

Suïcidepreventietraining voor jeugdzorgprofessionals

S.G. Meijer-Rozema, K.S. Nijhof, A.N. Bosch, N.W.K. Bex, J.W.R. Twisk, L. van Domburgh

- Achtergrond** Suïcidaliteit komt veel voor in de jeugdzorg en heeft een grote impact op jongeren, ouders en medewerkers. Het aantal suïcides onder jongeren (10-25 jaar) is in Nederland de afgelopen jaren gestegen van 103 in 2008 naar 159 in 2019, met als hoogste aantal 169 suïcides in 2017. Professionals in de jeugdzorg ervaren handelingsverlegenheid in het omgaan met suïcidaal gedrag.
- Doel** Onderzoeken of een suicidepreventietraining leidt tot verbetering van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaal gedrag van jongeren.
- Methode** Professionals werkzaam bij een landelijke jeugdzorginstelling namen deel aan een suicidepreventietraining. Voor en na de training vulden zij vragenlijsten in om hun kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen op het gebied van suicidepreventie te meten.
- Resultaten** Na de training was er een verbetering van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van jeugdzorgprofessionals. Vooral meer kennis over suicidepreventie leidde tot meer zelfvertrouwen. De verandering was in verschillende hulpvormen even groot. Wo- en hbo-opgeleide professionals lieten een minder sterke verandering zien op hun competenties dan mbo-opgeleide professionals. De verandering in kennis en vaardigheden was minder groot naarmate de professionals ouder waren.
- Conclusie** Deelname aan een suicidepreventietraining leidt tot meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van professionals in de jeugdzorg in het omgaan met suïcidaal gedrag.

In 2017-2018 was er binnen de landelijke zorgorganisatie Pluryn sprake van 3 suïcides onder jongeren die verbleven in de jeugdzorg. Naar aanleiding van evaluaties van deze suïcides, de noodzaak die vanuit de inspecties werd aangegeven om verbetermaatregelen door te voeren, en de geconstateerde handelingsverlegenheid onder professionals werd een verbeterplan opgesteld gericht op het voorkómen van suïcide.

Een van de verbetermaatregelen was het vormgeven van passende scholing. Samen met de nationale organisatie voor preventie van suïcide, Stichting 113 Zelfmoordpreventie, heeft Pluryn een suicidepreventietraining ontwikkeld, gebaseerd op de PITSTOP-training (*Professionals in Training to STOP suicide*) van De Beurs (2015). Een groep van 49 gedragswetenschappers kreeg een 'train de trainer'-suicidepreventietraining van 2 experts van 113 Zelfmoordpreventie. De gedragswetenschappers hadden senioriteit, trainingsvaardigheden en affiniteit met het thema. Zij werden geschoold om als interne

trainers de jeugdzorgprofessionals te trainen, kregen een trainershandleiding en powerpointpresentatie en de instructie om de training uniform aan te bieden. Zij gaven de training in tweetallen aan professionals in teamverband (ongeveer 10 personen) op de eigen locatie.

De professionals volgden daaraan voorafgaand een e-learningmodule. Deze bestond uit een theoretisch gedeelte met toets en duurde gemiddeld twee uur. De professionals beschikten daarna over voldoende achtergrondkennis om deel te nemen aan de suicidepreventietraining.

Suïcidaal gedrag in de jeugdzorg

Suïcidaliteit komt veel voor in de jeugdzorg en heeft een grote impact op jongeren, ouders en medewerkers (Jordan 2001; Andriessen & Kryszyska 2012; Portzky & Gijzen 2015). Na een suïcide kunnen nabestaanden gevoelens van verdriet, boosheid, schuld, verlatenheid

AUTEURS

Sjoukiene G. Meijer-Rozema, klinisch psycholoog, Pluryn.
Karin S. Nijhof, senior onderzoeker, afd. Research and Development, Pluryn.

Amke Bosch, gedragswetenschapper, Youz.

Nadim W.K. Bex, onderzoeker, afd. R&D, Pluryn.

Jos (J.W.R.) Twisk, hoogleraar Toegepaste biostatistiek met betrekking tot het longitudinaal onderzoek, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Lieke van Domburgh, bestuurder, iHUB, onderzoeker, Amsterdam UMC en bestuurslid Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Correspondentie

S.G. Meijer-Rozema (smeijerrozema@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-3-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7):439-444

en/of ongelof ervaren. Een belangrijk knelpunt in de jeugdzorg is dat professionals handelingsverlegenheid ervaren in het omgaan met suïcidaal gedrag vanwege onvoldoende scholing (Bool e.a. 2007; De Beurs & Aerts 2019). Bool e.a. bevelen aan om in beroepsopleidingen meer aandacht aan suïcidepreventie te besteden. Wij onderzochten of de suïcidepreventietraining voor ggz-professionals (ontwikkeld door De Beurs) ook bijdraagt aan het vergroten van competenties van jeugdzorgprofessionals in het omgaan met suïcidaal gedrag. In 2017 constateerde de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een toename van het aantal suïcidemeldingen in de jeugdzorg. De richtlijn voor jeugdhulp en -bescherming geeft, voor suïcidepreventie in residentiële instellingen, aan dat het belangrijk is om met jongeren over suïcide te praten, signalen vroegtijdig te herkennen, contact te houden, oriënterend onderzoek te doen en naasten te betrekken.

Volgens de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (Van Hemert e.a. 2012, p. 12) verwijst de term suïcidaal gedrag 'naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden'. Suïcidaal gedrag wordt in drie categorieën opgedeeld, namelijk suïcide-ideatie (suïcidale gedachten en plannen zonder een opvolgende handeling), suïcidepoging (handeling zonder dodelijke afloop) en suïcide (een handeling met dodelijke afloop) (De Leo e.a. 2006; Meerdinkveldboom e.a. 2019; Moller 2003).

Risicofactoren voor suïcidaal gedrag

Mérelle e.a. (2021) voerden zogenoemde psychologische autopsies uit onder nabestaanden van, in 2017 door suïcide, overleden jongeren om invloedrijke factoren te identificeren. Hieruit blijkt dat er op individueel niveau een complex samenspel is van negatieve ervaringen in de kindertijd, psychische stoornissen en eerdere suïcidepogingen. De meeste jongeren hadden meerdere diagnoses, ontvingen zorg op het moment van overlijden, maar het bleek moeilijk om passende zorg te vinden.

Naast de psychopathologische factoren blijkt dat psychologische kenmerken (bijvoorbeeld een laag zelfbeeld) een risicofactor vormen (Portzky & Van Heeringen 2009; Portzky & Gijzen 2015; Meerdinkveldboom e.a. 2019). Tot slot zijn er sociale en omgevingsfactoren die het risico op suïcidaal gedrag vergroten, zoals onrust en een negatieve sfeer in de gezinssituatie, traumatische ervaringen en/of gepest zijn (Portzky & Van Heeringen 2009; Hinduia & Patchin 2010; Van Geel e.a. 2014; Portzky & Gijzen 2015).

Naast risicofactoren zijn er beschermende factoren. Mensen met suïcidaal gedrag vinden het hebben van persoonlijke relaties de belangrijkste reden om te leven (Chesley & Loring-McNulty 2003). Daarnaast zijn individuele beschermende factoren, zoals intelligentie, impulscontrole en probleemoplossend vermogen, van belang (Meerdinkveldboom e.a. 2019). Een goede relatie met een behandelaar is eveneens een beschermende factor (Chesley & Loring-McNulty 2003; Meerdinkveldboom e.a. 2019).

Scholing in suïcidepreventie

In diverse landen worden trainingsprogramma's aangeboden om attitude, zelfeffectiviteit en zelfvertrouwen ten aanzien van suïcidepreventie te vergroten (Lamis e.a. 2017). Onderzoek toont dat suïcidepreventietrainingen leiden tot een verbetering van kennis, attitude, zelfeffectiviteit en (vertrouwen in) eigen vaardigheden wat betreft suïcidaliteit (Brown e.a. 2018).

In Nederland is in 2012 de Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag gepubliceerd (Van Hemert e.a. 2012). Deze bevat concrete aanbevelingen die gebaseerd zijn op het beste beschikbare wetenschappelijke bewijs, aangevuld met de ervaringen van experts. We weten dat aanbevelingen uit richtlijnen niet direct leiden tot verbetering van de zorg (Grol & Wensing 2006). Aanbevelingen moeten worden geïmplementeerd en in praktijk worden gebracht. Zoals gezegd, ontwikkelde De Beurs (2015) een train-de-trainerprogramma met e-learning, de

PITSTOP-suïcidetraining. Uit onderzoek in de ggz blijkt dat professionals die de training hebben gevolgd de richtlijn beter naleven (De Beurs e.a. 2015b) en dat door implementatie van de richtlijn het risico op het overlijden door suïcide significant afneemt (Mokkenstorm e.a. 2018). Er is weinig literatuur over het effect van suïcidepreventie-trainingen voor professionals in de jeugdzorg.

Huidige studie

Wij richten ons onderzoek op de vraag of en in welke mate kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen bij het omgaan met suïcidaal gedrag bij professionals in de jeugdzorg veranderen na het volgen van de suïcidepreventietraining van De Beurs. Ook onderzoeken we of deze verandering verschilt voor verschillende hulpvormen, opleidingsniveaus, leeftijdscategorieën en geslacht.

METHODE

Procedure

Voorafgaand aan de suïcidepreventietraining vulden alle participanten een vragenlijst in over de drie competenties (kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen) op het gebied van suïcidepreventie (voormeting, T0). De vragenlijst werd na de training nogmaals afgenomen (nameting, T1). De data werden anoniem behandeld waarbij middels het toekennen van een respondentnummer de voor- en nametingen werden gekoppeld. Het onderzoek werd voorgelegd aan de ethische commissie. De participanten ontvingen vooraf informatie over de aard, methode en het doel van het onderzoek en gaven schriftelijk toestemming voor deelname.

Suïcidepreventietraining

De jeugdzorgprofessionals volgden een suïcidepreventietraining, gebaseerd op de PITSTOP-suïcidepreventietraining jeugd (113 Zelfmoordpreventie). Deze training duurt een dagdeel en is gebaseerd op de richtlijn (Van Hemert e.a. 2012) en het *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren* (Meerdinkveldboom e.a. 2019). De doelen van de training zijn dat de professional kennis heeft van de risicofactoren van suïcidaliteit, de uitgangspunten voor het omgaan met suïcidaal gedrag, in staat is een inschatting te maken van de ernst van de suïcidaliteit, contact te maken met de cliënt en de suïcidaliteit te bespreken met cliënt en naasten.

Meetinstrumenten

Kennis - Om kennis te meten gebruikten we de subschaal 'Self-evaluation of knowledge' van de *Question, Persuade, Refer questionnaire* (QPR) die 14 items bevat (Tompkins & Witt 2009). Uit onderzoek is gebleken dat de QPR op een betrouwbare manier meet hoe professionals hun kennis van suïcidepreventie beoordelen (Wyman 2008; Tompkins & Witt 2009; de Beurs e.a. 2015). De subschaal 'Self-evaluation of knowledge' bevat 7 items gericht op

kennis van suïcide en wordt gescoord op een 5-puntslikertschaal van 1 (zeer weinig) tot 5 (zeer veel). Een voorbeelditem is: 'Hoe beoordeel jij je kennis over suïcidepreventie?'. De betrouwbaarheid van deze subschaal is goed (Cronbachs $\alpha = 0,85$).

Vaardigheden - De vaardigheden werden gemeten met 15 items uit twee verschillende vragenlijsten. De eerste zes items waren afkomstig uit de subschaal 'Likelihood to intervene' van de QPR. Daarnaast werden de eerste negen items van de 25-itemversie van de *Suicide Intervention Response Inventory*-versie 2 (SIRI-2) gebruikt (Neimeyer & Bonnelle 1997; Scheerder e.a. 2010). De validiteit van deze vragenlijst is goed (Scheerder & Van Audenhove 2006). Participanten moesten op de vragenlijst aangeven hoe waarschijnlijk het is dat zij de beschreven actie zouden ondernemen. Een voorbeelditem is 'Hoe waarschijnlijk is het dat u vraagt of zij suïcide overweegt?'. De items worden gescoord van 1 (zeer onwaarschijnlijk) tot 5 (zeer waarschijnlijk). De betrouwbaarheid van de subschaal 'vaardigheden' is goed (Cronbachs $\alpha = 0,85$).

Zelfvertrouwen - Het zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidale cliënten werd gemeten door 3 items van de *Confidence and Beliefs Questions* (CBQ). De CBQ is een effectief gebleken meetinstrument voor het aantonen van het verschil in zelfvertrouwen bij het omgaan met suïcidaal gedrag van cliënten na het volgen van een suïcidepreventietraining (Oordt e.a. 2009). De 3 items zijn als een stelling geformuleerd en zijn gemeten met een 5-puntslikertschaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens). Een voorbeelditem is 'Ik heb vertrouwen in mijn mogelijkheid om het suïcidegevaar bij cliënten goed in te schatten.' De betrouwbaarheid van de subschaal 'zelfvertrouwen' bleek laag (Cronbachs $\alpha = 0,57$). Daarom kozen we na analyse ervoor om één item te verwijderen, waarna de betrouwbaarheid acceptabel was (Cronbachs $\alpha = 0,74$).

Statistische analyse

Allereerst keken we met het programma SPSS 24.0 (IBM; Armonk, New York) naar gemiddelde scores en standaarddeviaties op de competenties (kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen) bij aanvang van de training. Daarna toetsten we met variantieanalyses (ANOVA's) en t-testen de relatie tussen het niveau van competenties bij aanvang met hulpvorm, opleidingsniveau, geslacht en leeftijd. Vervolgens voerden we mixed-models analyses in STATA uit om de verandering op kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen na de training in kaart te brengen. Met interacties onderzochten we in hoeverre deze verandering anders was voor verschillende hulpvormen, opleidingsniveau, leeftijd en geslacht. We gebruikten mixed models omdat er sprake was van gecorreleerde observaties binnen personen. Tot slot keken we naar de correlaties tussen de verschillscores op kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen.

RESULTATEN

Er namen 989 jeugdzorgprofessionals deel aan het onderzoek. De professionals waren werkzaam bij 11 jeugdafdelingen van Pluryn voor ambulante, open en gesloten jeugdzorg. Van de 989 participanten had 85% de vragenlijst ingevuld bij de voormeting en 88% bij de nameting. In totaal had 74% de vragenlijst bij beide metingen ingevuld.

De onderzoekspopulatie bestond voor 51% uit vrouwen en de gemiddelde leeftijd was 34,7 jaar (SD; 10,6; uitersten 19-65). 85,4% had de Nederlandse nationaliteit. De helft was hbo-opgeleid (49,3%), 41,0% mbo-opgeleid, 1,0% had lager onderwijs gevolgd en 8,7% was wo-opgeleid.

De meesten waren werkzaam in de open jeugdzorg (61,7%), gevolgd door gesloten (23,1%) en ambulante jeugdzorg (15,1%). Driekwart (75,2%) had de functie van pedagogisch medewerker, gevolgd door ambulant hulpverlener (7,3%), gedragswetenschapper (5,7%), therapeut (1,6%), psychodiagnostisch medewerker (0,5%), psychiater (0,2%), en 9,6% had een andere functie. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring was 9,6 jaar (SD: 9,3) en de werkervaring met suïcidale cliënten was gemiddeld 6,1 jaar (SD: 7,6).

Van alle jeugdzorgprofessionals had 80,0% ervaring met suïcidaal gedrag in hun werk- of privésituatie. In de werksituatie had 89,8% van de zorgprofessionals ervaring opgedaan met een cliënt die sprak over suïcidaliteit of een suïcidepoging deed, 1,7% van de professionals had in hun werk ervaring met het overlijden van een cliënt door suïcide. In de privésituatie had 16,0% van de professionals ervaring met iemand die sprak over suïcide of een suïcidepoging deed en 12,0% had ervaring met iemand die suïcide pleegde.

Professionele competenties bij aanvang van de training

Bij aanvang van de training keken we naar de mate van competenties in relatie tot hulpvorm, opleidingsniveau, leeftijd en geslacht (zie [tabel 1](#)).

Er was een significant verschil in de mate van kennis ($F(2, 852) = 12,96$; $p < 0,01$), vaardigheden ($F(2, 851) = 7,73$; $p < 0,01$) en zelfvertrouwen ($F(2, 845) = 2,09$; $p = 0,01$) tussen de hulpvormen. De professionals in de gesloten jeugdzorg beschikten bij aanvang van de training over meer kennis en de ambulante jeugdzorgmedewerkers over meer vaardigheden.

We vonden een significant verschil in de mate van kennis ($F(3, 832) = 11,29$; $p < 0,01$) en vaardigheden ($F(3, 831) = 3,00$; $p = 0,03$) tussen de opleidingsniveaus. Hoe hoger men was opgeleid, des te meer kennis en vaardigheden aanwezig waren bij de voormeting. Voor zelfvertrouwen vonden we geen significant verschil ($F(3, 825) = 0,51$; $p = 0,67$) naar opleidingsniveau. Verder verschilden mannen en vrouwen niet in de mate van kennis, maar wel in de mate van vaardigheden ($t(850) = -0,261$; $p = 0,03$) en zelfvertrouwen ($t(844) = 2,94$; $p < 0,01$), waarbij vrouwen over meer vaardigheden, maar minder zelfvertrouwen zeiden te beschikken bij aanvang van de training dan mannen.

Voor leeftijd vonden we een significante positieve correlatie met kennis ($r = 0,09$; $p = 0,02$) en vaardigheden ($r = 0,147$; $p < 0,01$); dus hoe ouder de participanten waren, des te meer kennis en vaardigheden zij hadden bij aanvang van de training (zie [tabel 1](#)).

Verandering van professionele competenties na de training

Uit de mixed-models analyses bleek een significante toename van kennis ($B = 0,76$; $p < 0,001$), vaardigheden ($B = 0,59$; $p < 0,001$) en zelfvertrouwen ($B = 0,54$; $p < 0,001$) tussen de voor- en nameting, waarbij de sterkste toe-

Tabel 1. Gemiddeldes (M) en standaarddeviaties (SD) van de competenties bij aanvang (voormeting) en einde (nameting) van de training (n = 829)

	Kennis voormeting M (SD)	nameting M (SD)	Vaardigheden voormeting M (SD)	nameting M (SD)	Zelfvertrouwen voormeting M (SD)	nameting M (SD)
Hulpvorm						
Ambulante jeugdzorg	2,84 (0,58)	3,61 (0,38)	3,44 (0,61)	4,07 (0,51)	3,23 (0,65)	3,79 (0,58)
Open jeugdzorg	2,82 (0,51)	3,60 (0,39)	3,24 (0,61)	3,81 (0,59)	3,28 (0,66)	3,82 (0,49)
Gesloten jeugdzorg	3,04 (0,54)	3,75 (0,39)	3,39 (0,65)	3,99 (0,60)	3,43 (0,60)	3,97 (0,46)
Opleidingsniveau						
Lager	2,75 (0,74)	3,50 (0,46)	3,39 (0,83)	3,62 (0,52)	3,13 (0,58)	3,79 (0,39)
Middelbaar	2,79 (0,50)	3,62 (0,38)	3,27 (0,62)	3,86 (0,61)	3,30 (0,64)	3,82 (0,49)
Hoger	2,89 (0,53)	3,63 (0,39)	3,30 (0,61)	3,91 (0,58)	3,33 (0,63)	3,86 (0,50)
Wetenschappelijk	3,17 (0,62)	3,74 (0,43)	3,50 (0,62)	3,91 (0,56)	3,26 (0,75)	3,82 (0,59)
Geslacht						
Man	2,87 (0,54)	3,59 (0,40)	3,25 (0,63)	3,80 (0,60)	3,38 (0,62)	3,87 (0,51)
Vrouw	2,88 (0,53)	3,67 (0,38)	3,35 (0,62)	3,94 (0,57)	3,25 (0,66)	3,83 (0,50)

Tabel 2. Gemiddeldes (M), standaarddeviaties (SD) en regressiecoëfficiënten (B) van competenties van professionals voor en na de training (n = 989)

	Voormeting (T0)	Nameting (T1)	Mixed-modelsanalyses		
	M (SD)	M (SD)	B	p	95%-betrouwbaarheidsinterval
Kennis	2,86 (0,53)	3,63 (0,39)	0,76	< 0,001	0,73-0,79
Vaardigheden	3,29 (0,63)	3,89 (0,59)	0,59	< 0,001	0,55-0,64
Zelfvertrouwen	3,30 (0,63)	3,84 (0,50)	0,54	< 0,001	0,50-0,58

name werf gevonden voor kennis (zie tabel 2). De regressiecoëfficiënten betekenden dat de gemiddelde verandering voor alle participanten 0,76 was voor kennis, 0,59 voor vaardigheden en 0,54 voor zelfvertrouwen. Tevens keken we naar de onderlinge correlaties tussen veranderingen op de competenties. De sterkste positieve correlatie werd gevonden voor kennis en zelfvertrouwen ($r = 0,37$), daarna voor vaardigheden en zelfvertrouwen ($r = 0,26$), en ten slotte voor kennis en vaardigheden ($r = 0,21$). Alle onderlinge correlaties waren significant ($p < 0,01$).

Hulpvorm, opleidingsniveau, geslacht en leeftijd

Uit de analyses naar hulpvorm, opleidingsniveau, geslacht en leeftijd bleek dat de verandering op de competenties niet significant verschilde voor de verschillende hulpvormen, en voor mannen en vrouwen. Voor opleidingsniveau ($p < 0,001$) en leeftijd ($p < 0,001$) werden wel significante interacties gevonden; voor wo-ge-schoolde professionals werd een toename in kennis van 0,58 gevonden tussen de voor- en nameting ten opzichte van 0,84 voor mbo en 0,74 voor hbo.

Wo-ge-schoolde professionals lieten ook een minder sterke verandering zien op vaardigheden (een toename van 0,41 ten opzichte van 0,60 voor mbo en 0,62 voor hbo). Verder nam de toename van kennis (0,05 punten minder stijging per 10 jaar) en vaardigheden (0,08 punten minder stijging per 10 jaar) af naarmate de leeftijd toenam.

DISCUSSIE

Het doel van huidige studie was te onderzoeken of een suïcidepreventietraining bij professionals in de jeugdzorg zou leiden tot een verbetering van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaal gedrag van jongeren. Zoals we verwachtten, vonden we een significante verbetering van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waarin aangetoond is dat kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen bij het omgaan met suïcidaal gedrag van professionals in de ggz door deelname aan een suïcidepreventietraining verbeteren (Oordt e.a. 2009; De Beurs e.a. 2015b). Vooral een toename van kennis over suïcidepreventie leidt tot meer zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaal gedrag.

De suïcidepreventietraining leidt voor verschillende

hulpvormen (i.e. ambulante, open en gesloten jeugdhulp) tot dezelfde veranderingen. Wel is er een significante relatie tussen het opleidingsniveau en het verschil in opgedane kennis na het volgen van de suïcidepreventietraining. Mbo- en hbo-opgeleide professionals hebben meer kennis opgedaan dan wo-opgeleide professionals. Dit zou verklaard kunnen worden doordat de wo-opgeleide professionals bij de voormeting al een hogere score op kennis van suïcidepreventie hadden. Uit de resultaten komt naar voren dat geslacht geen significant effect heeft op de verandering in kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen, maar leeftijd wel. De verandering op kennis en vaardigheden is minder groot naarmate de professionals ouder waren. Een verklaring hiervoor kan zijn dat naarmate de participanten ouder waren, zij al meer ervaring hadden en daardoor een hogere score bij de voormeting lieten zien, waardoor er minder ruimte was voor verbetering.

Mogelijke toepassing van onze resultaten

De derde Landelijke agenda suïcidepreventie 2021-2025 (Rijksoverheid 2020) heeft als doelstellingen het leren praten over suïcide, samenwerken met naasten en het opleiden van professionals. De resultaten van ons onderzoek kunnen bijdragen aan samenwerkingsverbanden als StroomOp (Actieplan Best Passende Zorg voor Kwetsbare Jongeren), waarbinnen het project 'In Contact Blijven' inzet op het voorkómen van suïcides in de jeugdzorg(plus). Via een lerend netwerk geeft men hierbij vorm aan een integrale werkwijze voor suïcidepreventie, een trainingsaanbod en het ontwikkelen van registratie van suïcidaal gedrag om ketenbreed te leren en steunend te zijn aan de praktijk. Onze bevindingen dragen bij aan het ontwikkelen van een gezamenlijke, inhoudelijk goed onderbouwde suïcidepreventietraining.

Net als voor iedereen geldt ook voor jeugdzorgprofessionals dat zij niet alle suïcides van jongeren kunnen voorkomen. Er is geen valide taxatie-instrument voor suïcidaliteit en geen recept voor het voorkómen ervan. Niemand is persoonlijk verantwoordelijk voor de suïcide van een ander. Preventie is teamwork, onder het motto: je kunt het niet alleen, doe het samen. Suïcidepreventietraining hoort onderdeel uit te maken van een geheel suïcidebeleid en hoort ingebed te zijn in een organisatie. Deze training kan helpen om suïcidaliteit bij jongeren te herkennen, adequaat te reageren en suïcides te voorkomen.

Beperkingen en kwaliteiten van het onderzoek

Wij brachten in kaart of een suïcidepreventietraining die effectief is in de ggz, ook leidt tot gewenste verandering in kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaal gedrag in de jeugdzorg. De gebruikte vragenlijst bevat items uit gevalideerde vragenlijsten en betrouwbare instrumenten voor het meten van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen bij het omgaan met suïcidaal gedrag. De onderzoekspopulatie was groot, waardoor de resultaten representatief zijn voor professionals in de jeugdzorg.

Een kanttekening is dat 1 van de 3 items voor het meten van de variabele zelfvertrouwen voor een lage betrouwbaarheid zorgde, waardoor deze niet is meegenomen. Voor vervolgonderzoek is aan te raden de gehele schaal voor zelfvertrouwen uit te breiden, waardoor dit op een meer betrouwbare manier gemeten kan worden.

Er was geen controlegroep, waardoor het niet kan worden aangetoond dat toename in competenties in de voor- en nameting oorzakelijk zijn toe te schrijven aan de gevolgde training. De reden is dat de urgentie van Pluryn om de professionals te trainen in suïcidepreventie te hoog was om een groep niet te trainen. Follow-upmeting ontbreekt, waardoor we niets kunnen zeggen over veranderingen op langere termijn.

Aanbevelingen

We raden aan om een controlegroep toe te voegen om het daadwerkelijke effect van de suïcidepreventietraining te meten alsmede een follow-upmeting voor het effect op de langere termijn. Zonder het aanbieden van concrete handvatten om de kennis en aanbevelingen vanuit de richtlijnen suïcidepreventie te implementeren, is de kans op verschil in gedrag van professionals in de praktijk erg klein. Effectonderzoek zou de noodzaak van suïcidepreventietraining nog duidelijker maken. Wij concluderen dat deelname aan een suïcidepreventietraining leidt tot meer kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van professionals in de jeugdzorg in het omgaan met suïcidaal gedrag. We adviseren om de suïcidepreventietraining ook in andere jeugdzorginstellingen uit te voeren om bij te dragen aan beter passende hulp en het verminderen van suïcides onder jongeren.

LITERATUUR

- Andriessen K, Krysinska K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9: 24-32.
- Beurs D de. Improving care for suicidal patients by implementing guideline recommendations. On the effects of an e-learning supported Train-the-Trainer program, and the assessment of suicide ideation (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit; 2015.
- Beurs D de, Aerts S. Het trainen van ggz-professionals in suïcidepreventievaardigheden. In: Van Heeringen C, Portzky G, De Beurs DP, e.a. *Handboek suïcidaal gedrag*. Amsterdam: De Tijdstroom/Boom; 2019, p. 207-17.
- Beurs DP de, De Groot MH, De Keijser J, e.a.. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *J Affect Disord* 2015b; 175: 446-53.
- Bool M, Blekman J, De Jong S, e.a. Verminderen van suïcidaleit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
- Brown RC, Straub J, Bohnacker I, e.a. Increasing knowledge, skills, and confidence concerning students' suicidality through a gatekeeper workshop for school staff. *Front Psychol* 2018; 9.
- Chesley K, Loring-McNulty NE. Process of suicide: Perspective of the suicide attempter. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2003; 9(2): 41-5.
- Geel M van, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2014; 168: 435-42.
- Hemert AM van, Kerkhof AJFM, De Keijser J, e.a. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Amsterdam: De Tijdstroom; 2012.
- Hindua S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying and suicide. *Arch Suicide Res* 2010; 14: 206-21.
- Jordan JR. Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 91-102.
- Lamis DA, Underwood M, D'Amore N. Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training program among school personnel. *Crisis* 2017; 38: 89-99.
- Leo D de, Burgis S, Bertolote J, e.a. Definitions of suicidal behaviour: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006; 27(1): 4-15.
- Meerdinkveldboom J, Rood I, Kerkhof A. *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren, individuele en gezinsbehandeling (3e herz. dr.)*. Amsterdam: Boom; 2019.
- Mérelle SYM, Rasing SPA, Van Bergen DD, e.a. Psychologische autopsie bij jeugdsuïcides in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2021; 165: D5610.
- Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, e.a. Suicide prevention guideline implementation in specialist mental health care institutions in the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: 910.
- Moller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 73-80.
- Neimeyer RA, Bonnelle K. The suicide intervention response inventory: A revision and validation. *Death Studies* 1997; 21: 59-81.
- Oordt M, Jobes D, Fonseca V, e.a. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: Can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide Life Threat Behav* 2009; 39: 21-32.
- Portzky G, Gijzen S. Suïcidaal gedrag bij jongeren in Vlaanderen en Nederland: Incidentie en belangrijkste risicofactoren. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg* 2015; 47(6): 103-5.
- Portzky G, Van Heeringen C. Suïcide bij jongeren. *Psychologie en Gezondheid* 2009; 37(2): 75-89.
- Scheerder G, Van Audenhove C. Validation of an instrument measuring suicide intervention skills. *Psychiatr Danub* 2006; 18: 94.
- Scheerder G, Reynders A, Andriessen K, e.a. Suicide intervention skills and related factors in community and health professionals. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 115-24.
- Tompkins T, Witt J. The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *J Prim Prev* 2009; 30: 131-49.
- Wyman PA, Brown CH, Inman J, e.a. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 104-15.

SUMMARY

Suicide prevention training for youth care professionals

S.G. Meijer, K.S. Nijhof, A.N. Bosch, N.W.K. Bex, J.W.R. Twisk, L. van Domburgh

- Background** Suicidality is common in youth care and has a major impact on young people, parents and professionals. The number of suicides among young people (10–25 years) in the Netherlands has risen in recent years from 103 suicides in 2008 to 159 suicides in 2019, with a high of 169 suicides in 2017. Many youth care professionals experience timidity in dealing with suicidal behaviour.
- Aim** To investigate whether suicide prevention training leads to an improvement in knowledge, skills and self-confidence in dealing with suicidal behavior in young people.
- Method** Professionals working at a national youth care institution participated in suicide prevention training. Before and immediately after the training they completed questionnaires to measure their knowledge, skills and self-confidence in the field of suicide prevention.
- Results** There was an improvement in knowledge, skills and self-confidence of youth care professionals after the training. In particular, more knowledge about suicide prevention led to more self-confidence. The change was equal in the different forms of care. Scientifically trained and higher educated professionals showed a less strong change in their competencies than secondary educated professionals. The change in knowledge and skills was less pronounced the older the professionals were.
- Conclusion** Participation in suicide prevention training led to more knowledge, skills and self-confidence of youth care professionals in dealing with suicidal behaviour.