

# Wie zorgt er voor de suïcidale jongeren in de jeugdhulp?

J. Steenmeijer, N. ter Huurne

Elders in dit nummer beschrijven Van den Koppel e.a. (2022) behandeladviezen voor de complexe doelgroep van adolescenten met suïcidaliteit in de ggz. Zoals zij terecht betogen, ontbeert het in het veld nog aan breed gedragen adviezen of richtlijnen voor deze groep. Omdat bij de zorg voor deze jongeren in de regel verschillende disciplines uit de brede jeugdhulp betrokken zijn, willen wij in dit commentaar extra aandacht vestigen op samenwerken en een aantal aanvullende aanbevelingen doen voor de residentiële (jeugd)zorg.

## Samenwerken in de brede jeugdhulp

Zoals de auteurs aangeven, is het organiseren van samenwerking rondom de patiënt cruciaal. Hierbij zijn het systeem, de school en andere jeugdhulpverleners belangrijk. De zorg voor suïcidale jongeren is sinds de invoer van de Jeugdwet (2015) meer dan ooit een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de brede jeugdhulpverlening. De 'oude domeinen' jeugd en opvoedhulp, verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren zijn hierdoor toenemend gaan samenwerken. En dat is goed, want we kennen al langer het belang van een goed geïntegreerde zorgketen in het voorkómen van jeugdsuïcides (Zalsman e.a. 2016).

Hoewel dit dus een wenselijke ontwikkeling is, zijn er veel hobbels op deze weg. Het begint er al mee dat de structuren van de verschillende onderdelen van oudsher anders zijn ingericht en er mede hierdoor binnen ieder gebied een eigen (behandel)taal wordt gesproken. Samenwerken binnen de jeugdhulp is hierdoor lastig en vereist het leren van nieuwe vaardigheden zoals efficiënte onderlinge communicatie, gedeelde verantwoordelijkheid en het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze (Nooteboom 2021). Bij het formuleren van adviezen moet dan ook oog zijn voor deze complexiteit en de praktijk van alle partijen in dit veld.

## Herstellen van de normale ontwikkeling

Behandeling en begeleiding van jongeren met chronische suïcidaliteit moeten volgens ons primair gericht zijn op het herstellen van de normale ontwikkeling. Chronische suïcidaliteit zorgt bij betrokkenen veelal voor een gevoel van onmacht, nogal eens handelingsverlegenheid genoemd. De term 'handelingsverlegenheid' lijkt te suggereren dat er te weinig gedaan wordt, maar regelmatig is juist het tegenovergestelde waar. Vaak wordt er actief gehandeld op het organiseren van veilig-

## AUTEUR

**Jeroen Steenmeijer**, kinder- en jeugdpsychiater, GGZ Centraal, Amersfoort.

**Niels ter Huurne**, consultant in kinder- en jeugdpsychiatrie, Nijmegen.

## Correspondentie

Jeroen Steenmeijer (j.steenmeijer@ggzcentraal.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-3-2022.

heid, met als risico een tegengesteld effect. Adolescenten hebben als een van de belangrijkste ontwikkelingstaken het ontwikkelen van een eigen identiteit door zich los te maken van volwassenen. De adolescent leeft in het hier en nu en schat risico's anders in. Dit resulteert vaak in conflicten met de geboden hulp, die zich richt op lange termijn. Naast het stellen van de juiste psychiatrische diagnose en een goede functieanalyse van het suïcidale gedrag is dan ook het volgen van de ontwikkeling op het tempo van de jongere essentieel. De jeugd- en opvoedhulp is van oudsher gericht op functieherstel en kan daarmee een belangrijke partner zijn.

## Inzet van intensieve jeugdhulp

In complexe gevallen kan men kiezen voor behandeling binnen een drie-milieusvoorziening, zoals de Jeugdzorg-Plus (Richtlijn Residentiële jeugdhulp en jeugdbescherming 2015). In de media wordt sterke kritiek geuit op de JeugdzorgPlus (o.a. in de campagne begin dit jaar van stichting Het Vergeten kind). Met name jongeren bij wie chronische suïcidaliteit een onderdeel is van de problematiek kunnen het verblijf binnen de jeugdzorg als traumatisch ervaren, waarbij ze aangeven zich niet gehoord en te restrictief behandeld te voelen (Kaijadoo e.a. 2021). Daarnaast ervaart men contact met de primaire verzorgers als onvoldoende (Huls 2022).

Wij onderschrijven het belang van het streven naar een systeem waarin zo veel mogelijk jongeren thuis opgroeien, maar wij zijn van mening dat er ook

voldoende aandacht moet zijn voor het optimaliseren van de zorg voor de jongeren en hun systeem bij wie ambulante hulp ontoereikend is gebleken. Hiervoor is een goed functioneren van de jeugdzorgketen van cruciaal belang, waarbij jeugd- en opvoedhulp en jeugd-ggz elkaar op tijd vinden, elkaars kwaliteiten kennen en oog houden voor elkaars draaglast. Door het gebrek aan kennis onder hulpverleners over elkaars werkveld als het om deze doelgroep gaat, loopt het opschalen van zorg of intensiveren van de samenwerking vertraging op. Het expliciteren van elkaars denkkaders en visie op zorg, maakt dit soort verschillen sneller duidelijk.

### Aandachtspunten

In aanvulling op de behandeladviezen van onze collega's hebben wij dan ook twee aandachtspunten:

- Betrek het brede jeugdveld wanneer zorg wordt geleverd aan jongeren met chronische suïcidaliteit. Zowel de jeugd- en opvoedhulp als de jeugd-ggz kan een belangrijke bijdrage leveren aan het behandelen van chronische suïcidaliteit en het herstellen van de normale ontwikkeling. Het plaatsen binnen een gesloten afdeling, ggz of de JeugdzorgPlus, is een ultimatum remedium bij suïcidaliteit. Er moet een breed gedragen consensus zijn dat de bedreiging voor (de ontwikkeling van) de jongere zeer ernstig is en andere minder invasieve vormen van zorg uitgeput zijn.
- Beperk restrictieve maatregelen, versterk de autonomie. Restrictieve maatregelen moeten zorgvuldig worden toegepast, zo min mogelijk, en alleen als er geen alternatieven zijn om gevaar af te wenden. Versterken van de autonomie en vergroten van perspectief zijn over het algemeen de hoofddoelen van de behandeling. Tijdens een opname moet er voldoende aandacht zijn voor de onderliggende functie van het (suïcidale) gedrag (Van Wijk & De Rijk 2019). Als men het toepassen van restrictieve maatregelen noodzakelijk acht, dient men de verbinding met de jongere zo veel mogelijk te behouden en primaire zorgverleners (ouders) hierbij te betrekken.

### Besluit

We willen benadrukken dat het behandelen van jongeren met chronische suïcidaliteit een specialiteit is. Door te investeren in het contact en de samenwerking tussen de verschillende disciplines en optimaal gebruik te maken van ieders expertise, hopen wij dat de jeugdhulp deze groep patiënten met hun ingewikkelde problematiek beter kan bedienen.

## LITERATUUR

- Huls E. Terug naar huis. Een kwalitatief (survey)onderzoek naar uithuisplaatsing en terugplaatsing van kinderen. Leiden: Defence for Children; 2022. [https://www.defenceforchildren.nl/media/5940/20220113\\_rapport-terug-naar-huis.pdf](https://www.defenceforchildren.nl/media/5940/20220113_rapport-terug-naar-huis.pdf)
- Kaijadoo S, van Arragon E, Derksen C, e.a. Een stil gevecht. Suicide en suïcidaal gedrag: wat doet dat met jou en mij? Den Haag: ZonMw; 2021. [www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/JeugdzorgPlus/eindverslag\\_Stil\\_gevecht.pdf](http://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Jeugd/JeugdzorgPlus/eindverslag_Stil_gevecht.pdf)
- Lange M de, Addink A, Haspels M, e.a. Richtlijn residentiële jeugdhulp en jeugdbescherming. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2015.
- Nooteboom LA. Towards increased understanding of integrated Youth Care. A qualitative evaluation of facilitators and barriers for professionals. [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden; 2021.
- Wijk M van, de Rijk JP. Schematherapeutisch werken in de JeugdzorgPlus. TvO 2019; 1: 45-56.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, e.a. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 646-59.