gewoon naar de kamer kan doen, dan draagt dat soms ook bij aan de autonomie van een jongere.” (D24)

2.4.7 Beheersmatig reageren: hoe anders?

Sommige hulpverleners gaven aan minder beheersmatig te willen werken en het gedwongen afzonderen van jongeren terug te willen brengen. Zij zagen echter niet hoe zij in de huidige setting de veiligheid van een ernstig suïcidale jongere en die van groepsgenoten kunnen garanderen. De nadruk op het terugbrengen van isolatie, is niet voldoende om beheersmatig werken bij suïcidale jongeren terug te brengen. Zij missen daarin alternatieve mogelijkheden zoals extra personeel zodat er een-op-een begeleid kan worden, of werken in kleinere groepen.

R “En dan roept de hoofdbehandelaar en de politiek van “ja de iso is niet ideaal, daar moeten we vanaf”. Nou, daar ben ik het mee eens want geen ene groepsleider wilt een jongere naar de iso brengen. Dan doen we het zo: we brengen de jongeren terug van 12 naar 8. En de groepsleiding van 2 naar 4, dan heb ik ook geen iso nodig. Met 12 op twee, soms drie begeleiders heb je gewoon af en toe een iso nodig, gewoon voor de veiligheid voor de kinderen. En ook voor jezelf.” (D33.)

Met meer mensen op de groep kan er individuele aandacht en nabijheid gegeven worden. Ook kan er meer aandacht aan groepsgenoten worden gegeven als er een incident plaatsvindt. Daardoor wordt de hectiek en de kans op incidenten bij medegroepsgenoten minder groot.

“O1 Want wat kan je doen als je meer mensen hebt?

R “Dan kan je één op één erbij gaan zitten, de crisis uitzitten, dat kan uren duren en daar heb je dan de tijd voor. Als je met z’n tweeën of z’n drieën op 12 bent, dan heb je daar gewoon de tijd niet voor en die andere kinderen worden steeds gekker en gaan steeds verder in het vragen om aandacht. En

dan kom je ook gauw bij meer suïcidepogingen uit, van wie durft het verst te gaan om de aandacht te krijgen.” (D33.).

Sommige hulpverleners zijn ambivalent over plaatsing in isolatie en proberen, ondanks de grote complexiteit van de problemen van jongeren en de soms beperkte middelen, toch te onderzoeken welke alternatieven er mogelijk zijn. Een aantal hulpverleners is van mening dat het geen zin heeft om een suïcidale jongere lange tijd in isolatie op te sluiten. De bedoeling is immers dat een jongere ooit weer naar huis gaat, en dan kan de jongere ook niet 24 uur per dag beschermd worden. Een aantal respondenten is gemotiveerd om in plaats van te isoleren, het gesprek aan te gaan en nabijheid te bieden.

R “Ja, we hebben een time-out en die zetten we ook soms in. Maar ik vind dat we het gesprek met zo’n meisje moeten aangaan, want het plaatsen in zo’n omgeving is best traumatiserend. Verhoogd dat het suïcidegevaar ook niet? Moeten we niet haar in haar eigen kamer houden en heel openlijk bespreken ‘nou, goed je zegt dat je jezelf gaat verhangen. Waarmee ga je dat doen? Is het verstandiger dat we die spullen weghalen?’ En negen van de tien keer zegt een kind ‘haal die badjas maar weg, want eigenlijk wil ik het niet.” (D16.)

Een andere beheersmatige maatregel is het strippen van de kamer van de jongere. Door gevaarlijke spullen weg te halen, probeert men veiligheid te creëren. Sommige hulpverleners spraken hun twijfel uit over deze manier van werken. Een hulpverleenster geeft aan dat zij liever in gesprek wil gaan met de jongere om hen te leren anders met hun problemen om te gaan.

R “Je wilt zo’n situatie gewoon voorkomen, want het gevaar op overlijden is dus reëel. Maar op den duur dacht ik ‘Moeten we dit wel op deze manier doen?’ De ervaring leert dat dat als iemand echt wil overlijden, dan kan je een hele kamer strippen maar iemand kan altijd wat vinden. Dus dan kunnen we beter zorg bieden en erover in gesprek gaan, dan dat we beheersmatige maatregelen nemen en iemand eigenlijk iets ontnemen.” (D15.)

2.4.8 Beheersmatig reageren: draagkracht team

Als een jongere ernstig suïcidaal is en steeds suïcidepogingen onderneemt, trekt dit op den duur een zware wissel op het team. Hulpverleners gaven aan dat het zwaar is om continu in een staat van paraatheid te moeten werken als een of meerdere jongeren ernstig suïcidaal zijn. De angst en stress neemt toe in het team en naarmate de situatie langer duurt, neemt de draagkracht van het team af. Als een team geen draagkracht meer heeft, kan besloten worden om de suïcidale jongere over te plaatsen.

R “Elk gesprek kaatste ze af, wilde niet in gesprek, pure geslotenheid en we wisten echt niet wat er nou in haar hoofd om ging. Niemand wil een kind dood vinden, je hoopt dat die trein voorbij rijdt. In die periode hebben we ervoor gekozen dat [naam jongere] naar een time-out moest omdat het echt niet meer lukte. Maar dan lukte het haar nog om het verbandje wat om de pols zat, om de nek heen te trekken. Ze deed meerdere pogingen. Dus je gaat steeds verder je grens verleggen om te helpen, maar op een gegeven moment kon dat niet meer. Dan raakt een team op. Uiteindelijk is besloten om haar naar [naam locatie A] over te plaatsen.” (D21.).

2.4.9 Beheersmatig reageren: aandacht als beloning

Er zijn hulpverleners die automutileren of suïcidaal gedrag duiden als ‘aandacht vragen’ en denken dat ze suïcidaal gedrag of automutilatie belonen en in stand houden als ze zorgzaam zijn. Sommige hulpverleners reageren boos als een jongere geautomutileerd heeft.

R “Wat ik mis ik in de hele jeugdhulp is echt door het gedrag heen prikken. Alles wordt zo snel gelabeld met: dat is aandacht vragen. Sommige collega’s hebben van oudsher ook op een andere wijze hebben geleerd om met dat gedrag om te gaan: ‘Snijden? zelf laten oplossen, daar leert ze van’.

I Dat hebben jullie hier toch niet zo gedaan?

R Ja, een aantal collega’s doet dat wel zo”. (D21.)

Er werd regelmatig genoemd dat suïcidale uitingen, het oplopen van spanning en daadwerkelijke automutilatie-calamiteiten tijdens het rustuur of in de (vroeg) avond plaatsvinden.

R “Als [naam jongere] bijvoorbeeld snijdt of een andere jongere zich snijdt, dan doen ze het altijd in het rustuur. Altijd. Op de groep kan niet, want de kinderen zijn in het zicht bij ons. Op het moment dat ze rustuur hebben, dan gaat vaak intercom: ‘Wil je alsjeblieft komen. Ik heb iets stoms gedaan.’ Zo gaat dat.” (D21.)

Een aantal hulpverleners gaf aan dat als jongeren in de avond, voor het slapen gaan, om hulp vragen, zij bewust afwijzend op die hulpvraag reageren. Zij beschouwen het als manipulatie, als een negatieve manier van aandacht vragen en gaan daar niet op in. Ze hebben het gevoel dat ze dan ‘negatief gedrag’ belonen en vinden dat jongeren moeten leren om eerder hulp te vragen en niet te wachten tot het bedtijd is.

R: “En ik heb ook soms echt dat een kind er slecht bij loopt of paniekerig is en dat zijn wel de kinderen die er langer zijn. Waarvan je denkt van ‘getverdemme dit is te laat nu, je hebt de hele dag gehad. Ik heb de hele dag zorg voor jou gehad, ik heb de hele dag ruimte voor jou gehad en nu ‘s avonds ga je toch afdwingen? Gaan we niet doen’.” (D10).

I “Wat ik vaak hoor van jongeren, is dat er voor een echt gesprek geen tijd is.

R Herken ik, maar er spelen meerdere dingen mee. In de eerste plaats gebeurt dat meestal rond bedtijd en dan willen de dames gewoon meer aandacht. Half tien moeten ze naar bed en dan vinden ze het fijn dat je tien uur, half elf, elf uur nog met ze zit. Ja, dat doen we niet. Dat weten ze ook, je kan de hele dag bij me terecht, maar niet om half tien.”(D33.).

Er zijn ook hulpverleners die op zo’n moment (laat in de avond) juist wel aandacht geven en verbinding proberen te maken over de emoties en spanning die onder het gedrag van de jongere liggen. Zij nodigen jongeren uit om te praten over hun emoties en labelen spanning in de avond niet als “aandachttrekkerij”. Door oprecht naar de jongere te luisteren en het gesprek met de jongere aan te gaan wordt de jongere serieus genomen.

R “Wat ik merkte was dat zij vaak weer even naar beneden kwam als de andere jongeren op bed lagen en dan wilde ze praten. Ik kan dan twee dingen doen. Ik kan zeggen ‘nee, het is bedtijd, ik heb geen tijd’. Maar zo wil ik er niet in staan. Op het moment dat het gaat over suïcide of automutilatie wordt dat vaak gezien als een manier van aandacht vragen. Ik wil dat meisje of die jongen daarin serieus nemen. Dus niet zoiets hebben van ‘het is aandacht dus doe ik er niets mee’. Maar juist de tijd ervoor nemen, echt stilstaan bij wat er aan de hand is en wat ze te vertellen heeft.” (D36.)

2.5 Signaleren en handelen bij automutilatie

2.5.1 Inleiding; de functie van automutilatie

Automutilatie hoeft niet noodzakelijk gepaard te gaan met de wens om te sterven; het is een manier om emoties te reguleren, spanning te verminderen en met psychisch lijden om te gaan.

Automutilatie kan onder een suïcidepoging geschaard worden. De verwachting van de dood is bij zelfbeschadiging nagenoeg afwezig (Meerdinkveldboom et al., 2019). Automutilatie is niet hetzelfde als aan een poging tot suïcide, maar uit onderzoek blijkt dat automutilerende patiënten vaak suïcidepogingen doen (van Wijk, Keijsers, van der Heiden, & Jacobs, 1998). Onderzoek van Owens, Horrocks, and House (2002) laat zien dat 40 tot 60% van de jongeren die suïcide pleegt, een geschiedenis van automutilatie heeft. Automutilatie zelf leidt slechts zelden tot suïcide (Walsh & Rosen, 1988). Automutilatie kent verschillende verschijningsvormen: jezelf branden, hoofdbonken, haren trekken, jezelf snijden etc. In de interviews noemden hulpverleners het 'jezelf snijden' als meest voorkomende vorm van automutilatie. Als een jongere heeft geautomutilieerd zien hulpverleners dat er vaak een mate van ontspanning bij de jongere is opgetreden. Het "werkt" op dat moment.

R *"Vaak zijn kinderen die, of geautomutilieerd hebben of wat dan ook, daarna wel vrij rustig zijn. De spanning is eraf". (D24.)*

R *"Ik heb een meisje in behandeling dat op en af fors automutilieert. Maar die doet dat meer als coping, om spanning weg te drukken, en niet heel erg met een suïcidewens. Zij kan letterlijk benoemen dat zij verslaafd is aan het snijden en dat ze dat echt doet om spanning weg te drukken, dat ze dat op momenten echt nodig heeft wanneer ze niet goed in haar vel zit." (D5.)*

2.5.2 Signaleren van automutilatie

De moeite die hulpverleners hebben om suïcidaal gedrag bij jongeren te signaleren, zien we ook terug bij het signaleren van automutilatie. Uit de interviews met jongeren blijkt dat de drempel hoog is om over automutilatie te praten en hulp te vragen. Jongeren schamen zich voor het automutileren. Ook zijn ze bang voor beheersmatige consequenties (kamer strippen, scherpe voorwerpen afnemen, plaatsing in veilige kamer / isoleer). Jongeren zijn vaak bang zijn om de spullen waarmee ze snijden (mesjes, glas etc.) op te geven en in te leveren en vertellen daarom niet alles, maar verstopten mesjes, glas etc. Het signaleren wordt dan moeilijk; er kunnen dan gevaarlijke situaties ontstaan.

R *"Een ander meisje had vorige week een scheermesje ingeslikt. Die moest naar het ziekenhuis natuurlijk. Die heb ik gesproken toen ze terugkwam. Ze was heel duidelijk: "Dat was per ongeluk. Ik ga mezelf echt niet dood maken. Ze liep al een week of zeven met een scheermesje in haar mond. Omdat ze bang was dat die gevonden werd." (D25.)*

Ook weten jongeren soms niet goed hoe het met hen gaat en waar de spanning vandaan komt. Een vraag als "Hoe gaat het met je?" is dan te groot en moeilijk te beantwoorden. Soms kunnen/durven/willen ze de hulpverlener niet in vertrouwen nemen. Voor een hulpverlener is het dan moeilijk om te signaleren wat er precies speelt. Zeker als jongeren niet vertellen dat de spanning bij hen oploopt, maar daarover zwijgen.

"Vooraf maak je signaleringsplannen en aan de hand daarvan weten de kinderen eigenlijk best wel goed vaak te vertellen wat er in ze omgaat. En nou goed, je kunt natuurlijk niet alles voor waarheid nemen, want je ziet ook wel vaak dat de kinderen best wel veel daarover liegen. Dus dat ze zeggen, nou hier heb je het scheermes, hier heb ik het mee gedaan, en dan vervolgens kom je een half uur later en dan, oh ja er lag er toch nóg een. En hebben ze opnieuw geautomutilieerd." (D24.)

Soms kunnen hulpverleners non-verbale signalen herkennen die wijzen op het oplopen van spanning; Signalen als wit wegtrekken, tikken met voeten, spanning in handen en kaken, uit contact gaan en in zichzelf keren ("verdwijnen") etc. Deze signalen zijn echter alleen goed te duiden als een hulpverlener de jongere goed kent. Een van de knelpunten (zie paragraaf 2.6) is echter het ontbreken van voldoende tijd om een jongere goed te leren kennen. Hulpverleners proberen jongeren te leren om eerder contact te maken over spanning en afleiding te zoeken. Door eerder in

gesprek te gaan, kan de spanning bij jongeren zakken. Daarmee hopen ze jongeren te leren om op een andere manier met hun emoties om te gaan, zodat de behoefte aan automutilatie afneemt.

R “Eigenlijk is automutilatie altijd een hulpvraag op de verkeerde manier stellen. Je moet zo’n kind leren om zelf de verantwoordelijkheid te nemen. Als ik zie van, ‘hé, eigenlijk loopt ie er niet lekker bij’, maak ik de afweging: ‘moet ik nu naar hem toe gaan of ga ik proberen dat ie zelf naar mij komt’? Je probeert ook van ‘hé, je bent nu zo ver, kom nou maar eerst even bij ons en ga die hulpvraag stellen, i.p.v. dat je een hulpvraag stelt door met een bebloede bovenarm rond te lopen.’” (D24.)

2.5.3. Reactie op automutilatie

In de reactie van hulpverleners zien we twee reacties: hulpverleners die responsief reageren, en hulpverleners die beheersmatig reageren.

2.5.4 Responsieve reacties

Een aantal hulpverleners reageert responsief / neutraal als een jongere geautomutilieerd heeft; zij reageren ondersteunend; hun reactie is neutraal (niet overmatig schrikken). Ze bieden zorg (verzorgen de wonden), laten de jongeren meehelpen om de ruimte schoon te maken. De PM’er gaan mee naar de Eerste Hulp als dat nodig is. Zij komen op een later moment, als de jongere weer wat bijgekomen is, terug op wat er is gebeurd. Zij gaan in contact met de jongeren bespreken wat ze kunnen doen om automutilatie een volgende keer voor te zijn. Ze overleggen met de jongere wat helpend is, en maken contact en bieden hulp aan zonder de regie over te nemen. Ook overleggen ze met de jongere wat deze in de groep kwijt wil over het incident. Deze hulpverleners gaan naast de jongere staan, bieden steun en begrenzen het gedrag, maar laten de regie bij de jongere. Zij realiseren zich dat het afnemen van middelen jongeren juist angstig maakt en de spanning verhoogt. Zij praten met jongeren over hun behoefte aan automutilatie, maar verbinden daar geen beheersmatige consequenties aan. Daardoor kunnen zij in contact blijven met de jongere.

R “En inmiddels zie ik een team en dat vind ik echt wel heel bijzonder om te zien, die wel zo’n werkrelatie en vertrouwensband met haar op hebben gebouwd, dat voordat we rustuur hebben of naar de kamer gaan, dan lopen ze met haar mee en dan vragen ze, goh heb je nog iets om in te leveren? Waar je jezelf pijn mee kan doen? En dan levert ze bijna elke dag nog iets in. Kamercontrole doen we niet meer. Ze levert echt niet alles is. Die illusie heb ik ook niet, maar dat maakt wel dat we heel erg met haar in contact kunnen blijven.” (D5.)

2.5.5 Beheersmatige reacties

De reactie van hulpverleners die beheersmatig werken is gericht op het voorkomen van escalatie en incidenten; Als een jongere automutilieert, wordt vaak de kamer leeggehaald en gaat de PM’er met de jongere in gesprek; er worden scherpe voorwerpen ingenomen, soms wordt de jongere onder toezicht gesteld of voor de nacht veilig gesteld door deze in isolatie te plaatsen. Het gevolg is dat jongeren niet alles vertellen en mesjes, glas etc. verstoppert. Andere hulpverleners zijn geneigd om het gedrag te negeren, te verbieden of te veroordelen. Deze hulpverleners reageren op het gedrag (automutileren) en niet op de emoties onder dat gedrag. Dit maakt het voor jongeren weer moeilijker, zo blijkt uit de interviews van de jongeren, om om hulp te vragen. Er lijkt sprake te zijn van een zichzelf versterkend patroon.

Afwijzing → afwijzing versterkt het schuldgevoel en de schaamte die de jongere al had → jongere vraagt niet meer om hulp → automutilieert → afwijzing etc.

Anderen doen het automutileren af als “aandacht vragen” en willen het gedrag niet belonen door aandacht te geven. Soms komen beide handelingsstijlen in een team voor. We hebben enkele signalen gehoord van hulpverleners die jongeren straffen, door ze zelf hun wonden te laten verzorgen en hen geen aandacht te geven.

R “Onderling hebben we er in het team allemaal onze eigen mening over. De een zegt heel erg van ‘Het is gewoon aandacht vragen. Gewoon klaar ermee’. En dan kom je op het verhaal terug wat [naam jongere] zei, ‘Sommige willen mijn wonden niet eens verbinden en moet ik het allemaal zelf doen.’

I Wat vind je van de reactie van je collega’s?

R Niet goed! Maar ik win het er ook niet van. Ik sta daar anders in. Natuurlijk wil een jongere aandacht. Dit is voor mij waarom ik weg zou willen om ergens te werken met collega’s die er wél hetzelfde als mij in staan.” (D21.)

2.6 Factoren van invloed op handelen

Uit de interviews kwam een aantal factoren naar voren die het handelen van hulpverleners bij suïcidaal gedrag negatief beïnvloedden. Hieronder worden de genoemde factoren kort besproken.

2.6.1 Hoge werkdruk en gebrek aan tijd

Hulpverleners gaven aan dat door de hoge werkdruk de tijd vaak ontbreekt om “gewoon” op de groep bij de jongeren te kunnen zijn: contact maken, een gesprekje voeren, samen dingen doen. De tijd ontbreekt vaak om individueel aandacht te geven aan jongeren. Een vertrouwensband is echter essentieel voor jongeren om contact te durven maken over hun suïcidaliteit. Hulpverleners moeten jongeren leren kennen om alarmsignalen van suïcidale jongeren te kunnen herkennen. Door de hoge werkdruk lukt het vaak niet om de tijd te nemen die nodig is om een vertrouwensband met de jongere op te bouwen.

I: “Wat zou je meer willen bieden in de ondersteuning voor suïcidale jongeren?

R: Het klinkt misschien heel cliché, maar dat we gewoon echt luisteren naar de jongeren. En ik denk dat dat kan op het moment dat we ook meer tijd hebben om naar de jongeren te kunnen luisteren. Er zijn jongeren die niet zo op de voorgrond treden maar wel die aandacht nodig hebben. Maar die dat niet krijgen omdat we te druk zijn. En dan denk ik ja... dat vind ik wel echt heel zonde. Want soms denk ik, misschien loop je hier nog wel meer trauma's op of nog meer nare herinneringen.” (D4.)

Nabijheid bieden, en bij een suïcidale jongere blijven, werkt in de ogen van veel respondenten het beste, maar vaak is daar geen tijd voor. Het zoeken naar wat, gegeven de randvoorwaarden, wel mogelijk is, is voor veel groepswerkers een uitdaging.

R “In het specifieke geval met (naam jongere), dat ze ernstig suïcidaal is en dat het allemaal heel moeilijk loopt. Ja, ik heb er geen antwoord op en we hebben al verschillende dingen met haar geprobeerd. Heel neutraal, heel meegaand, heel kort van stof en al heel veel nabijheid tonen en eigenlijk niets doen. Wat eigenlijk in mijn ogen het meeste werkt; nabijheid tonen, er zijn en niets doen. Maar waar we de tijd niet voor hebben. Het frustreert mij, hoe kunnen we haar nou het beste helpen?” (D33.)

Meerdere hulpverleners gaven aan hun werkopdracht als ondoenlijk te ervaren doordat de werkdruk te hoog is.

O2 “Wat betreft die werkdruk, kan je nog dingen schrappen in je werk?

R Nee, ik kan niet schrappen. Ik schrap al veel te veel, vind ik. Soms als mijn telefoon gaat, dan denk ik, ow wie ben ik nu weer vergeten te bellen? Ik heb ook uitgesproken: ik heb een opdracht die niet haalbaar is.” (D25.)

2.6.2 Ouders en het netwerk betrekken; tijdgebrek

Verschillende onderzoeken laten zien dat betrokkenheid van ouders en het informele

netwerk de kans op een succesvolle behandeling vergroot (Ise, Schröder, Breuer, & Döpfner, 2015; van Dam, Heijmans, & Stams, 2021). Hulpverleners proberen een werkrelatie met ouders en het netwerk op te bouwen, maar gaven echter aan dat de tijd daarvoor vaak ontbreekt. Ouders worden daardoor soms niet voldoende meegenomen in het traject en het leven van hun kinderen binnen JeugdzorgPlus.

R “Officieel hoor je als je een mentorkind hebt, in ieder geval een of twee keer per week contact met de ouders of voogd te hebben. Vaak probeer ik in m’n avonddienst te bellen, dat ik even de ouders sprak, dan kwam de jongere erbij en dan kon de jongere nog even met de ouders zelf praten. Maar zulke dingen zijn gewoon tegenwoordig super lastig in verband met tijdsgebrek.” (D15.)

R “Ik hoor de ouders ook wel eens zeggen: “Waarom vraag je dat aan mij? Ik ken mijn kind eigenlijk niet. Ze is al 2 jaar niet meer bij mij thuis”. Dat vind ik echt heel heftig als een ouder dat zegt. Terwijl dat hele fijne en betrokken ouders zijn. Ik snap ook voor hun dus zo voelt: ik weet het eigenlijk niet, ik ken mijn kind eigenlijk niet. Omdat je niet bent meegenomen in dat traject”. (D25.)

2.6.3 Groepsgrootte

Leefgroepen binnen de JeugdzorgPlus bestaan vaak uit 8 tot 12 jongeren. Zij worden begeleid door 2 MBO of HBO-geschoolde PM’ers. (Er is sprake van een beweging naar kleinschaligheid binnen de JeugdzorgPlus, maar deze groepen zijn we niet binnen dit onderzoek tegengekomen). Er is sprake van een zeer complexe doelgroep, met vaak forse psychiatrische problematiek. Een groot aantal hulpverleners benoemt dat de groepen te groot zijn en het aantal PM’ers op de groep te klein. Daardoor lukt het niet om voldoende individuele aandacht te besteden aan een jongere. Door de hoge werkdruk, toegenomen administratieve taken komen PM’ers soms aan weinig meer toe dan het draaiende houden van de groep. Een PM’er benoemt dat zij graag meer behandelinhoudelijk bezig zou willen zijn op de groep. Soms staat zij echter alleen op een groep van 9 jongeren, waardoor zij daar niet aan toe komt.

R “Er zijn gewoon handen tekort. Hier zijn negen jongeren, en twee collega’s. Soms sta je in je eentje. Best wel vaak tegenwoordig. Het is gewoon super lastig werken in verband met tijdsgebrek. Weet je, je bent gewoon aan het zorgen dat iedereen zich een beetje normaal gedraagt. Daar ben je eigenlijk meer mee bezig dan dat je behandelinhoudelijk bezig bent”. (D15.)

Er zijn regelmatig incidenten op de groep, waardoor jongeren zelf uit balans raken. Een hulpverlener benoemde een algemeen negatief effect op jongeren, door onrust door te grote groepen en toename van complexe problematiek op de groepen. Hij vindt dat plaatsing op een gesloten leefgroep problemen niet oplost maar soms verergert.

R “Ik denk dat de gemiddelde behandelduur hier ongeveer een jaar is . En dat is te lang vind ik. Zeker binnen de huidige geslotenheid, met de onrust die er nu heerst, de grote groepen en het extreme gedrag wat ze van andere jongeren meekrijgen. Waardoor sommige jongeren er slechter uit komen dan dat ze er in gingen”. (D15.)

2.6.4 Kennis

Regelmatig wordt aangegeven door groepswerkers dat zij de benodigde kennis missen om het gesprek over suïcide aan te gaan. Binnen de reguliere opleidingen in de zorg (Social Work, psychologie, psychiatrie) wordt weinig aandacht aan suïcide-preventie besteed, het onderwerp komt niet of zeer summier voor in het curriculum. Jeugdzorg instellingen scholen daarom PM’ers bij in suïcide preventie. Het personeelsverloop is echter groot in sommige instellingen. Getrainde collega’s verdwijnen en daarmee verdwijnt ook hun kennis. Het is moeilijk om kennis in teams op peil te houden.

R “We gaan de 113-trainingen in huis halen; ik denk dat die suicide preventie trainingen er voor iedereen als PM’ers moet zijn. Ik denk dat vooral de signalerende functie en de eerste gesprekken daardoor wat beter kunnen lopen. En ik denk uiteindelijk het inhoudelijke gesprek, het doorvragen weer een stapje verder moet komen te liggen soms.” (D16.)

R “Er wordt getraind, maar eigenlijk is het ook ingewikkeld. Er zit zo’n overloop op dit personeel, om iedereen te trainen in omgaan met zelfmoord, dat is bijna niet meer te doen.” (D2.)

Bool, Blekman, de Jong, Ruiters, en Voordouw (2007) bevelen aan om in de beroepsopleidingen van professionals meer aandacht voor suicide(preventie) op te nemen en te zorgen voor training in gespreksvoering met suicidale patiënten en hun naasten (zie ook 2.3 – onderdelen kennis). Het merendeel van de professionals gaf aan dat de training positief voor hen was, maar een aantal benoemden ook dat een middag training niet voldoende is, maar dat de training regelmatig gegeven zou moeten worden.

R “Ik denk dat het een goede basis is, maar die basis heb je nu gehad en daar wordt nooit meer op terug gekeken. Er wordt geen opfriscursus gegeven. Ik vind dat je gezien onze doelgroep ieder half jaar die cursus opnieuw moet geven. Kom er een keer op terug. Hoe staan we er nu in? Hoe gaat dat nu?” (D39.)

2.6.5 Mythe: als ze echt willen

Ook hebben we regelmatig in de gesprekken terug gehoord dat hulpverleners denken dat suïcidaal gedrag niet te behandelen is en dat suïcides niet te voorkomen zijn omdat “het een eigen keuze is” of dat “als jongeren het willen, je ze toch niet kunt tegenhouden”. Het gevaar van deze manier van denken is, dat hulpverleners niet actief naar suïcidale gedachten bij jongeren vragen (‘praten heeft toch geen zin, als ze echt willen dan...’). De resultaten uit de interviews suggereren dat dit een gedachte is die bij een meerdere hulpverleners aanwezig is.

R “Alleen ja, dat klinkt heel hard misschien, maar als iemand uiteindelijk wel die keuze maakt, dan is het wel zijn keuze. Daar kun je niet voor gaan liggen, want dan maak je alleen maar meer paniek mee.” (D2.)

R “Ze zat er zo ernstig in. En dat vond ik voor mijzelf een hele erge bevestiging. Dat je niet altijd iedereen kan redden.” (D10.)

R “Het is echt een puur persoonlijk idee dat jongeren die het daadwerkelijk gaan doen er bijna niet over praten. Die zijn daar stil over eigenlijk.” (D11.)

R “Ik zie het taboe niet zo, want als je dood wilt dan kan dat. Laten we reëel zijn en als je dat wilt, moeten we dat ook serieus nemen. Daar kunnen andere hulpvragen achter zitten. Maar het kan ook, ja dat je het écht wilt.” (D16.)

R “Het is helaas niet altijd te voorkomen. En natuurlijk willen we het voorkomen. Dat het risico op een geslaagde suicide op de afdeling aanwezig is, en dat het ooit gaat gebeuren, die visie deelt iedereen.” (D26)

2.6.6 Gemixte groepen; voor- en nadelen

Het overgrote deel van de hulpverleners ziet een toename van jongeren met forse psychische problematiek in de JeugdzorgPlus. Voorheen was er vooral sprake van jongeren met externaliserende problemen in de JeugdzorgPlus. Volgens hulpverleners is er sprake van twee populaties jongeren in de gesloten jeugdzorg; jongeren (vaak meisjes) met internaliserende en

jongeren (vaak jongens) met externaliserende problemen. Hulpverleners benoemen dat jongeren, die voorheen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie werden opgenomen, nu op een JeugdzorgPlus groep geplaatst worden. Deze mix van problematieken heeft volgens hulpverleners vooral nadelen. Voor jongeren met suïcide problematiek en of automutilatie is individuele ondersteuning, gericht op de suïcidaliteit en de onderliggende problemen nodig.

R "Ik ben in [naam instelling] overgeplaatst naar een groep met allemaal jong criminelen, even simpel gezegd. En ik sta daar met mijn persoonlijkheidsproblemen. Dat was zo moeilijk dat ik daar op een gegeven moment ook weer ben begonnen met automutileren. En ja, dan ga je gelijk naar de isoleercel want ze begrepen niet wat het is. Ze weten wel wat het is, maar ze weten niet hoe ermee om te gaan." (D35, meisje, 16 jaar)

De behandeling binnen de JeugdzorgPlus bestaat voor een deel uit het leven op de groep. Een psychiater ziet echter juist voordelen om deze twee populaties in een groep te plaatsen. Soms kunnen jongeren zich aan elkaar optrekken, juist omdat de problematiek zo verschillend is.

R "De niet-psychiatrie-groep, die zijn vaak heel krachtig, die zitten echt in de vechtmodus, overleefmodus. Het duurt heel lang voordat je dat er een beetje af kan pellen, voordat je de kwetsbaarheid weer kan zien. Bij de psychiatrie lopen ze met de ziel onder de arm, bijna bloot zeg maar. En ik heb toch regelmatig gezien dat dat best een fijne combi is, ook voor de ander die zich daar weer aan kan optrekken. Het zijn dan uiterste polen." (D1)

2.6.7 Behoeftte aan meer (trauma)behandeling

Op de leefgroepen binnen de JeugdzorgPlus bestaat de behandeling uit het leven op de groep. Dit wordt soms aangevuld met individuele therapie. Trauma is volgens hulpverleners een versturende en onderhoudende factor bij het in stand houden van emotieregulatie problemen. Er is veel behoefte aan behandeling van onderliggend (vaak meervoudig) trauma bij suïcidale jongeren.

R "En ik denk dat er véél meer specialisme moet komen. Nu wordt er te veel naar het gedrag gekeken. En niet naar wat er onder ligt. Bij 200 procent van deze kinderen zit er een trauma onder. Dus eigenlijk zou je daar eerst aan moeten werken." (D21, PM, vrouw)

R "Persoonlijk vind ik dat er te weinig behandeling geboden wordt. Op mijn groep, maar eigenlijk in het hele gebouw, zie je zo veel trauma, en hechtingproblematiek. En ik zou wensen dat we veel systeemgericht kunnen werken. En naast de beslotenheid en de benadering die je in de groepen doet, de kinderen veel gericht therapieën kan bieden. Volgens mij hebben we dat gewoon te weinig. Dat zijn politieke keuzes denk ik, niet specifiek iets van onze instelling, dat is jeugdzorgbreed. Daarvan denk ik, wil ik daarvoor werken? Dat vind ik soms wel lastig, als je een opdracht hebt die niet haalbaar is, als je niet het maximale voor het kind kan doen. (D25.)

Als er therapie beschikbaar is, zijn er vaak lange wachtlijsten. Hulpverleners geven ook aan dat de duur van de plaatsingen in de JeugdzorgPlus er vaak voor zorgt dat er geen behandeling ingezet kan worden. De gesloten machtiging (variërend van een, drie tot zes maanden) is soms korter dan de tijd die jongeren moeten wachten voordat zij met behandeling kunnen starten.

R "We hebben veel therapie/ PMT, bewegen enzo en gevoelens, agressieregulatie. Maar ook veel systeemtherapie, met ouders. Of MDFT. EMDR bij trauma. Er zijn inderdaad wel lange wachtlijsten. Dat is 8, 9 maanden volgens mij, dat de wachtlijst is. Op de groep doe je natuurlijk ook een hoop, maar dat is natuurlijk heel gedragsmatig." (D34.)

2.6.8 Verschillen tussen hulpverleners: dynamiek in teams

Hulpverleners verhouden zich niet alleen tot de jongere, maar ook tot collega's in het team. Zeker waar het hulpverlening aan suïcidale jongeren betreft, is het belangrijk om samen te werken in een team. Het is belangrijk dat hulpverleners in een team twijfels, eigen emoties en gevoelens van onmacht te kunnen delen en bespreken. Normen en waarden met betrekking tot pedagogisch handelen kunnen in een team variëren: de ene collega geeft meer autonomie aan jongeren dan de ander. De onderlinge verschillen in visie en handelen zijn soms groot.

R "Als ik naar mezelf kijk, ben ik wel snel van de verantwoordelijkheid aan de jeugdige zelf geven en zorgen dat we niet te veel inperken. Maar aangeven wat we van hem verwachten en afspraken proberen te maken. Maar aan de andere kant, hebben we ook collega's die, als een jongere al iets [voorwerp waarmee jongere zich zou kunnen automutilleren, sk] in de handen heeft, de jongere, bij wijze van, al op de grond gooit en uhm er bovenop springt weet je. Dat verschil is gewoon heel groot." (D24.)

Een aantal hulpverleners benoemde dat er regelmatig verschil in visie bestaat rondom het te volgen beleid. Hierbij speelt het verschil in verantwoordelijkheid dat de verschillende professionals in het team dragen een belangrijke rol.

R "Ik heb wat meer afstand, maar wel weer de verantwoordelijkheid. Vaak denk ik, ik wil de kinderen zelf ook spreken omdat zelf ook mijn eigen oordeel te kunnen hebben en mij niet alleen baseren op wat jullie denken te zien, want dat loopt nog wel eens uiteen (D25.).

In het neerzetten van beleid speelt naast het thema verantwoordelijkheid ook de hiërarchische structuur een rol. Uit de interviews kwam het beeld naar voren dat de behandelaren (GW'ers, GZ-psycholoog, Behandelcoördinatoren) het beleid uitzetten rondom de suïcidaliteit van een jongere. Zij stemmen in principe met de PM'ers af over het beleid. De PM'ers voeren dat beleid uit. De leidinggevende is degene die uiteindelijk de verantwoording draagt. Er is niet altijd overeenstemming in een team over wat het beste is. Dat kan betekenen, zo vertellen hulpverleners, dat er beleid uitgevoerd wordt waarover geen consensus bestaat in een team.

R "De leidinggevende en de behandelcoördinator bepalen of we iemand op Iso zetten.

O1 En die stemt dan af met jou of met jullie op de groep?

R Uhm zo hoort het wel te zijn. Maar in de praktijk wordt een opdracht gegeven waar je gewoon volkomen niet achter staat." (D33.)

R: "Een meisje bij ons op de groep heel erg suïcidaal, maar ze moest stappen gaan maken, "de cirkel doorbreken", dus zij gaat op verlof naar huis. Ik was het er niet mee eens. Gezegd: "Straks als zij weer terugkomt van haar verlof, dan weet je wel hoe laat het is. Dan zit jij op kantoor of thuis en kunnen wij die kamer op". Nee, maar zo gaan we het doen. De keerzijde van het verhaal was dat dat meisje terugkomt van verlof en de dag erna in één dienst, dus dat was een halve dag, 14 keer een suïcidepoging heeft gedaan". (D39.)

Als het suïcidale gedrag (of het automutilleren) van de jongere gelabeld wordt als "aandacht vragen" kan het beleid zijn dat het suïcidale gedrag niet beloond moet worden met aandacht, maar juist genegeerd moet worden. Als een PM'er een andere visie heeft, kan dat leiden tot irritatie en verdeeldheid.

R "We kregen te horen dat we haar als een robotje moesten behandelen. Dat zou het beste zijn. Volgens de behandelaar moet je deze kinderen niet te veel aandacht geven. Dat is het kritieke punt

bij [naam jongere]: ze wil ook graag aandacht. Ik kende haar hele voorgeschiedenis, zowel op papier als zoals ik hem van [naam jongere] ken. Als je nooit aandacht hebt gehad, dan wil je dat ook. We moesten haar resoluut, kort, krachtig begeleiden. Dat werkt. Dat kan ook he, het kan zijn dat dat waar is. Maar mijn gevoel zegt wat anders. Ik liet echt wel mijn visie horen. En dan zegt de BC 'ja misschien is dat ook wel zo, maar we doen het zo'. En dan sta ik te laag in de orde". (D21.)

2.6.9 Omgevingsdruk: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Jeugdhulpinstellingen zijn wettelijk verplicht om ernstige calamiteiten als suïcide te melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (vanaf hier: IGJ). Hulpverleners vinden het waardevol om te onderzoeken hoe je kunt leren van een suïcide. Bij een inspectieonderzoek wordt hulpverleners gevraagd aan te tonen en te vertellen wat zij gedaan hebben. Rapportages en registraties worden bekeken. Hulpverleners geven aan dat het gevolg van een kritisch inspectierapport is dat zij verstarren en sneller voor beheersing en veiligheid kiezen, uit angst om afgerekend te worden op fouten. Een aantal PM'ers ervaart dat de spanning rondom het inspectiebezoek maakt dat zij eerder voor beheersmatige maatregelen kiezen. Andere hulpverleners betrekken een inspectie-bezoek minder op zichzelf. Hen valt op dat er door de IGJ veel nadruk wordt gelegd of protocollen en procedures wel gevolgd zijn. Er is minder aandacht voor de manier waarop hulpverleners met de jongeren aan het werk zijn. Sommige hulpverleners hebben het gevoel dat er door de IGJ gekeken wordt naar wat er niet goed is gegaan. Het gevolg is dat hulpverleners meer tijd achter hun computer doorbrengen om te registreren wat ze doen, zodat zij hun acties zichtbaar kunnen verantwoorden.

R "Ik vind het super goed dat je kijkt hoe je dit kan voorkomen in de toekomst. De inspectie, ja die komt onderzoeken wat er hier fout is gegaan, die kijken in je dossier. "Heb je dat niet met dat interview gedaan? Waar heb je dat ingevuld?". En dat kan heel averechts werken. Dat mensen verstarren en dat er juist minder contact is met jongeren die suïcidaal zijn. Protocol, veiligheid, een vragenlijst. Niet meer durven te zeggen tegen een jongere 'Ik heb wel vertrouwen in jou en we gaan voor autonomie". (D1)

Het gevolg van een inspectierapport is dat regels en procedures aangepast worden. Verantwoordelijkheden worden scherper belegd. Waar bijvoorbeeld voorheen de PM'er zelf een inschatting maakte over het uit isolatie halen van een kind, mag deze dit na een inspectiebezoek niet meer. Deze verantwoordelijkheid is nu bij de GW belegd. De GW is echter niet altijd aanwezig en beschikbaar. Het gevolg is dat een jongere soms langer dan nodig in isolatie moet blijven.

R "Uit het inspectie bezoek zijn een aantal dingen gekomen wat betreft het op- en afschalen van bepaald beleid: Je kent een kind bijvoorbeeld heel goed en je ziet dat iemand rustig is, maar toch moet 'ie op de de extra beveiligde kamer in afzondering blijven, omdat wij PM'ers niet die verantwoordelijkheid mogen nemen om iemand van de afzondering af te halen. Dan moet er iemand komen, een GZ-psycholoog, een gedragswetenschapper. Vaak is dat lastig, in het weekend of wat dan ook. En blijft een jongere langer dan nodig in isolatie. Dat soort dingen zijn daar direct gevolg van geweest". (D24.)

Soms versnelt een inspectierapport het doorvoeren van aanpassingen en verbeteringen. Naar aanleiding van een suïcide worden er bijvoorbeeld verbeteringen aangebracht in de overdrachtsprocedure.

"Bij de daadwerkelijke overdracht hebben we afgesproken dat er altijd een sociotherapeut meegaat met de opname daar, en wij een aantal diensten aanbieden om daar mee te draaien. Daar heeft het inspectierapport aan bijgedragen".(D13.)

2.7 Impact

2.7.1 Impact suïcidaal gedrag op de groep

Suïcidaal gedrag en automutilatie kunnen “besmettelijk” zijn. Op de leefgroepen in de JeugdzorgPlus verblijven vaak meerdere jongeren met suïcidaal en/of zelfbeschadigend gedrag. Hulpverleners geven aan dat een incident vaak onrust bij de rest van de jongeren veroorzaakt. Hierdoor kunnen andere jongeren op hun beurt ook probleemgedrag gaan vertonen. PM’ers proberen te voorkomen dat andere jongeren iets van een incident op de groep zien of meekrijgen. In de praktijk blijkt dat lastig: Ook al weten jongeren formeel nog niets, zij voelen haarfijn aan als er een incident heeft plaatsgevonden. En dat veroorzaakt onrust. Tegelijkertijd moeten de PM’ers zorg bieden aan de jongere in kwestie. Dit stelt groepsleiders voor praktische keuzes. Bij een incident gaat de aandacht van de PM’ers allereerst naar de jongere in crisis. Soms betekent dat voor de andere jongeren dat ze dan op kamer geplaatst worden (ongepand gedwongen afzonderen) zodat de PM’er de jongere kan verzorgen en opvangen.

R “Als een incident een serieus karakter heeft dan weten de kinderen dat wel. Die kinderen hebben echt voelsprietten, dat wil je niet weten. Als er bij ons eentje tussendoor schiet, dan moeten de andere kinderen op kamer zitten omdat hij zichzelf gesneden heeft. En we moeten daar zorg aan bieden. Dat kan dan even niet anders. Als er dit soort dingen gebeuren op de groep, dan ontstaat er onrust. Veel kinderen kunnen überhaupt niet goed met hun eigen emoties omgaan, laat staan als ze dit dan zien.” (D24.)

Trigger

Omdat suïcidaal gedrag en automutilatie “besmettelijk” kunnen zijn, proberen groepswerkers na een incident aandacht te hebben voor jongeren op de groep. Soms geven ze uitleg over wat er gebeurd is, en vertellen ze hoe het met de groepsgenoot gaat. Een incident kan andere jongeren “triggeren”. Hulpverleners proberen na een incident de spanning bij een jongere, of onrust bij de rest van de jongeren, te monitoren. PM’ers proberen aandacht aan jongeren te geven, maar soms hebben ze daar geen tijd voor. Het gevolg kan zijn dat het gedrag van een jongere in reactie op een incident escaleert.

“O1 Hoe leg je zo’n incident uit aan zo’n laagbegaafd meisje?

R Ja, dat is heel moeilijk. Zo goed mogelijk roeien met de riemen die je hebt. Soms heb je er ook gewoon geen tijd voor en kan het wel eens escaleren.

O1 En daarmee bedoel je?

R Dat ze dan extreem de aandacht op zichzelf richt. Dan wacht ze tot het rustig is, tot half tien en dan zegt ze ‘ik moet je wat laten zien’. En dan doet ze het hemd uit en is ze helemaal open en is het bloed allemaal al gestold, dus dan is het al een poos geleden gebeurd. En is het ‘ja, nou wil ik de aandacht’.” (D33.)

Victim blaming

De geïnterviewden benoemen een reeks van verschillende reacties van de andere jongeren op de leefgroep. Sommige jongeren willen steun bieden aan de jongere en zijn bezorgd en verdrietig. Vooral bezorgdheid wordt veel genoemd door hulpverleners. Ook zien zij dat andere jongeren niet begrijpen waarom iemand automutilateert of suïcidaal is. Jongeren worden dan boos op de medejongere die door het suïcidale gedrag onrust veroorzaakt op de groep.

R “Nou, toen hadden we meer suïcidale meiden op de groep, dat was best wel heftig, dat had ook best wel impact. Meerdere keren waren er incidenten dat jongeren echt naar het ziekenhuis moesten om zich te laten hechten bijvoorbeeld. Dan merk je dat er heel veel onrust is in de groep. Sommige

meiden die vinden dat heel heftig en die reageren vanuit een bepaalde vorm van medelijden, en sommige meiden die snappen het echt niet en die worden eigenlijk heel boos.” (D5.)

Hulpverleners benoemen dat reacties van groepsgenoten variëren van irritatie over het gedrag van de jongere in crisis tot afkeuring en veroordeling. Jongeren hebben last van elkaars gedrag. Daardoor kan de groepsdynamiek tussen de jongeren onderling gespannen en veroordelend worden. Hulpverleners geven aan dat zij dan ingrijpen om pestgedrag en victim blaming te voorkomen.

R “Dynamisch gebeurt er in de groep wel een hoop. Als het bekend wordt binnen een groep, dan roepen jongens naar elkaar ‘Hè hij heeft suïcidale uitspraken gedaan of Hij is gek!’ Dat kap je eigenlijk meteen af zeg maar. We willen niet dat er een situatie ontstaat van pestgedrag of wat dan ook gaan roepen naar elkaar. Als er een jongen niet lekker bij loopt dan wil je niet dat anderen dingen gaan roepen dat die zich nog slechter gaat voelen.”(D34.)

R “De meiden begrijpen natuurlijk niet waarom wij zo intensief met haar [suïcidale jongere, SK] bezig zijn. Ze hebben er last van en dat nemen ze haar ook kwalijk. Een stukje daarvan begrijp ik ook wel dat ze haar dat kwalijk nemen, maar ook een heel groot stuk niet. En dan neem ik het toch wel voor haar op.” (D33.)

2.7.2 Impact suïcidaal gedrag en automutilatie op hulpverleners

De geïnterviewde professionals gaven aan hoe suïcidaal gedrag en automutilatie-incidenten hen persoonlijk en professioneel raakten. Uit de interviews kwam een gevarieerd beeld. Hulpverleners gaan verschillend met automutilatie-incidenten om. Voor een aantal hulpverleners is de emotionele impact van incidenten erg groot. Het raakt ze. Werken met suïcidale jongeren brengt een constante alertheid in het werken met zich mee. Het is werken onder hoogspanning. Hulpverleners doen hun uiterste best, maar zijn zich constant bewust van de risico's die het werken met deze doelgroep met zich meebrengt. Hulpverleners moeten kunnen verdragen dat ze met een doelgroep werken waar sprake is van ernstige complexe problematiek. Jongeren lijden en hulpverleners voelen met hen mee. Zij proberen te doen wat ze kunnen. Het werk vraagt veel van hen; sommige hulpverleners blijven optimistisch, andere hulpverleners voelen zich machteloos in de begeleiding van suïcidale jongeren. Weer anderen proberen de incidenten te relativiseren. Zij beschermen zichzelf door ervaringen en incidenten van het werk niet mee naar huis te nemen. Onderstaande citaten geven een impressie van de invloed van incidenten op hulpverleners.

R “Die vorm van agressie naar jezelf gericht, zoals een aantal kinderen bij ons dat doen. Dat doet wat met je als persoon. En je vindt dat zielig, je vindt dat naar”. (D24.)

R “Maar voor [naam jongere] is het krassen en het lichte snijden niet meer voldoende. Ze wil diep. Diep. Dat het echt los vlees is wat er uit komt. Ik vind het echt zielig. Ik blijf het zielig vinden. Het eerste jaar dat ik hier werkte dacht ik van ‘Oh. Oh ja..’ Toen wilde ik echt de hele wereld verbeteren. Toen zat ik ook wel eens huilend in de auto en dat ik dacht ‘oh die kinderen, kon ik ze maar thuis opnemen’. (D21.)

R “Dat klinkt heel gek, maar als een bepaalde jongeren gesneden heeft, ja ‘daar moeten we affectief neutraal op reageren’. Het dóet wel wat met je, maar toch merk je ook dat je jezelf een bepaalde coping stijl hebt aangeleerd. Dat je daar mee leert te dealen en het niet mee naar huis neemt. Maar onbewust doen al die heftige situaties die we hier hebben wel wat met je. Het raakt mij ook als persoon en je bent je ervan bewust dat je dat moet scheiden, maar of dat altijd lukt?” (D16.)

R “Ja, en ik ben me er altijd bewust van dat bepaalde dingen kunnen gebeuren. En ja, dat is ook wel een soort van, ja, risico dat er ligt met kinderen in deze fase van hun leven met de dingen die ze

meemaken. Dat dit soort dingen bij een aantal kinderen naar boven komen. En dat is jezelf van het leven willen beroven. En dan hopen wij dat ze dat niet doen.”(D24.)

R “Ja. Soms hoort het erbij dat je het zweet op je voorhoofd hebt staan om te zorgen dat iemand er na jouw dienst nog is.” (D39.)

R “Ja, hoe is dat voor mezelf? Goede vraag. Ik vind het wel verschrikkelijk als een jongere zeg maar die suïcidale uitspraken doet. Ik denk dan ‘Je bent nog zo jong. Je hebt nog een heel leven voor je’. Aan de andere kant weet je vaak wel wat achtergrond van de jongere. Dus dan kan je ook wel een beetje een inschatting maken met een beetje empathisch vermogen dat je denkt ‘Ja ik kan me echt voorstellen dat het verschrikkelijk voor je moet zijn’. Maar je wilt natuurlijk niet dat een jongen in jouw dienst dat doet. Je probeert zo veel mogelijk zorg te bieden en het beste ervan te maken.” (D34.)

R “Ben ik bang dat ik ze dood vind? Tuurlijk. Ik heb zelf twee kinderen in die leeftijd. En als ze willen, pakken ze een schoenveter en halen ze zich op aan de knop van een verwarming, dat geloof ik echt wel. Maar we kunnen het zo beperken met z’n allen.” (D21.)

R “Een jongen waar ikzelf bij was, waarbij het zo escaleerde, suïcidaal..... dat we de nabijheid bieden maar ... Dat je gewoon...[stilte].. Dat je er geen grip op hebt.” (D34.)

R “Want je, voor mij, vanuit m'n werk, dat is nog steeds wel zo, m'n werk is m'n werk en op het moment dat ik klaar ben, dan ga ik naar huis toe en dan is m'n werk ook klaar. Want dit is werk, als je dit mee naar huis toe neemt, dan brand je op. Dat gaat niet.” (D39.)

Niet iedereen kan het werk aan

Sommige hulpverleners zijn goed in staat om niet te persoonlijk betrokken te raken bij de problemen van jongeren. Zij zien echter wel de impact van automutilatie-incidenten op collega's. Sommige collega's trekken zich de problemen van jongeren (te) persoonlijk aan. Hulpverleners kunnen daardoor opbranden en lopen het gevaar zelf getraumatiseerd te raken door de incidenten die zij meemaken.

*R “Als team zeggen we, we kunnen dit, maar individueel is het zwaar. Want ja, je kon heel erg leuke dingen doen samen, en dan was het bijna bedtijd en dan zei hij, ‘mag ik nog heel even douchen ofzo?’ En dan *rats*, kwam hij totaal bloedend de douche uit en dan denk je, ‘ja wat heb ik nou gemist?’ Je merkt dat dat soort dingen veel met collega's doet. Ik merk dat anderen zijn problemen ook naar zichzelf toe gingen trekken. Ja, en dan raak je verstrikt in zijn problemen die veel te groot zijn om aan te kunnen.” (D24.)*

R “En we hebben collega's genoeg die dan daar enorm mee bezig zijn “Wow een jongere die vertelde me dit dit en dit en....!” Die zijn daar dan zo mee bezig dat ze er dan een dag of vier later nog zo vol mee zijn. Als je niet uitkijkt lopen ze tegen zoveel gebeurtenissen aan en raken ze getraumatiseerd. Je moet wel mensen hebben die dat soort dingen een klein beetje kunnen sturen.” (D39.)

Gewenning

Hulpverleners worden regelmatig geconfronteerd met automutilatie-incidenten en suïcidaal gedrag. Bij sommige hulpverleners is er een mate van gewenning in het werken met deze doelgroep ontstaan. Ze realiseren zich tegelijkertijd dat ze gewend zijn geraakt aan abnormale situaties.

R. “En ik moet zeggen naar mate ik hier langer werk kan ik het ook beter relativeren. En in het begin dan ja, is alles nieuw, en dan ja dan is het ook lastig om het los te laten. Dan ging ik ook veel sneller naar huis met ‘Oh ben ik dit niet vergeten?, oh heb ik de camera wel aangezet?’ Dan droom je er ook

echt over. Er komt zo veel op je af. En ik ben nu gewend aan de jeugdzorg en dat klinkt eigenlijk al helemaal niet goed want je hoort hier niet gewend aan te zijn, want dit is helemaal geen normale situatie.” (D4.)

Sommige hulpverleners raken afgestompt en zijn niet meer onder de indruk van automutilatie incidenten. Een hulpverlener beschrijft dat het enige waar hij nog echt van onder de indruk raakt, is als hij een kind fysiek moet uitkleden om het kind in scheurkleding in isoleer te plaatsen.

R “Ik ben ook wel op een bepaalde manier afgestompt, dat klopt ook wel. Met suïcide. Met die uitspraken, je stompt wel een beetje af omdat je die verhalen al heel vaak hebt gehoord. Net zoals met automutilatie. Tuurlijk wordt er veel gesneden en soms heb je dan gewoon heel veel bloed. En als je dat, voor de eerste keer was ik diep onder de indruk. Het enige waar ik nu nog echt van onder de indruk raak is als ik een kind fysiek moet uitkleden, dat vind ik verschrikkelijk.” (D33.)

2.7.3 Impact geslaagde suïcide op handelen van hulpverleners

De impact van een suïcide is enorm groot op hulpverleners. Hulpverleners die een suïcide van dichtbij op de groep hebben meegemaakt, beschrijven een palet aan emoties: Ongeloof, verdriet, onmacht, verslagenheid, angst, schuldgevoelens maar ook shock en trauma. Anderen beschermen zichzelf door de impact van een suïcide niet te dichtbij te laten komen. Weer anderen twijfelen of ze dit werk wel willen blijven doen. Hulpverleners worstelen met de pijnlijke realiteit dat een jongere waar zij zorg voor dragen, suïcide pleegt. Het is voor velen een gevecht om een suïcide een plek te geven. Sommige hulpverleners beschermen zichzelf en proberen zichzelf gerust te stellen door een suïcide te relativiseren. Ze hopen dat de jongere rust heeft gevonden. Anderen staan er ambivalent in. Zij vinden het moeilijk te accepteren dat ze een jongere hebben verloren. Soms komen medewerkers ziek thuis te zitten en hebben zij professionele hulp nodig om een suïcide te verwerken. Daardoor is er soms sprake van verborgen rouw.

R “Ik heb er één meegemaakt hier. Eehmm.... Voor mij heeft het wel invloed gehad op hoe ik ben gaan werken..... ja. Ik maak een suïcide mee enja, ik kom daar vier maanden van thuis te zitten met PTSS. Eehm.. [korte stilte] Ik heb EMDR moeten volgen. Ik dacht dat ik mezelf wel goed kende en wie ik was en wat ik deed en waarom ik deed zoals ik deed. Maar dan kom je jezelf zo hard tegen dat je daardoor wel kwetsbaarder bent, of wordt.” (D39.)

Impact suïcide: toename beheersmatig werken

Het meemaken van een suïcide heeft effect op het handelen van hulpverleners. Een suïcide maakt hulpverleners voorzichtiger. Angst voor een slechte afloop werkt belemmerend op het handelen van hulpverleners. Hulpverleners gaan sneller over op veiligheid en beheersmatige maatregelen. Daardoor wordt minder ingestoken op het gesprek aangaan en contact maken met de jongere als een jongere zich suïcidaal uit. De impact van een geslaagde suïcide uit zich in toename van beheersmatig handelen om de veiligheid van suïcidale jongeren te kunnen garanderen. In het handelen is men voorzichtiger geworden en wordt er sneller gegrepen naar beheersmatige maatregelen om het risico op suïcide te verkleinen.

R: “Om een voorbeeld te noemen. Bijvoorbeeld toen hier net een suïcide was geweest, dan krab je wel een keer extra achter je oor en denk je van OK. Wat ga ik hier in doen. En dan merk ik ook wel echt aan mijzelf dat ik toch echt wel veiligheid boven alles kies. Ook al had de jongere het misschien wel aangekund. Dus eigenlijk zijn dan ook wel echt omgevingsfactoren die je eigen beslissing beïnvloeden.”(D4.)

R “Die twee geslaagde suicides hebben als impact gehad, dat er angst is gekomen in de organisatie. De angst vertaalt zich in controledwang. Extra protocollen schrijven, extra controle, moeite om stappen te zetten die met afschalen van veiligheid te maken hebben. Snel teruggrijpen naar allerlei veiligheidsmaatregelen op het moment dat het misgaat, of als een kind zich beschadigt. Kiezen voor heel langdurige kamerplaatsingen, in scheurkleding rondlopen, dat soort dingen”. (D2.)

Ook werd aangegeven dat er na een geslaagde suïcide meer nadruk wordt gelegd op de roep om veiligheid; dat uit zich in toegenomen registratie en rapportage. Hierdoor blijft er minder tijd over om contact te maken met de jongeren.

R “Ik denk dat de groep jongeren met primair psychiatrische problematiek, groter is geworden. Maar we zijn ook wel voorzichtiger geworden met z`n allen. Ook met de toename van suïcidepogingen, maar ook geslaagde suicides. Dat heeft wel effect op de vraag naar veiligheid en daar ben ik een onderdeel van.

O2 Hoe ziet dat er concreet uit?

R Dat je minder risico`s neemt. Dat je meer afgetimmerd wil hebben. Dat je meer op papier wil hebben wat je allemaal hebt gedaan. Dat gaat ten koste van de tijd die je hebt om contact te maken met jongeren”. (D1)

Als een organisatie een geslaagde suïcide heeft meegemaakt, bestaat de neiging om sneller in te steken op beheersmatige maatregelen. Vanuit het management wordt gevraagd om er extra bovenop te zitten en risico's op suïcide te minimaliseren. Er wordt dan vanuit angst gestuurd. Er ontstaat druk om de veiligheid van jongeren te garanderen door beheersmatiger te werken: meer cameratoezicht, meer separatie. Een BC probeert tegenwicht te geven aan de vraag vanuit management om “er extra bovenop te zitten” na een geslaagde suïcide.

R “De directie wil dan gewoon dat we er dan extra bovenop zitten en dat is, ja je kan het risico gestuurd noemen, maar het is ook angst gestuurd. En soms denk ik, nou bij dit kind had ik dit misschien drie maanden geleden helemaal niet gedaan. Als je daar dan niet heel scherp op bent, dan leidt een suïcide tot meer cameratoezicht, en dus meer separatie. Dus je moet ook daarin de weerstand durven geven en zeggen, nee we hebben het onderzocht, kijk maar wat we hebben gedaan, dit moet je dan wel zorgvuldig doen, en het risico is matig. We gaan geen aanvullend beleid inzetten. Dan moet je wel even stevig voor in je schoenen staan. Dat is soms verdomd lastig.”(D2.)

Impact geslaagde suïcide: Alerter op uitspraken

Een aantal respondenten gaf aan dat zij door de toename van suicides alerter zijn geworden op suïcidale uitspraken. De realiteit van een geslaagde suïcide zorgt ervoor dat hulpverleners zich ineens weer realiseren dat het echt fout kan gaan. Sommige hulpverleners nemen suïcidale uitspraken daardoor serieuzer en vragen de suïcidaliteit nadrukkelijker uit nadat zij een suïcide hebben meegemaakt.

R “Het is wel verschrikkelijk die suïcide gepleegd was. Het alarm ging, ik ben er heen gegaan om te ondersteunen. Dat is natuurlijk super heftig. Bij ons op de groep zijn veel jongens die met regelmaat uitspraken doen, suïcidale uitspraken en een enkeling die snijdt zich wel eens, of die heeft zich in het verleden wel eens gesneden. Maar als je dat meemaakt... ik had daarna dat bij uitspraken, dan ga je in gesprek, ga je zorgen voor nabijheid. En als je zoiets meemaakt denk je wel, het kan ook wel echt fataal aflopen. Daar ben je je wel bewuster van.” (D34)

Een GW'er benoemt dat zij op haar afdeling twee suicides heeft meegemaakt. Zij realiseert zich dat groepsleiders daardoor soms angst hebben om een kamer op te gaan. Zij stemt na de suicides haar

beleid nadrukkelijker af met de groepsleiders. Als er geen draagvlak is in het team voor bepaalde maatregelen, dan voert zij die niet door. Zij neemt de angst van het team serieus.

R "Ik vind, het team moet het dragen. Zij zijn diegene die de deur dichtdoen en open doen. Dat zeg ik ook altijd, omdat je het dan even visualiseert. Er zit zo'n cel en je weet niet wat erachter zit. Wij hebben suïcidepogingen gehad en twee geslaagde suïcides het afgelopen jaar. Dus er zit altijd angst in als je die deur open. Ik doe dat niet, dat doet de groepsleiding. Zij moeten het uitvoeren en als zij het beleid niet zien zitten, dan vind ik ook niet dat we het moeten doen." (D2)

Reacties van hulpverleners op een suïcide kunnen verschillen. Bij sommige hulpverleners is er angst en spanning, anderen vinden dat een suïcide onvermijdelijk is in het werken met deze complexe doelgroep.

R "Ja, wat ik vooral heel opvallend vond is dat medewerkers er heel verschillend op reageerden. Dus je hebt medewerkers die zeiden van: 'ja, goh we werken met zo'n doelgroep. Dit kan een keer gebeuren en we gaan weer door en wanneer kunnen we de kamer weer gebruiken?'. En je hebt medewerkers die het spannend vinden om de volgende dag een deur weer open te draaien, wat heel begrijpelijk is." (D29.)

2.7.4 Impact geslaagde suïcide op jongeren volgens hulpverleners

De impact van een geslaagde suïcide op jongeren varieert net zoals bij hulpverleners van verdriet, schok, angst, boosheid, tot herbeleving/dromen. Het palet aan emoties is divers. De eerste schok is groot. Jongeren uiten zich verschillend: dat varieert van rust en respect op de groep, tot grote emotionele uitbarstingen met paniek en angst bij jongeren. Sommige jongeren worden boos op 'jeugdzorg'. Anderen zijn in paniek of reageren zenuwachtig en lacherig. Als een suïcide op een andere groep heeft plaatsgevonden zijn jongeren bang dat het op hun groep ook gaat gebeuren. Ook zijn ze bang dat jongeren die automutileren zullen overlijden: automutilatie en suïcide is in hun beleving vaak hetzelfde.

R "Maar kinderen hebben daar nog best wel veel, ja die hebben daar wel een knauw van gehad, zie je. Gebeurt het dan bij ons op de groep ook? En dan zien ze ineens automutilatie en suïcide totaal als hetzelfde. Daar moet je heel goed inhoudelijk dingen uitleggen, hoe bepaalde dingen werken om niet angst of weet ik veel wat te veroorzaken. Ja, ook soms ontstaat er ook woede. Dat heb ik ook wel gehad. Jongeren zijn dan boos op het systeem." (D24.)

R "Toen heb ik die meiden mee naar boven genomen en toen werd het verteld. En hebben ook de andere groepen het te horen gekregen, allemaal tegelijkertijd zeg maar. En vanaf dat moment... ja het was heel raar. Alle deuren konden open staan, niks hoefde meer op slot, alle jongeren... er was een heel andere sfeer binnen het gebouw zeg maar. Heel veel respect was er, er hebben zich geen situaties voorgedaan, echt helemaal niks. Omdat ze zagen wat het met ons deed, maar ook met hun groepsleden, door alles wat er was gebeurd en ze wilden eigenlijk niet nog meer problemen veroorzaken dan dat er al waren." D15.)

R "En sommige jongeren die waren er zo zenuwachtig of in paniek van dat ze een beetje gingen lachen en gek gingen doen. En daar reageerden anderen weer op." (D4.)

R "Eerst nog ontbeten nog, en toen hebben we het pas in de groep verteld. Op het moment dat het verteld, dan escaleert het, sommige kinderen... nou die knallen er uit. Maar ook kinderen die sociaal emotioneel niets hebben die zijn in een keer empathisch. En ja, die zorg is dan voor ieder kind anders. Ik heb een autistische meisje alleen maar vast gehouden en een soort ademhalingstherapie gegeven. (D10.)

2.7.5 Nazorg korte termijn

De meeste instellingen hebben een protocol dat gevolgd wordt nadat er een suïcide heeft plaatsgevonden. Vaak verzorgt een calamiteitenteam de opvang voor teams en voor de jongeren in de dagen na een suïcide. Soms wordt er externe begeleiding of coaching georganiseerd (bv Slachtofferhulp, 113). Direct na een suïcide worden eerst alle ouders, en dan de jongeren, ingelicht. In die acute situatie staat de opvang van jongeren en het team centraal. Hulpverleners die een suïcide hebben meegemaakt, geven aan dat dit een moment is waarop zij geen tijd hebben om aan zichzelf te denken, zij moeten praktisch handelen. De groepsleiding informeert de groep nadat alle ouders van de jongeren zijn ingelicht. Vaak blijft de structuur op de groep gehandhaafd, maar mogen jongeren niet van de groep af. In overleg met de nabestaanden worden er herdenkingsbijeenkomsten georganiseerd. In de weken na de suïcide vinden er gesprekken plaats in het team en met de betrokken hulpverleners. Hulpverleners en jongeren steunen elkaar onderling door gesprekken aan te gaan. De impact is groot, sommige hulpverleners vinden het moeilijk om te praten over de suïcide.

R “Dat merk je echt wel, zo’n suïcide heeft gewoon een impact, ik bedoel bij mij ook hoor, dat gaat tegen je hart voor zorg en hulpverlening in, dat is niet wat je wilt. Ook als mens, dus in die zin heeft het impact, maar ik merk dat mensen het moeilijk vinden om het er over te hebben. En dat is ook niet zo raar.” (D8.)

R “De collega die bij ons werkte, die heeft de jongere gevonden. En daar heb ik wel heel veel gesprekken mee gevoerd. Dat team heeft later wel meerdere keren met z’n allen gesprekken gevoerd. Van hadden we iets anders kunnen doen? En slachtofferhulp. Dat is er allemaal wel geweest. Maar dat gesprek dat ik met haar heb gehad, ging gewoon puur vanuit mezelf. Naar aanleiding van een incident op de groep. En later zijn we daarover in gesprek gegaan en zodoende kwamen we ook op dat gesprek terecht”. (D21.)

R “Daar zijn toen echt gesprekken over gevoerd, medewerkers hebben de kans gekregen ook met externe zorgverleners te praten, gesprekken op de groep, er is een herdenking geweest, ze hebben een kerkdienst met de imam en de dominee gehouden, er is aan kinderen de vrijheid gegeven om naar de begrafenis te gaan. Dus dat heeft toen wel heel erg geleefd en is ook best heel lang aandacht voor geweest. Dat vond ik heel adequaat. (D16.)

2.7.6 Nazorg lange termijn ontbreekt

Hulpverleners die zelf een geslaagde suïcide hebben meegemaakt, geven aan dat er meteen na de suïcide veel aandacht en vaak goede ondersteuning is. Na verloop van tijd neemt de aandacht en ondersteuning echter af. Hulpverleners hebben behoefte aan langdurige ondersteuning en aandacht. De openheid en mogelijkheid om te praten over rouw en verdriet na een suïcide ontbreekt. Hulpverleners blijven een paar dagen thuis, starten dan weer op het werk, en het leven van alledag lijkt na verloop van tijd weer naar normaal te zijn teruggekeerd. Voor veel hulpverleners is dit echter niet zo. De impact van een geslaagde suïcide is groot; lange termijn aandacht en ondersteuning voor hulpverleners is zeer nodig en gewenst. Voor de omgeving lijkt de drempel groot om met een hulpverlener die een suïcide heeft meegemaakt, te praten.

R “Ik merk dat dat voor een hoop mensen wel een drempel is om over te beginnen. Als ik het zie naar mij toe bijvoorbeeld, er is niemand binnen de organisatie die aan mij vraagt, hoe gaat het er eigenlijk mee? Er is niemand vanuit de organisatie die daar nog een vraag over stelt. Na de suïcide heb ik thuis gezeten met PTSS. Vanuit de organisatie is er nog nooit een kaart gekomen. Dus nee, het is soms een taboe om er over te praten.” (D39.)

Het beeld uit de interviews is dat er met jongeren, net zoals bij de hulpverleners, na verloop van tijd nog weinig op de groep wordt gesproken over een geslaagde suïcide. Jongeren worden doorgeplaatst. Op de eerstvolgende groep weet men vaak nog wel wat de jongere heeft meegemaakt; dat besef verwaterd echter na verloop van tijd. Ook is het verloop onder personeel groot. PM'ers 'van toen' zijn vertrokken. In de praktijk wordt er dan nog weinig over de suïcide gesproken.

R "Ja, ik denk dat er te weinig over wordt gesproken. Als je het dan bijvoorbeeld over (naam overleden jongere) hebt, dan heb ik het met de kinderen die er nu nog zitten wel eens over haar en met één andere collega en dat was het. Want wij zijn nog de enigen van toen die het actief hebben meegemaakt. De rest van de collega's werkt niet meer hier." (D15.)

2.8 Twee uitersten van het continuüm

Inleiding

Zoals in paragraaf 2.3 en 2.4 beschreven, verloopt het handelen van hulpverleners in reactie op suïcidaal gedrag vaak procesmatig; van (in meer of mindere mate) responsief handelen naar (in meer of mindere mate) beheersmatig handelen. Er zijn in dit onderzoek echter twee locaties naar voren gekomen, die afwijken van dit algemene beeld. Zij bevinden zich op de uitersten van het continuüm:

- Locatie A; kenmerkend is het groot aantal uren gedwongen afzonderen als onderdeel van de werkwijze (beheersmatig werken als basis)
- Locatie B: kenmerkend is het werken vanuit verbinding, zonder de inzet van beheersmatige maatregelen (autonomie en vertrouwen als basis)

2.8.1 Locatie A

"Het gaat om jongeren die behoorlijk veel in hun leven hebben meegemaakt. En je wordt hier alleen geplaatst als je een gevaar bent voor jezelf of de maatschappij." Heel lang gold deze locatie als een beruchte plek. Het ziekteverzuim onder het personeel was er opgelopen tot bijna 25 % en er was sprake van geweld. Voor therapie of behandeling was nauwelijks tijd. 'Je moet je realiseren dat deze instelling vroeger een Justitiële inrichting was en dat heeft een hele andere cultuur dan een gesloten jeugdinstelling. Het gaat niet om het opbergen van jongeren, maar om het behandelen. De belangrijkste cultuuromslag die we hebben gemaakt van beheersing naar behandelen, is dat we veel meer in contact zijn gekomen met de jongeren. Ook de medewerkers zijn veel meer met elkaar in contact gekomen. En dan los je met elkaar de complexe situaties beter op. En dit gaat niet om geld, maar hoe je met elkaar een sfeer en een cultuur creëert waarin je optimaal kunt leren." Citaat van de directeur locatie A in de pers, 2018.

Het aanbod van locatie A bestaat uit zeer intensieve kortdurende observatie en stabilisatie voor jongeren met een indicatie voor JeugdzorgPlus die zich in een ernstige psychiatrische crisis bevinden. Een enkeling komt rechtstreeks van huis, maar de meeste jongeren zijn al veelvuldig door- en overgeplaatst en komen vanuit reguliere JeugdzorgPlus instellingen of de Jeugd-GGZ waar zij niet geholpen konden worden. Het doel en de aanpak van opname is gericht op het normaliseren van gedrag en het weer nemen van eigen verantwoordelijkheid door de jongere. De afdeling kenmerkt zich door een doelgroep die bijna 100% uit suïcidale jongeren bestaat en is daarmee feitelijk een opschaling van behandelintensiteit voor jongeren binnen zowel JeugdzorgPlus als de Kinder- en jeugdpsychiatrie.

R "Wij krijgen een dossier van een aanmelder. Bijna altijd komt een kind van een andere instelling, heel enkel vanuit huis. Bij aanmelding is er bijna altijd sprake van suïcidaliteit, het staat eigenlijk

altijd wel in het dossier. Er is altijd wel een suïcidale uitspraak geweest of iemand die zich daarover zorgen heeft gemaakt. Van de 14 kinderen is er dan misschien 1 waarbij dat niet speelt". (D25)

Het team van locatie A heeft een andere aanpak dan het merendeel van de locaties in reguliere jeugdzorgPlus. Het belangrijkste verschil is het grote aantal uren geplande gedwongen afzondering (kamerplaatsing) van jongeren. De werkwijze van locatie A verschilt op de volgende punten met de werkwijze van een reguliere jeugdzorgPlus groep.

- Jongere veel alleen op kamer (geplande gedwongen afzondering)
- Geen vrijheden bij start, (opbouw vrijheden)
- Individuele begeleiding of start in zeer kleine groepjes
- Meer begeleiders per groep
- Doel: Stabilisatie, geen therapie

Tot voor kort werden alle jongeren bij binnenkomst op locatie A standaard in isolatie geplaatst. Deze werkwijze is aangepast, jongeren starten sinds kort niet meer standaard op de extra beveiligde kamer, de intentie is om daarin iets meer maatwerk te leveren.

I "Voorheen was het standaard de extra beveiligde kamer en dat is nu?

R Nee, dat is nu niet meer. In het verleden is altijd gezegd, we beginnen standaard op de extra beveiligde kamer, we beginnen bij 0 en we kijken hoe we dat gaan opbouwen. Maar eigenlijk vind ik het wenselijker als je vooraf dat kan bepalen, dat je een inschatting kan maken die door iedereen gedragen wordt. Dat is wel van belang. Het is prettigere als je in je eigen kleding, op een gewone kamer kan beginnen, als het niet nodig is hè. Daar proberen we wel iets meer maatwerk in te leveren." (D25)

Het streven binnen de JeugdzorgPlus is om plaatsing in de isoleer terug te brengen. Om het handelen rondom beheersing terug te brengen, moeten mensen zich eerst bewust zijn van dat handelen, en de impact van dat handelen op jongeren. Een leidinggevende behandelaar van locatie A benoemt hoe ze beheersmatig handelen en alternatieven voor plaatsing in isoleer in haar teams bespreekbaar maakt.

R "Verminderen van afzondering, dat is een heftig streven. Nou, ik vind dus dat jongeren überhaupt niet gesloten horen. Ik wil horen wat de teams vinden en ik ga met hen het gesprek aan met wat we hier wel en niet doen. Dat we het erover hebben. Zou je het ook anders kunnen doen? En moet isoleren dan altijd? Mensen moeten zich eerst bewust worden van wat ze al jaren doen, om dat los te laten". (D8)

Iedere individuele jongere heeft een eigen programma, waar gepland gedwongen afzonderen een onderdeel van is. Jongeren verblijven daardoor bij de start van de opname voornamelijk op hun kamer. Een opbouw van vrijheden is onderdeel van deze werkwijze. Zoals gezegd wijkt het aantal geplande gedwongen afzonderingen op locatie A sterk af van die in de 'reguliere' JeugdzorgPlus afdelingen: de individuele aanpak in het stabiliseren van een suïcidale jongere maakt dat gepland gedwongen afzonderen onderdeel is van de werkwijze.

R "Bij de kinderen die een hoog risico lopen, waarbij je weet die doen pogingen, die stranguleren, die draai je individueel, dus die zitten nog niet in een groep als ze binnenkomen. Dus we beginnen niet met iedereen op de extra beveiligde kamer, maar eigenlijk begint wel iedereen individueel. Kinderen bij ons zitten veel op kamer, heel veel rust. Je moet wel echt in crisis zijn, dan heb je dat nodig anders nemen de gedragsproblemen misschien wel toe. Daar kijk ik goed naar bij de aanmelding." (D25)

Jongeren verblijven in principe maximaal 3 maanden op locatie A. Het doel van de opname is volgens een leidinggevende behandeling op stabilisatie en observatie; er vindt in principe geen specifieke therapievorm plaats.

R "Ja ik denk, de hele benadering, de individuele benadering, alles wat de mensen continu op de groep, alles is toch behandeling. De gesprekken die we voeren, het gedragsmatige. Ik vind gewoon dat je jezelf te kort doet als je dat zegt. Je doet eigenlijk behandeling op stabilisatie en observatiedoelen." (D25)

O1 Want wat is het doel van een opname op [naam locatie A]?

R Ja eigenlijk om een jongere die er uit knalt, te stabiliseren en te adviseren. Vaak is het zo dat die jongere eerst individueel, alleen op de groep draait. En dan heb je gesprekken, van waarom ben je hier. Maar ook simpele dingen, wat zijn je hobby's, wat vind je leuk in het dagelijks leven. Om eigenlijk een beetje iemand te leren kennen. Van waar ligt het aan, hoe komt het dan en hoe kan iemand het beste weer terug, hoe kan hij weer het beste geholpen worden. (D22)

Over het nut en effect van het verblijf op locatie A wordt verschillend geoordeeld. Een gedragswetenschapper vindt dat de jongere is opgeknapt door het verblijf op locatie A. De jongere zelf vindt dat ze er niets aan gehad heeft.

R "Op [naam locatie A] hadden ze veel meer de wat hardere en neutralere houding en dat hebben we wat meer overgenomen toen ze na drie maanden weer terugkwam, en sindsdien gaat ze met een stijgende lijn vooruit, vind ik." (D5)

I "Wat heb je er achteraf aan gehad? Aan jouw verblijf op Locatie A?"

R Nee, ik denk niets, maar heel veel mensen zeggen van wel. Ik vond dat ze daar slecht met je om gingen.. ik weet niet.. de mensen die hier werken die zien je meer als persoon en gaan ook echt met je in gesprek en tonen ook medeleven en zo. Maar.. dat had ik in [naam locatie A] niet echt, ik ging niet in gesprek met ze... ik denk niet dat ik er iets aan heb gehad." (D6, meisje 16 jaar)

De jongeren uit het onderzoek zijn erg negatief over hun verblijf op locatie A en hebben slechte herinneringen aan hun verblijf. Ze vinden de mate van beheersing veel te fors. Jongeren blijven te lang in isolatie 'op kamer' en hebben minimaal contact en ondersteuning ervaren. Er wordt volgens jongeren te sterk volgens protocol gewerkt, waardoor de menselijke maat verdwijnt. Jongeren zeggen dat de suïcidale gedachten versterkt worden door plaatsing in de isoleer. De jongere in onderstaand citaat voelt zich niet als een mens maar als een nummer behandelt.

R "Ik vond het daar echt niet fijn, want er werd daar niet naar mij gekeken als persoon of zo maar meer als nummertje of zo. Ik was gewoon kamer 4, snap je? En eehm, het was ook met hoge hekken en zo, en tralies. Ik voelde me bijna gevangene, ik moest meteen de iso in en zo. En ik moest een scheurjurk aan. Dat duurde 4 dagen. Het was heel anders dan hier. Ze deden mij gewoon meteen in de iso omdat ze mij nog niet kenden en ze niet wisten hoe ik was en zo. Ik vind dat ze eerst moeten kijken naar wat voor persoon ik ben." (D6, jongere, 16 jaar)

R "Ik werd gewoon gek daar door al die beheersing en dan doe je alleen maar meer stomme dingen waardoor je juist alleen maar die dwangmaatregelen sterker krijgt maar op zo'n moment, als je tussen die vier muren zit, dan word je alleen maar gek. Je hebt geen enkele afleiding. Daardoor worden de suïcidale gedachten in je hoofd alleen maar groter en sterker." (D37, meisje, 18 jaar)

R "Nou, het was niet echt leuk hoe er met je werd omgegaan, hoe dingen in elkaar zaten, hoe het eruit zag sowieso. Het was allemaal heel erg boekje, boekje, boekje, protocol, protocol. Zodra je zegt,

“Ik heb negatieve gedachtes, ik zit eraan te denken om iets te doen”, dan schakelen ze direct om, dan zijn ze geen mens meer en dan is het net een automatische piloot die er meteen voor zorgt dat jij in de iso terecht komt. Er is geen gesprek, het is gelijk stil, hop, weg. Er was een hulpverleenster die was anders. Ze moest mij in isoleer stoppen. Toen haar dienst er bijna op zat kwam ze kijken hoe het met mij ging. Ze zei “Ik kan het niet over mijn hart verkrijgen om weg te gaan zonder even te kijken hoe het met je gaat”. Zij wilde mij echt wel een knuffel geven, maar dat mocht daar niet. Ze zei tegen mij ‘als het protocol er niet zou zijn, zou ik je een knuffel geven’. Ze mocht het gewoon niet.” (D35, meisje 16 jaar)

2.8.2 Locatie B

Op locatie B werd ook anders gewerkt dan de overige JeugdzorgPlus locaties. Op deze locatie is plek voor 10 jongeren. Op het moment van onderzoek waren er 7 jongeren opgenomen. Dat is een bewuste keuze; vanwege de complexiteit van de doelgroep en de intensiteit van het werk is ervoor gekozen om niet alle bedden te bezetten zodat hulpverleners voldoende tijd en aandacht aan jongeren kunnen besteden (twee hulpverleners op maximaal 8 jongeren). Op deze locatie leren jongeren vanuit eigen regie om te gaan met meer vrijheden en verantwoordelijkheid. De PM'ers vertelden dat er gewerkt wordt vanuit Geweldloos Gezamenlijk Gezag. Het behandelteam betreft ouders, jeugdbeschermer en gezamenlijk vormen ze een ketting om de jongere heen. De begeleiding is gebaseerd op het ondersteunen van de eigen verantwoordelijkheid van de jongere: De jongere komt met oplossingen en het team eromheen ondersteund en maakt gebruik van de motivatie van de jongere en gezamenlijk probeert men tot gedragsveranderingen en gedragsverbeteringen komen. Het pand staat midden in een normale woonwijk en ziet er uit als een normaal huis, met een normale voordeur, zonder tralies etc. De jongeren worden 's avonds niet ingesloten. Bijzonder aan deze locatie is dat er ook suïcidale jongeren, en jongeren die automutilleren verblijven. De voorziening heeft een isoleercel, maar het team kiest ervoor om deze niet te gebruiken. Het team werkt niet met sancties, maar vanuit verbinding en samenwerking. De bejegening is responsief, de PM blijft in contact probeert aan te sluiten bij de behoeften van de suïcidale jongere en/of jongere die automutileert.

I “Je zei dat ze hier wel een time out of isoleer hebben maar dat ze die niet gebruiken?

R Ja, dat klopt. Die gebruiken ze niet. Ik heb ook wel vaak midden in de nacht gezeten met groepsleiding om te praten. Er is altijd een slaapdienst aanwezig waar je ook echt bij aan mag kloppen. En Ja. Dat geeft wel een fijn gevoel.

A En wat doet hij dat jij die stap durft te maken?

R Ja, ik denk.....het is de sfeer die er hangt. Het is niet de sfeer van [naam locatie A] Het is niet dat de kamers op slot gaan, dat er op alarm wordt gedrukt, het is....anders.”(D35, meisje, 16 jaar)

R “Nee, we isoleren juist niet bij suïcidaliteit. Juist niet. Ik ga liever naar buiten met een jongere. Bewegen. Als je het echt niet vertrouwd desnoods op 10 meter achter je back up mee laten lopen. Afleiding en nabijheid bieden en de jongere niet alleen laten. Er onvoorwaardelijk zijn. We isoleren de jongere niet bij suïcidaliteit of zelfbeschadiging, dat is nou precies wat we niet willen. Wij vinden het belangrijk om onvoorwaardelijk die nabijheid te bieden en te kijken wat er onder het gedrag ligt.” (D27)

De kamers op deze groep kunnen wel op slot, maar worden 's avonds niet van de buitenkant op slot gedraaid. De jongere kan zelf de kamer wel op slot draaien. Dat verlaagt de drempel om op ieder moment, ook 's nachts, uit de kamer te kunnen gaan, om hulp te vragen als dat nodig is. Groepsleiding stelt zich beschikbaar op, ook als de jongere 's avonds om hulp vraagt.

O1 “Dus je praatte veel met haar ook over suïcidaal gedrag?

Ja, wat ik merkte was dat zij vaak weer ff naar beneden kwam als de andere jongeren op bed lagen en dan wilde babbelen zeg maar. Ik hou er niet van om meteen te zegen 'dat is aandacht'. Zo wil ik er niet in staan. Dus ik zei 'ik ga een kop thee voor je zetten en dan gaan we even zitten en dan gaan we even een half uurtje praten. En wat ik aan het eind van zo'n gesprek wel altijd deed, omdat het vaak 's avonds was, is dat ik zei 'als er nou echt iets is, klop dan even aan. Ik had dan nachtdienst. Dus wel een soort van een aanbieding doen, voor mocht het echt nodig zijn". (D36).

Als het "een keer mis gaat" (automutilatie) wordt de jongere niet geïsoleerd en wordt er niet gedreigd met overplaatsing, maar biedt het team van PM'ers nabijheid en steun.

R "Toen het voor de eerste keer weer echt mis was gegaan was ik zo bang dat er ineens weer een busje van GGZ vervoer zou staan. Dat ik ineens weer naar [naam locatie A] ga, of dat ik in de Iso kom. Of dat ik scheurkleding aan krijg, ja. Zij zeiden hier "nee dat gaan we niet doen". Ze zijn er echt goed mee om gegaan. Ja. Toen vroegen ze ook "Wil je dat ik meega naar het ziekenhuis? Ja. Dat eigenlijk. Een PM die zegt: 'Ik blijf bij jou. Ik laat je niet alleen'. Dat was nieuw. En heel fijn." (D35, meisje, 16 jaar).

Het team ondersteunt jongeren en plaatst jongeren bewust niet door als de problematiek moeilijk is. Een PM'er beschrijft hoe na een ernstige suïcidepoging de discussie in het team ontstond of het team deze suïcidale jongere wel in deze "open" setting zouden kunnen ondersteunen. Voor sommigen in het team was dit spannend. Het team heeft hier volop met elkaar over gebrainstormd en de discussie met elkaar over gevoerd. Besloten is om het meisje niet door te plaatsen: Medewerkers zetten zich vervolgens als team in om de jongere in crisis constante nabijheid te bieden. Het team heeft er alles aan gedaan om de jongere bij zich te kunnen houden, wat gelukt is. Het meisje is gebleven, het gaat inmiddels beter met haar.

De jongeren vinden dat de de PM'ers op deze groep open zijn. PM'ers bieden nabijheid, geven vertrouwen, nemen de tijd en vertellen in het contact ook iets over zichzelf. Sommigen zetten hun eigen ervaring in.

R "Want hier zijn ze vrij menselijk, we weten ook wel wat dingen over de PM'ers. Ze zijn opener. Ze praten beter, ze nemen meer tijd voor je. Ja, want ze vragen heel veel van jou, maar we krijgen nooit iets van die mensen terug. We weten niet wat ze doen, wie ze zijn, of ze een gezin hebben. En hier, hier weet je dat wel. En ja dat geeft je wel een fijner gevoel, dat je er wel toe doet". (D35, meisje, 16 jaar)

R "Ja, het helpt ook dat hij ook dingen heeft verteld over zijn verleden en daar rapt hij ook af en toe over, dat is wel heel mooi. En dus ik weet ook al dingen over hem en dat is altijd wel mooi want dan weet ik zeker dat hij mij begrijpt, want hij heeft ook dingen meegemaakt. Dat is gewoon wel mooi. Dat we allebei een verleden hebben gehad, dat we er allebei wel best wel goed mee om zijn gegaan. Begeleider: Ja, ik denk dat dat ook goed is dat wij ook laten dat wij onze problemen hebben. Dat we ook maar gewoon mens zijn." (D23, jongen, 14 jaar)

Bijzonder is dat de relatie tussen jongere en een begeleider niet negatief beïnvloed wordt als er een incident met fixatie plaatsvindt. Het incident wordt uitgesproken en afgesloten met een knuffel. De jongere beschrijft het incident in positieve termen.

R "Eén keer ben ik hier gefixeerd. En daarna toen ben ik naar buiten toe gelopen voor een half uurtje/kwartiertje. Om rustig te worden. En daarna ben ik gewoon gesprek in gegaan. Begeleider: Maar wat het mooiste is, dat jullie elkaar daarna aankeken zo van 'ja, wat de fuck hebben we net gedaan dat sloeg helemaal nergens op' en daarna gewoon een knuffel gaven. Dat

was zo'n mooi moment.

R: Ja, daarna was het ook wel goed. Ik mis hem nog steeds want hij werkt nu op een andere groep. Hij was relaxt.” (D23, jongen, 14 jaar)

Jongeren komen nog regelmatig langs en nemen uit zichzelf contact op met de groep om te laten weten hoe het met hen gaat.

“Het is bijzonder als hier een jongere voor de deur staat om even te laten horen hoe het met hem is. En een bakkie te drinken. Dat is supervet. Dan moet je daar natuurlijk tijd voor maken. En dat is ook de kracht van vanuit verbinding werken. Als je een super beheersmatig team hebt dan gaan dit soort dingen niet gebeuren. Dan willen jongeren liever geen contact meer en willen ze het liefst zo snel mogelijk weg.” (D27)

Hoofdstuk 3 Resultaten jongeren

Aan jongeren is gevraagd hoe groepsworkers reageren op suïcidale uitspraken en signalen. Ook is jongeren gevraagd wat zij van die reacties vinden. Jongeren beschrijven twee soorten reacties: Helpende reacties en niet-helpende reacties. In paragraaf 3.1 worden de reacties van hulpverleners beschreven die volgens jongeren helpend zijn. In paragraaf 3.2 worden de en reacties beschreven die volgens jongeren niet helpend zijn.

Daarnaast hebben wij jongeren gevraagd hoe zij omgaan met een groepsgeenoot die zich suïcidaal uit en wat de impact is van suïcidaal gedrag op henzelf en het leefklimaat. De resultaten zijn beschreven in paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4. worden helpende en belemmerende systeemfactoren benoemd. In paragraaf 3.5 beschrijven jongeren de begeleidingsstijl die volgens hen gewenst is in de begeleiding van jongeren met suïcidaal gedrag.

3.1 Reacties die helpend zijn

3.1.1 Een vertrouwensband werkt preventief

De benadering, de toon en de manier waarop hulpverleners contact maken met jongeren is cruciaal voor jongeren. Dat bepaalt of zij de stap durven nemen om met groepsleiders in gesprek te gaan of om hulp te vragen. Oprecht luisteren, betrokkenheid en aandacht is belangrijk (*'niet typen tijdens een gesprek'*). Maar ook een "gewoon gesprek voeren" in plaats van uitvragen, iets van jezelf als mens tonen, zijn zaken die daarbij voor jongeren een belangrijke rol spelen. Jongeren zijn positief over hulpverleners die tijd maken om een vertrouwensband met hen op te bouwen. Een vertrouwensband werkt preventief. Het betekent niet dat jongeren ineens alles zullen vertellen. Maar een vertrouwensband is voorwaarde voor jongeren om het gesprek aan te kunnen gaan. Afhankelijk van de mate van suïcidaliteit kan het dan nog steeds voorkomen dat jongeren niets zeggen en hun suïcidaliteit verbergen of ontkennen. Maar soms kan die vertrouwensband een jongere over de streep trekken om een volgende keer wel in te gaan op vragen. Zonder vertrouwensband kun je geen serieuze dingen met elkaar bespreken, zeggen jongeren.

R "Bij (naam begeleider) voel ik me echt heel erg op mijn gemak, zij helpt mij echt heel goed. Interviewer 1: Ja, dat dacht ik al te zien net. Aan dat hele kleine gebaartje op de gang, dat je even aan haar haar zat.

Respondent: Ja, klopt, we frunniken aan elkaars haar en zij doet dat ook bij mij, en als zij s'avonds dienst heeft komt ze me altijd instoppen en doet ze zo [maakt gebaar met haar hand over haar gezicht] een kruis of zo. Ik weet niet precies, maar ze vertelde dat dat iets is wat ze van haar opa en oma heeft. Ze is chille leiding. Met haar kan ik gewoon gezellig zijn, maar ook echt serieuze gesprekken hebben." (D14, meisje, 17 jaar)

R "Nee nee, ehmm het is gewoon nodig dat we open en eerlijk zijn en dat groepsleiding meer tijd heeft voor ons. En ehm, dat we uiteindelijk meer leuke dingen gaan doen, want dan ga je ook een band zeg maar opbouwen en dan kun je ook met die serieuze dingen komen. Als je niet eens normaal met elkaar een broodje kan eten dan kun je niet over dit soort dingen [suïcidaliteit, SK] praten." (D31, meisje, 17 jaar)

R "Ik had twee hele goede begeleiders, waar ik een hele goede band mee had. Die mij ook echt door en door kenden, dus niet alleen van de gesprekken maar ook écht. Ik had echt een klik met ze, zeg maar. En dat zorgde er voor dat zij heel veel bij mij konden maken en doen. Ja, zij hebben mij vooral geholpen met – lacht hard – en dat is in kliniektermen een beetje een scheldwoord maar, vaardigheden aanleren om met je spanning om te gaan... [lachen] "Crisisvaardigheden!" Ja, als je dat

daar op de groep zegt dan lacht iedereen je uit, dan dat is echt een scheldwoord zeg maar.” (D37, meisje, 17 jaar)

3.1.2 Luisteren en begrip

Een groot deel van de geïnterviewde jongeren zegt dat het helpt als een hulpverlener écht naar hen luistert, hun gevoelens erkent en luistert. Soms weten jongeren niet precies wat er aan de hand is. Het helpt als een hulpverlener luistert zodat jongeren hun suïcidale gedachten en gevoelens om kunnen zetten in woorden. Emoties overspoelen jongeren soms. Jongeren zeggen het moeilijk te vinden om dan precies te benoemen wat er aan de hand is als de spanning oploopt. Het is fijn als een hulpverlener er begrip voor heeft als een jongere niet kan zeggen wat er is. Het helpt ook als de vraag klein wordt gemaakt zeggen jongeren. Een vraag als “Hoe gaat het met je?” is te groot en te algemeen. “Wat voel je” of “Wat gaat er in je om?” is een betere vraag om een gesprek met elkaar te voeren.

R “Hoe gaat het? Ja, dat is een veel te moeilijke vraag. Die vraag is te breed. Dan zeg ik maar ‘goed’. Want soms weet ik gewoon niet wat er aan de hand is. Als ik het wist zou ik het zeggen. Als iemand gewoon luistert en er respect voor heeft dat ik het niet weet, word ik rustig. Dat helpt. Dan zakt het en kan ik samen ontrafelen wat er nu eigenlijk gebeurd is waardoor ik mij zo voel. Er is altijd een aanleiding, maar soms zie ik die niet.” (D35, meisje, 16 jaar)

3.1.3 Bij mij blijven in een crisis

Jongeren zijn positief over hulpverleners die ‘samen met mij mijn crisis doorkomt’. Het is helpend als een hulpverlener naast hen gaat staan, naar jongeren luistert en open is in het contact. Jongeren spraken zich positief uit over hulpverleners die contact maken en in een crisis afstemmen op de jongeren. Concreet betekent dat contact maken, bij de jongere blijven en samen met de jongere afleiding zoeken. Hierdoor zakt de spanning. Een jongere beschrijft hoe het haar helpt als een hulpverlener letterlijk nabijheid biedt in een crisis. Het gaf haar een veilig gevoel dat er iemand bij haar is op het moment dat ze dissocieert.

R “Een hele positieve ervaring voor mij was dat ik een begeleider had en die kwam gewoon bij mij op mijn kamer zitten en die ging met mij mijn crisis letterlijk uitzitten. Die zei “ik blijf bij je en we gaan dit samen doen”. Ik dissocieer ook vaak en dan weet ik niet meer wat ik doe dus dan is het heel fijn als je weet dat er iemand bij je is. Dat je weet dat je veilig bent. Dat heeft mij wel echt geholpen.” (D37, meisje, 17 jaar)

“Mijn mentor was duidelijk, eerlijk, en liefdevol. Zij bleef bij mij als het niet goed ging. Maar op andere momenten pakte ze mij ook aan. Ze was open en gewoon menselijk. Ik heb heel veel aan haar gehad.” (D31, meisje, 16 jaar)

R “Wat ik nodig heb? Iemand die mij letterlijk wakker houdt. Ervoor zorgen dat ik niet helemaal van de wereld verdwijnt. Soms is het zo donker en zo diep in de put. En dan is het fijn als ze bij mij blijven. Met mij praten, in gesprek blijven. Ze vragen als het niet goed gaat, op het moment zelf van: ‘Wat wil je?’ Of ze bieden dingen aan: ‘Vind je het fijn om een stukje te wandelen? Vind je het toch fijn om weer even een kopje thee te drinken?’ Ik heb ook wel eens gehad dat een groepsleiding mij een kleurplaat gaf, en dan ging ik gewoon liggen kleuren. Heerlijk.” (D35, meisje, 16 jaar)

Een jongere beschrijft dat zij er begrip voor heeft dat er alarm wordt gedrukt als zij zich suïcidaal gedraagt. Zij begrijpt dat het moeilijk is voor begeleiding om rustig te blijven als zij boos en in paniek is. In het fragment hieronder geeft ze ook aan wat ze werkelijk nodig had: nabijheid.

R “Ik snap het wel dat mensen alarm drukken. Ik snap dat als ik boos van de trap wil springen dat mensen dan niet rustig kunnen blijven tegen mij en mij geen nabijheid kunnen bieden. Ik snap dat wel. Maar het enige wat ik echt nodig heb is iemand die even een arm om me heen slaat en zegt “ik ben bij je” of “ik luister na je” of “ik zit hier gewoon”. Ik vind het al gewoon fijn als je gewoon naast me zit als ik boos of verdrietig ben. Ik heb gewoon die nabijheid nodig. Dat is eigenlijk het enige wat ik echt nodig heb.” (D14, meisje, 17 jaar)

Praten is essentieel in de ondersteuning van suïcidale jongeren, maar hulp vragen als de spanning oploopt is moeilijk en voelt kwetsbaar. Jongeren schamen zich vaak over hun suïcidaliteit of behoefte aan automutilatie, of voelen zich teveel. Veel respondenten zeggen dat zij het gevoel hebben anderen tot last te zijn. Ze denken dat ze geen hulp verdienen of dat zij niet de moeite waard zijn om hulp te ontvangen bij bijvoorbeeld automutilatie (“Ik doe het toch zelf?”). Ook vinden zij het moeilijk om een hulpverlener te vertrouwen. Het voelt heel kwetsbaar voor jongeren om te praten over zelfbeschadiging en suïcidale gedachten.

“Ik hoor jongeren regelmatig zeggen dat als ze suïcidale gedachten, dat het helpt om er over te praten. Hoe werkt dat bij jou?”

R Ligt er aan met wie. Ik kan helemaal niemand vertrouwen. Dus als ik geen band met je heb dan gaat praten moeilijk.” (D31, meisje, 16 jaar)

R “Terwijl, als ik hulp vraag dan krijg je al die gedachtes van “Ja, je bent het niet waard, je doet het [automutileren, SK] toch zelf? Je mag niet voor jezelf zorgen want....je bent anderen tot last”. Ja, dat is heel dubbel.” (D37, meisje, 18 jaar)

3.1.4 Knuffels, en afgestemde nabijheid

Meerdere jongeren benoemden dat zij het fijn vinden als hulpverleners empathisch reageren en hen een knuffel geven als zij het zwaar hebben. Zij vinden het belangrijk om van mens tot mens contact te maken, knuffels horen daarbij, juist omdat ze dat missen van ouders. Voorwaarde is wel dat jongeren een klik met de hulpverlener hebben (“Ik hoef echt niet van iedereen een knuffel”).

R “Als ik me gewoon echt rot voel, dan wil ik het liefst gewoon bij mijn moeder lekker op de bank, dat is het enige wat je wil. Maar dat kan niet. En sommige groepsleiding zoals mijn mentor die zegt ook gewoon '(naam respondent), kom maar gewoon effe tegen mij aan zitten en huil maar gewoon, je mag huilen, je hoeft je niet te schamen', want ik vind het heel erg om te huilen waar andere mensen bij zijn. Maar bij haar en bij (naam begeleider) kan ik dat gewoon, zij geven mij een knuffel en ik durf dan gewoon echt te laten zien hoe ik mij voel.” (D14, meisje, 17 jaar)

Een knuffel kan volgens de jongere in het volgende citaat, echter veel ellende voorkomen. Een jongere vindt dat een goede hulpverlener naast haar en niet tegenover haar moet staan en dat het fijn is als die betrokkenheid zich af en toe uit in een knuffel.

Het merendeel van de interviews met jongeren, op een na, is afgenomen voor de Corona-uitbraak. Knuffelen kon toen nog. Maar in veel instellingen is het “verboden” om knuffels te geven. Mede door de Coronacrisis is maatschappij-breed duidelijk geworden hoe belangrijk het is om knuffels te krijgen en aangeraakt te worden.

R “Je zei dat je twee begeleiders hebt gehad waar je een goede klik mee had. Wat doen die twee dan anders dan de rest?”

M2 Ze hebben een stukje betrokkenheid, zijn niet alleen maar hulpverlener maar ook mens. Meestal staat een hulpverlener tegenover je, zij stonden naast mij. Zeker als je in opname bent, dan heb je

iemand nodig die er voor jou is. Waar ik thuis een knuffel van mijn ouders zou krijgen, krijg ik dat van een hulpverlener niet, want dat mag niet. Maar die twee begeleiders die hadden daar een beetje [fluistert] lak aan en die deden dat wel gewoon. Ik heb er ook al veel aan als iemand zegt "Ik blijf gewoon bij je". Dat is ook al echt genoeg. Maar zo'n knuffel zijn wel van die kleine dingen die heel veel betekenen. En die ook heel veel kunnen voorkomen naar mijn idee. Ik denk dat dat er wel een paar keer bij mij voor heeft gezorgd dat het niet helemaal uit de hand is gelopen." (D37, meisje, 17 jaar)

Een respondente met autisme vindt het fijn als haar begeleiders een kalme benadering bieden. Zij wil wel dat de hulpverlener in het handelen nabijheid biedt. Daarnaast wil zij voelen dat er een mens tegenover haar zit die om haar geeft en bezorgd is om haar.

I "En wat is voor jou een goede begeleider?"

R "Ja, dat ze rustig en kalm zijn, dat ze een beetje naar me toe komen als ik slecht voel en als ik gewoon goed met ze kan praten.

I Wat moet iemand doen, zodat je er goed mee kan praten?"

R Bezorgd om me zijn als er iets is, om mij geven." (D20, meisje, 17 jaar)

3.1.5 Signaleringsplan? Ja mits.

Jongeren vinden het inzetten van een signaleringsplan maar zeer beperkt helpend. De sleutel voor goede ondersteuning ligt voor hen in contact maken en praten. In gezien worden. Nabijheid. En in het hebben van een vertrouwensband met de hulpverlener. Jongeren zullen alleen over concrete plannen of eventuele voorbereidingen vertellen als zij zich veilig voelen bij een hulpverlener. Jongeren vinden dat hulpverleners zich niet blind moeten staren op wat er in het signaleringsplan staat, maar contact moeten maken. Hulpverleners moeten samen met jongeren bekijken wat er op het moment van een crisis helpend is. Daarvoor is het nodig om naar de jongere te luisteren en betrokkenheid te tonen. Dat gebeurt nu soms nog te weinig, zeggen jongeren. Een hulpverlener mag het vanuit die betrokkenheid overnemen, bijvoorbeeld als een jongere door de bomen het bos niet meer ziet. Een signaleringsplan inzetten zonder dat er een goede werkrelatie is, voelt voor jongeren niet als zinvol. Een jongere daarentegen ondervond wel een zekere mate van steun van het signaleringsplan, maar ook zij gaf aan dat het haar het meeste helpt als er op het moment zelf bekeken wordt wat zij nodig heeft.

"R Het signaleringsplan kon mij soms helpen als ik zelf door de bomen het bos niet meer zag, maar aan de andere kant, werd het al vrij snel heel standaard en gebruik je hem niet meer heel veel. Want het is een papiertje waar dingen op staan, maar als jij in crisis zit, dan kan je heel leuk gaan tekenen, maar dan voelt dat voor mij als niks, zeg maar, want wat moet dat tekenen nou gaan veranderen?"

S Wat zou wèl hebben geholpen?"

R Ja, dat is contact met mij maken en per keer samen met mij kijken wat er moet gebeuren." (D37, meisje, 17 jaar)

R "Signaleringsplan? Oh dat woord heb ik zo vaak gehoord!

I En helpt dat jou?"

R Nee! Dan ziet leiding wat aan je en dan zegt ze: "Heb je je signaleringsplan al gebruikt?". En dan heb ik zoiets van "tsja, ik moest zo'n signaleringsplan maken, maar dat helpt niet bij mij". Het verschilt bij mij gewoon per situatie en per keer wat helpt. Het helpt veel beter om te vragen op het moment zelf van: wat wil je?"

I Doen jouw begeleiders dat?"

R Nee, ze zeiden altijd "Nou op een gegeven moment gaat het wel helpen". Maar we zijn anderhalf jaar verder en het werkt nog steeds niet voor mij." (D35, meisje, 16 jaar).

Tegelijkertijd zegt dezelfde jongere dat het ook het belangrijk is dat de hulpverlening zich afstemt op de jongere en samen met de jongere bekijkt wat helpend is. Een one-size-fits-all aanpak is niet helpend. Dit meisje wil binnen haar mogelijkheden eigen keuzes kunnen maken.

R "Als het echt heel hoog zit, dan is nabijheid fijn. Maar soms schommel je ook eigenlijk, dan snap ik dat leiding bij mij wil zijn. Maar dan denk ik, laat mij alleen, laat mij met rust, ik heb geen zin aan mensen om mij heen. Het verschilt ook heel erg per situatie wat je wilt. Dat verschilt per leiding. Een leiding die mij niet goed kent, die blijft achter mij aan lopen. Een leiding die mij wel kent, die zegt: prima als je naar je kamer gaat, maar als het niet gaat, loop naar ons toe. En dat werkt prima. (D35, meisje, 16 jaar)

3.1.6 Gevoel tonen

Jongeren zijn positief over begeleiders die hun eigen emoties tonen en van mens tot mens met hen spreken ("gewoon jezelf zijn en je niet verschuilen achter je rol als groepswerker"). Het maakt de relatie gelijkwaardiger als hulpverleners hun gevoel tonen en iets over zichzelf vertellen. En het maakt het makkelijker voor jongeren om contact te maken met groepsleiding als deze iets van zichzelf laat zien. Het kan om kleine dingen gaan; iets vertellen over jezelf, of iets vertellen over wat je hebt meegemaakt. Het gaat om de inbreng van wederkerigheid.

R "Ja want ze vragen heel veel van jou, maar we krijgen nooit iets van die mensen terug. We weten niet wat ze doen, wie ze zijn, of ze een gezin hebben. En hier, hier doen ze dat wel. En gaan ze soms ook uit eigen ervaring praten. En ja dat geeft je wel een fijner gevoel, dat je er wel toe doet." (D35, meisje, 16 jaar)

R "Nou de groepsleider van mij die zag je wel echt met tranen in zijn ogen binnen. Ik vond dat niet leuk om te zien. Maar ik zag wel dat het groepsleiding het gewoon het ook raakte. En dat het ook, dat hun er ook mee zitten. En ik niet alleen. Dat zij ook mens zijn. Nou ik zie hem nu gewoon echt meer als een.... ja.. het klinkt heel raar maar gewoon als iemand die gevoel heeft en zo. Want bij sommige groepsleiding heb je dat gewoon niet echt. Het maakte het makkelijker voor mij om met hem te levelen en naar hem toe te gaan voor hulp." (D3, meisje, 15 jaar).

3.2 Reacties die niet helpend zijn

3.2.1 Afwijzing, niet luisteren

Soms wordt het gedrag van suïcidale jongeren afgedaan als "aandacht zoeken". Uit de interviews blijkt dat suïcidale jongeren of jongeren die automutileren op verschillende manieren om hulp vragen wanneer zij zich niet goed voelen: door stil of verdrietig te zijn. Of door boos of geïrriteerd te zijn. Door niet uit bed te kunnen komen van spanning en vermoeidheid. Verbaal hulp vragen is moeilijk voor hen. Er wordt vaak gereageerd en gehandeld op het gedrag dat jongeren laten zien, maar niet op het onvermogen, de pijn en de emoties onder dat gedrag. Als aandacht vragen als een negatieve emotie wordt gelabeld ('aandachtrekkerij') raken jongeren van de regen in de drup. Voor jongeren kan het gevolg van die afwijzing betekenen, dat ze geen hulp meer durven te vragen. Sommigen worden verdrietig en sluiten zich verder af. Bij anderen bevestigt het het diepgewortelde gevoel dat zij zich aanstellen, dat zij anderen tot last zijn en dat zij het niet waard zijn om om hulp te vragen. Het kan hun problemen verergeren.

R "sommige groepsleiding zeggen dan ook van ja als je verdrietig bent dan moet je op je kamer zitten... Nee, ze zeggen ja dan als... of je zegt bijvoorbeeld niet waar over het gaat, dan zegt sommige groepsleiding dat je aandacht wil zoeken...Dat hebben ze een paar keer tegen mij gezegd, dat was

echt niet leuk.

I: Word je dan boos of word je dan nog verdrietiger?

R: Meer verdrietiger. Want wat het dan ook is. Mensen die daar aan denken aan de dood, die worden getriggerd als zoiets tegen iemand zegt.” (D3, meisje, 16 jaar)

R1 En zelfs als iemand aandacht zou willen vragen, dan is het toch niet fout, zo van “Ja je doet het zelf?” Ze denken dan van “Ja, ze wil onze aandacht, als je echt dood wilt dan had je er niet meer gezeten”. Ik krijg dan het gevoel dat ik mij aanstel of zo. Dat ik anderen tot last bent, dat gevoel. En ook het stukje van ‘ik mag niet om hulp vragen want blijkbaar is het niet erg genoeg’. Of dat je het niet waard bent, zoiets, want ja. (D37, meisje, 17 jaar)

Het merendeel van de geïnterviewde jongeren geeft aan dat er te weinig of niet met hen overlegd wordt en dat er niet voldoende naar hen geluisterd wordt. Zij denken dat hulpverleners daardoor niet weten wat wel en niet werkt voor een suïcidale jongere en vinden dat er meer aan henzelf gevraagd moet worden. Nu wordt er vaak voor de jongere beslist. Zij verliezen daardoor vertrouwen in hulpverleners, raken gedemotiveerd en trekken zich terug.

R “Ja, kijk naar de persoon zelf, want je wordt zo gauw als een nummertje gezien: die is suïcidaal, die eet niet dus dan moet er dit gebeuren, terwijl, je kunt beter luisteren naar de persoon en aan diegene vragen “wat heb jij nodig?” (D37, meisje 17 jaar)

R “Heel veel van de kinderen worden niet gehoord. Ze luisteren niet. En je doet zo je best om te blijven zwemmen, om je hoofd boven water te houden. En dan trekken mensen je naar beneden. En dan heb je echt zoiets van “ja, kan ik dan niet gewoon verdrinken?” laat me dat dan doen! Nee, en zelfs dát kan niet. En dan heb je echt zoiets van ja, wat schieten we hiermee op eigenlijk? Ik zou willen dat er meer geluisterd wordt naar de kinderen. Dat er gekeken wordt naar het individu.. wat past het beste bij de behandeling van dit kind. Wat past en niet, niet wat past in het algemeen.” (D19, meisje, 17 jaar)

3.2.2 Gelijke monniken, gelijke kappen

Het leven op de groep wordt vaak gekenmerkt door ‘regels zijn regels’ en ‘gelijke monniken, gelijke kappen’. De ondersteuning aan een suïcidale jongere kan dan in de knel komen. Bijvoorbeeld als dat wat in het signaleringsplan staat, botst met de groepsregels. Bijvoorbeeld: In het signaleringsplan staat dat een jongere onder begeleiding buiten een rondje mag lopen om spanning te laten zakken. De jongere kan door haar crisis niet naar school. De groepsregel is: jongeren moeten op hun kamer blijven als zij niet naar school willen. Gevolg: jongere mag buiten geen rondje lopen vanwege de groepsregel. De spanning loopt nog verder op en de jongere escaleert.

Het merendeel van de jongeren geeft aan dat zij afhaken wanneer er afwijzend gereageerd wordt op een hulpvraag. Daarnaast geven jongeren aan dat de toepassing van regels afhankelijk is van de individuele hulpverlener. Een aantal jongeren beschrijven dat de variatie in handelen groot kan zijn. Als een jongere geautomutileerd heeft, kan het handelen volgens onderstaande jongere, variëren van het geven van een pleister tot plaatsing in de isoleer; het hangt af van de persoon in dienst hoe de situatie wordt ingeschat en welke maatregelen er getroffen worden. Een aantal factoren lijkt daarin van belang, zoals hoe goed de hulpverlener de jongere kent, de mate van vertrouwen die de hulpverlener in de jongere heeft, zijn/haar persoonlijkheid (snel geneigd controle over te nemen of juist geneigd om af te stemmen met de jongere), zijn/haar houding ten opzichte van automutilatie, de mate van kennis, zijn/haar vaardigheden en ervaring.

I "Hoe wordt jouw veiligheidsplan gebruikt?

R Ligt er aan wie er in dienst is. De één vertrouwt mij en kent mij beter, dus stel dat ik mijzelf bijvoorbeeld heb gesneden ofzo. In mijn signaleringsplan staat 'niet in emotie meegaan gewoon een pleister geven'. En anderen weten dan bijvoorbeeld ook van mij dat ik gewoon inlever wat ik heb. En anderen vertrouwen mij dus helemaal niet en dan word ik naar comfort geplaatst. De ene plaatst mij in comfort met mijn eigen kleding en de ander zet mij gelijk in scheurjurk. Dus het verschilt echt wie er in dienst is. (D14, meisje, 17 jaar)

3.2.3 Impact geen tijd: Steeds extremer om aandacht vragen

Hulpverleners kunnen bij incidenten op de groep vaak niet voldoende aandacht geven aan andere jongeren. In de interviews komt naar voren hoe daardoor incidenten kunnen ontstaan. Om gehoord en geholpen te worden, gaan jongeren op extreme manieren om aandacht vragen. De jongere in onderstaand citaat vertelde hoe zij, als de spanning oploopt, vanuit haar kamer om hulp vraagt. De groepsleiding is echter druk en heeft geen tijd om naar haar toe te komen. De situatie escaleert, zij dreigt van een trap af te springen en er wordt alarm gedrukt.

R "Dus gister had ik echt, gister kwam ik niet verder. Ik kon bijna niet uit bed komen.. Ja, dus ik had gebeld, half acht s'ochtend: 'help me, ik kom er niet uit'. Ik had veel spanning maar er kon niemand komen. Het lukte mij niet om naar school te gaan omdat ik teveel spanning had. Omdat ik niet naar school wild, werd ik op kamer geplaatst en mijn stroom werd er afgehaald. Heel drama. Ik was boos dat er nog steeds niet naar me werd geluisterd. Dat ik gelijk weer opgesloten werd in mijn kamer. En toen ben ik de trap op gerend. Ik wou niet naar beneden springen, ik wou gewoon dat ze me gingen helpen. Als ik daar sta begin ik helemaal te zweten en trillen, ik heb hoogtevrees hoor! - lacht - Ja, en toen drukte ze pieper en dan komt man en alle macht hierheen, en dan word je met je armpjes op de rug weggebracht naar de comfortroom. Dat vond ik het ergste, dat ik in de comfort-room werd geplaatst. Ik wilde alleen maar dat ze mij zouden helpen."(D14, meisje, 17 jaar)

Als er nog maar een PM'er op de groep staat, omdat de andere bezig is met een jongere, is het extra moeilijk voor jongeren om om hulp te vragen. Jongeren realiseren zich dat de rest van de groep dan zonder begeleiding zit. Als ze toch besluiten om om hulp te vragen, voelen ze de tijdsdruk waardoor ze zich schuldig voelen dat ze om aandacht hebben gevraagd. Daardoor neemt de spanning verder toe, en belandt de jongere van de regen in de drup.

R "Er waren twee groepsleiders op 10 jongeren. Als je een gesprek wilde met groepsleiding dan stond er nog maar een groepsleiding bij al die jongeren. Dan krijg je te horen als je in een gesprek zit, 'schiets even op, we hebben niet zoveel tijd, want mijn collega staat alleen'. En dan heb ik zoiets van, "Ok. Ik had überhaupt niet in gesprek moeten gaan, want ze hebben geen tijd". En dan beginnen de schuldgevoelens weer op te spelen. En bij mij waren die schuldgevoelens juist een trigger voor weer slechter voelen, mezelf willen beschadigen". (D35, meisje, PM)

Een extra kracht inzetten kan voorkomen dat jongeren moeten vechten om aandacht. Zo voorkom je dat jongeren steeds extremer gedrag gaan vertonen om aandacht te krijgen.

R "Ja, ik vind gewoon als er meer mensen op de groep niet lekker in hun vel zitten, dan vind ik dat er een extra man op de groep moet zijn. Maar dat kan niet want dat is met geld en bezuinigingen enzo. Leiding probeert de aandacht te verdelen. Maar soms is het een gevecht wie de meeste aandacht krijgt. Ja, stel de groepsleiding is met mij bezig en iemand anders heeft aandacht nodig. Dan gaat die gene zich zo erg gedragen zodat de aandacht meer naar haar gaat, en dan ga ik bijvoorbeeld ook weer extra gedragen dan is het zo.. dan bouwt het zich op en op en op." (D20, meisje, 17 jaar)

3.2.4 Praten heeft consequenties

Jongeren willen, als ze iemand vertrouwen, best praten over hun suïcidale gedachten. Maar jongeren zijn bang om te praten over suïcidale gedachten of de drang om zichzelf te beschadigen, als ze weten dat daar beheersmatige consequenties aan verbonden zijn. Consequenties kunnen zijn: beperkende maatregelen zoals plaatsing onder cameratoezicht, in de isoleer geplaatst worden met scheurkleden. Of, bij automutilatie: het afnemen van mesjes, strippen van de kamer, fixatie, plaatsing in isoleer etc. Jongeren zijn heel helder in het effect van deze maatregelen. Beheersmatige consequenties zijn redenen om niet in gesprek te gaan. Regelmatig werd in interviews gezegd “Praten heeft consequenties. Dan zeg ik toch niets meer?” Terwijl praten de suïcidale gedachten en spanning kan doen afnemen. Het vooruitzicht van plaatsing in afzondering schrikt jongeren af om te praten over hun suïcidale gedachten of oplopende spanning. Plaatsing in isoleer maakt suïcidale gedachten erger en voelt als straf. Alle jongeren zeggen dat plaatsing in de isoleer de gedachten in je hoofd versterken en uitvergroot. Als iemand de regie van je over neemt, voel je je alleen maar machtelozer en eenzamer. Wat wel helpt is afleiding, nabijheid, iemand die de crisis met je uitzit en een hulpverlener die met je overlegt, afstemt en meedenkt.

R “Als ik echt met iemand heel goed kan praten dan wil ik er best over praten, alleen het punt is: Als jij weet dat ik een doodswens heb, dan zitten er zoveel consequenties aan, dat het alleen maar erger wordt. Dan ga je krijgen dat je niet meer naar kamer mag, maar dat je op de veilige kamer of de ISO moet, dat je in de gaten wordt gehouden. En dan word je zo gek dat je het juist wil doen. Zij bedoelen dat als hulp, maar voor jongeren voelt dat als straf. Dus dan hou ik het meestal voor me.

I Wat zou jij liever willen?

R Dat ze mee denken, en dat ze er ook voor kunnen zorgen dat je op dat moment echt afleiding gaat krijgen wat jou echt helpt op dat moment. Bij mij helpt bijvoorbeeld een potje voetballen, dat dat dan ook echt even kan.” (D31, meisje, 16 jaar)

R “Ik denk dat het niet om het antwoord gaat. Maar het gaat om de maatregelen die dan getroffen worden, want dat wil je niet, dat hoeft niet op die manier. Van isolatiecellen wordt het alleen maar erger.

S En wat zou er dan wel moeten gebeuren volgens jou?

R Afleiding. Iets van muziek iets knutselen. Ja, er moet gewoon creatief gedacht worden.

En hoop creëren. Hoop creëren is heel belangrijk. Voor mij is het een hulphond, die krijg ik binnenkort. Dat is mijn hoop nu, daarom gaat het nu beter.” (D37, meisje, 17 jaar)

R “Ik denk dat groepsleiding misschien gewoon de jongeren beter kan sturen. Gewoon, echt gewoon sturen en niet persé op de kamer opsluiten. Nee, je moet gewoon naar ze toe gaan en juist mee laten doen en afleiding laten zoeken en niet opsluiten op kamer want dat brengt niks, dat maakt je helemaal niks beter.” (D3, meisje, 15 jaar)

Een aantal jongeren vindt ook dat een vraag als “Kun je veilig de nacht in gaan?” niet zinvol is. Omdat ze weten dat er beheersmatige consequenties zullen volgen (bijvoorbeeld plaatsing in isoleer) zullen jongeren zeggen dat ze veilig de nacht in kunnen, ook al is dat niet zo.

R “En niet letterlijk aan de jongere vragen ‘Kan je nu veilig zijn?’ Want iedere jongere zegt ‘ja’. Niemand zegt dan toch nee? Of ben ligt dat dan aan mij? Ik ga dat toch nooit zeggen als ik weet wat dan de consequenties zijn?” (D37, meisje, 17 jaar)

3.2.5 Plaatsing in isoleer: voors en tegens

Bijna alle jongeren, op twee na, hebben zelf ervaring met plaatsing in de isoleer. Alle jongeren, op een na, vinden dat de isoleer niet gebruikt zou moeten worden en zijn negatief over de inzet van de

isoleer bij suïcidaal gedrag en automutilatie. Ze vinden dat het hen niet helpt en dat plaatsing in de isoleer een grote negatieve impact op hen heeft; dit varieert van boosheid, wanhoop en verdriet tot verlies van hoop. Voor een aantal jongeren is plaatsing in isoleer traumatisch geweest. Een jongere was dermate getraumatiseerd door plaatsing in isoleer, dat zij in het interview aangaf niet over het onderwerp te kunnen en willen praten. Jongeren beschrijven dat zij zich radeloos en eenzaam voelden in de isoleer. Het gaf hen het gevoel dat zij niet de moeite waard zijn om zorg en tijd aan te besteden. Jongeren vertellen dat het gebrek aan afleiding de suïcidale gedachten in hun hoofd versterken. Meerdere jongeren vertelden hoe plaatsing in de isoleer hen juist 'gekker' en wanhopiger maakte. Jongeren voelen zich minderwaardig door plaatsing in isolatie en verliezen het vertrouwen in zichzelf en hun omgeving. Ook heeft het een negatief effect op de werkrelatie met hulpverleners en het leefklimaat.

R "Het gevoel dat ik kreeg was 'Ze willen geen tijd aan mij besteden. Ik moet het zelf doen. Ik ben hun tijd niet waard'. Ja, dat ga je allemaal heel er denken als je eenmaal in die iso zit. Ja. En dan liepen de emoties hoog op. Ja, als je dan op een gegeven moment uitbarst en je begint heel erg te huilen, dan is er niemand die je hoort. Niemand die even naar je toekomt met wie je even kan praten. Niemand. Je wordt daar letterlijk aan je lot overgelaten. Dat is heel eenzaam. Je hebt wel heel veel insecten daar, in de iso. Je bent er niet helemaal alleen." (D35, meisje, 16 jaar)

R "Ja het is echt kut om het maar zo te zeggen, ja ik vind dat echt niet fijn. Je voelt je alleen maar eenzamer." (D14, meisje, 17 jaar)

Een jongere beschrijft in onderstaand citaat waarom zij vindt dat isoleercellen afgeschaft moeten worden. Ze begrijpt echter ook goed dat hulpverleners onder de huidige omstandigheden geen andere mogelijkheid zien. Zij vindt dat het probleem breder aangepakt moet worden; er moet aandacht komen voor de factoren die maken dat hulpverleners de isoleercel inzetten.

R "Even over de isoleercellen. Ik denk dat het helemaal afgeschaft moet worden. Ik snap dat dat natuurlijk heel lastig is want hulpverleners weten vaak niet wat ze anders moeten doen met jongeren die een gevaar zijn voor zichzelf, maar ik denk dat personeelstekort een heel groot probleem is wat speelt en stel dat je heel veel personeel zou hebben. Nou ja, genoeg personeel om dat kind te helpen en ondertussen ook de groep te steunen. Stel dat er twee of drie begeleiders bij kunnen. Ik denk dat er dan heel veel opgelost zou worden; in plaats van omdat je niet meer weet hoe je met zo weinig man iedereen onder controle kan houden, maar iemand maar dumpen in isoleer. Maar uiteindelijk is het gewoon helemaal niet menselijk en je wordt er alleen maar slechter van. Ik denk dat het gewoon heel erg ligt aan het personeelstekorten dat daar echt dringend iets aan gedaan moet worden. En dat is denk ik echt het probleem waar we naar moeten kijken in plaats van hoe gaan we dat doen met die isoleercellen." (D37, meisje, 17 jaar)

R "Natuurlijk vind ik dat isoleercellen eigenlijk afgeschaft moeten worden, maar onder de huidige omstandigheden kan ik mij goed voorstellen dat hulpverleners geen andere mogelijkheid zien. Ik vind dat er drastisch iets veranderd moet worden, maar ik denk dat dat niet mogelijk is als het probleem niet eerst breder aangepakt wordt." (D37, meisje, 18 jaar)

Jongeren zijn negatief over het gebruik van isoleercellen. Sommigen zien de onmacht en angst van hulpverleners en hebben begrip voor de keuzes die hulpverleners maken.

R "Maar er zijn ook situaties waarin iemand acuut suïcidaal is en echt elk moment wat van plan was en dan snap ik dat de iso werd ingezet. Iso is nooit goed, maar op sommige momenten snap ik wel dat ze dat doen." (D35, meisje, 16 jaar)

R “Als ik dan zie hoe uitgeput begeleiding is na een half uur worstelen, dan zitten ze hele dagen met haar in de iso of in de veilige kamer, omdat het niet anders kan. Soms kan je dingen niet oplossen. En zeker niet binnen een setting waar je ook nog heel veel andere jongeren hebt. (D32, meisje, 14 jaar)

3.2.6 Controle, beheersing bij automutilatie

Jongeren zeggen dat de focus van hulpverleners vaak ligt op het stoppen van het zelfbeschadigende gedrag. Zij vinden echter dat er minder nadruk zou moeten liggen op beheersing en het leeghalen van de kamer. Het helpt niet om scherpe voorwerpen weg te halen. Jongeren zeggen dat ze dan alleen maar meer gefixeerd raken en op zoek gaan naar spullen om zichzelf mee te beschadigen. Jongeren vertellen dat snijden een coping mechanisme is geworden om spanning te verlagen. Na zelfbeschadiging is de spanning afgenomen en is er een bepaalde mate van ontspanning opgetreden. Een jongere vertelt hoe ze het niet eens is met het handelen van de PM'er die haar, nadat ze geautomutileerd heeft, alsnog in isoleer zet, terwijl de spanning door de automutilatie al gezakt is.

R “De tweede keer dat ik heb aangegeven dat ik spanning had, hebben ze gelijk mijn kamer leeg gehaald en wisten ze nog steeds niet waarom ik spanning had.” (D35, meisje, 16 jaar)

R “Het liefst had ik gewild dat ze met mij in gesprek waren gegaan in plaats van dat ze mij direct in de iso hadden geplaatst. Ik vond het niet echt een goede reactie. Want ik had de iso op dat moment niet echt nodig. Het snijden was gebeurd en de spanning was weg.

Interviewer: Leggen ze ook uit waarom ze dat doen?

R Ja, omdat ik nog steeds een gevaar voor mijzelf was. Terwijl ik al lang wist dat dat niet zo was. Ja, ‘veilig de nacht in’, zo noemen ze dat dan [met cynische stem].

Maar ze gingen niet in gesprek. En ik kan het wel zeggen, maar de vraag is: wordt er op dat moment wel naar mij geluisterd?.” (D34, meisje, 16 jaar)

3.2.7 Boos worden op jongere

Een aantal jongeren vertellen over hulpverleners die boos worden, en veroordelend en hard reageren als zij geautomutileerd hebben. Ze bieden geen wondverzorging, maar laten jongeren hun eigen wonden verzorgen omdat de jongere het zichzelf heeft aangedaan. Jongeren leren daarmee dat zij geen aandacht en zorg verdienen, dat zij het niet waard zijn om te verzorgen. Jongeren vinden dit geen fijne reactie, ze voelen zich in de steek gelaten. Onderstaande meisje wordt daar boos om.

R “Maar sommige leiding.... dan zijn de wonden erg en dan moet ik het eigenlijk laten hechten maar dan zeggen ze: ‘ja, zoek zelf maar uit’. En dan moet ik het zelf gaan verbinden. Maar dat is een beetje moeilijk met één arm.

I Wat doet dat met jou dat je zelf moet verbinden en dat ze zo reageren?

R: Ja, weet niet, word er wel een beetje boos van.” (D6, meisje, 16 jaar)

R “Nee, dat vind ik niet goed handelen. De leiding is hier verantwoordelijk voor ons. Als wij iets doen, kunnen hun niet met de verbandtrommel staan en zeggen “doe het zelf maar”. Dan moet je echt helpen. En iemand niet aan het lot overlaten.” (D40, jongen, 17 jaar)

Sommige jongeren vinden dat er in de Jeugdzorg hard gereageerd wordt op jongeren die suïcidaal gedrag vertonen en/of automutileren. Volgens hen zou een groepsleider juist zorgzaam moeten zijn en in gesprek moeten gaan met jongeren die automutileren. Zij denken dat groepsleiders hard zijn geworden omdat ze al zoveel hebben gezien en daarom amper nog reageren als een jongere zichzelf beschadigd heeft.

I “Hoe wordt er gereageerd door groepsleiders op automutilatie?

R Ja, groepsleiding, ja die hebben al zo veel gezien die zijn er gewoon hard voor geworden denk ik. Misschien scheelt dat ook wel. Ze reageren er amper meer op dus. Ja, het is maar zo. Verbandje er om en klaar. Ik vind het een beetje hard eigenlijk. Het zijn kinderen die hulp nodig hebben.

I Hoe zou jij willen dat er gereageerd werd?

R Gewoon zorgzaam. In gesprek gaan, waarom heb je het gedaan? Ik vind het gewoon onmenselijk eigenlijk. Niet een gesprek van mens tot mens van goh wat is er nou eigenlijk aan de hand meid?.. Vertel eens...?" (D18, meisje, 16 jaar)

Ook beschrijven jongeren dat een hulpverlener de jongere een schuldgevoel kan geven omdat deze geautomutileerd heeft. Voor de jongere is dit een nare reactie. De jongere heeft op zo'n moment meer aan een hulpverlener die samen met de jongere een plan wil maken om een volgende keer te voorkomen dat hij/zij gaat automutileren.

R "Op een gegeven moment werd teruggebracht [van EHBO na snijincident, SK] naar de instelling en dan dan werden ze nog boos daarna ook. Zo naar. Dan kreeg ik nog een preek ennuh...over het gedoe ervan en...terwijl op dat moment was hetgene wat ik nodig had gehad "Joh, vervelend dat het gebeurd is!". En vooral, op dat moment van ok 'het kan gebeuren', en kijken wat we nu moeten doen om te zorgen dat het rustiger wordt zeg maar en dan op een later moment kijken, hoe kunnen we het een volgende keer voorkomen dat het weer gebeurt." (D37, meisje 17 jaar)

Soms krijgen jongeren negatieve of harde reacties van hulpverleners op de huisartsenpost of in het ziekenhuis na automutilatie of een suicidepoging i.e.: "Als je zo veel van pijn houdt, hoef ik je ook niet te verdoven." Deze reacties maken het moeilijk voor jongeren om om hulp te blijven vragen als ze die nodig hebben.

R "Ik ben ook wel gehecht zonder verdoving. Ja, omdat een arts daar lak had aan.....[stilte, respondente denkt na].....ja die was niet gediend van mensen die dat doen. Ja. 'Want die doen het ook een beetje om weer iets te voelen? Dus ja, waarom zou ik je verdoven?. Maar het kan ook anders hoor! Ik heb ook wel eens in het ziekenhuis gelegen na een poging en toen waren ze heel lief. Ze kwamen steeds langs om te kijken hoe het met mij ging." (D35, meisje, 16 jaar)

R "Ehh alleen toen ik een overdosis had genomen gingen ze een beetje slecht met mij om in het ziekenhuis.

I Wat deden ze?

R Gewoon ze lieten me maar gewoon een beetje en zo, ze waren beetje hard voor me, ze zeiden wel dingen en zo, toen had ik overgegeven in mijn bed maar ze.. niemand ging opruimen, ze lieten mij gewoon." (D6, meisje, 16 jaar)

3.2.8 Niet respectvol omgaan met privacy

Jongeren benoemen dat zij het belangrijk vinden dat hulpverleners en jongeren respectvol omgaan met hun privacy. Zij vinden het belangrijk dat hulpverleners integer omgaan met communicatie naar groepsgenoten; hulpverleners mogen niet zonder toestemming van de jongere in kwestie incidenten bespreken. Jongeren willen weten wat er over hen in contacten en relaties verteld wordt, om te voorkomen dat zij van jongeren vervelende reacties krijgen.

R "Dat is hier ook al een keer op deze groep gebeurd met een ZZP'er. Die kwam tegen mij vertellen dat een ander uit de groep een suicide poging had gedaan. Ik heb ook gelijk bij de persoon waar het om ging, gezegd "Hee, die ZZP'er heeft dit en dit gezegd", dan weet je ook wat er aan de hand is. Degene werd kwaad toch? Die vond dat niet heel leuk." (D40, jongen, 40 jaar)

Jongeren vinden het lastig als iedereen op het terrein weet dat zij gesneden hebben of een suïcidepoging hebben gedaan.

R “ Als één iemand het weet op de groep.... Ik heb ook eens een suïcidepoging gedaan en toen had een groepsgeenoot die bij mij op bezoek kwam gelezen dat er iets met m’n lever was. En dat gaat dan heel [naam instelling] door. Als één iemand het weet, weten de rest van de groepen het ook.” (D37, meisje, 17 jaar)

3.2.9 Alarm en fixatie bij incident

Bij extreme situaties, waarbij de PM’ers op de groep de situatie niet alleen aan kunnen, wordt er op het alarm gedrukt voor assistentie. Het indrukken van het alarm of zoals jongeren het noemen: “pieper drukken”, wordt door het merendeel van de jongeren als stressvol ervaren. De komst van PM’ers van andere groepen of bewakers met EHBO-tassen die de afdeling op rennen, werkt beangstigend. Dit kan voor angst en paniek zorgen. Soms wordt een jongere gefixeerd, wat veel indruk maakt op groepsgeenoten. Jongeren die hierover vertellen zijn zichtbaar geraakt en geemotioneerd.

R “Het is heel heel eng als je in één keer heel veel mensen binnen ziet komen die in één keer allemaal op iemand afstormen die in één keer “bots!” op de grond wordt gegooid. Ohh, ik kan dat echt niet zien, ik krijg paniek daar van!. Voor mij is het echt traumatisch, als ik dat zie, ik krijg helemaal paniek. Ik krijg herbelevingen hoe het bij mij is. Ook als ik iemand helemaal hoor schreeuwen van “Laat me los!”, dat kan ik echt niet horen, ik raak helemaal in paniek.”(D14, meisje, 17 jaar).

3.2.10 Geen ondersteuning voor groepsgeenoten bij alarm

Meerdere jongeren geven aan dat als er alarm gedrukt wordt, er vaak geen tijd en aandacht voor de overige jongeren is. Het personeel is druk om de jongere waarvoor alarm gedrukt is, op te vangen. Soms zijn mede groepsgeenoten bang, wordt er gehuild of is er onzekerheid over wat er precies gebeurd is. Jongeren maken zich zorgen over hun groepsgeenoot. De stress en spanning zorgt bij sommige jongeren voor paniek. In de interviews wordt regelmatig benoemd dat er dan niemand van de begeleiding voor hen beschikbaar is om hen te ondersteunen. Jongeren vinden dat er op zo’n moment meer begeleiders op de groep zouden moeten staan, bijvoorbeeld drie begeleiders in plaats van (de meestal standaard) twee.

R “Omdat ik ook heel vaak meemaakte dat iemand dan werd opgesloten en de rest van de groep was helemaal gek aan het worden van de spanning op de groep. En de therapeuten moesten zich bezig houden met het meisje dat moest worden opgesloten en de groep die gek aan het doen was. Terwijl ik op mijn kamertje mezelf aan het beschadigen was. Dus er is gewoon echt niet genoeg personeel om alle kinderen op te vangen.” (D37, meisje, 17 jaar)

*I “En dan komen ze met die rugtas de groep op en wat gebeurt er dan met de rest van de meiden?
R Nou heel vaak gaan mensen zich echt heel veel zorgen maken en moeten dan soms ook een beetje huilen. Alleen dan is er niemand die zeg maar voor diegene er kan zijn van de groepsleiding, dat gebeurt ook vaker.” (D3, meisje, 15 jaar)*

Jongeren zien dat het voor hulpverleners heel stressvol kan zijn als een jongere zich snijdt of suïcidaal is. Soms wordt er dan in paniek op alarm gedrukt. Jongeren hebben daar begrip voor, maar de paniek van de hulpverlener versterkt de gevoelens van paniek bij de jongere en kan daardoor de chaos op de groep vergroten. Als de hulpverlener rustig kan blijven bij een incident, zorgt dat ook voor rust op de groep.

I “Ik kan me voorstellen dat je dan [incident waarbij jongere bijna overlijdt, sk] schrikt.

R Ja, gewoon dat je hoorde dat de ambulance kwam en zo en dat je haar dan hoorde schreeuwen. Ik schrok vooral omdat leiding ook schrok en alarm drukte en zo, dus er was meer chaos. Ik denk dat de leiding van die dag gewoon puur vanuit eeh.. dat die geschrokken was en dat die vanuit paniek op alarm had gedrukt. Want het was ook niet echt dat al die mensen die toen de afdeling op kwamen rennen konden helpen of zo. De tweede keer was (naam begeleider), die er nu ook is, in dienst. En toen ging het ook allemaal wat rustiger.” (D6, jongere, 16 jaar)

Veel jongeren zeggen het moeilijk te vinden om hulp voor zichzelf te vragen als zij in een reactie op een incident zelf spanning opbouwen. De begeleiding is dan niet beschikbaar, waardoor de drempel om hulp te vragen hoog is. Sommige jongeren zien hoe zwaar het is voor de groepsleiding en willen de groepsleiding niet nog meer belasten door hulp voor henzelf te vragen.

R “Nee, en dat geldt ook een beetje voor de andere jongeren van ‘ik wil de aandacht niet opeisen’, dus laten we het vaak ook wel. Ik heb wel ’s avonds gehad dat ik echt niet goed in m’n vel zat maar ik ook wist dat ze net klaar waren met de fixatie en dat ik dan niet op de intercom ging drukken. En dan zei m’n begeleider ook ‘ja maar je moet ten alle tijden gewoon op de intercom drukken’. Maar ja, dan kan ik dat gewoon vanuit m’n eigen niet meer.” (D32, meisje, 15 jaar)

Een jongere benoemt hoe groot de impact is op groepsgenoten als zij zien hoe een groepsgenoot gefixeerd naar de isoleer wordt gebracht. Zij ‘kiest’ er daarom voor haar spanning zo lang mogelijk te onderdrukken en zich te beheersen totdat de jongeren van de groep vertrokken zijn naar school / dagbesteding. Ze weet wat de impact is op andere jongeren als zij zien dat een groepsgenoot geïsoleerd wordt. De jongere wil door te “wachten met escaleren” voorkomen dat de groep deze impact meemaakt.

*R “Ik hou mij heel erg in op de groep, als ik me niet goed voel, ik ga echt snel naar mijn kamer omdat ik niet wil dat anderen last hebben van mijn probleem.... En op een gegeven moment dan is iedereen bijvoorbeeld van de groep af, dan denk ik oke... Niet dat ik het plan, maar als er dan nog één druppel bijkomt dan ga ik gewoon echt tekeer. Want ik weet hoe erg het is om mee te maken, hoeveel pijn het doet als zoveel mensen jou pijn doen. Gelukkig gebeurt het bij ons niet zo vaak, meestal ben ik de gene die naar de grond gaat. *lacht* Maar ik zorg er wel voor dat anderen het niet zien als ik naar de grond ga en naar isoleer gebracht wordt.” (D14, meisje, 17 jaar).*

3.3 Impact op groepsgenoten

3.3.1 Trigger

Uit de analyse van de interviews blijkt dat jongeren uit balans raken als groepsgenoten suïcidaal zijn of automutileren. Door incidenten ontstaat er onrust en spanning op de groep. Jongeren beschreven hoe automutilatie en suïcidaal gedrag (o.a. suïcidepogingen) een "besmettelijk" karakter hebben in de groep. Zij gaven aan dat het regelmatig voorkomt dat als een jongere zich automutiliert of zich suïcidaal uit, er meer jongeren volgen die zich ook suïcidaal uiten. Het keer op keer meemaken van ingrijpende en/of traumatische gebeurtenissen zorgt voor meer probleemgedrag. De invloed van suïcidaal gedrag van groepsgenoten op het leefklimaat is groot. Een jongere gebruikte de metafoer van een een slagveld: een incident lijkt op een bom die af gaat: voor je het weet, beland je in een slagveld.

R “Ik heb hier heel vaak meegemaakt, dat als ze zien dat ze met de EHBO-koffer en die rugzak komen, dat het dan niet lang duurt voordat er ook een snij-incident bij een ander is. Bijvoorbeeld die een doet iets op zijn kamer en misschien dat die ander daar ook door getriggerd wordt en de ander doet het dan ook. Ik heb een keer meegemaakt dat er gewoon drie mensen waren die tegelijk bezig waren. Hoef ik echt nooit meer mee te maken. Dat vond ik echt niet leuk. Heel vaak word het gewoon

zo'n bom en dan steekt iedereen elkaar aan en dan zit je gewoon tussen ja....een soort slagveld....." (D3, meisje, 15 jaar, nov 2019)

R "Kijk bijvoorbeeld iemand is boos en die gaat boos naar kamer. Dan is de sfeer heel rot. Door die sfeer raakt iemand anders ook weer boos, die gaat naar kamer en die gaat dingen doen. Zo gaat het. Als er één gaat, gaat de ander ook. Dus het beïnvloedt dan de hele groep." (D20, meisje, 17 jaar)

3.3.2 Impact van problemen op elkaar is groot

Jongeren geven aan dat hun eigen suïcidale gedrag wordt versterkt als zij op een groep geplaatst worden waar meerdere jongeren met dezelfde problemen verblijven. Jongeren ervaren dat ze negatief meegezogen worden in de problemen van andere jongeren die ook suïcidaal zijn. Dat helpt niet. Jongeren hebben behoefte aan positieve voorbeelden. Zij missen perspectief en positieve ervaringen waar zij zich aan op kunnen trekken.

R "Hoe kun je nu beter worden op een groep waar allemaal anderen zijn die ook depressief en suïcidaal zijn? Je moet juist mensen om je heen hebben die laten zien dat het helpt als je iets van je leven wilt maken. Dat je eruit kunt komen. Het is verkeerd om allemaal jongeren met zware problemen bij elkaar te zetten. Ik mis het gezonde leven en de gewone dingen. Hoe kun je hier nu iets opbouwen en vooruit komen?" (D37, meisje, 17 jaar)

Het regelmatig meemaken van ingrijpende gebeurtenissen op de groep heeft een negatief effect op jongeren. Het leven op een groep met andere jongeren die allemaal hun eigen problemen hebben, verslechtert hun eigen problematiek. Soms veroorzaken incidenten op de groep trauma's bij jongeren, waarvoor jongeren behandeld moeten worden.

R "Dat meisje, zij had echt ja....dat zij.... ehm.. bijna overleed. En ehm toen had ik haar twee keer, twee avonden achter elkaar gevonden. En toen moest ik wel echt mensen hebben die met mij gingen praten. En uiteindelijk ben ik voor therapie aangemeld, ook EMDR en alles voor gehad. Dat was ook wel nodig. Ik had in die tijd zelf ook suïcidale gedachten. En dat werd daardoor erger. Die therapie hielp wel. Toen uiteindelijk heb ik het een beetje los kunnen laten." (D31, meisje, 16 jaar)

R "Ik ben in [naam instelling] overgeplaatst naar een groep met allemaal jong criminelen, even simpel gezegd. En ik sta daar met mijn persoonlijkheidsproblemen. Dat was zo moeilijk dat ik daar op een gegeven moment ook weer ben begonnen met automutileren. En ja, dan ga je gelijk naar de isoleercel want ze begrepen niet wat het is. Ze weten wel wat het is, maar ze weten niet hoe ermee om te gaan." (D35, meisje, 16 jaar)

3.3.3 Bezorgdheid, angst en schrik

Jongeren zijn vaak bezorgd om groepsgenoten waar het niet goed mee gaat. Bezorgdheid is een belangrijk thema en wordt veel genoemd. Jongeren willen andere jongeren helpen vanuit bezorgdheid en angst voor incidenten of dat het "fout gaat". Een meisje vertelt bijvoorbeeld hoe zij groepsgenoten, die automutileren probeert te helpen. Ze haalt hen over om, als de spanning stijgt, met haar te gaan praten. Ze maakt zich zorgen hoe het met deze jongere verder moet als zij weg is.

*R "Er zit hier een meisje op de groep en die snijdt zichzelf. En soms zegt ze het tegen mij als ze al gesneden heeft. Dan zeg ik "ja, ga maar naar de groepsleiding" want dan kan ik er toch niets meer aan doen. Ik zei tegen haar: "Als je nou de volgende keer komt **vóór** je het gaat doen." En nu praat ze met me als ze spanning voelt. Dan hoeft ze niet meer te snijden. Dat scheelt een hele hoop. Ik vind het fijn dat ik haar kan helpen maar ja, straks ben ik er niet meer. Waar moet ze dan heen? Dat vind*

ik best wel zorgelijk. Daar zit ik echt wel over in eigenlijk. Want straks snijdt ze zichzelf dood.” (D18, meisje, 16 jaar)

Jongeren zien heftige incidenten op de groep die een grote negatieve impact hebben op de jongeren en het leefklimaat op de groep.

R “En sommigen,.. ja, die slikken batterijen in en eh... scheermesjes, alles. Dan komen ze naar de groep toe gelopen, en zeggen dan van ‘Ja ik heb een batterij in geslikt’. Dan zijn ze toch wel een beetje bang .

I En wat doet dat dan met jou?

R Het is echt wel heel erg. Ja, je schrikt echt wel. Als je net er bent dan denk je 'ja wat is dit, moet dit nou?' Ik snapte er er helemaal niets van. Je voelt je onmachtig of zo, je weet niet wat je er aan moet doen. En ook gewoon meer angst denk ik, van wat gebeurt er nu weer?” (D18, meisje, 16 jaar)

3.3.4 Bezordheid en snitchen

Jongeren snitchen (naar de PM gaan en doorvertellen wat je van een groepsgeenoot hebt gehoord) uit bezorgdheid. Snitchen ligt echter lastig in de groep; het wordt gezien als iets dat je niet doet, het is ‘not done’. Als je dat wel doet, hoor je er niet meer bij, en worden medejongeren kwaad op je.

R “Je voelt je ook echt een snitch of een opbiechter als je naar de groepsleiding gaat van “ik heb dit en dit gehoord”. Want zodra ze horen dat jij dat hebt gezegd, dan heb je een probleem. Dan komen ze allemaal op jou af, en daar was ik ook niet aan toe.” (D35, meisje, 16 jaar)

Zoals eerder beschreven vinden de meeste jongeren het moeilijk om te vertellen dat ze suïcidale gedachten hebben als daar beheersmatige consequenties (zoals fixatie, kamerplaats, plaatsing in EBK of plaatsing in isoleer) op volgen. Jongeren weten veel van elkaar en praten onderling met elkaar over suïcidaliteit en zelfbeschadiging. Veel jongeren maken zich zorgen als een groepsgeenoot aangeeft zichzelf te gaan beschadigen of suïcide te willen plegen. De jongeren die in vertrouwen worden genomen staan voor een dilemma: niets zeggen (maar dan is er de angst voor een “foute afloop”) of wel naar de groepsleiding gaan (met de kans dat de jongere in kwestie boos op je wordt).

R “Ja, ik probeer diegene te helpen en daarna ga ik wel naar groepsleiding toe. Want ik zit er echt over in als iemand tegen mij zegt ik ga me vanavond ophangen, ik kan dan niet slapen hoor. Ik word er echt heel verdrietig van als ik dat hoor. En als ik weet dat iemand naar zijn kamer gaat terwijl hij twee minuten geleden tegen mij heeft gezegd dat hij zichzelf pijn gaat doen, ja dan kan ik echt niet eeh... nee, dat gaat niet.” (D14, meisje, 17 jaar)

Jongeren beschrijven ook hoe zij, als ze toch de stap zetten om te snitchen, zich schuldig voelen als de jongere om wie het gaat “naar achteren” moet en geïsoleerd wordt. Het is belastend om te horen dat iemand zichzelf iets aan wil doen. Omdat jongeren bezorgd zijn, besluiten ze naar de groepsleiding te gaan en te melden wat zij gehoord hebben.

R “Ik heb meegemaakt dat iemand op de groep zelfmoord heeft gepleegd en ik heb ook vaak zat meegemaakt dat jongeren daar aan dachten en het tegen mij zeiden. En als iemand dat tegen jou verteld, dan ga je er heel erg mee zitten. Heel vaak zegt iemand ‘ja, je mag dit niet tegen leiding zeggen want dan word ik echt boos op je’. En dan wil je het wel tegen leiding zeggen. Uiteindelijk heb ik het wel gezegd. Maar dan heb je wel echt gezeik met diegene. Dat meisje reageerde heel erg boos. Zij moest toen naar achter in zo'n speciale kamer slapen. Het was niet om haar te snitchen of zo. Het was echt ter bescherming. Ik vond het heel naar om tegen groepsleiding te zeggen.” (D3, meisje, 15

jaar)

Een jongere vertelt over de ervaring dat ze de PM'er gewaarschuwd heeft voor de suicideplannen van een groepsgeenootje. De PM'er gaf aan dat het wel mee zou vallen en dat ze zich geen zorgen hoefde te maken. Het groepsgeenootje heeft zich een paar dagen later gesuicideerd. Dit heeft een enorme impact gehad op deze jongere. Naast verdriet is er ook boosheid bij dit meisje.

R "Ze had mij ook dingen verteld. Dus ik had al zo'n voorgevoel.....En ik heb er wel over gesproken maar groepsleiding die zei 'ja, dat meisje stelt zich aan'

Dat vond ik echt niet leuk.

I2 Heb je behoefte om het daar nog over te hebben met diegene?

R Nee, eigenlijk niet. Ik wil haar eigenlijk helemaal nooit meer spreken. Ik ben eigenlijk gewoon echt woedend op haar. Omdat ze zei dat zij zich aanstelde terwijl het echt niet zo was, echt niet." (D3, meisje, 15 jaar)

3.3.5 Victim blaming, pesten

Het verschilt per groep hoe jongeren op elkaar reageren als er een incident (automutilatie, suicide poging etc.) plaats heeft gevonden. In sommige groepen reageren groepsgeenoten begripvol en worden jongeren die automutileren of suïcidaal zijn gesteund. Er zijn ook groepen waar jongeren boos worden op de jongere die zich suïcidaal uit en met wie het niet goed gaat. Deze jongeren wordt dan verweten dat ze aandacht zoeken. Soms gebeurt dat heel subtiel, soms wordt er openlijk gepest en gescholden.

I "Hoe reageren de andere meiden op de groep op jou als jij automutilleert?

R Kijk. In het begin schrokken ze wel een beetje en zo maar nu zijn ze het ook wel een beetje gewend. Is het een beetje zuchten: 'oohh (naam respondent) heeft weer gesneden'. Ik vind 't soms wel vervelend dat ze gaan zuchten en zo. Ik zou liever willen dat er gewoon helemaal niks over wordt gezegd." (D6, meisje, 16 jaar)

R "Heel bewust ging ik nooit met korte mouwen naar de groep. En toen een keer, toen hebben ze toch een paar littekens gezien en toen hebben ze tegen mij geroepen "Viezerd! Waarom doe je dat? Dat vinden we triggerend!". Ik ben ook wel eens uitgescholden voor "Fucking anorect, fucking anorectische patiënt!". De groep was vooral[onverstaanbaar] heel heftig. Ik vind groepen, het is of heel fijn, ze kunnen elkaar ook steunen. Maar je hebt ook groepen die het echt alleen maar erger maken, waarin je elkaar versterkt. Het is gewoon heel heftig op een jeugdzorggroep." (D37, meisje, 17 jaar)

Sommige jongeren hebben begrip voor de problematiek, zijn bezorgd en bieden steun. Zij zien ook het effect dat victim blaming kan hebben op de jongeren die er het slachtoffer van zijn. Het kan de problematiek verergeren, jongeren gaan malen en doen als reactie op victim blaming "slechte dingen". Victim blaming kan de problematiek verergeren, het kan ervoor zorgen dat jongeren meer gaan piekeren. Dit kan "slechte gedragingen" uitlokken.

I "Hoe wordt er onderling in de groep gereageerd als iemand snijdt?

R "Ja, dat is verschillend. Vooral de gevoelige kinderen die wel überhaupt een hart hebben, die steunen wel die mensen, maar 9 van de 10 kinderen die zitten allemaal ermee te zieken en die gaan er heel dom over lopen doen. Dan wordt er een mond opengegooid en hele terrein weet er van. Want dan komen er weer verhalen van "Snijplank" en dat soort dingen naar boven. En dat is dan weer niet goed, want dan gaat die ander daar juist weer over malen en daar weer slechte dingen over doen." (D40, jongen, 17 jaar)

Een jongere vertelt hoe zij gepest werd op de groep. De angst maakte dat de spanning bij haar opliep. Zij was niet bekend met automutilatie maar is op de groep begonnen met automutileren om met die spanning om te kunnen gaan.

R "Ik heb veel gesneden ja. Ik had er nog nooit van gehoord voordat ik hier kwam. Maar ja, ik moest ergens mijn angsten in kwijt. Groepsleiding zegt tegen mij van 'ja je ziet het nu en dan ga je het zelf ook doen'. Dat is zeker niet het geval. Ik heb het echt niet afgekeken.

I Waar is die angst door gekomen?

R Ja, het pesten, daar werd ik echt angstig van. Het pesten hier maakte dat de spanning opliep en dan ging ik snijden." (D18, meisje, 16 jaar)

3.3.6 Jongeren praten onderling

Op JeugdZorgPlus afdelingen en crisisafdelingen verblijven vaak meerdere suïcidale jongeren. Op de meeste groepen bestaat de regel dat er onderling niet over problemen gepraat mag worden. Als iemand iets heeft, is het de bedoeling dat hij/zij naar de groepsleiding gaat om te praten. In de praktijk horen we dat jongeren wel onderling met elkaar praten. Jongeren proberen elkaar te helpen en te steunen. Soms gebeurt dit omdat de groepsleiding geen tijd heeft en soms gebeurt dit met medeweten en goedkeuring van groepsleiding. Echter er wordt meestal zonder medeweten van groepsleiding gepraat. Jongeren geven aan het fijner te vinden om zonder groepsleiding met elkaar te praten over suïcidale gedachten: ze kunnen dan opener en vrijuit praten. Als groepsleiding erbij zit, houden zij zich in omdat zij bang zijn dat er anders beheersmatige consequenties volgen.

R "Er zitten mensen bij ons op de groep die suïcidaal zijn. En we doen ook echt allemaal ons best om die persoon te helpen. Dus ja, dat is het belangrijkste. Dat je er voor elkaar kan zijn.

I En wat is dan 'helpen'?"

R Ja, dan hebben we het er over. Als zij in die stemming is om het er over te hebben. Dan heb je het er gewoon over. Dat moet je gewoon zo voorzichtig mogelijk aanpakken." (D19, meisje, 17 jaar)

R "Als je gewoon weet van oke die gene heeft het gewoon even nodig en je weet eigenlijk dat leiding er geen tijd voor heeft. Dan ga je wel met elkaar gewoon even zitten en dan gewoon even kletsen er over.

I Dan ga jij met die jongere zitten?

R Ja, negen van de tien keer dan doen we het ook nog met zijn allen. Dan gaan we met zijn allen, zitten we dan op de bank, en dan praten we er gewoon over en dat is het.

I En dan zitten er geen hulpverleners bij? Geen groepsmensen?

R Nee, het is ook vaak als de groepsleiding komt, dan praat ook niemand echt met elkaar ofzo. Dus het is beter als het dan zonder is." (D31, meisje, 16 jaar)

3.3.7 Impact suïcide

De impact van een suïcide is enorm groot op jongeren en het leefklimaat. Jongeren beschrijven een groot scala aan emoties. Groepsleden reageren emotioneel, ze worden verdrietig en angstig. Sommigen raken in paniek er is angst en ongeloof. Jongeren beschrijven dat sommige groepsleden zelf suïcidaal gedrag gaan vertonen als reactie op een geslaagde suïcide van een groepsleden.

R "Ja want hun waren dan vriendinnen of zo, en dan zeggen ze 'ja ik wil bij haar zijn'. Ze wilden ook zelfmoord plegen en zo. Er had een meisje batterijen geslikt, dat was ook weer raar. Zij heeft het overleefd. Meiden gingen zichzelf snijden, gingen niet meer naar school. Dat soort dingen". (D23, 14 jaar, jongen).

Jongeren vertellen heel uitgebreid in de interviews over hoe zij de periode na een geslaagde suïcide op de groep beleefd heeft. Ze beschrijven ook hoe zij hun eigen rouw en verdriet een plek hebben gegeven. Ook vertellen zij dat het hen oplucht om er zo lang en uitgebreid over te kunnen praten tijdens het interview. Daar is vaak op de groep geen tijd voor. Een meisje vertelt over het verdriet en de verwerking van de dood van een groepsgeenoot. Er is veel verdriet en rouw over het overlijden. Ze probeert hierover met groepsleiding in contact te gaan, maar praten over het verlies is moeilijk.

I "Heb je het daar nu nog over met de groepsleiding hier?"

R Nee. Want iedere keer als ik het er over heb dan ... begin ik half, begin ik helemaal... heb ik gewoon echt moeite met praten.. en dan kan het, dan krijg ik er gewoon geen woorden meer uit en dan heb ik zoiets van ja ik kan wel door gaan met dat gesprek maar het geeft me hem niet terug. Hij komt er niet door terug." (D19, meisje, 17 jaar)

Jongeren proberen elkaar te helpen en te steunen. De impact van een suïcide is groot: We horen verhalen over jongeren die zich schuldig voelen. Soms hebben groepsgeenoten op het moment van de suïcide geluiden en signalen gehoord. Ze vragen zich af of ze de suïcide hadden kunnen voorkomen als ze ingegrepen hadden en voelen zich daardoor schuldig. Het houdt deze jongeren enorm bezig, maar ze praten er weinig over.

S "Heb je zelf wel eens een suïcide meegemaakt op de groep?"

R Hmm. Nee. Ik heb wel een groepsgeenoot die het heeft meegemaakt. Dat was [naam]. En dat hij zich daar toch wel schuldig over voelt. Die jongen sliep onder die persoon. Hij heeft mij 's nachts wel eens gebeld, dat hij zei "Yo, ik zit echt te denken aan haar, het gaat nu niet goed, help mij". (D35, meisje, 16 jaar)

Een jongen vertelt hoe hij door te praten met de ouders van de overledene de suïcide een plek heeft kunnen geven. Op de groep praat hij zo min mogelijk over wat hij heeft meegemaakt.

R "Ja, ik, ik heb al op veel groepen gezeten dus ik heb al veel met suïcide te maken gehad. Ik heb ook wel vriendinnen gehad die dat soort dingen hebben gedaan. Sommigen die zijn er niet meer. Dat was toen wel zwaar. Ik heb wel gewoon met die ouders ook gepraat. Dat soort gesprekken dat zorgt er ook wel voor dat je het een plekje geeft van 'Hee, ik heb gedaan wat ik kon doen, het is haar eigen keuze geweest om het te doen.' Maar nu kan ik er mee leven. Volgens mij weet een leiding hier wel wat er is gebeurd. Ik probeer het zo goed mogelijk voor mij te houden." (D40, jongen, 17 jaar)

Ook is er ongeloof bij jongeren als de suïcide onverwacht is en zij vooraf geen signalen hebben gezien.

R "En niemand had het door want, ik had het zelf ook niet door, want ik was nog een dag daarvoor met haar aan het voetballen, toen was ze ook gewoon vrolijk. Ja... ja (onverstaanbaar) ze was altijd vrolijk. (D23, jongen, 14 jaar)

3.3.8 Impact op jongens

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat meisjes anders op incidenten reageren dan jongens. Daar waar meisjes vooral getriggerd, verdrietig en somber/gespannen worden, reageren jongens anders. Vaak reageren zij meer naar buiten gericht en lopen ze weg of worden ze boos. Ook wordt er veel gevochten in de periode daarna, als reactie op de suïcide. Een jongen beschrijft hoe jongens weglopen van de groep na een suïcide.

R “Ja, jongens die gingen anders met de suicide om. Die dachten: ja, wat doe ik hier nog?. En dan gingen ze weg lopen. Dat waren meestal de jongens, ook af en toe een paar meiden. Maar.. ja... het hielp elke keer niet ze zijn toch elke keer weer gepakt door de politie. En ehhhh even kijken, toen opeens ging.. allemaal PM'ers gingen opeens weg. Iedereen ging weg. Ja, jongens werden gewoon boos en dan gingen ze gewoon vechten. En dan werd je gefixeerd en zo en dan ging je daar in [wijst in de richting van isoleercel]. Elke dag moesten er wel zeker vier, vijf mensen in time-out”. (D23, 14 jaar, jongen).

R “De muur slaan bij jongens heeft een beetje hetzelfde effect denk ik, als snijden bij meisjes. Je bent heel boos. Het moet er gewoon uit. Meisjes die gaan vaak snijden. Iedereen heeft zo zijn eigen uiting. Maar het komt allemaal wel samen op één punt. Je zoekt aandacht, je zoekt hulp.” (D40, jongen, 17 jaar)

3.3.9 Nazorg en opvang

Direct na een suicide wordt er veel met jongeren op de groep gepraat. Na verloop van tijd wordt, zowel bij jongeren als bij hulpverleners, vergeten de suicide nog te bespreken. De groepen veranderen van samenstelling. Jongeren worden doorgeplaatst naar andere plekken. Na een aantal doorplaatsingen weet men soms niet dat een jongere een geslaagde suicide heeft meegemaakt en wordt er daardoor niet meer over de suicide gepraat. Soms wordt er wel gericht nazorg verleend. Een jongere vertelt hoe zij EMDR kreeg nadat zij twee keer een ernstig incident had meegemaakt. Een jongere is in een ernstige depressie geraakt nadat een groepsgenoot zich gesuicideerd had. De therapie die ze had is na de suicide stopgezet omdat het te zwaar voor haar werd. Op de afdeling kan ze goed met haar mentor over de suicide praten.

R “Wanneer is de laatste keer dat je het hier echt over hebt gehad met groepsleiding? Over [naam] en over wat het met je doet?

R Eh.. ik en de begeleider.. hebben laatst eh.. twee maanden terug.. hebben zo'n rouwspel gedaan
I hmhm

R In verwerking van [naam].. .. en toen hebben we allemaal herinneringen opgehaald en ... Ja, ik ben blij dat dat gedaan is want .. dan onthou ik het beter..” (D19, meisje, 17 jaar)

Uit de interviews ontstaat het beeld dat nazorg op langere termijn op de leefgroepen ontbreekt. Als er na nazorg op langere termijn verleend wordt, gebeurt dat incidenteel. Er vinden wel herdenkingen op het terrein plaats voor de jongere die overleden is. Jongeren maken daar ook gebruik van. De indruk uit de interviews is dat nazorg en ondersteuning aan jongeren die een suicide op een leefgroep hebben meegemaakt, niet systematisch en thematisch wordt aangeboden.

I “Het is nu dik een jaar geleden dat dit meisje zich gesuicideerd heeft?

R Ja er zijn heel weinig jongeren over van een jaar terug. Ja en dat ene meisje wat heel goed met haar was, die zit hier dan nog steeds. En die heeft laatst ook die herdenking gedaan. Aan haar merkte ik het wel, dat ze niet goed in haar vel zat, dat ze er moeite mee had, dat ze haar miste. Maar voor de rest merk je het niet, wordt er ook niet veel over gesproken.” (D32, meisje, 14 jaar)

3.4 Systemfactoren

3.4.1 Doorplaatsen

De jongeren uit dit onderzoek zijn, op een jongere na, veelvuldig doorgeplaatst. Zij vertellen dat het veel tijd en moeite kost om te wennen op een groep. Bij overplaatsing wordt de vertrouwensrelatie met de groeps werkers en hulpverleners abrupt beëindigd. Overplaatsingen zijn stressvol. Het voelt voor jongeren alsof je weer opnieuw moet beginnen. Nieuwe leiding, nieuwe jongeren, nieuwe regels. Het is moeilijk om steeds opnieuw een vertrouwensrelatie met hulpverleners op te bouwen.

Jongeren benoemen dat je niet om hulp vraagt als je net nieuw op een groep komt. De schaamte is vaak groot bij jongeren om te praten over hun suïcidale gedachten en het vraagt om een vertrouwensrelatie met hulpverleners om het gesprek aan te gaan. Bij de start op een nieuwe groep is die band er nog niet. Het gevolg hiervan is dat jongeren geen contact maken of hulp vragen als zij suïcidale gedachten hebben of als de spanning oploopt. Dit vergroot het risico op incidenten.

R "Het voelt alsof ik weer helemaal opnieuw moet beginnen. Nieuwe leiding, nieuwe groepsleiding. In die andere groep heb je een basis opgebouwd, ze kennen je. Je mag met verlof gaan. En dan wordt je overgeplaatst naar een andere groep, en dan weten ze het niet, dan durven ze het niet, dan mag je weer niet weg met verlof en dan voelt het alsof je weer van voren af aan moet beginnen. En overplaatsingen versterkten bij mij wel de drang naar automutilatie maar ik was zo bang voor de isoleercel dat ik het niet durfde te doen. Maar ik voelde wel aan mijzelf dat ik het nodig had. Alleen ik durfde het niet. (D35, meisje, 16 jaar)

R "Ja klopt, als je een goede band met iemand hebt dan, zou je dat [suïcidepoging, SK] kunnen voorkomen. Maar als een jongere hier net nieuw op deze groep komt, voor een jongere die nieuw is, is het altijd van "Hee, ik ken deze mensen niet, ik moet altijd eerst even kijken wie het is" en dan is het voor een jongere ook heel moeilijk om het te uiten, op wat voor manier dan ook. Dan is de neiging sneller dat als je het wil doen, dat je het gaat doen, dan dat je gaat praten met iemand omdat je net nieuw bent. Op die manier bedoel ik het." (D40, jongen, 17 jaar)

3.4.2 Rol dossier

Een aantal jongeren heeft het gevoel dat het dossier dat zij hebben hen min of meer achtervolgt. Negatieve gebeurtenissen en risicovol gedrag uit het verleden blijven terugkomen, terwijl het voor de jongere helder is dat die gebeurtenissen niet meer actueel zijn. Het dossier kan daardoor verhinderen dat jongeren kunnen uitstromen en stappen kunnen zetten. Jongeren worden afgewezen omdat hun casus te complex is en verblijven, doordat zij moeten wachten, langer in de JeugdzorgPlus. Zij weten niet hoe hun toekomst eruit gaat zien.

R "Er zijn dingen gebeurd, toen ik 10, 11, 12 was, die nu niet meer van toepassing zijn, en die staan nog steeds in het dossier en daar kijken ze nog steeds naar. Ik heb er vaak bij mijn voogden en bij de rechter ingegooid, zo van: "Hee, wat er staat in mijn geval van 5 jaar geleden!", dat wordt in elke nieuwe locatie weer vooraan gezet van het staat erbij dus het is zo. Nee, zeg ik dan. Het is 5 jaar geleden! Het is of weg of het is al flink verminderd. Dat wat niet meer aan de orde is, mag eruit of zet het onder een ander koppie van "behandeld, afgerond" zeg maar." (D40, jongen, 17 jaar)

R "Ze wijzen mij steeds af omdat mijn dossier gewoon echt te erg is. En ze kunnen daardoor geen vervolgplek voor mij vinden die ze echt goed vinden, dus is het beter om mij hier te houden omdat ik hier al ben gewend zeg maar. Ik ben al twee keer verlengd omdat er nergens plek was. Maar de rechter had gezegd dit is echt de laatste keer geweest dat ik hier word verlengd, dus ze moeten nu echt wat vinden. Ook al is het niet goed, dat is beter dan gesloten zitten." (D31, meisje, 16 jaar)

R "Ik heb nu bijvoorbeeld verschillende diagnoses. Ik heb letterlijk de opmerking gehad 'ja we gaan er nu even twee afhaken'. Want ik kreeg te horen van de instelling waar ik naar toe moest 'je bent te complex', toen hebben ze er twee afgehaald, zo van: 'ja dan ben je minder complex'. Terwijl ik had nog steeds dezelfde problemen! (gelach)" (D37, meisje, 17 jaar)

3.4.3 Onzekerheid door wachtlijsten

Sommige jongeren kunnen niet doorstromen en blijven langer dan nodig in de JeugdzorgPlus omdat er op andere groepen geen plek is. Deze jongeren hebben behoefte aan meer duidelijkheid over hun toekomst: wat wordt de volgende plek na het verblijf in de JeugdzorgPlus en hoe ziet de toekomst eruit? Door gebrek aan duidelijkheid en perspectief krijgen jongeren geen grip op hun

leven en kunnen ze niet vooruit. Het is moeilijk voor een jongere om dan stabiel te blijven en niet terug te vallen.

R "Ik heb geen idee waar ik heen moet. Want ik moet hier weg en ik kan niet naar huis. Maar er is geen plek op een begeleid wonen groep. Ik moet mij hier laat maar zeggen sterk houden want als ik hier onstabiel ben, dan gaan ze jou niet aannemen op een begeleid wonen groep. Ik voel mij hier niet niet goed en ik heb erg veel last van anderen om mij heen. Het is heel moeilijk om stabiel te blijven in een omgeving die niet stabiel is. De spanning loopt dan op bij mij." (D14, meisje, 17 jaar)

Een aantal jongeren zou het liefst thuis willen wonen en ambulante begeleiding ontvangen. Zij zijn heel duidelijk dat een opname vaak niet helpend is. Ook vinden jongeren dat er preventief gewerkt moet worden zodat er geen uithuisplaatsing hoeft te worden ingezet. Anderen benoemen dat er eerder ingegrepen zou moeten worden. Ook vindt een aantal jongeren dat er te weinig kennis is van psychiatrische stoornissen in jeugdzorg en dat ze erg lang moeten wachten voordat (individuele) therapie beschikbaar is (door wachtlijsten).

R "Te weinig specialismes. En jonger ingrijpen. Toen ik 12 was, was m'n eetstoornis minder sterk dan dat hij een paar jaar geleden was. Hoe langer het duurt, hoe sterker en moeilijker het wordt. Op [naam locatie] ging het nog wel aardig met eten, maar toen ik op [naam andere locatie] kwam heb ik een grote terugval gehad. En daar deden ze niks aan, want ze wisten niet wat een eetstoornis was, dat heb ik ze uitgelegd zeg maar. Pas op het moment dat ik flauwviel, dachten ze "oh shit nu moeten we haar wel naar het ziekenhuis brengen". Ja toen was het al te laat en lag ik al aan de sondevoeding." (D37, meisje, 17 jaar)

3.4.4 Ervaringsdeskundigheid

Bij een aantal jongeren werd het thema ervaringsdeskundigheid genoemd. Ondersteuning door ervaringsdeskundigen wordt door jongeren gemist in de JeugdzorgPlus. De jongeren die wel ervaring hebben met ervaringsdeskundigheid zijn daar heel enthousiast over. Ze zeggen dat het helpend voor hen is om met iemand te praten die hetzelfde heeft meegemaakt en hun problematiek herkend. Een ervaringsdeskundige biedt hoop en perspectief. Jongeren vinden dat dit meer ingezet moet worden in de JeugdzorgPlus. Meerdere jongeren geven aan dat ze zelf ervaringsdeskundige willen worden om andere jongeren te helpen.

R "Als iemand mij vraagt, wat kan er nou verbeterd worden in jeugdzorg? Eerder inzetten en überhaupt inzetten van ervaringsdeskundigen, want dat is gewoon helpend. Dat was echt een doorbraak, dat heeft mij echt geholpen. En dan denk ik waarom wordt dat niet als eerste ingezet? Waarom wordt er niet gedacht, die heeft die en die problematiek, laten we er iemand bij zetten die er echt verstand van heeft? Want op het moment dat [naam dgt therapeut] tegen mij zegt "[noemt eigen naam] het wordt echt beter!". Dan denk ik "flikker op. Jij weet dat helemaal niet." En dan zegt [naam ervaringsdeskundige] het soms tegen mij en dan denk ik, 'ja, shit, zij weet het wel. Zij heeft het meegemaakt. En dan geloof ik dat het echt beter kan worden.' (D37, meisje, 17 jaar)

3.4.5 School

Plaatsing in de JeugdzorgPlus leidt regelmatig tot het onderbreken van de onderwijsloopbaan van de jongere. Jongeren geven aan dat er wordt gewerkt met deelcertificaten, waardoor jongeren in de praktijk vaak geen erkend diploma kunnen halen. Ook zijn jeugdigen niet voldoende gemotiveerd om aan onderwijs deel te nemen, omdat het onderwijs niet goed aansluit bij het niveau van de jongere. Jongeren met een hoger opleidingsniveau gaven aan dat het onderwijs niet goed bij hen aansluit. 'Je kunt hier VMBO-TL of maximaal MBO niveau doen'. Voor jongeren met HAVO of VWO nivo, sluit het onderwijs niet aan. School (en daarmee toekomstperspectief hebben) speelt een

belangrijke rol in het leven van jongeren. Naar school kunnen gaan geeft jongeren de mogelijkheid om iets positiefs op te bouwen en te laten zien dat ze iets kunnen. Als zij zich kunnen richten op de gewone, positieve dingen van het leven (zoals leren en certificaten halen), motiveert dat en dat draagt bij aan vermindering van de problematiek van jongeren. Jongeren vinden dat er binnen de gesloten setting meer gekeken moet worden naar talenten en kansen van jongeren. Een aantal jongeren benoemt behoefte te hebben aan meer toekomstperspectief, zinvolle dagbesteding is daarbij van belang, zeggen zij.

R "Ik mis het gezonde leven en de gewone dingen. Hoe kun je hier nu iets opbouwen en vooruit komen?" (D37, meisje, 17 jaar)

R "Je werkt daar digitaal maar ik zeg je heel eerlijk, ik leer daar echt niks. En ja, sommige docenten zeggen ook ja je leert hier misschien niet heel veel maar we zijn er wel voor je.

I1 Voel je dat ook zo?

R Ja, ze zijn wel voor me, maar ik wil ook gewoon iets leren." (D23, jongen, 14 jaar)

Sommige jongeren geven aan dat als het erg slecht met hen gaat, het volgen van onderwijs moeilijk is. Als het beter gaat, ontstaat er weer ruimte om naar school te gaan en ervaren jongeren het onderwijs als een positief aspect. Het geeft hen de mogelijkheid om te bouwen aan een leven na het verblijf in JeugdzorgPlus. Als jongeren van groep naar groep gaan, bemoeilijkt het gebrek aan continuïteit de schoolcarrière van jongeren.

R "Ik heb heel veel schooljaren gemist. En elke keer dan begin ik op een nieuwe groep en dan moet ik weer zo'n Cito-toets doen om op niveau te komen en dan na zoveel maanden ga ik weer weg. Ik doe nu het eerste en tweede jaar van de MBO in één zodat ik weer bij ben omdat ik heel veel niet heb gehad, dus ik weet ook heel veel dingen eigenlijk niet." (D31, meisje, 16 jaar)

3.4.6 Rol gezinsvoogden

Uit de interviews kwam naar voren dat veel jongeren niet tevreden zijn over hun gezinsvoogden. Zij kennen deze vaak amper. Het personeelsverloop onder voogden is hoog. Jongeren geven aan dat zij vaak meerdere voogden in korte tijd hebben gehad. Jongeren benoemen dat hun gezinsvoogd te weinig tijd heeft om zich voor hen in te spannen om bijvoorbeeld te werken aan het vinden van een goede vervolgplek. Jongeren geven aan dat zij zich niet gezien en gehoord worden door de voogd en dat deze "niets voor hen doet".

I "Wat vind jij dat er moet veranderen in jeugdzorg?"

R Veel. Heel veel.

I Kan je noemen wat?

R Dat de voogd meer contact heeft met jongeren, dat ze ook langskomen van "hoe doet een jongere het?". Het wordt alleen maar gedaan via overdracht en de leiding. Ik heb in al die jaren nog nooit een jeugdbeschermer of voogd gezien. Ze weten natuurlijk wel wie je bent, maar ze weten alleen via leiding, overdracht en mailtjes hoe ik het doe op de groep. Het is nooit dat de voogd hierheen komt om te kijken, hoe doet [naam] het nou echt. Dat is vooral een groot punt wat veranderd moet worden." (D40, jongen, 17 jaar)

3.5. Gewenste begeleidingsstijl volgens jongeren

We hebben jongeren gevraagd hoe hulpverleners zouden moeten reageren bij suïcidaal gedrag en automutilatie. In de gesprekken gaven jongeren duidelijk aan wat zij nodig hebben op het moment dat zij suïcidale gedachten hebben en de spanning oploopt.

Suggesties van jongeren voor de gewenste begeleiding bij suïcidaal gedrag:

- Wees jezelf. Wees menselijk. Vertel iets over jezelf. Laat emoties zien. Maak contact, ga naast mij staan.
- Investeer in het opbouwen van een vertrouwensband. Wees belangstellend en informeer. Vraag door. Neem de regie niet van mij over maar luister naar mij.
- Ik praat echt niet met je over mijn suïcidale gedachten of automutilatie als ik weet dat de consequentie is dat ik in de isoleer terecht kom. Mij isoleren helpt niet. Het maakt alles erger. Laat me niet alleen met mijn suïcidale gedachten en gevoelens. Het helpt als je dat niet doet, maar samen met mij de crisis doorgaat.
- Ik vind het moeilijk om over automutilatie en suïcidaal gedrag te praten. Ik weet het soms ook gewoon niet. Ik heb snel het gevoel dat ik je tot last ben. Het helpt als je daar rekening mee houdt.
- Naast mij staan. Vertel en leg uit wat je doet en waarom je dingen doet. Ga in overleg met mij, blijf bij mij als het niet goed gaat. Maak afspraken met mij en niet over mij met anderen. Betrek mij.
- Samen afleiding zoeken. Rondje lopen, even op mijn telefoon zitten, film kijken, spelletje doen etc.
- Neem de tijd voor mij. Wees beschikbaar. Praat niet alleen over problemen met mij, maar ook over leuke dingen.
- Bied mij ruimte om te vertellen wat ik durf te vertellen. Respecteer het als ik iets niet durf te vertellen. Soms is dat gewoon te moeilijk. Ik weet niet hoe ik verbinding moet maken. Het is al vaker misgegaan, waardoor ik het heel eng vind om contact te maken. Help mij hierbij.
- Vraag door als ik geen antwoord geef, help mij mijn woorden te vinden. Maar als ik iets niet wil kan of durf te vertellen, respecteer dit dan. Ik wijs jou niet af als ik niets zeg. Het lukt mij alleen niet om te vertellen. Wordt daar niet boos om en stuur mij niet naar mijn kamer.
- Soms is het gewoon te donker om mij heen. Het helpt als je geduld hebt en mij perspectief en hoop biedt.
- Als ik het zwaar heb: Ga de situatie niet uit de weg, maak contact te maken en benoem je zorgen. Laat mij voelen dat je er echt voor mij wilt zijn. Praat over suïcidaal gedrag en automutilatie, dat maakt dat de schaamte bij mij afneemt. Het helpt namelijk echt als ik er over kan praten.
- Betrek ervaringsdeskundigen in de begeleiding. Zij kunnen jou en mij helpen met hun kennis en ervaring.
- Als ik een poging heb gedaan en ik daarna weer terug kom op de groep, durf dan belangstelling te tonen. Negeer mij niet door te doen alsof er niets gebeurd is. Je kunt ook gewoon zeggen dat je niet weet wat je moet zeggen. Dat is juist fijn. Dan laat je iets van jezelf zien. En dat geeft mij vertrouwen.
- Vraag aan mij als ik geautomutileerd heb of een poging heb gedaan wat er gedeeld mag worden in de groep. Het is niet fijn als anderen dingen van mij weten terwijl niet aan mij gevraagd is of ik dat wel wil delen.
- Mij overplaatsen als ik suïcidaal ben is echt niet fijn. Het helpt niet. Je hebt dan nog minder houvast. Alles verandert, nieuwe mensen, nieuwe regels, nieuwe begeleiding. Probeer liever om mij op de plek te houden.
- Reageer zorgzaam op automutilatie en focus op de spanning en pijn die eronder zit. Neem geen spullen af, maar kijk met mij wat op dat moment helpend is om de spanning omlaag te brengen. Biedt nabijheid, zit samen met mij de crisis uit. Wees positief als het mij lukt om een tijd lang niet te automutileren. Straf niet als het 'fout' gaat, maar benadruk hoe knap het is dat het mij is gelukt om zo lang niet te automutileren. Kijk samen met mij wat je een volgende keer kunt doen om de spanning te laten zakken zodat het niet tot automutilatie

hoeft te komen. Ik vind het zelf al naar genoeg dat het weer “fout” is gegaan. Praat mij geen schuldgevoel aan en wordt niet boos. Wees positief en biedt structuur om de draad weer op te pakken.

- Haal scherpe spullen niet weg, strip geen kamers etc. Dat helpt niet. Praat met mij, maak contact, en accepteer als het “fout” gaat. Straf mij niet, zet mij niet in de isoleer.
- Verzorg de wonden, ga mee naar de Spoedeisende Hulp als de wond gehecht moet worden.
- Blijf vragen naar spanning. Verwijs mij niet “klakkeloos” naar mijn signaleringsplan.

Hoofdstuk 4 Resultaten keten

Hoofdstuk 4 geeft de resultaten weer m.b.t. de vraag naar het verloop van de samenwerking tussen ketenpartners Jeugd GGZ, open en gesloten Jeugdzorg. Aan professionals van de Jeugd GGZ, Open en JeugdzorgPlus instellingen is gevraagd hoe de samenwerking rondom een suïcidale jongere in de keten verloopt, met name in het moment van overdracht.

4.1. Samenwerking

4.1.1 Samenwerking werkt

Sinds de transitie in 2015 wordt er meer ingezet op samenwerking in de keten. Daar waar medewerkers uit de jeugdzorg en GGZ bij elkaar op de werkvloer komen (bijvoorbeeld bij een warme overdracht van jongeren) zijn hulpverleners positief.

R “Ja maar ik denk wel dat we, en dat is met name ook wel de transitie die dat heeft bewerkstelligd, dat wij elkaar wel veel beter vinden. We moesten wel. We konden niet zeggen oh over vijf jaar hebben we een plannetje liggen. Ga het maar gewoon doen. En ik merk dat ik ook als manager veel meer in overleggen zit, pilots zit, projecten zit. Maar niet alleen, maar met mijn collega’s van Pluryn of Driestroom of Karakter of Pro Persona of Iriszorg of de eerstelijns zorg, noem maar op. We zien en kennen elkaar veel beter. En dat vind ik een heel positief punt.” (D12)

Er worden in de interviews voorbeelden genoemd waarin ketensamenwerking kansen biedt voor verbetering van de zorg. Een jeugd GGZ instelling en een JeugdzorgPlus instelling hebben in een periode van ongeveer 5 jaar een nauwe samenwerking met elkaar tot stand weten te brengen. Dit is onder meer gelukt door de kinder- en jeugdpsychiater van de jeugd GGZ instelling voor meerdere uren te detacheren naar de JeugdzorgPlus instelling. Hierdoor ontstonden korte lijnen en kon er sneller behandelinhoudelijk samengewerkt worden. Daar waar het instellingen lukt om samen te werken zijn alle betrokkenen positief. Als medewerkers van instellingen bij elkaar in de keuken kijken en bijvoorbeeld een dienst bij elkaar meelopen, verbeterd dat de samenwerkingsrelatie tussen hulpverleners van de verschillende instellingen.

R “Groepswerkers komen voor een warme overdracht en draaien een paar diensten mee. Dat vinden we alleen maar fijn. Omdat ik denk, los van het feit dat je iets meer over de jongeren kunt brengen, want dat is natuurlijk heel belangrijk. Maar je kunt elkaar als hulpverleners makkelijker vinden denk ik. En je hebt denk ik ook best wel een betere samenwerkingsrelatie, al is het wel op sociotherapeutisch niveau. Bedoel wij moeten alles of uiteindelijk toch intensiefst met de jongeren samenwerken. En dan is het wel heel prettig om alle weetjes en zo te kennen.” (D26)

4.1.2 Moeizame samenwerking in de keten

Ondanks de positieve voorbeelden van samenwerking in de keten, blijkt uit de interviews dat er meer behoefte is aan samenwerking dan dat er momenteel plaatsvindt. Het grote aantal disciplines dat betrokken is (casemanagers en hulpverleners, wijkteams/gemeente, de gecertificeerde instellingen, jeugdreclasserders, Raad voor de Kinderbescherming, kinderrechters, jongere en ouders, instellingen etc.) in het besluitvormingsproces in de toeleiding naar behandeling in JeugdzorgPlus maakt samenwerking complex. Uit de ervaringen van hulpverleners blijkt dat er meerdere factoren zijn die de complexiteit van het netwerk lijken te veroorzaken. Dossieropbouw is noodzakelijk om plaatsing in de JeugdzorgPlus te bewerkstelligen. Hierdoor hebben hulpverleners minder tijd voor het contact met de jongere. Hulpverleners ervaren de grote mate van bureaucratie als een complicerende factor voor samenwerking. De realisatie van netwerksamenwerking is momenteel nog een uitdaging, er zijn overal wachtlijsten en snel met elkaar schakelen blijkt lastig. Naast deze complexiteit is de onduidelijkheid over wat binnen de Jeugd-GGZ en wat binnen de JeugdzorgPlus thuishoort een barrière voor snelle samenwerking.

R “Ja, en wat ik een dilemma vind, is als ik iemand dan aan wil melden voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, dan wordt gezegd, ‘nee, gedragsproblemen staan aan de voorgrond’. En Jeugdzorg zegt: het is psychiatrie. Terwijl ik denk, ‘ja, we hebben eigenlijk helemaal niet genoeg handvatten om met de psychiatrische problematiek aan de slag te gaan, dus kunnen we een combinatie ergens maken?’ Maar tot dusver merk ik dat dat toch wel heel erg ingewikkeld is.” (D5.)

4.1.3. Behoefte aan samenwerking en kennisdeling

Hulpverleners van de open jeugdzorgvoorziening geven aan dat zij, bij jongeren waar sprake is van suïcidaal gedrag, behoefte hebben aan snelle samenwerking en consultatie met een kinder- en jeugdpsychiater, zonder dat er een (tijdrovend) formeel hulpverleningstraject gestart moet worden.

R “Het is crisis, en je hebt dan snel een psychiater nodig die met je meekijkt. Ik snap ook dat je niet alles uit je handen kan laten vallen. Maar wat er nu gebeurt, is stroperig. Want er moeten eerst gegevens richting de kind- en jeugdpsychiater. Dan moet er een afspraak gepland worden. En dan zijn we, met alle respect, soms twee of drie weken verder. Kunnen we het niet wat versimpelen met elkaar?” (D12.)

Er is ook veel behoefte aan kennisdeling: de kinder- en jeugdpsychiatrie kan veel leren van de orthopedagogische aanpak in de JeugdzorgPlus en omgekeerd heeft de JeugdzorgPlus behoefte aan kennis uit de psychiatrie.

R “Dus van psychiatrie kun je zeggen, we zijn niet duidelijk genoeg, we zijn niet strak genoeg, maar wat de jeugdzorg weer te weinig heeft, is verstand van psychiatrie. Dus wat ik heb gemerkt binnen jeugdzorg is dat mijn allergrootste functie daar was: het gedrag van een jongere uitleggen. We hebben heel veel verstand van psychiatrie, maar niet van orthopedagogiek, niet van gedragsproblemen. Dat is waar zij goed in zijn. Ik denk persoonlijk wel dat je ergens in het midden iets moet verzinnen.” (D38)

De problematiek van suïcidale jongeren en hun gezinnen is vaak complex. Veel respondenten uitten de wens om tot een aanpak te komen waarin de JeugdzorgPlus en de JeugdGGZ gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor deze doelgroep.

R “Wij hebben hier zes JeugdzorgPlus groepen, maar hoe mooi zou het zijn dat je samen op een locatie kan zitten of hier een groep hebt die complexe psychiatrie heeft, en dat je kennis uit kan wisselen. Hoe fijn zou het zijn, dat bijvoorbeeld wat van dit personeel in de psychiatrie kan werken, en de sociotherapeuten die ervaring hebben op psychiatrie, bij ons. Dat zijn natuurlijk geweldige zaken als dat zou kunnen. Kennisuitwisseling. Ja, dat is een droom. Voor nu.” (D16.)

4.2 Redenen plaatsing in JeugdzorgPlus

4.2.1 Open jeugdzorg niet ingericht op suïcidaliteit

Een open groep is de meest intensieve hulpvorm in het vrijwillig kader van hulpverlening. Hulpverleners in de open jeugdzorgvoorzieningen zeggen een tekort aan kennis en ervaring te hebben op het gebied van suïcidaal gedrag of automutilatie. Er wordt begeleiding en behandeling geboden, maar voor behandeling is men vaak afhankelijk van ketenpartners; de procedures zijn stroperig en het duurt vaak lang voordat er een partij is gevonden die consultatie of medebehandeling wil geven. Het is, o.a. door lange wachtlijsten, problemen met de financiering en lange intakeprocedures bij de consultatie-biedende partij, niet gemakkelijk om die samenwerking snel vorm te geven.

R “Wij zijn gericht op begeleiding. Om de zaken die onder suïcidaal gedrag liggen aan te pakken, is therapie nodig. Dus moeten we bij een ketenpartner zorgen voor therapie. En dat verloopt wisselend. Ik heb een meisje voor ogen die we hadden aangemeld voor therapie. Die moest lang wachten en was daarnaast zelf niet zo gemotiveerd. En dan komt haar 18de verjaardag dichterbij en dan start er uiteindelijk helemaal niets.” (D7.)

4.2.2 Toename spoedmachtiging

Professionals geven aan dat er steeds vaker sprake is van plaatsing in de JeugdzorgPlus via een spoedmachtiging. Bij een spoedmachtiging is vaak weinig ruimte en tijd om met elkaar te kijken naar een alternatief voor plaatsing in de JeugdzorgPlus. De wet kent aan de kinderrechtter de mogelijkheid toe om een spoedmachtiging te verlenen, als een ‘gewone’ machtiging gesloten jeugdzorg niet kan worden afgewacht. Een spoedmachtiging kan slechts worden verleend als naar het oordeel van de kinderrechtter de situatie zo ernstig is dat er acuut moet worden ingegrepen. Volgens een kinder- en jeugdpsychiater ontstaat een crisis door twee factoren. Enerzijds doordat hulpverleners te lang doorbehandelen en pas aan het einde van een traject aangeven dat het hen niet lukt, waardoor er een crisissituatie ontstaat. En anderzijds doordat er lange wachtlijsten zijn voor plekken op open groepen in de jeugdzorg. Een spoedprocedure is dan de enige optie om een jongere in crisis snel te plaatsen.

I “Want wat maakt op zo’n moment dat je voor een spoedmachtiging moet gaan in plaats van de normale, rustige manier?

R Ik merk dat wij in de psychiatrie pas laat aangeven “Het lukt ons niet.” We wachten totdat ECHT helemaal niet meer gaat, voordat we zeggen “Jeugdzorg, alsjeblieft.” Dus dan heb je het zelf wel heel erg laten oplopen waardoor het wel met spoed moet. De andere kant is, dat als je het hebt over vrijwillige plaatsing in de jeugdzorg, open groepen hebben vaak wachttijden van maanden en maanden en maanden. Soms een jaar. En dan wordt je wel gedwongen om zo’n spoedprocedure in te gaan, want die tijd kan het zeker niet wachten. Dat gebeurt dus regelmatig.” (D38)

Een spoedplaatsing betekent dat plaatsingen regelmatig na 5 uur plaatsvinden (en soms midden in de nacht, als er weinig personeel aanwezig is). Professionals geven aan dat er bij een spoedplaatsing simpelweg geen tijd is om de plaatsing goed voor te bereiden. Soms betekent dit dat de jongere zonder steun van ouders of andere belangrijke personen in een JeugdzorgPlus instelling wordt geplaatst. Er is meestal wel een bepaalde vorm van rapportage aanwezig, maar deze volgt bij een spoedmachtiging regelmatig later. De hulpverleners ter plekke proberen, ondanks het gebrek aan informatie, de suïcidale jongere op te vangen en de situatie zo veilig mogelijk te maken.

R “Soms komen ze om tien uur 's avonds binnen, en kun je niks anders dan de situatie zo veilig mogelijk maken. Je gaat kijken van: hoe is het contact, kun je afspraken maken?

I Je kent die jongere dan niet he?

R Nee. Maar ik vind dat je als je veel ervaring hebt, echt snel wel bepaalde afspraken kunt maken. Dan zijn ze bijvoorbeeld in de vorige plek suïcidaal geweest, maar ze hebben nog nooit scheurkleding aan gehad. Dan kun je er ook voor kiezen om dat nu ook niet te doen. Dus dat is wel een beetje dat je wel de voorgeschiedenis mee moet nemen, maar als ze in hun voorgeschiedenis altijd al scheurkleding aan hebben gehad, dan ga je dat niet in een keer niet doen... Nee. Dat is een te groot risico”. (D10.)

Een open groep is de meest intensieve hulpvorm in het vrijwillig kader. Er wordt, bij gebrek aan beter, lang geprobeerd om met een lichte vorm van hulpverlening een jongere de open groep te helpen. Door stilstand/wachten, een gebrek aan perspectief en de inzet van hulpverlening die niet passend is, kan de problematiek van de jongere verergeren. Jongeren gaan vaak van groep naar

groep. Soms hebben hulpverleners niet het overzicht om te herkennen dat een casus richting geslotenheid dreigt te gaan. Lang wachten zorgt voor escalatie met vaak een (spoed)plaatsing in JeugdzorgPlus tot gevolg.

R “Gemeentes euh, beschikkingen, toewijzingen, plekken, groepen die sluiten. Landelijk zijn ze gewoon steeds meer ingericht op zoveel mogelijk ambulante. Dat wordt ingezet, geprobeerd, mislukt. Een ander traject wordt ingezet, mislukt ook. En dan komen ze bij ons of bij andere groepen. Gaan ze van groep naar groep naar groep. Of de hulp, de eerdere hulp die is ingezet werkt niet, waardoor ze toch in een crisis belanden. Of er zijn heel veel mensen betrokken. Er is niet één regiehouder, die trekt de kar. Je hebt er 15 en iedereen heeft wat te zeggen. En iedereen vindt er wat. En er moet weer overlegd worden. Dan ben je zo weer vier maanden verder. En uiteindelijk loopt het op totdat er een crisis ontstaat.” (D28.)

4.2.3 Plaatsing in JeugdzorgPlus: handelingsverlegenheid

Hulpverleners geven aan dat de open jeugdzorgvoorzieningen niet zijn ingericht op jongeren met suïcidaal gedrag. Op een open residentiële groep ontbreekt de mogelijkheid van vrijheidsbeperkende maatregelen. Suïcidale jongeren kunnen niet op hun kamer ingesloten worden en zij kunnen 's nachts het pand verlaten. Daarnaast is er geen geld voor extra personeel om suïcidale jongeren individueel te begeleiden. De noodzakelijke veiligheid bij suïcidaliteit kan daardoor volgens hulpverleners onvoldoende vorm worden gegeven. Dat versterkt de angst bij hulpverleners voor het dragen van de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van een suïcidale jongere. Dit zijn redenen om een jongere door te verwijzen naar JeugdzorgPlus.

R “Als je een jongere hebt die suïcidaal is, dan ben je al 1 pedagogisch medewerker kwijt bent om met die jongen bezig te zijn. Dan kun je die andere 9 niet voldoende aandacht geven. Dan ben ik van mening dat je voor die jongen meer geld moet krijgen zodat we meer collega's kunnen inzetten op een dienst, maar dat krijg je ook niet voor elkaar. Als het echt, echt te heftig wordt, en ze suïcidaal blijven en ook gaan snijden, dan gaan ze vaak naar gesloten. Dat is natuurlijk een maatregel die je natuurlijk liever niet inzet. Dat wil je eigenlijk voor zijn. Je probeert eigenlijk alles om eraan te doen om binnen de kaders die wij hebben wat te kunnen bieden om ze voldoende zorg te kunnen bieden.” (D34.)

De JeugdzorgPlus wordt vaak ingezet als laatste redmiddel. Dit is, zo zeggen hulpverleners, vanuit behandelperspectief soms wel, maar soms ook niet wenselijk.

R “Kijk een jongen met autisme die de boel kort en klein slaat, dat is relatief makkelijk dat jeugdzorg dan logischer en beter op z'n plek is. Als het gaat over een meisje van 16 met somberheidsproblematiek, automutilatie en suïcidaliteit dan is het lastiger uit te leggen. Ik vind zelf oprecht, dat er situaties zijn waarin jeugdzorg de betere plek is. Ik vind ook dat er heel veel situaties zijn waarin dat niet zo is.” (D38)

4.3 Overdracht

4.3.1 Warme overdracht

Op het moment dat een jongere wordt overgedragen heeft een warme overdracht de voorkeur. De intentie om warm over te dragen bestaat bij alle partijen. Bij een warme overdracht vindt er idealiter een mondelinge en schriftelijke overdracht plaats. Hulpverleners zijn positief over een warme overdracht waarbij de plaatsende partij fysiek meegaat om de jongere te begeleiden. Door personeelsgebrek, werkdruk, etc. wordt echter in de praktijk vaak het dossier van de jongere opgestuurd en wordt er door hulpverleners van de plaatsende en ontvangende instelling gebeld om

inhoudelijk met elkaar af te stemmen. Hulpverleners geven aan dat het fysiek meegaan met de jongere een betere kwaliteit van overdracht oplevert.

R "Ik heb al een hele rits warme overdrachten gedaan, bij diverse instellingen. Ja, ja ze vinden het sowieso wel fijn dat je net al wat meer weet he, van wat is een ingang en wat werkt wel en wat niet bij deze specifieke jongere. Je kan gewoon beter fine tunen, dus dat vind ik wel echt een voordeel boven alleen een schriftelijke overdracht." (D30)

Naast positieve geluiden horen we ook terug dat er, ondanks alle goede intenties, veel ruimte is voor verbetering met betrekking tot de overdracht. Bij geen van de instellingen is een protocol of handleiding voor de overdracht aanwezig. Hulpverleners vertellen dat bij een overdracht de informatie over de jongere vaak onvolledig en van wisselende kwaliteit is. Dossiers worden regelmatig te laat opgestuurd. Hulpverleners willen een zo goed mogelijke start maken met de jongere als deze nieuw op de groep komt. Voor hulpverleners is dat lastig als zij geen informatie over de jongere hebben.

R "Ik wil een jongere zo goed mogelijk ontvangen en hier een goede start maken. Als ik heel veel informatie niet heb of als ik niet weet wat ik kan doen of waar die jongen behoefte aan heeft, dan slaan we in het begin al de plank mis. Zeker als zij de neiging hebben of hebben gehad om suïcide te plegen. Of ouders of familieleden hebben gekend die daar mee te maken hebben gehad. Ja, dan komen ze binnen en dan vraag je 'hoe is het je vader en moeder?'. En dan zeggen ze 'ja, die zijn er niet meer ja'. Dan begin je met een achterstand, dan moet je heel hard werken wil je dat vertrouwen van die jongere weer terug zien te krijgen." (D11.)

Als een jongere vanuit een open residentiële instelling naar een JeugdzorgPlus instelling gaat, begeleidt de voogd de jongere bij de overdracht. Hulpverleners van de open leefgroep gaan niet fysiek mee met een overdracht en dragen niet rechtstreeks over aan de instelling waar de jongere geplaatst wordt. Voor de PM'ers voelt dit als een gemiste kans, omdat zij een wezenlijke bijdrage zouden kunnen leveren aan de kwaliteit van de overdracht.

R "Ja, we worden gebeld van 'dit gaat er gebeuren'. Wij weten vaak niet eens waar ze heen gaan, naar welke afdeling. En dan worden ze uiteindelijk opgehaald met begeleid vervoer van DVNO. En dan is het alle spullen mee, uitzwaaien en en that's it. Ja, het is een gemiste kans ergens dat wij niet rechtstreeks kunnen overdragen van wat wel en niet werkt. We dragen over aan de gezinsvoogd, de regievoerder. En we moeten er dan op vertrouwen dat die dat overbrengt op de gesloten setting zeg maar.

I En hoe weet je of dat gebeurt?

R Niet. Dat weet je niet, want daar horen we niets van terug." (D28.)

Ook wordt benoemd dat er bij een spoedplaatsing soms geen inhoudelijke overdracht plaatsvindt. Soms betekent dit dat, als de ontvangende instelling de jongere nog niet goed genoeg kent, de suïcidale jongere bij aankomst in isoleer geplaatst wordt. Er is dan niet voldoende informatie aanwezig om het suïciderisico in te schatten waardoor men besluit om het zekere voor het onzekere te nemen.

R "Met name ook omdat, als er sprake was van een crisis, en er bij ons opgenomen moest worden, dan had je regelmatig dat je helemaal geen informatie over de suïcidale jongere had. Toen dacht ik wel "dat kan toch niet waar zijn?" (D8.)

Naar aanleiding van een geslaagde suïcide heeft de IGJ aanbevelingen gedaan met betrekking tot het verbeteren van de overdracht. Bij een JeugdGGZ instelling heeft het inspectierapport ertoe geleid

dat hulpverleners bij de overdracht van een jongere fysiek meegaan naar de ontvangende instelling. Dit wordt door alle partijen ervaren als een verbetering van de inhoudelijke overdracht omdat er beter in detail kan worden afgestemd. Ook biedt het voor de jongere zelf meer houvast, zo ervaren hulpverleners. Jongeren hebben in een vreemde omgeving iemand bij zich die voor hen herkenbaar is. Een volgende stap zou kunnen zijn om vanuit beide instellingen daadwerkelijk personeel enkele uren mee te laten draaien op elkaars groep. Op die manier ontstaat er kennis over elkaars werkwijze, en wordt er van elkaar geleerd. In de praktijk is hier bij een aantal instellingen een start mee gemaakt. Hulpverleners zijn hier positief over. Het verbetert de samenwerking en hulpverleners weten elkaar sneller te vinden.

R "Nou een warme overdracht betekent dat wij een uitgebreide rapportage of een overdracht schrijven. En dan gaan we daar zelf fysiek heen. Vaak een aantal dagen of een aantal diensten om echt goed te kunnen overdragen wat wij zien in een systeem. Maar ook in het geval dat een jongere bijvoorbeeld niet wordt opgenomen, maakt het dat je wel elkaar sneller weet te vinden. Het contact is laagdrempeliger, denk ik. In plaats van allemaal aparte eilandjes. We hebben nog niet van een andere instelling diensten gehad die bij ons mee kwamen werken. Maar, ik vind het een hele goeie aanbeveling van de inspectie. Omdat ik denk, los van het feit dat je iets meer over de jongeren kunt brengen, je elkaar als hulpverleners makkelijker kunt vinden denk ik. En dat is wel heel prettig." (D26)

4.3.2 Overplaatsing is risicomoment

Een overplaatsing van de ene groep naar de andere groep is een risico-moment voor suïcidale jongeren, de continuïteit van zorg wordt doorbroken. Een overplaatsing naar of binnen een instelling voor JeugdzorgPlus is ingrijpend voor jongeren en kan tot crisisgedrag leiden.

R "Dus uh, we zaten een beetje te twijfelen kan ze dan naar besloten of gaat ze naar die groep die we voor haar hadden bedacht. We gingen toch voor veiligheid, want door de spanning van de overgang van de ene groep naar de andere had ze dan toch nog een TS [Tentamen suïcide: suïcidepoging] gedaan." (D1.)

Het risico op incidenten na een overdracht kan echter verkleind worden door warm over te dragen. Het fysiek meegaan geeft jongeren houvast en geeft hulpverleners de kans om tot in de puntjes met elkaar af te stemmen.

R "Bij de daadwerkelijke overdracht hebben we afgesproken dat er altijd een sociotherapeut meegaat met de opname daar, en wij een aantal diensten aanbieden om daar mee te draaien. We weten dat het risico op suïcide in de periode voor en na overplaatsing gewoon groter is. Het feit dat de jongeren dan dus weten dat er een bekend koppie mee komt, daar voelen ze zich meer vertrouwt bij. Het geeft houvast en het geeft echt de kans om met de mensen daar tot in de puntjes af te stemmen. Dus dat vind ik wel echt een voordeel boven alleen een schriftelijke overdracht". (D30.)

Uit de interviews blijkt dat het voor sommige jongeren fijn is als een vertrouwenspersoon in de periode na een overdracht in beeld kan blijven. Hulpverleners gaven aan dat het meestal niet mogelijk is om, nadat een jongere overgeplaatst is naar een andere groep, nog in contact te blijven. Ook blijkt het niet mogelijk om na overplaatsing nog ondersteuning of nazorg te bieden. Terwijl hulpverleners daar wel de meerwaarde van inzien. Soms mogen mentoren formeel geen contact houden met een jongere zodra deze is doorgeplaatst. Hier is soms bij werkers, ouders en jongeren wel behoefte aan.

*R "Dan gaat [naam jongere] weg naar een andere instelling en verzoeken ouders en de jongere of ik haar nog wat zou kunnen begeleiden op haar volgende instelling. Ik heb gezegd, ik wil dat heel graag doen. En de organisatie zegt, dat gaan we [stemverheffing] **niet** doen. Dat gebeurt **niet**. Ik denk dat daarin zeker veel te verbeteren is." (D39.)*

Een goede overdracht is dus belangrijk om een plaatsing te laten slagen. Een gedragswetenschapper steekt de hand in eigen boezem. Als een plaatsing niet slaagt en een jongere steeds weer terugkomt, vraagt zij zich af wat zij niet goed doet in de overdracht waardoor het de ontvangende partij niet lukt met de jongere.

R "Sommige kinderen komen ook voor de 3^{de} keer weer terug. Dan doe je echt iets niet goed. Dan kunnen we allemaal vinden dat degene die het kind van ons overneemt het niet goed doet. Maar misschien kunnen wij ook kijken wat wij niet goed doen in de overdracht, waardoor hen het niet lukt". (D25.)

4.4 Wachtlijsten, door- en uitstroom

4.4.1 Slechte door- en uitstroom

Door het merendeel van de hulpverleners wordt de slechte doorstroom in de keten genoemd als een groot probleem. Jongeren komen soms terecht op plekken die niet aansluiten bij de zorgbehoefte van de jongere. Zij worden geplaatst waar plek is. Daarnaast zet het systeem aan tot 'overdragen van onvermogen'. Wanneer het op de ene groep niet meer lukt, neemt een volgende zorgverlener het over. Dat leidt tot weinig succesvolle plaatsingen, waardoor de jongere vertrouwen verliest en problemen soms groter i.p.v. kleiner worden. Er is een beperkt aanbod aan geschikte plaatsen voor jongeren met suïcidaal gedrag in de JeugdzorgPlus, er zijn lange wachtlijsten en het gebrek aan perspectief breekt de jongeren op. Pas als er een crisis ontstaat, kan er ingegrepen worden.

R "Ja, de doelgroep wordt steeds zwaarder omdat de doorplaatsingen niet lukken, het stagneert allemaal. En ook de wachtlijstenproblematiek wordt heftiger. Nou, als je het dan hebt over een stukje suïcide, dat is vaak ook het ding, we moeten wachten tot het hier [open jeugdzorgvoorziening] te ver gaat en dan pas kan er ingegrepen worden." (D28.)

Daarnaast zien hulpverleners dat jongeren regelmatig moeilijk uitgeplaatst kunnen worden. Jongeren blijven dan langer dan nodig in de JeugdzorgPlus omdat er elders geen plek is.

I "Gebeurt het dat je jongeren niet uitgeplaatst krijgt?

R Ja toch wel veel. Dan blijf je hier. Want waar moet een jongere dan heen? Ik weet het ook niet, ik heb geen idee. En het stomste dan is, dan moet iemand echt door en dan zet je alle zeilen bij, maar er is niemand die z'n vingers eraan wilt branden omdat het dossier wel heftig is. Soms snap ik dat ook wel hoor, van instellingen, dat het een hele heftige casus is op papier. Maar voor een jongere is dat een andere kant. Want op een gegeven moment heeft een jongere ook wat bereikt en wil je ook door. Dat kan dan niet en.... Ja en dat doet eigenlijk wel afbreuk." (D22.)

4.4.2 Verlies van perspectief

Als de uitstroom stagneert, kunnen jongeren hoop en perspectief verliezen, wat spanning bij jongeren kan verhogen. Een hulpverlener beschrijft hoe het team anderhalf jaar bezig is om een jongere doorgeplaatst te krijgen. Niemand durft het aan om de jongere op te nemen, omdat het dossier van de jongere te heftig is. Onrust en spanning over de vervolgplaatsing en gebrek aan duidelijkheid en perspectief draagt bij aan verslechtering van de problematiek van de jongere.

R "Nou, en laatst met dat snijden, waar ze het net over had, dat was wel echt heel erg grof. Maar waar komt dat uit voort? Niet weten waar ze naartoe gaat. Moeder kan haar absoluut niet hebben, tante kan haar niet hebben, oma wil haar niet hebben en geen enkele instelling wil haar hebben,

daar zijn we al anderhalf jaar mee bezig. Niemand durft het, snap je? En wat doet dat met je zelfbeeld als niemand je wilt. Daar kwam het snijden de laatste keer ook helemaal uit voort.” (D21.)

R “Als een jongere dan een tijdje bij ons zit dan zie je ze in een stijgende lijn omhoog gaan, want ze hebben een veilige plek, ze krijgen structuur en duidelijkheid. Gewoon de dagelijkse dingen. En dan eigenlijk op het moment dat ze tegen die onduidelijkheid aanlopen waar geplaatst gaan worden, dan keldert dat eigenlijk weer in een lijn naar beneden. En dan zie je ook weer gedragingen waardoor ze bij ons geplaatst zijn terugkomen, waaronder bijvoorbeeld automutilatie.” (D28.)

4.4.3 Niet doorplaatsen: continuïteit van zorg

Uit de interviews blijkt het gebrek aan continuïteit door wisselingen van instellingen en wisselingen van professionals. Hulpverleners gaven aan dat jongeren in de jeugdzorg veelvuldig van plek naar plek gaan. Vaak raken jongeren het vertrouwen in hulpverleners daardoor kwijt. De overgang van de ene groep naar de andere groep is risicovol voor jongeren die bekend zijn met suïcidaliteit. Een van de gevolgen van veelvuldig overgeplaatst worden, is dat het begeleiders meer tijd en moeite kost om contact te maken en positieve behandelrelaties met suïcidale jongeren op te bouwen. Onderstaand team kiest er daarom nadrukkelijk voor om een suïcidale jongere niet over te plaatsen, ook al twijfelt het team of zij genoeg expertise in huis hebben. Zij kiezen voor continuïteit van zorg.

R “Na die suïcidepoging bijvoorbeeld vroegen een aantal collega’s zich af of ze niet naar een groep moest die echt gericht is op suïcide? Dat zou dan weer een van vele groepen worden. Want dit meisje was al ergens tussen de 15 en 20 keer verhuisd, van groep naar groep, naar pleeggezin etc etc. Ik ben heel erg voor zo min mogelijk verhuizen. Als je dan al op een groep zit, dan maar het liefst zo lang mogelijk op één groep. Liever drie jaar op één groep dan in drie jaar 20 groepen. Want dan leert een jongere in ieder geval die mensen kennen en vertrouwen.” (D36.)

4.5 Rol Jeugdvoogden / gecertificeerde instelling

Hulpverleners in de open jeugdzorg zijn afhankelijk van de gecertificeerde instellingen als het gaat om verwijzing naar gesloten jeugdzorg. Het ontbreekt vaak aan goede informatie-uitwisseling. Heldere afspraken ontbreken of afspraken worden niet helder gecommuniceerd, waardoor niet duidelijk is wie aan zet is. Er zijn veel partners betrokken, wat overleg ingewikkeld maakt. De jeugdbeschermer heeft de verantwoordelijkheid over het juridische traject. Voogden hebben volgens respondenten een (te) grote case-load. Hulpverleners geven aan dat samenwerking met de jeugdbeschermer stroperig verloopt. Zij vragen zich af waarom er bij suïcidaliteit van jongeren niet eerder ingegrepen kan worden.

R “Ja, ja, de zwaardere gevallen, die zichzelf iets aan kunnen doen. Waarbij je het gevoel hebt, als we nu niet doorpakken dan is de kans echt wel aanwezig dat het niet goed gaat. Dat diegene zichzelf iets aan doet. Dan kom ik toch uit bij de samenwerking met jeugdbescherming die dan niet vlot, dat is jammer. Dat kan sneller, dat kan effectiever zeg maar, daar gaan dan dagen overheen. Terwijl je op dat moment eigenlijk geen dagen hebt.” (D11)

Bij de overdracht van een suïcidale jongere naar JeugdzorgPlus moet een actuele risicotaxatie aanwezig zijn. Gedragswetenschappers meldden dat deze soms niet aanwezig is als de jongere vanuit huis in de JeugdzorgPlus geplaatst wordt. Sommige jeugdbeschermers vinden het lastig om bij een crisisplaatsing aan de jongere te vertellen dat hij of zij gesloten geplaatst gaat worden. De jeugdbeschermer licht het kind niet in, omdat deze bang dat het kind dan wegloopt.

R “Waar ik heel veel tegen aan loop is dat de jeugdbeschermers heel vaak zeggen: ‘ja, ik ga geen suïcide risicotaxatie laten doen, want als ik dat doe dan weet het kind dat ik haar gesloten ga plaatsen en dan loopt het weg. Dus je hebt heel veel pech, dat mag je zelf doen’. En als het een kind

is dat bijvoorbeeld uit de GGZ komt of uit een open instelling komt waar al eerder een beoordeling is gedaan door de crisisdienst, dan krijg ik die stukken wel, maar als kinderen bijvoorbeeld thuis zitten of het is echt acuut. Dan krijg ik dat meestal niet.” (D29.)

4.6 Feedbackloop ontbreekt

Om te kunnen beoordelen of overplaatsing naar een andere instelling effectief is, is het van belang om te evalueren. Hulpverleners ervaren echter dat er tussen ketenpartners weinig uitwisseling en teruggekoppeling plaatsvindt over de effectiviteit van het ingezette beleid. Het ontvangen van feedback is voor hulpverleners belangrijk om te kunnen leren: is de plaatsing een juiste geweest? Was de overplaatsing helpend voor de jongere? Een feedbackloop na de overdracht wordt echter gemist. Feedback kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg en de (keten)samenwerking. Daarnaast is het voor hulpverleners fijn om te weten hoe het met een jongere gaat.

R “Ik denk wel dat het fijn is als je het idee hebt dat en ook terughooft dat het naar omstandigheden goed gaat met een kind. En natuurlijk kunnen er kwetsbaarheden zijn en eens een terugval, maar dat het over het algemeen beter gaat. Simpel, dat een kind nog leeft en zijn ding doet. Ik denk dat, dat terughoren al gewoon fijn en helpend is”.(R9)

R “Vaak heb ik vooraf ook al telefonisch contact met de gedragswetenschapper van daar. Zo kunnen we samen inschatten of een overplaatsing zin heeft en succesvol zou kunnen zijn. Maar nadien is er niet veel contact meer.” (D7.)

R “Maar dat zeg ik wel vaker, we zouden meer terug moeten horen wanneer werkt het en wanneer ook niet. Dat je daarvan op de hoogte bent. Dat lijkt me zo waardevol.” (D13.)

Sommige hulpverleners organiseren hun eigen feedbackloop, vaak gebeurt dit op basis van informele netwerken.

R “Het is toch jammer dat wij die dingen niet terug horen. Op de momenten dat ik het terughoor, dan is dat allemaal vanuit persoonlijke contacten die ik heb.” (D38.)

Hoofdstuk 5 Conclusies en discussie

Het huidige exploratieve kwalitatieve onderzoek is opgezet om zicht te krijgen op hoe suïcidale gedachten en suïcide van groepsgenoten het leefklimaat beïnvloeden binnen de behandelgroepen op de gesloten jeugdzorg. Om dit thema te verhelderen, zijn 42 semigestructureerde interviews afgenomen met jeugdigen en hulpverleners (JeugdzorgPlus en twee Ketenpartners). In Hoofdstuk 2, 3 en 4 zijn de resultaten van deze interviews beschreven. In dit hoofdstuk worden de overkoepelende conclusies beschreven en verbeteringsuggesties gegeven. We sluiten het hoofdstuk af met de beperkingen van dit onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek en discussie.

Het doel van dit onderzoek is het verwerven van inzicht en kennis in (het functioneren van) groepen waar suïcide-problematiek speelt.

De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt:

Hoe beïnvloeden suïcidale gedachten en suïcide van groepsgenoten het leefklimaat binnen de behandelgroepen in de gesloten jeugdzorg?

De invloed van suïcidaal gedrag van groepsgenoten op het leefklimaat is groot. Door incidenten ontstaat er onrust en spanning op de groep. Suïcidaal gedrag en incidenten veroorzaken paniek, angst en stress bij zowel PM'ers als bij jongeren op de leefgroep. Onveiligheid en angst bij jongeren ontstaan ook door onveiligheid en angst bij PM'ers. De sfeer wordt daardoor gespannen en somber. Uit de analyse van de interviews blijkt dat sommige jongeren zelf uit balans raken als groepsgenoten suïcidaal zijn of automutileren. Jongeren beschreven hoe automutilatie en suïcidaal gedrag (o.a. suïcidepogingen) vaak een "besmettelijk" karakter hebben op groepen waar meerdere jongeren verblijven met dezelfde problematiek. Een jongere gebruikte de metafoer van een slagveld: een incident lijkt op een bom die af gaat; voor je het weet beland je in een slagveld. Jongeren geven aan dat het regelmatig voorkomt dat als een jongere zich automutiliert of zich suïcidaal uit er meer jongeren volgen die zich ook suïcidaal uiten. Het keer op keer meemaken van ingrijpende en/of traumatische gebeurtenissen zorgt voor meer probleemgedrag, wat een negatief effect heeft op de sfeer op leefgroepen. De impact van een geslaagde suïcide op het leefklimaat is zo mogelijk nog groter.

Conclusie 1 De impact van suïcide op leefklimaat

De impact van een geslaagde suïcidepoging is enorm voor alle betrokkenen. Alle normale patronen verdwijnen op dat moment. Jongeren en hulpverleners beschrijven een groot scala aan emoties. Sommigen jongeren raken in paniek en er is veel verdriet, angst en ongeloof. Jongeren reageren heel divers op een suïcide: van stil en teruggetrokken tot zelf suïcidaal worden. Hulpverleners die een suïcide meemaken beschrijven een palet aan emoties: ongeloof, verdriet, onmacht, verslagenheid, angst, schuldgevoelens maar ook shock en trauma. Het meemaken van een suïcide maakt een diepe indruk op werkers en heeft een direct effect op het handelen van hulpverleners. Een suïcide maakt hulpverleners voorzichtiger. Angst voor een slechte afloop werkt vaak belemmerend op het handelen van hulpverleners. In het handelen wordt men voorzichtiger en er wordt sneller gegrepen worden naar beheersmatige maatregelen om het risico op suïcide te verkleinen (een enkele uitzondering daargelaten). Daardoor wordt minder ingestoken op het gesprek aangaan en contact maken met de jongere, op het moment dat deze zich suïcidaal uit. Dit heeft een negatief effect op de bejegening en sfeer op de leefgroep. Op het moment dat er meer beheersmatige maatregelen worden ingezet om de veiligheid te garanderen en risico's te verkleinen, heeft dit een negatief effect op de sfeer van het leefklimaat.

Conclusie 2 De impact van suïcidaal gedrag op het leefklimaat

Het leven op de leefgroep en de ontwikkeling van jongeren wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van het leefklimaat. Pedagogisch medewerkers geven samen met gedragsdeskundigen het leefklimaat vorm. Uit dit onderzoek blijkt dat de impact van suïcidaal gedrag van groepsgenoten op het leefklimaat groot is. Anders dan bij een geslaagde suïcidepoging lijkt het erop dat de grootte van de impact van *suïcidaal gedrag* op jongeren en het leefklimaat voor een groot deel afhankelijk is van de reactie van hulpverleners op dit suïcidale gedrag. We hebben in grote lijnen twee soorten reacties van hulpverleners binnen de gesloten setting gezien: responsieve reacties en beheersmatige reacties.

In een positief leefklimaat volgt een responsieve, ondersteunende reactie op het suïcidale gedrag. Jongeren schrikken en zijn bezorgd als een medegroepsgeenoot zich suïcidaal uit of automutueert. Op het moment dat jongeren zien dat er met zorg en aandacht gereageerd wordt en dat groepsleiding responsief is, naast de jongere gaat staan, nabijheid en zorg biedt en in contact blijft met de jongere; dan zorgt dat voor vertrouwen en een veilige sfeer op de leefgroep. Jongeren zien dan dat als het niet goed met je gaat, je er toch mag zijn en dat er geen straf of consequenties volgen. Ze zien dat je wordt ondersteund en dat er is zorg als je in crisis bent. Het effect van responsieve zorg en ondersteuning geeft groepsgenoten en de jongere zelf (een beetje) vertrouwen (terug). Problemen worden opgelost door nabijheid te bieden en te praten in plaats van te straffen. De jongere voelt zich gehoord en gezien. Er wordt empathisch gekaderd door nabijheid te bieden en er worden geen beheersmatige reacties als isolatie of fixatie gekoppeld aan het suïcidaal gedrag. Door relationele veiligheid te bieden en niet terug te grijpen op beheersmatige maatregelen, blijft het contact tussen jongere en PM'er bestaan. Dit proces van wederzijdse beïnvloeding (Sameroff, 2009) leidt weer tot verdere toenadering, samenwerking en het stapje voor stapje opbouwen van vertrouwen. Vertrouwen is de basis voor suïcidale jongeren om contact te maken. Zonder vertrouwensband durf je geen contact te maken en serieuze dingen met elkaar bespreken, zeggen jongeren. Responsieve reacties op suïcidaal gedrag zijn helpend voor jongeren; zij dragen bij aan een positief leefklimaat. Praten over suïcidaliteit en automutilatie biedt relationele veiligheid en werkt preventief. Uit dit onderzoek blijkt dat de impact van suïcidaal gedrag van groepsgenoten op het leefklimaat groot is. De grootte van de negatieve impact kan echter beperkt worden als er sprake is van een positief, responsief leefklimaat.

Daarnaast wordt er beheersmatig gereageerd op suïcidaal gedrag zoals met plaatsing in isoleer, fixatie, cameratoezicht, etc. De spanning loopt op als er incidenten plaatsvinden. De spanning loopt nog sterker op als er beheersmatig wordt ingegrepen in antwoord op suïcidaal gedrag en automutilatie incidenten. Het gevolg van die spanning is dat andere groepsgenoten probleemgedrag gaan vertonen. We zien veel vlucht en verstijfgedrag (negeren) bij PM'ers. Hoe begrijpelijk deze reacties ook zijn, gezien de machteloosheid en angst van PM'ers voor dat 'het fout gaat', deze reacties leiden tot een negatieve beheersmatige spiraal. Beheersmatige maatregelen leiden vooral tot angst bij jongeren. Jongeren durven uit angst om in isoleer geplaatst te worden, niet te praten over suïcidaliteit en zelfbeschadiging. Ze zwijgen. Jongeren vertellen dat plaatsing in de isoleer de suïcidale gedachten en het gevoel van eenzaamheid versterkt. Isoleren helpt hen niet, maar schaadt deze jongeren. Jongeren sluiten zich dan nog verder af en hun isolement neemt toe. Zo verliezen hulpverleners nóg meer contact en verbinding met de jongere. Als er geen contact en verbinding meer is, weten hulpverleners niet hoe zij de situatie moeten inschatten. Dat leidt tot angst en gevoelens van onmacht bij hulpverleners. Dat leidt vervolgens weer tot nóg meer beheersmatige maatregelen om de veiligheid te kunnen garanderen en risico's te verkleinen, enzovoort. Aldus heeft beheersmatig handelen in reactie op suïcidaal gedrag de neiging zichzelf te versterken. Uiteindelijk resulteert dat in een gespannen en steeds meer beheersmatig, controlerend en negatief leefklimaat. De impact van fixatie en plaatsing in de isoleer bij suïcidaal gedrag en automutilatie grijpt sterk

negatief in op het groepsklimaat. Kort gezegd: de invloed van suïcidaal gedrag en suicide van groepsgenoten op het leefklimaat is groot, maar wordt vergroot als er sprake is van een negatief, beheersmatig leefklimaat.

Conclusie 3 Samenwerking in de keten: overdracht

Er wordt in de interviews een aantal voorbeelden genoemd waarin samenwerking kansen biedt voor een succesvolle verbetering van de zorg. Daar waar medewerkers uit de jeugdzorg en de GGZ de samenwerking opzoeken, zijn hulpverleners positief. Een voorbeeld van samenwerking is een toename van de zogenaamde warme overdrachten, waarbij de plaatsende hulpverleners een “dienst meedraaien” bij de ontvangende instantie. Hierover zijn hulpverleners positief. Naast positieve geluiden horen we ook terug dat er, ondanks alle goede intenties, veel ruimte is voor verbetering met betrekking tot de overdracht. Bij geen van de instellingen is een protocol of handleiding aanwezig met betrekking tot de overdracht. Ook wordt benoemd dat er niet altijd sprake is van een warme overdracht. Soms betekent dit dat, als de ontvangende instelling de jongere nog niet goed genoeg kent, de suïcidale jongere meteen in isoleer geplaatst wordt omdat er onvoldoende informatie is om het suïciderisico in te schatten. Soms is de informatie over de jongere onvolledig en wisselt de kwaliteit van de informatie. Dossiers worden regelmatig te laat opgestuurd. Daarnaast ontbreekt uitwisseling en teruggekoppeling over de effectiviteit van het ingezette beleid (feedbackloop ontbreekt). Het grote aantal disciplines dat betrokken is bij een suïcidale jongere maakt de samenwerking complex. Er is behoefte aan samenwerking en kennisdeling tussen de JeugdGGZ, open en gesloten jeugdzorg. Het werkveld heeft met name behoefte aan snelle triage, consultatie en kennisuitwisseling zonder dat er eerst een formeel hulpverleningstraject gestart moet worden. Samenwerking in de keten is uiterst belangrijk in adequate hulpverlening, maar is een enorme uitdaging waar veel ruimte voor verbetering bestaat.

Conclusie 4 Hoe reageren jongeren onderling op elkaar?

Het verschilt per groep hoe jongeren op elkaar reageren als er een incident (automutilatie, suïcide poging, etc.) heeft plaatsgevonden. In sommige groepen reageren groepsgenoten begripvol en worden jongeren die automutileren of suïcidaal zijn gesteund. Er zijn ook groepen waar jongeren boos worden op de jongere die zich suïcidaal uit. De jongere met suïcidaal gedrag wordt verweten dat deze aandacht zoekt. Er is dan sprake van victim blaming. Zoals eerder beschreven, vinden de meeste jongeren het moeilijk om te vertellen dat ze suïcidale gedachten hebben als daar beheersmatige consequenties (zoals fixatie, kamerplaats, plaatsing in EBK of plaatsing in de isoleer) op volgen. Jongeren praten wel onderling met elkaar over suïcidaliteit en zelfbeschadiging. Veel jongeren maken zich zorgen als een groepsgenoot aangeeft zichzelf te gaan beschadigen of suïcide te willen plegen. De jongere die in vertrouwen wordt genomen staat voor een dilemma: niets zeggen tegen groepsleiding (maar dan is er de angst voor een “foute afloop”) of wel naar de groepsleiding gaan (“snitchen”), met de kans dat de jongere die jou zijn suïcideplannen heeft verteld boos op je wordt. Daarnaast geven jongeren aan dat hun eigen suïcidale gedrag wordt versterkt door de omgang met andere suïcidale jongeren. De impact van problemen op elkaar is groot. Jongeren ervaren dat ze negatief worden meegezogen in de problemen van groepsgenoten.

Conclusie 5 Wat vinden jongeren van het handelen van hulpverleners?

Alle jongeren in dit onderzoek zijn negatief over de inzet van de isoleercel bij suïcidaal gedrag en automutilatie. Zij vinden dat de isoleercel afgeschaft moet worden. Afschaffen van de isoleercel kan volgens hen alleen als de groepen kleiner worden of als er meer werkers op de groep staan. Beheersmatige consequenties zijn redenen om niet in gesprek te gaan. Regelmatig werd in interviews gezegd “Praten heeft consequenties. Dan zeg ik toch niets meer?” Insluiting van jongeren heeft op zichzelf een negatieve werking en leidt onder andere tot (aangeleerde) hulpeloosheid, opstandigheid en depressie (Van der Helm, 2011; White, Shi, Hirschfield, Mun, & Loeber, 2010).

Insluiting wordt door jongeren als een (zware) straf ervaren. Zie ook het rapport van commissie De Winter (2019) (De Winter, 2019), waarin soortgelijke conclusies worden getrokken en waarin de aanbeveling wordt gedaan om plaatsing van jongeren in gesloten jeugdzorg zoveel mogelijk te voorkomen. Jongeren zijn positief over hulpverleners die tijd maken om een vertrouwensband met hen op te bouwen. Een hulpverlener mag vanuit die vertrouwensband en betrokkenheid van de suïcidale jongere de leiding nemen als dat nodig is. Het is fijn als iemand voor je structureert en duidelijkheid biedt als je zelf de weg kwijt raakt, zo zeggen jongeren. Nabijheid, afleiding bieden en samen met de jongere de crisis uitzitten, is helpend. Een “chille” leiding is volgens jongeren veel op de groep, hangt met jongeren op de bank en doet niets. Een “chille” leiding “is er gewoon”. Jongeren waarderen het als hulpverleners iets van zichzelf laten zien. Gevoelens tonen en laten zien dat je mens bent, doet iets in de vertrouwensband. Het kan om kleine dingen gaan; iets vertellen over jezelf of iets vertellen over wat je hebt meegemaakt. Maar ook als er heftige incidenten plaatsvinden, vinden jongeren het prettig als hulpverleners emoties laten zien. Het gaat om de inbreng van menselijke wederkerigheid. Jongeren vinden het positief als een hulpverlener écht luistert, betrokkenheid toont en hen helpt om hun suïcidale gedachten en gevoelens om te zetten in woorden. Een vraag als “Hoe gaat het met je?” is te groot en te algemeen. Het helpt als de vraag klein wordt gemaakt. “Wat voel je?” of “Wat gaat er in je om?” is een betere vraag om een gesprek mee te starten. Jongeren vinden het fijn als hulpverleners zich niet blind staren op wat er in het signaleringsplan staat, maar samen met hen bekijkt wat er op het moment van crisis helpend is. Jongeren waarderen een hulpverlener die hen een knuffel geeft en die het jongeren zelf, maar niet alleen, laat doen.

Verbetersuggesties

We hebben respondenten gevraagd welke verbetersuggesties zij hebben om de zorg voor suïcidale jongeren te verbeteren.

Belangrijkste verbetersuggesties van hulpverleners JeugdzorgPlus

- Meer kennis en training m.b.t. psychiatrische problematiek en suïcidaal gedrag
- Meer personeel op groepen (of kleinere groepen)
- Minder wachtlijsten, betere en snellere uitstroom
- Meer praten over suïcidaliteit, taboe doorbreken

Belangrijkste verbetersuggesties van jongeren

- Isoleercel afschaffen en stoppen met beheersmatig werken
- Meer praten met en luisteren naar (suïcidale) jongeren in JeugdzorgPlus
- Kleinere groepen, meer personeel
- Minder doorplaatsen, minder wachtlijsten, meer zinvolle dagbesteding en perspectief bieden

Belangrijkste verbetersuggesties van hulpverleners in de keten

- Betere en snellere samenwerking in de keten, minder wachtlijsten
- Open residentiële setting: Meer mogelijkheid tot snelle consultatie psychiaters bij suïcidaliteit
- Caseload gezinsvoogden verkleinen
- Kennisdeling

Verbetersuggestie 1: Kleinschalig werken

Aanbevolen wordt om aanbod te creëren van kleinschalige specialistische groepen waar jongeren met complexe psychiatrische problematiek onvoorwaardelijk kunnen blijven en niet “weg” moeten naar de volgende groep als het beter gaat. De laatste jaren is er toenemende maatschappelijke aandacht voor het ontwikkelen van gezinsachtige en kleinschalige vormen van verblijf voor kinderen

en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen. Deze vormen van verblijf bieden een meer relatie- en ontwikkelingsgericht klimaat dan grote leefgroepen en sluiten daarmee beter aan op de complexe en heterogene problematiek die kenmerkend is voor kinderen en jongeren in residentiële instellingen (Bastiaanssen, Kerkhof, & Addink, 2019; Nijhof et al., 2020). Zorg voor een ontwikkelingsgericht leefklimaat, individuele ondersteuning en voldoende geschoold personeel. Ondersteun jongeren bij voorkeur in de eigen omgeving. Betrek ouders, broertjes en zusjes. Zorg voor gemixte groepen, met verschil in problematiek en zwaarte van problematiek. Zorg voor aandacht voor de autonomie van de jongere, waarbij de eigen regie wordt bevorderd en de regie niet wordt overgenomen bij suïcidaal gedrag of automutilatie. Het is belangrijk dat er gekeken wordt naar de beweegredenen van de jongere, in plaats van alleen naar het gedrag dat de jongere vertoont. Aanbevolen wordt om geen isoleercel of beheersmatige maatregelen in te zetten maar te richten op nabijheid en individuele begeleiding. Door het bieden van maatwerk en perspectief (kijken naar mogelijkheden, interesses, talenten van de jongere) en de inzet van ervaringsdeskundigheid wordt gestreefd naar deelname van de jongeren in de samenleving en het opbouwen van een duurzaam netwerk. De inzet van kleinschalige groepen is daarin een middel.

Verbetersuggestie 2: Feedbackloop

Aanbevolen wordt om een feedbackloop te ontwikkelen tussen instellingen waardoor verwijzers naar de JeugdzorgPlus informatie ontvangen over de effectiviteit van de behandeling bij een jongere. Door invoering van bijvoorbeeld een PDCA cyclus wordt inzichtelijk of het door hen vooropgezette beleid ook daadwerkelijk effectief is. Op deze manier kan het leervermogen van hulpverleners en organisaties in de keten vergroot worden. Het gevolg is dat er een netwerk van professionals ontstaat die contact met elkaar onderhouden rondom een casus. Dit genereert kennis en verbetert de samenwerking met betrekking tot het aanbod van instellingen door te leren over elkaars werkwijze. Dit leerproces kan resulteren in het optimaliseren van keuzes doordat hulp zorgvuldiger en passender ingezet kan worden.

Verbetersuggestie 3: Investeer in kennis en supervisie

De geïnterviewde professionals gaven aan hoe suïcidaal gedrag en automutilatie-incidenten hen persoonlijk en professioneel raakt. Door de concentratie van jongeren met complexe psychiatrische problematiek op de leefgroepen en het aantal geslaagde suïcides, is het werk zwaarder geworden. Hulpverleners hebben ondersteuning, bijscholing en supervisie nodig om dit moeilijke werk vol te kunnen blijven houden. Uit de interviews kwam naar voren dat hier niet altijd tijd voor gemaakt kan worden. Dit leidt tot problemen in het functioneren van teams, ziekteverzuim, burn-out en vertrek van personeel. Aanbevolen wordt om hier oog voor te hebben en hulpverleners te ondersteunen door hen scholing, intervisie en teamcoaching aan te bieden.

Verbetersuggestie 4: inzet traumabehandeling en systeemtherapie

Hulpverleners in dit onderzoek geven aan dat er veel behoefte is aan de inzet van traumabehandeling en systeemtherapie. Er zijn echter te weinig behandelaars beschikbaar om adequate behandeling te bieden. Aanbevolen wordt om te investeren in opleiding en scholen van personeel zodat er adequaat voorzien kan worden in de vraag naar traumabehandeling en systeemtherapie.

Verbetersuggestie 5: Zinvolle dagbesteding, hoop en perspectief

De geïnterviewde jongeren ervaren onvoldoende mogelijkheden tot groei (*'Ik leer hier niets'*). Aanbevolen wordt om jongeren een zinvolle dagbesteding, hoop en perspectief te bieden. Zorg dat het onderwijs binnen de instelling aansluit bij het niveau van de individuele jongere en zorg er ook voor dat jongeren stage kunnen lopen en certificaten kunnen halen. Dit is nu niet het geval. Een zinvolle dagbesteding is belangrijk om gemotiveerd te raken, te blijven en toekomstperspectief te krijgen.

Verbetersuggestie 6: Investeer in terugbrengen isoleren: suïcidepreventie training

Aanbevolen wordt om groepswerkers training te geven over suïcidaal gedrag bij jongeren. Een groot aantal respondenten geeft aan dat zij het lastig vinden om het gesprek over suïcidaliteit aan te gaan. Er is behoefte aan kennis en training rondom suïcidepreventie. De resultaten uit dit onderzoek suggereren dat suïcide preventie training een effectieve manier is om hulpverleners handvaten te geven om het gesprek met suïcidale jongeren aan te gaan. Het verminderen van beheersmatig werken (zoals inzet van isoleercellen) is alleen mogelijk als groepsleiders alternatieven in kunnen zetten. Daarvoor is (naast voldoende personeel en kleinere groepen) meer kennis over suïcidaal gedrag en automutilatie bij professionals nodig. Hulpverleners geven aan dat ze het niet gemakkelijk vinden om minder te isoleren. Dit vraagt om anders te werken en soms zelfs om een cultuurverandering. Het terugbrengen van het gedwongen afzonderen, hangt echter niet alleen af van individueel gedrag, maar ook van de structuur waarbinnen gewerkt wordt. Naast het scholen van personeel in suïcide preventie is het aan te bevelen om het beleid hierin te wijzigen en het gesprek over gedwongen afzonderen te blijven voeren. Ook is het aan te raden om suïcide preventie training op regelmatige basis te herhalen en verdiepende kennis toe te voegen aan het programma.

Verbetersuggestie 7: Investeer in een open, positief leefklimaat

Aanbevolen wordt om meer aandacht te geven aan het belang van een open leefklimaat, waarin afgestemd wordt op de behoeftes van jongeren. Organiseer zorg rondom suïcidale jongeren zodat jongeren niet steeds van plek naar plek hoeven en steeds weer opnieuw een vertrouwensband moeten opbouwen. De persoonlijke relatie tussen groepsopvoeder en jongere, met name emotionele ondersteuning en sensitiviteit, is essentieel voor het verbeteren van de veiligheid en het pedagogisch klimaat in de leefgroep. Aanbevolen wordt om in opleiding en scholing aandacht te besteden aan het belang van responsief reageren in antwoord op suïcidaal gedrag en automutilatie. Het hoge personeelsverloop in de sector draagt niet bij aan een stabiele, goede opvoedsituatie. Deze stabiliteit is echter wel wat suïcidale jongeren nodig hebben. Wij bevelen aan om te investeren in maatregelen tegen het hoge personeelsverloop door de werkdruk te verlagen en door goede ondersteuning, begeleiding en doorgroeimogelijkheden te bieden.

Verbetersuggestie 8: Samenwerking JeugdzorgPlus, Jeugd-GGZ en ervaringsdeskundigheid

Aanbevolen wordt om meer inhoudelijke samenwerking tussen de Jeugd-GGZ en de JeugdzorgPlus tot stand te brengen. Investeer in mogelijkheden tot snellere en lichtere betrokkenheid van andere professionals, bijvoorbeeld voor consultatie, supervisie of medebehandeling. Ondersteuning door ervaringsdeskundigen wordt door jongeren gemist in de JeugdzorgPlus. De jongeren die wel ervaring hebben met ervaringsdeskundigheid zijn daar heel enthousiast over. Jongeren zeggen dat het helpend voor hen is om met iemand te praten die hetzelfde heeft meegemaakt en hun problematiek herkent. Een ervaringsdeskundige biedt hoop en perspectief. Aanbevolen wordt om ervaringsdeskundigheid in te zetten in de JeugdzorgPlus.

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd onder 13 (11 meisjes, twee jongens) jongeren. De bedoeling was dat jeugdigen (jongens en meisjes) werden geselecteerd met en zonder eigen ervaring met suïcideproblematiek. In dit onderzoek hebben we echter vooral meisjes gesproken die zelf ervaring met suïcidaal gedrag hebben. Het is helaas niet duidelijk of er sprake is van selectie bias; heldere instroomgegevens over de gehele JeugdzorgPlus populatie ontbreken. Bij drie leefgroepen bestond de populatie uit bijna 100% suïcidale jongeren, op twee groepen betrof dat aantal de helft van de jongeren. Daarnaast bestaat de populatie jongeren in JeugdzorgPlus voor 55% uit jongens en voor 45% uit meisjes. Om praktische redenen is het niet gelukt om meer dan 2 jongens te includeren. Jongens gaven aan minder makkelijk te praten over suïcidaal gedrag dan meisjes. De ervaring leert dat het sowieso lastig is om jongens te includeren voor onderzoek, omdat het “mindere praters”

zijn. Dit geldt voor bijna alle nadere onderzoeken in de Jeugdzorg, dus dit was niet alleen voor dit onderzoek een uitdaging. Dat betekent dat er sprake is van onderrepresentatie van jongens in dit onderzoek. Het in het onderzoek verkregen beeld kan hierdoor vertekend en niet representatief zijn voor alle jeugdigen in de JeugdzorgPlus.

In dit onderzoek hebben de jeugdigen hun verhaal gedaan in aanwezigheid van een ervaringsdeskundige onderzoeker. Dit maakte dat de onderzoeker zich kon identificeren met de situatie van de jongere en omgekeerd. Dit kan de vraag oproepen of jeugdigen gebiased waren in het spreken over hun ervaringen. We hebben geprobeerd om daar zorgvuldig mee om te gaan door o.a. alle relevante vragen van de topic list aan bod te laten komen, om daarmee de juiste data voor het onderzoek te kunnen verzamelen.

De onderzoekspopulatie in de keten betrof hulpverleners van twee instellingen; de keten bestaat echter uit veel meer partijen, deze zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Het zou kunnen zijn dat er sprake is van een niet representatieve deelname van partijen uit de keten, waardoor de generalisatie van de gegevens mogelijk beperkt is.

Het is moeilijk om in een uur interviewtijd de impact van suïcidaal gedrag in kaart te brengen en samen te vatten. Suïcidaliteit en zelfbeschadiging zijn indrukwekkende onderwerpen. Het is mogelijk dat jongeren en hulpverleners niet alles hebben kunnen vertellen wat zij meegemaakt hebben.

Ten slotte is het van belang om er rekening mee te houden dat het coderen en werken met kwalitatieve data altijd een vorm van interpretatie door de onderzoekers vergt. De resultaten dienen dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Dit onderzoek moet gezien worden als een exploratief onderzoek, waarin een eerste indruk is verkregen hoe er binnen leefgroepen in de JeugdzorgPlus wordt omgegaan met suïcidale situaties en uitspraken.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Uit de interviews komt het beeld naar voren dat meisjes anders reageren dan jongens op incidenten. Aanbevolen wordt om onderzoek te doen naar de impact van suïcide op jongens in de gesloten setting. Ook is onduidelijk wat op lange termijn de impact is van een geslaagde suïcide van jongeren op de groep op jongeren en groeps werkers die wonen/werken binnen de gesloten setting. Aanbevolen wordt om hier nader onderzoek naar te doen.
- Voor de selectie van jeugdigen en deelname aan onderzoek binnen de JeugdzorgPlus is aan te bevelen dat onderzoekers rechtstreeks met jongeren en ouders in gesprek kunnen gaan over de opzet van het onderzoek en wat daarbij van hen wordt verwacht. Op die manier kunnen onduidelijkheden meteen opgehelderd worden. Gezien de werkdruk waar hulpverleners mee te maken hebben, is het verstandig de gesprekken door de onderzoekers te laten plannen. Omwille van de privacy van de jeugdige dient de hulpverlener wel het eerste contact te leggen met de jongere en ouders om toestemming te vragen voor het doorgeven van contactgegevens.
- In dit onderzoek zijn twee ketenpartners geïnterviewd: JeugdGGZ en open residentiële Jeugdzorg. Aan te bevelen is om meer ketenpartners te interviewen: kinderrechters, wijkteams, (gezins)voogden, ouders, leerkrachten, etc. Zo ontstaat een meervoudig perspectief op de ketensamenwerking rondom suïcidale jongeren. Daarmee krijgt het veld meer zicht op wat werkt, maar ook op wat nodig is om tot verbetering in de zorg voor suïcidale jongeren te komen.
- Ouders van (suïcidale) jongeren die verblijven in een JeugdzorgPlus instelling zijn in dit onderzoek niet opgenomen als onderzoekspopulatie. De indruk die uit dit onderzoek naar voren komt is dat ouders niet voldoende worden meegenomen in het traject en het leven van

- hun kinderen binnen JeugdzorgPlus. Aanbevolen wordt om vervolgonderzoek te doen naar de ervaring en beleving van ouders wiens suïcidale kinderen in de JeugdzorgPlus geplaatst zijn.
- Sommige jongeren gaven aan dat zij graag met behulp van intensieve ambulante ondersteuning thuis willen blijven wonen in plaats van plaatsing in JeugdzorgPlus. Het verdient aanbeveling om onderzoek te doen naar de effectiviteit en efficiëntie van intensieve ambulante thuisbehandeling versus de inzet van JeugdzorgPlus.

Bijvangst

In dit onderzoek zijn conclusies getrokken die van betekenis zijn voor de JeugdzorgPlus en waar behandelaren, jeugdbeschermers en andere hulpverleners van kunnen leren. Daarnaast hebben we onderstaande bevinding als bijvangst gedaan:

- Jongeren geven aan dat het belangrijk is om af en toe een knuffel te krijgen. Door de coronacrisis is maatschappij-breed duidelijk is geworden hoe belangrijk het is om knuffels te krijgen en aangeraakt te worden. Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat het hulpverleners impliciet of expliciet “verboden” wordt om knuffels aan jongeren te geven. Mede door de onderzoeken die er in de afgelopen jaren zijn uitgevoerd naar misstanden in de Jeugdzorg is men op de werkvloer huiverig geworden voor fysiek contact. De commissie Samson heeft geconcludeerd dat op het thema intimiteit en seksualiteit nog steeds een taboe rust. Er is sprake van grote handelingsverlegenheid op de werkvloer en het onderwerp komt slechts zeer marginaal aan bod in de basiscurricula van de opleidingen van professionals (Samson et al., 2012). Het gaat hier om een moreel dilemma. Wij onderschrijven de conclusie van de commissie Samson dat een open cultuur voorwaarde is voor doorbreking van taboes en het werken met onzekerheden. Wij bevelen dan ook aan om in de opleidingen van professionals en op de werkvloer de discussie rondom de thema's ‘intimiteit’, ‘seksualiteit’ en ‘professionele afstand en nabijheid’ te voeren.
- Uit de interviews blijkt dat het voor sommige jongeren fijn is als een vertrouwenspersoon in de periode na een overdracht in beeld kan blijven. Vaak mogen mentoren formeel geen contact houden met een jongere zodra deze is doorgeplaatst. Hier is soms bij werkers, ouders en jongeren wel behoefte aan. Dit onderwerp raakt het hierboven benoemde thema van ‘professionele afstand en nabijheid’. Ook hier geldt de aanbeveling om in de opleidingen van professionals en in de instellingen de discussie rondom het thema ‘professionele afstand en nabijheid’ te voeren.
- Uit de interviews komt naar voren dat veel jongeren niet tevreden zijn over hun gezinsvoogden. Sommige jongere kenden hun voogd amper, er is weinig contacttijd. Personeelsverloop en het gebrek aan continuïteit van personeel lijkt hierin een grote bron van zorg. Voogden hebben een grote caseload waardoor jongeren met veel wisselende voogden te maken krijgen. Jongeren voelen zich vaak niet gezien en gehoord door de voogd. Gezinsvoogden zouden beter gefaciliteerd moeten worden om hun taken te kunnen vervullen zodat zij de ontwikkeling van de uit huis geplaatste jongere kunnen waarborgen. Wij bevelen aan om te investeren in maatregelen tegen het hoge personeelsverloop door de werkdruk te verlagen en door goede ondersteuning en begeleiding voor gezinsvoogden te bieden.

Discussie

De Zelfdeterminatie theorie (Bouffard, 2017) gaat uit van drie fundamentele psychologische basisbehoeften, die onderling sterk verweven zijn; autonomie, competentie en verbondenheid. Jongeren zeggen in de interviews dat zij verbondenheid missen, dat het overnemen van autonomie en regie en het inzetten van beheersmatige maatregelen (fixatie en isolatie) hen schaadt en dat er binnen de gesloten setting te weinig kansen zijn om zich te ontwikkelen en uitdagingen aan te gaan (competentie). Geconcludeerd kan worden dat dit onderzoek erop wijst dat het huidige JeugdzorgPlus systeem onvoldoende recht doet aan de behoefte van (suïcidale) jongeren. Dit roept vragen op als: Hoe zorgen we voor een positief, ontwikkelingsgericht leefklimaat binnen de gesloten setting waarin vorm en invulling wordt gegeven aan de drie psychologische basisbehoeften van jongeren?. En hoe zorgen we voor daartoe goed uitgeruste professionals? Hoe gaan we dit met elkaar organiseren? Maar ook: Wat doen we al goed, en wat kunnen we daar van leren? Er is momenteel veel beweging gaande in de specialistische jeugdhulp. Dit rapport biedt rijke data en vele inzichten die helpend kunnen zijn voor bestaande samenwerkingsverbanden als StroomOp (Actieplan Best Passende Zorg voor Kwetsbare Jongeren), waarbinnen projecten als “Ik laat je niet alleen” en “In Contact Blijven”, inzetten op het stoppen van gedwongen afzonderen en vermindering van suïcides, maar ook voor de individuele instellingen en beleidsmakers om op voort te borduren. Ook de beweging naar kleinschaligheid laat toenemend bewijs zien dat het vormgeven van kleinschalige groepen met een klein aantal jongeren en een beperkt en vast team van medewerkers bijdraagt aan het werken vanuit contact, nabijheid, en vertrouwen. De resultaten uit dit rapport suggereren dat werken vanuit contact en nabijheid leidt tot minder suïcidaal gedrag en minder gedwongen afzonderen. Het een hangt met het ander samen. Op basis van de resultaten uit dit rapport nodigen we het veld uit om het met elkaar te hebben over hoe we goede zorg voor suïcidale kinderen en jongeren vormgeven en hoe we met elkaar constructief, op inhoud, samen kunnen werken. Ook in de nieuwe Landelijke Agenda Suïcidepreventie staat samenwerking (netwerkaanpak) centraal. De doelen in deze landelijk agenda zijn een-op-een over te nemen door de JeugdzorgPlus: wegnemen van het taboe op suïcidedgedachten, training aan professionals om deze gedachten te signaleren en samenwerking tussen naasten, ervaringsdeskundigen en professionals. Met bovengenoemde initiatieven zoeken de JeugdzorgPlus-organisaties momenteel versneld naar verbeteringen in de kwaliteit van zorg. Onze boodschap daarin is: er zijn geen eenvoudige oplossingen. Aandacht voor verschillende perspectieven is belangrijk. Je hebt elkaar nodig om gezamenlijk de zorg steeds beter te maken en rondom de jongere te organiseren. En daarvoor is het belangrijk om elkaar te leren kennen, naar elkaar te luisteren en elkaar te begrijpen. Samenwerken om goede zorg voor jongeren te organiseren, staat daarin centraal. De resultaten uit dit onderzoek sluiten daarin aan.

De geïnterviewde jongeren hebben behoefte aan een vertrouwenspersoon, iemand die hen vertrouwen geeft, langere tijd blijft en helpt om ze te leren hoe ze het leven moeten leiden. Continuïteit van zorg is daarin een essentiële voorwaarde. Alle jongeren, maar zeker jongeren met deze kwetsbaarheid, hebben het nodig om te werken vanuit een goede behandelrelatie. Dat is de basis om positieve ervaringen op te doen en om weer vertrouwen te kunnen krijgen in jezelf, in de hulp die je krijgt en in de wereld. Jongeren zien zelf contact en verbinding (i.p.v. beheersmatige maatregelen), kansen voor ontwikkeling en zingeving (aandacht gezonde kant van het leven, school, werk etc.) en stabiliteit en veiligheid in de leefomgeving als het beste medicijn tegen suïcidale gedachten. Hoe kan hier in de praktijk handen en voeten aan gegeven worden? Hulpverleners geven aan dat werkdruk, tijd- en geldgebrek en organisatiecultuur hierin een belangrijke rol spelen. Daarnaast vraagt behandeling van suïcidaal gedrag van jongeren om presentie en reflectie op eigen handelen van alle betrokkenen, op alle lagen; ook van management, directeuren en besturen, ook van een inspectie, ook van de ketenpartners. Het vraagt wat van ons allemaal. Het vraagt direct iets in de samenwerking van Jeugd-GGZ en

Jeugdzorg om behandeling en zorg goed vorm te geven. Maar ook vraagt het om op alle betrokken lagen geen angstcultuur te creëren. De Inspectie vraagt aan hulpverleners die met suïcidale jongeren werken, om goed te onderbouwen hoe ze gehandeld hebben. De impact van een inspectierapport wordt door hulpverleners als groot, en vaak als negatief, ervaren. Hoe kan het veld daarin vanuit visie en gezamenlijkheid elkaar dragen? Hoe kan het management uitdragen: “we werken met een moeilijke doelgroep, we moeten daarin met elkaar zorgen dat we elkaar ondersteunen en niet uit angst beheersmatige maatregelen gaan nemen”? Bestuurders en managers dienen ervoor te waken dat onzekerheden die inherent zijn aan het werken met suïcidale jongeren leiden tot verlamming of een cultuur van “op veiligheid, op safe spelen”. Dat vraagt visie, vertrouwen, contact en nabijheid in een organisatiecultuur. Onze suggesties daarin zijn (ogenschijnlijk) eenvoudig: de angst bespreekbaar maken door om elkaar heen gaan staan, zodat werkers zich gesteund voelen. Dit is nodig om de culturaspecten te doorbreken die er nu zijn. Het is geen onwil van mensen om beheersmatig te handelen of het gesprek over suicide niet aan te gaan; er is sprake van angst en handelingsverlegenheid. Wat als het fout gaat? Door het bespreekbaar maken van die angst (collega’s, management, jongeren en ouders) maak je verbinding en contact. Op alle lagen.

Het overgrote deel van de hulpverleners ziet een toename van jongeren met forse psychische problematiek in de JeugdzorgPlus. Hulpverleners zijn hiervoor niet goed toegerust en de aangeboden zorg in de geslotenheid blijkt niet passend te zijn. De vragen zijn; wat doen we met elkaar niet goed in de triage en toewijzing van deze jongeren? En horen deze jongeren wel in de geslotenheid thuis? Wij denken dat het nodig is om over deze vragen discussie op gang te brengen. We hebben echter geen heldere gegevens over hoeveel jongeren met suïcidaal gedrag en automutilatie instromen in de JeugdzorgPlus. Dit wordt niet centraal bijgehouden. Rondgang langs de instellingen leverde een wisselend beeld op. Op drie groepen bestond de populatie voor 100% uit jongeren met suïcide problematiek, op andere groepen was dat meer dan de helft, weer andere groepen gaven minder dan de helft aan. De jongeren zelf hebben daar weer een ander beeld van (veel meer jongeren met suïcidale gedachten en automutilatie). Het feit dat we die cijfers niet hebben is opmerkelijk. Het zou interessant kunnen zijn om te onderzoeken of de doelgroep in de JeugdzorgPlus aan het veranderen is. Wellicht moet er een doelgroepenonderzoek gedaan worden, want dat bepaalt de zorg die ingezet wordt, welke medewerkers je op de groep zet en hoe je deze traint. Daarnaast worden hulpverleners in de jeugdzorg regelmatig geconfronteerd met (irreëel?) hoge verwachtingen. Sommige jongeren hebben reeds een lange zorghistorie als zij in de JeugdzorgPlus komen. Er zijn jongeren die een dusdanig slechte start in hun leven hebben gemaakt en die uit dermate complexe gezinssituaties komen, waar de JeugdzorgPlus niet altijd een voldoende antwoord op heeft. Een reëler verwachtingspatroon van wat de jeugdhulpverlening kan bieden zou de sector helpen.

Als we alle wetenschappelijke evidentie en ook de uitkomsten van dit rapport combineren, rijst de vraag of de JeugdzorgPlus wel een goede plek is voor kinderen die automutileren en suïcidaal zijn. Wij denken dat het niet of het een of het ander is. JeugdzorgPlus kan een juiste plek zijn, mits hulpverleners goed gefaciliteerd zijn en de randvoorwaarden in orde zijn (i.e. kleinere groepen, voldoende geschoold personeel, voldoende draagvlak ondersteuning, kennis over suïcidaal gedrag, kennis over het belang van een positief leefklimaat en responsiviteit van de pedagogisch medewerker: de relatie met hulpverlener is voor de jongere heel belangrijk etc.).

Dankwoord

We hebben professionals gesproken die zich met hart en ziel inzetten voor jongeren. Die proberen om veiligheid te bieden, responsief te reageren. Maar hoe doe je dat als jongeren suïcidaal zijn? Grijp je in of geef je autonomie? Machteloosheid, angst en stress, maar ook vertrouwen, kennis en ervaring spelen een grote rol bij iedereen die met dit dilemma te maken krijgt. In dit rapport hebben wij beschreven hoe dit er in de praktijk bij drie JeugdzorgPlus instellingen uit ziet. En hebben wij een schets gegeven van de gewenste handelwijze volgens jongeren.

We hebben jongeren gesproken die soms al op vele verschillende plekken hebben verbleven; jongeren met enorm veel levenservaring en veerkracht. Ik vond het ieder gesprek weer bijzonder om te zien hoe goed zij in staat waren om te reflecteren op hun situatie en gedrag, en hoe helder zij konden aangeven waar zij behoefte aan hebben: vertrouwen en verbinding, oprechte aandacht en hoop.

We hadden die bijzondere gesprekken niet kunnen voeren zonder het prachtige team van ervaringsdeskundigen dat in alle fases van het onderzoek betrokken steunpilaren waren: Sanne, Evi, Sjoerd, Anneke en Charlotte: Ware ijsbrekers in de gesprekken; zij vulden aan, vroegen door of zwegen liefdevol. Gooiden er de nodige humor in maar waren ook steunend en empathisch. Ook in het analyseren en kritisch reflecteren zijn zij een waardevolle extra bron van kennis geweest. Grote dank gaat naar hen uit. Ook onze grote nadrukkelijke dank aan de jongeren en hulpverleners die hun verhalen met ons gedeeld hebben. Heel hartelijk dank.

Tot slot: Heb je naar aanleiding van het lezen van dit onderzoeksverslag behoefte aan hulp of een gesprek? Neem dan contact op met de landelijke hulplijn 113 of kijk op www.113.nl, telefoonnummer 113 of 0800-0113 (gratis).

Shireen Kaijadoe
Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie
s.kaijadoe@karakter.com

Referenties

- Bastiaanssen, I., Kerkhof, L., & Addink, A. (2019). Speerpunten voor residentiële jeugdzorg. from <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Nji-Publicaties/>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* Boom Uitgevers.
- Bouffard, L. (2017). Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2017). Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York, NY : Guilford Press. *Revue québécoise de psychologie*, 38, 231. doi: 10.7202/1041847ar
- Bugental, D. (2009). Predicting and preventing child maltreatment: A biocognitive transactional approach *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. (pp. 97-115). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- CBS. (2020a). Zelfdoding onder jongeren. from https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7052_95/table?ts=1562054943624
- CBS. (2020b). zelfdodingen in 2019. from <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/27/1-811-zelfdodingen-in-2019#:~:text=In%202019%20nam%20het%20aantal,toename%20van%2031%20procent.>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory (2nd ed.)*. UK: Sage.
- De Heide, B., Van Drop, M., Scholten, M., Mulder, M., Van Domburgh, L., & Popma, A. (2019). Eindrapport: "Ik laat je niet alleen": Een gezamenlijk onderzoeksproject naar het verminderen van gedwongen afzonderen in JeugdzorgPlus. Utrecht: Jeugdzorg nederland.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U., & Schmidtke, A. E. (2004). *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* Göttingen Hogrefe & Huber.
- De Swart, J. J. W., Van den Broek, H., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J., Van der Laan, P. H., Holsbrink-Engels, G. A., & Van der Helm, G. H. P. (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34, 1818-1824.
- De Valk, S. (2019). *Under Pressure – Repression in Residential Youth Care (proefschrift)* Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- De Winter, M., et al. . (2019). *Onvoldoende beschermd. Geweld in de Nederlandse jeugdzorg van 1945 tot heden*. . Retrieved from <https://www.commissiegeweldjeugdzorg.nl/eindrapport/deel-1-rapport/index.aspx>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior* New York: Plenum.
- Dresen, C., Domburgh, L., Harder, A., Knorth, E., Kranenburg, M., Nijhof, K., & Vermaes, I. (2017). *Jeugdzorg met een plus: Wat we wel en nog niet weten over de meest intensieve vorm van jeugdhulp* Apeldoorn: Maklu.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Eltink, E. (2020). *Back to Basic: Relations Between Residential Group Climate and Juvenile Antisocial Behavior*: Universiteit van Amsterdam.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2008). *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research (3rd ed.)*: Aldine Pub. Co.
- Goldney, D. R. (2008). *Suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press.
- Harder, A. T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care (proefschrift)*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Hermens, M., van Wetten, H., & Sinnema, H. (2010). *Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). Verkenning suïcidemeldingen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: kansen voor preventie? from <https://www.igi.nl/documenten/rapporten/2018/12/21/verkenning-suïcidemeldingen-bij-de-inspectie-gezondheidszorg-en-jeugd-kansen-voor-preventie>
- Ise, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent-child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry*, *15*, 288. doi: 10.1186/s12888-015-0675-7
- Janzing, C., & Kerstens, J. A. M. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jeugdzorg Nederland (Producer). (2020, May 2020). Factsheet plaatsing en uitstroom gegevens JeugdzorgPlus 2019. Retrieved from <https://www.jeugdzorgnederland.nl/>
- Kendrick, A., Steckley, L., & Lerpiniere, J. (2008). Ethical issues, research and vulnerability: gaining the views of children and young people in residential care. *Children's Geographies*, *6*, 79-93. doi: 10.1080/14733280701791967
- Leipoldt, J. D., Harder, A. T., Kayed, N. S., Grietens, H., & Rimehaug, T. (2019). Determinants and outcomes of social climate in therapeutic residential youth care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, *99*, 429-440. doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.010>
- Ligtvoet, F. (2018). Grote zorgen over suïcidepogingen jongeren in gesloten jeugdzorg. from <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2252605-grote-zorgen-over-suïcidepogingen-jongeren-in-gesloten-jeugdzorg.html>
- Meerdinkveldboom, J., Rood, I., & Kerkhof, A. (2019). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren. Individuele en gezinsbehandeling* (Vol. 3e druk). Amsterdam: Boom.
- Nijhof, K. S., Laninga-Wijnen, L., Mulder, E., van Domburgh, L., Popma, A., & Konijn, C. (2020). Kleinschalige groepen binnen de jeugdhulp: een eerste verkenning. *Kind en adolescent*, *41*(2), 187-204. doi: 10.1007/s12453-020-00236-6
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*, *181*, 193-199. doi: 10.1192/bjp.181.3.193
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Sameroff, A. (2009). The transactional model *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. (pp. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Samson et al. (2012). Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden. Amsterdam: Ministerie van Justitie en veiligheid.
- Scholte, R. H. J. (2017). Effectiviteit van de jeugdzorg: Passen en meten. *Kind en adolescent*, *38*, 91-107. doi: 10.1007/s12453-017-0141-z
- Souverein, F. A., van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M. (2013). 'Nothing works' in secure residential youth care? *Children and Youth Services Review*, *35*(12), 1941-1945.
- van Dam, L., Heijmans, L., & Stams, G. J. (2021). Youth Initiated Mentoring in Social Work: Sustainable Solution for Youth with Complex Needs? *Child and Adolescent Social Work Journal*. doi: 10.1007/s10560-020-00730-z
- Van der Helm, G. H. P. (2011). *First do no harm: Living group climate in secure juvenile correctional institutions (Proefschrift)*. Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- Van der Helm, G. H. P. (2019). Omgaan met zelfverwonding en zelfdoding in de residentiële jeugdzorg en GGZ. from <https://www.hsleiden.nl/residentiele-jeugdzorg/nieuws/omgaan-met-zelfverwonding-en-zelfdoding-in-de-residentiele-jeugdzorg-en-ggz>
- van der Helm, G. H. P., Beld, M., Dekker, A., Van Miert, V., Nagtegaal, J., Roest, J., & Stams, G. J. (2013). *Rapportage Justitiële Jeugdinrichtingen 2013: Een onderzoek naar het leef-, leer-, en werkklimaat van Justitiële Jeugdinrichtingen*.

- Van der Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self determination theory. *Children and Youth Services Review, 93*, 339-344. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.07.028
- Van Heeringen, C., Portzky, G., De Beurs, D., & Kerkhof, A. J. F. M. r. (2019). *Handboek Suïcidaal gedrag* (2 ed.). Amsterdam: De Tijdstroom/Boom.
- Van Hemert, A., Kerkhof, A., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J., . . . Van der Glind, G. (2012). GGZ-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag': Trimbos-instituut.
- van Wijk, K., Keijsers, L., van der Heiden, C., & Jacobs, C. (1998). Automutilatie en zelfcontrole: een oriënterend onderzoek bij zeven patiënten. *Dth, 18*(3), 92-98. doi: 10.1007/BF03060196
- Walsh, B. W., & Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Press.
- White, H. R., Shi, J., Hirschfield, P., Mun, E. Y., & Loeber, R. (2010). Effects of Institutional Confinement for Delinquency on Levels of Depression and Anxiety among Male Adolescents. *Youth Violence Juv Justice, 8*(4), 295-313. doi: 10.1177/1541204009358657
- Williams, J., Crane, C., Barnhofer, T., & Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behaviour: Elaborating the entrapment model. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice, 1*, 71-89.

Bijlagen

Tabel 1

*Demografische gegevens deelnemers: Hulpverleners JeugdzorgPlus
 Deelnemende instellingen: Pluryn, Pactum en Horizon (Van elke instelling is op drie teams/locaties geïnterviewd).*

18 totaal

	Aantal
Geslacht	
M	8
V	10
Functie	
Behandelcoördinator / Gedragswetenschapper	5
Pedagogisch Medewerker	10
Kinder- en Jeugdpsychiater	1
Teamleider	2
Opleidingsniveau	
MBO	1
HBO	11
WO	6
Aantal jaren werkervaring	
≤ 5	11
6 – 10	3
11 – 15	2
16 – 20	1
> 20	1
Leeftijd	
≤ 25	2
26 – 35	9
36 – 45	4
46 - 55	1
56 – 65	2
> 65	0
Suicide op de groep / in caseload meegemaakt	
Ja	14
Nee	4

Tabel 2*Demografische gegevens deelnemers: Jongeren in de JeugdzorgPlus**Deelnemende instellingen: De geïnterviewde jongeren verbleven op een JeugdzorgPlus-behandelgroepen van de volgende deelnemende instellingen: Plury, Pactum en Horizon*

	Aantal
Geslacht	
M	2
V	11
Leeftijd	
14	2
15	2
16	2
17	5
18	2
Aantal maanden in huidige instelling	
≤ 6	0
7 – 12	2
13 – 18	3
≥ 18	8
Zelf suïcidaal geweest	
Ja	10
Nee	3
Suïcide op de groep meegemaakt	
ja	12
Nee	1
Zelf ervaring met automutilatie	
Ja	11
Nee	2

Tabel 3
Demografische gegevens deelnemers: Hulpverleners keten
Deelnemende instellingen: Karakter kinder- en jeugdpsychiatrie en Entrea Lindenhout

	Aantal
Geslacht	
M	3
V	8
Functie	
Gedragwetenschapper	2
Behandelcoördinator	1
Jeugdzorgwerker	3
Manager	1
Verpleegkundig sociotherapeut	1
Kinder- en Jeugdpsychiater	2
Sociotherapeut	1
Opleidingsniveau	
MBO	0
HBO	5
WO	6
Aantal jaren werkervaring	
≤ 5	4
6 – 10	3
11 – 15	1
16 – 20	2
> 20	1
Leeftijd	
≤ 25	2
26 – 35	4
36 – 45	1
46 - 55	3
56 – 65	1
> 65	0
Suicide op de groep / in caseload meegemaakt	
Ja	2
Nee	9