

SUÏCIDE EN SUÏCIDEPREVENTIE IN DE GESPECIALISEERDE LVB-ZORG: EEN EERSTE VERKENNING

Jolanda Douma¹, m.m.v. Suzanne Homma²

Samenvatting

Er komt steeds meer aandacht voor suïcidaliteit en suïcidepreventie in onderzoek, beleid en in de zorgpraktijk, maar daarin wordt niet expliciet aandacht besteed aan mensen met een LVB, terwijl zij een verhoogd risico lijken te hebben op het hebben van suïcidale gedachten en vertonen van suïcidaal gedrag en behoefte hebben aan passende ondersteuning. Daarom is vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVB een verkennend onderzoek gedaan naar suïcidaliteit van mensen met een LVB in de gespecialiseerde LVB-zorg. Dit bestond uit een beknopte literatuurstudie en interviews met 7 deskundige professionals uit die zorgsector. Daaruit blijkt dat er maar weinig onderzoek naar suïcide(preventie) en LVB is gedaan. De geïnterviewden gaven aan dat er overeenkomsten zijn tussen mensen met en zonder een LVB wat betreft de onderliggende gevoelens, gerelateerde risico- en beschermende factoren en in wat belangrijk is in de ondersteuning. Maar zij gaven ook aan dat er duidelijke LVB-specifieke verschillen en accenten zijn. Voor de signalering, diagnostiek, ondersteuning en behandeling kan volgens de geïnterviewden in de basis gebruik worden gemaakt van 'reguliere' richtlijnen, instrumenten en handreikingen voor mensen zonder een LVB. Maar voor een goede toepassing daarvan moeten wel LVB-specifieke aanpassingen worden gedaan.

Aanleiding

Er komt steeds meer aandacht voor suïcide en suïcidepreventie. Zo zijn er bij 113 Zelfmoordpreventie landelijke campagnes geweest om meer aandacht voor suïcidaliteit te vragen. Daarnaast is in 2020 de Derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie 2021-2025 (113 Zelfmoordpreventie, 2020) opgesteld en ondertekend. In navolging daarvan is in 2021 de Tweede onderzoeksagenda Suïcidepreventie 2021-2026 (Sluijter et al., 2021) aangeboden aan het ministerie van VWS. Deze onderzoeksagenda sluit aan op de doelstellingen van de Derde Landelijke Agenda. En binnen StroomOP³ is een project gestart genaamd 'In Contact Blijven' dat specifiek gaat over het terugdringen van suïcides binnen de Jeugdzorg(Plus). Binnen deze initiatieven is er geen, of maar heel beperkt, aandacht voor mensen met een LVB. In de onderzoeksagenda wordt wel de groep sociaal kwetsbare jongeren genoemd als specifieke doelgroep die hoge prioriteit verdienen, maar ook daar wordt LVB niet specifiek genoemd.

In de gespecialiseerde LVB-jeugdzorg, voor jeugdigen met een LVB en ernstige gedragsproblematiek⁴, lijkt er wel meer aandacht te komen voor suïcide en suïcidepreventie. Om daar meer inzicht in te krijgen, is hiernaar een uitvraag gedaan onder de 13 deelnemers van het Landelijk Kenniscentrum LVB (LKC LVB)

¹ Jolanda Douma is onderzoekscoördinator bij het Landelijk Kenniscentrum LVB. j.douma@kenniscentrumlvb.nl

² Suzanna Homma was van januari-juli 2021 stagiaire bij het Landelijk Kenniscentrum LVB vanuit de UvA (Forensische Orthopedagogiek). Ze heeft meegewerkt aan de interviews en heeft deze getranscribeerd.

³ StroomOp is een netwerk van jeugdhulp- en onderwijsprofessionals die streven naar eerdere, snellere en beter passende hulp voor jongeren en hun ouders. <https://www.brancheszorgvoorjeugd.nl/stroomop/>

⁴ Dit zijn met name de Orthopedagogische Behandelcentra. Voor meer informatie daarover, zie www.vobc.nu.

die deze gespecialiseerde ondersteuning/behandeling bieden. Uit de 7 reacties die daarop kwamen, bleek dat professionals binnen deze organisaties geregeld te maken hebben met jongeren die suïcidale gedachten hebben, daarover uitlatingen doen en/of suïcidaal gedrag laten zien. Ook bleek dat hier maar weinig kennis over is en er veel handelingsverlegenheid is bij directe ondersteuners, zoals begeleiders en gedragsdeskundigen.

Dit was voor het LKC LVB aanleiding om het project 'suicide en suicidepreventie in de gespecialiseerde LVB-(jeugd)zorg' te starten. Doel hiervan was om de kennis en praktijkervaringen die er zijn op te halen, te bundelen en te delen met professionals in deze zorgsector. Dit is gedaan via verschillende activiteiten. Zo is bijvoorbeeld met het Kenniscentrum Kinderen Jeugdpsychiatrie (KJP) in november 2021 een online studiemiddag over suicidepreventie in de KJP en LVB-jeugd zorg georganiseerd. In de Aanbevolen bronnen onderaan dit artikel (na de Literatuur) is een link opgenomen naar het verslag van die middag.

In dit artikel beschrijven we de bevindingen van een tweede activiteit: een eerste verkenning naar wat bekend is over suicide (van gedachten en uitspraken tot suïcidaal gedrag) bij jeugdigen met een LVB en over suicidepreventie in de gespecialiseerde LVB-jeugd zorg. Gaandeweg deze verkenning is het overigens verbreed naar ook (jong)volwassenen met een LVB (zie methode).

Het doel van deze verkenning was om meer zicht te krijgen op:

- cijfers rondom suicide bij mensen met een LVB,
- de risico- en beschermende factoren,
- wat belangrijk is in de ondersteuning van mensen met een LVB die suïcidaal zijn en welke competenties daarvoor belangrijk of nodig zijn.

Hierbij is ook (in de basis) nagegaan in welke mate deze bevindingen overeenkomen met of verschillen van die over mensen zonder een LVB.

Methode

Deze verkenning is gedaan vanuit zowel de literatuur als interviews met professionals in de LVB-(jeugd)zorg over hun ervaringen. Beide lichten we hieronder toe.

Literatuurstudie

Via Google Scholar is naar literatuur gezocht met de termen 'suicide intellectual disability' voor Engelstalige publicaties met 'suicide verstandelijke beperking' voor Nederlandstalige publicaties. Dat leidde tot maar weinig specifieke publicaties. Daarom zijn ook de Literatuuren bestudeerd van dit beperkte aantal gevonden publicaties. Dat leverde nog een paar extra publicaties op, maar de conclusie die nu al getrokken kan worden, is dat dit onderwerp nog onderbelicht is in wetenschappelijk onderzoek. De literatuur die is gevonden en bestudeerd ging daarnaast grotendeels over wat bekend is over de cijfers en de risico- en de beschermende factoren en vrijwel niet over wat belangrijk is in de ondersteuning van mensen met een LVB die suïcidaal zijn. De literatuur kon dus alleen worden gebruikt om antwoord te geven op de eerste twee onderzoeksvragen of -doelen.

Semi-gestructureerde interviews

Door het houden van semi-gestructureerde interviews is geprobeerd om, op basis van de opgedane kennis en ervaringen van de geïnterviewden, inzicht te krijgen in: Wat cliënten met een LVB en ernstige gedragsproblematiek (extra) kwetsbaar maakt voor suïcidale gedachten of gedragingen. Wat de risico- en beschermende factoren zijn. Wat belangrijk is voor een adequate ondersteuning van suïcidale cliënten met een LVB. En wat daarin hetzelfde of anders is vergeleken met wat zij weten over de ondersteuning aan mensen zonder een LVB. Deze informatie is verzameld in 6 interviews die zijn gehouden met 7 professionals/deskundigen.

We zijn op deze manier tot deze 7 respondenten gekomen: Van de 7 reacties op de uitvraag onder de deelnemers van het LKC LVB (zie de Aanleiding), hebben er 5 personen

deelgenomen aan het interview. Dit waren gedragsdeskundigen/behandelaren en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die meer dan anderen binnen hun organisatie gespecialiseerd zijn in het onderwerp suicidepreventie. Een deel van hen had bijvoorbeeld de rol van aandachtsfunctionaris suicidepreventie binnen hun organisatie. Zij hebben cursussen over dit onderwerp gevolgd en/of geven zelf cursussen of interne bijscholing aan andere professionals. Daarnaast hebben allen ook te maken (gehad) met suïcidale cliënten met een LVB. Zij zijn vaak ook degenen die worden ingeschakeld door collega's als een cliënt suïcidaal is.

Allen zijn apart van elkaar geïnterviewd. Eén persoon heeft nog een collega gevraagd om aan haar interview deel te nemen. Deze persoon werkte vooral met volwassenen met een LVB, waardoor ook over deze leeftijdsgroep informatie is verkregen.

Tot slot is Teunis van den Hazel nog geïnterviewd, omdat hij (bleek gaandeweg deze verkenning) onderzoek uitvoert naar suïcide bij (jong)volwassen cliënten van Trajectum⁵. Daarnaast heeft hij ook in zijn psychotherapeutisch werk veel te maken met suïcidale cliënten met een LVB en geeft hij een cursus over dit onderwerp bij RINO. Daarmee is de doelgroep van dit verkennende onderzoek verbreed naar jongeren en (jong)volwassenen met een LVB en ernstige gedragsproblemen die behandeld worden binnen de gespecialiseerde LVB-(jeugd)zorg.

Alle interviews zijn opgenomen en vervolgens getranscribeerd, zodat ook quotes konden worden opgenomen in dit artikel.

De 7 geïnterviewden hadden met name ervaring met suïcidale uitlatingen en gedragingen van hun cliënten met een LVB. Zij hadden (gelukkig) maar zeer beperkt te maken gehad met suïcides met een fatale afloop. Daarover konden zij dus beperkt informatie geven. Teunis van den Hazel kon dit wel vanwege met name zijn dossieronderzoek van cliënten die waren overleden als gevolg van suïcide.

De geïnterviewden hebben de tekst van dit artikel (voordat het ingediend is) ontvangen en daarbij de vraag gekregen om het te lezen en het te laten weten als er feitelijke onjuistheden in stonden. Daarop hebben 6 van de 7 geïnterviewden gereageerd. Niemand van hen had onjuistheden geconstateerd en iedereen kon zich vinden in de inhoud en strekking van de tekst. Daarmee is een extra kwaliteitstoets op de resultaten gedaan.

Resultaten

Suicide bij mensen met een LVB

Suïcidale gedachten ontstaan volgens het interpersoonlijke theoriemodel (Joiner, 2005), wat overigens niet specifiek over mensen met een LVB gaat, door onder andere twee interpersoonlijke constructen: het niet of onvoldoende verbonden voelen met anderen (thwarted belongingness) en het gevoel of de overtuiging anderen vooral tot last te zijn (perceived burdensomeness).

Een geïnterviewde verwoordde het als volgt:

“Suïcidaliteit is communicatie over een relationeel probleem. (...) Er zijn nog steeds VG-instellingen die iemand met een suïcidevraagstuk naar de psychiater sturen. Natuurlijk hebben psychiaters een rol, maar daarmee definieer je suïcidaliteit eigenlijk als een psychiatrische stoornis of een symptoom daarvan en dat kan niet.”

De geïnterviewden zien deze gevoelens ook bij hun cliënten met een LVB.

“Het is echt wel een uiting van ‘Ik weet niet meer wat ik moet doen’, ‘Ik ben iedereen tot last’, ‘Iedereen is beter af zonder mij’ en ‘Ik ben helemaal niks waard’.”

Daarnaast geven de geïnterviewden nog aan dat het bij cliënten die zeggen dood te willen zijn, het vooral lijkt te gaan om dit leven niet meer zien zitten en een grote lijdensdruk ervaren.

⁵ Trajectum biedt specialistische behandeling en begeleiding aan mensen met een LVB en onbegrepen en risicovol gedrag, zie www.trajectum.nl.

“Aan de ene kant is er de wanhoop van hoe het leven nu is en dat niet meer aankunnen. Ze zeggen heel erg dat ze dood willen, maar het is echt vooral het leven niet zien zitten en zo extreem piekeren.”

“(…) suicide gaat er niet alleen over of mensen dood willen. Het gaat er eigenlijk over waar je problemen met het leven zitten. (...) Het geeft uiting van een grote lijdensdruk.”

Deze laatste quote laat al een beetje zien dat mensen met een LVB daar meer ondersteuning bij nodig kunnen hebben dan mensen zonder een LVB.

“Als je het gaat nuanceren, willen ze dit leven niet meer. Dat kunnen ze vaak zelf niet bedenken en hebben anderen nodig om dat in te kunnen zien.”

Cijfers

Inzicht in de cijfers is verkregen vanuit de literatuur en andere bronnen, zoals de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

In 2020 overleden er in Nederland 1823 mensen door zelfdoding, waarvan er 62 jonger waren dan 20 jaar. Dit zijn gemiddeld 5 mensen per dag. Hoeveel daarvan op LVB-niveau functioneerden is niet bekend, want van de Nederlandse overlijdens door suicide worden deze gegevens niet verzameld (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021; Van den Hazel et al., 2020). Vanuit de verschillende zorgorganisaties voor mensen met een LVB zijn ook geen cijfers bekend over het aantal cliënten dat denkt of uitspraken doet over zelfdoding of werkelijk suïcidaal gedrag laat zien. Er zijn dus geen cijfers bekend over de Nederlandse situatie.

Internationaal onderzoek naar suicide bij mensen met een LVB (uitgaande van de Nederlandse brede praktijkdefinitie: IQ-score tussen 50-85 en significante beperkingen in de adaptieve vaardigheden) is beperkt gedaan. Er is één onderzoek gevonden waarin prevalentiecijfers rondom suïcidaliteit van volwassenen met een IQ-score tussen 70-85 uit de algemene bevolking zijn vergeleken met

die van volwassenen met een IQ-score hoger dan 85 (Hassiotis et al., 2011). Daaruit bleek dat in beide groepen ongeveer evenveel mensen (rond de 17%) ooit suïcidale gedachten had gehad. Significant meer mensen met een IQ-score tussen 70-85 hadden ooit een suïcidepoging gedaan (8,7%) of zichzelf opzettelijk verwond zonder de intentie daaraan te overlijden (7,6%), dan degenen met een IQ-score hoger dan 85 (respectievelijk 5,4% en 4,6%). Deze verschillen waren echter niet meer statistisch significant nadat er gecontroleerd was voor leeftijd en inkomen.

De andere gevonden onderzoeken gingen over mensen met een verstandelijke beperking (VB; IQ-score van 70 of lager) en dus niet alleen over mensen met een LVB, maar ook over degenen met een matige of (zeer) ernstige VB. Degenen met een IQ-score tussen 70-85 waren in de meeste studies uitgesloten. Hierdoor is het lastig om die bevindingen te vertalen naar mensen met een LVB in de Nederlandse situatie (en dus naar de praktijkdefinitie van LVB).

In een reviewstudie concluderen Dodd et al. (2016) dat suicide met fatale afloop minder vaak voor lijkt te komen bij mensen met dan mensen zonder een VB. Binnen de groep mensen met een VB lijkt het bij degenen met een LVB vaker voor te komen dan bij mensen met lagere niveaus van cognitief functioneren. Suïcidepogingen komen ongeveer net zo vaak voor bij mensen met als zonder een (L)VB (rond de 1%).

In een onderzoek van Lunskey (2004) rapporteerde 34% van de 98 volwassenen met een matige VB tot zwakbegaafd niveau suïcidale gedachten te hebben en 11% had één of meer suïcidepogingen gedaan. Bij bijna een kwart waren de familieleden of begeleiders hiervan niet op de hoogte.

Ludi et al. (2012) keken in hun reviewstudie o.a. naar prevalentiecijfers van suïcidale ideaties en gedrag (zonder fatale afloop) op basis van prospectief onderzoek. De gevonden studies betroffen alle jongeren met een (L)VB en bijkomende psychiatrische problemen. De prevalentiecijfers lagen tussen 17-60%, waar-

bij geen onderscheid is gemaakt tussen ideatie en gedrag. Deze brede range verklaren zij door verschillen tussen de bestudeerde onderzoeken in de onderzoeksgroep, -methode en informanten.

Gezien het beperkte onderzoek dat er gedaan is, kunnen er dus geen duidelijke conclusies worden getrokken over de cijfers over suicidaliteit bij mensen met een LVB in zowel de algemene bevolking als de gespecialiseerde hulpverlening. Daarnaast zijn veel van de onderzoeken gedaan in de jaren '90 van de vorige eeuw of begin deze eeuw, waardoor ook niet duidelijk is of die resultaten nog actueel zijn.

De gevonden cijfers zouden echter een onderschatting kunnen zijn, aldus veel onderzoekers. Zo geeft Lunsky (2004) aan dat suicidaliteit lang niet altijd opgemerkt wordt door de omgeving. Onderzoek op basis van informant rapportage lijkt daardoor minder betrouwbaar dan zelfrapportage. Daarnaast zijn volgens Dodd et al. (2016) de methoden die mensen met een VB gebruiken vaker passief, zoals tegen het verkeer inlopen. Overlijden daardoor wordt vaker gezien als een ongeluk en minder gerelateerd aan zelfdoding dan actieve methoden als ophanging. Ludi et al. (2012) zagen ook vaker ongebruikelijke suicide pogingen bij jeugdigen met een (L)VB, zoals het inslikken van munten en niet meer willen eten. Dit wordt door buitenstaanders mogelijk niet gezien als suïcidaal gedrag.

Tot slot zijn de algemeen bekende risicofactoren voor suicide voor mensen zonder een LVB (zie hierna) vaker aanwezig bij mensen met een LVB (bijvoorbeeld Van den Bogaard et al., 2020; Wigham & Emerson, 2015). De beschermende factoren worden juist minder vaak gezien bij mensen met een LVB (Salvatore et al., 2016). Hierdoor zou er ook meer suicidaliteit met fatale afloop verwacht kunnen worden bij mensen met een LVB, maar de gevonden cijfers ondersteunen dat niet. Een geïnterviewde zei daarover: "Als je het aantal geslaagde suicides afzet hiertegen (tegen het grote aantal risicofactoren waar vele jongeren met een LVB

mee te maken hebben, auteurs), dan is eigenlijk het aantal geslaagde suicides bij jongeren met een LVB heel laag. Veel lager dan dat je zou verwachten, gezien de lijdensdruk bij de groep."

Risicofactoren

Ondanks methodologische verschillen in de onderzochte studies, komt toch een eenduidig beeld naar voren: de risicofactoren voor suicide voor mensen met een LVB zijn vergelijkbaar met die van mensen zonder een LVB (Salvatore et al., 2016. Voor volwassenen: Dodd et al., 2016; Mollison et al., 2014; Van den Hazel et al., 2020. Voor jeugdigen: Ludi et al., 2012). Hierbij moet nog wel opgemerkt worden dat die factoren niet los van elkaar staan, maar veelal met elkaar interacteren, en de gevonden verbanden grotendeels correlatieel en niet (per definitie) causaal zijn.

Het gaat om de volgende risicofactoren:

- het hebben van één of meer psychische stoornissen (met name stemmings-, psychotische en traumage-relateerde stoornissen),
- traumatische ervaringen in het verleden, zoals fysieke mishandeling, seksueel misbruik, pedagogische en affectieve verwaarlozing en gepest zijn,
- opgroeien/opgegroeid zijn in stressvolle omstandigheden, zoals in armoede,
- gevoelens van eenzaamheid en isolatie,
- een verleden met zelfverwondend en/of suïcidaal gedrag,
- verlies van contact met familie (significant familial loss), zoals door overlijden, adoptie of uithuisplaatsing, of (dreigend) verlies van contact met andere belangrijke personen door bijvoorbeeld (aanstaande) verhuizingen en overplaatsingen,
- verhoogde mate van stress,
- gebrek aan/gemis van sociale steun,
- sociale problemen/relatieproblemen,
- minder ervaren wederkerigheid in relaties,

- ervaren afwijzing,
- fysieke beperking of een chronische medische aandoening.

Zoals eerder aangegeven, zijn veel van deze risicofactoren vaker aanwezig bij mensen met dan zonder een LVB. Uit onderzoek is bijvoorbeeld naar voren gekomen dat in de gespecialiseerde LVB-zorg veel cliënten met traumatische jeugdervaringen zijn en die uit een problematische gezinssituatie komen (Vervoort-Schel et al., 2018).

Een geïnterviewde verwoordde dit als volgt:

“Als ik kijk naar onze populatie jongeren, dan is er bijna geen jongere die alleen een LVB heeft. Wij hebben de jongeren met multiproblematiek. Het systeem is vaak ontregeld. Er is vaak sprake van psychiatrische problematiek en jeugdcriminaliteit. Daar komt dus van alles bij kijken. Hoe uitzichtlozer je leven is of hoe traumatischer je verleden is, dat zijn natuurlijk zaken die suïcidale gedachten in de hand kunnen werken.”

Van den Hazel et al. (2020) noemen in hun artikel nog risicofactoren die in de begeleidings- en behandelomgeving kunnen ontstaan of daar versterkt kunnen worden en die bijdragen aan een minder veilig gevoel en minder stabiliteit. Zij noemen bijvoorbeeld het verblijven in een omgeving met andere cliënten die hun eigen gedragsproblemen en crises hebben, maar ook het personeelsverloop onder directe begeleiders. In een interview in Markant zegt Van den Hazel hierover: “Het feit dat je begeleiding krijgt, kan een risicofactor op zich zijn. Laatst sprak ik een man die tussen zijn 18e en 27e jaar op zeventien plekken heeft gewoond. Hoeveel begeleiders heeft zo’n man wel niet gehad? Je krijgt een vorm van geïnstitutionaliseerd onthechten” (Veurink, 2021, p. 13).

De handelingsverlegenheid van begeleiders zelf zien Van den Hazel et al. (2020) ook als risicofactor. Wanneer een cliënt suïcidaal gedrag vertoont, is de reactie van begeleiders vaak gericht op het waarborgen of vergroten van de veiligheid en het voorkomen van een suïcidepoging, zoals cameratoezicht, het ont-

doen van de kamer van middelen waarmee suicide gepleegd kan worden en verblijf in een time-outruimte. Hierdoor loop je het risico dat de belangrijkste beschermende factor (namelijk gehoord, gezien en benaderd worden) naar de achtergrond verdwijnt. In de interviews is ook gezegd dat mensen die suïcidaal zijn, vooral behoefte hebben aan iemand die luistert en contact houdt, en juist niet aan veiligheidsmaatregelen. Dit betekent ook dat een cliënt die ervaren heeft dat hij in zijn vrijheid beperkt wordt als hij over zijn suïcidale gedachten vertelt of suïcidaal gedrag laat zien, daardoor juist niet meer open over durft te zijn over zijn suïcidale gevoelens. En hierdoor kan de situatie onbedoeld dus juist verergeren.

De geïnterviewden is gevraagd wat zij als belangrijke kenmerken of risicofactoren zien voor suïcidaliteit (van gedachten tot en met suïcidaal gedrag) bij mensen met een LVB in de gespecialiseerde (jeugd)zorg. Zij noemden een aantal (met elkaar samenhangende) kenmerken/factoren, die vaak ook weer gerelateerd zijn aan de hiervoor genoemde (algemene) risicofactoren, zoals het ervaren van afwijzing en een verhoogde mate van stress.

- **Laag zelfbeeld, veel faalervaringen, afwijzingen en een negatiever en onduidelijk toekomstperspectief.**

“Wat typisch LVB is (...) de dromen die in duigen vallen. Ervaren dat je te dom bent en het na zoveel jaren nog steeds niet lukt om bijvoorbeeld automonteur te worden.”

“Het feit dat ze vaak een laag zelfbeeld hebben en ze er ook echt van overtuigd zijn dat hun omgeving er baat bij heeft dat ze er niet meer zijn, is bij deze populatie ook wat meer versterkt, omdat ze een geschiedenis kennen van heel veel afwijzing. Het gaat niet goed thuis, ik kan ook niet meer thuis wonen, het lukt ook niet op school. Een groot gedeelte wordt ook afhankelijk van hulp. Daardoor is het zelfbeeld ook aangetast. Dit maakt het risico op kwetsbaarheid nog groter.”

“Bij ons zie ik vrij vaak dat jongeren gaan richting een doorplaatsing in het komende jaar. Dan gaan de gedragswetenschappers kijken waar iemand naartoe kan. (...) Dat is buitengewoon vaag en geeft een jongere heel weinig controle en dus weinig grip op zijn eigen leven.”

- **Overvraging, door zowel zichzelf als de omgeving.**

“Mensen met een LVB overvragen zichzelf en worden ook heel makkelijk overschat door de omgeving. Dit is heel stressverhogend en maakt dat je het leven heel ingewikkeld vindt en niet zo goed meer weet hoe je het leven moet leven.”

- **Beperkte copingvaardigheden om met de vaker voorkomende problemen, spanningen en gedachten om te gaan.**

“(...) geen grip meer denken te hebben op het eigen leven en eigen hoofd. Juist bij LVB is dit nog versterkend (...) waarbij het nog lastiger is om alternatieven voor jezelf te bedenken.”

“Bij de jongeren met een LVB gaat het denk ik meer over totaal het overzicht kwijt zijn en helemaal overladen worden door zoveel stressvolle zaken.”

“Suïcidaal gedrag en uitlating zijn vaak uitingen van een verkeerde manier een hulpvraag stellen, een manier om duidelijk maken dat ik het wel heel erg zwaar heb. (...) Het wordt een onderdeel van de coping. Als het even niet lekker gaat of ze weten niet hoe ze hun spanning moeten reguleren, dat ze dan terugvalen op dit gedrag.”

- **Verminderde impulscontrole, ondoordacht handelen en minder inzicht in oorzaak-gevolgrelaties.**

Dit betreft vooral factoren en gedrag waardoor iemand kan overlijden, maar wat niet per se de bedoeling is. Van den Hazel et al. (2020) zagen in hun dossieronderzoek

(waarin dossiers van 11 door suïcide overleden cliënten waren bestudeerd) dat 8 van de 11 cliënten suïcide hadden gepleegd als een reactie op een emotie, op een situatie waarin zij sterke onmacht en frustratie ervoeren, zonder dat er duidelijke aanwijzingen waren voor een vooropgezet plan. De geïnterviewden benoemden deze factoren ook in relatie tot suïcidaal gedrag.

“Ik durf als hypothese te stellen dat ondoordacht handelen, als rechtstreeks een gevolg van een LVB, een risicofactor vormt. De domme dingen doen. Onvoldoende bedenken dat je dood kunt gaan aan het doen van risicovolle dingen.”

“Dat vind ik wel het grootste gevaar: dat ze impulsief verkeerde keuzes maken en dat het dan verkeerd afloopt. De (negatieve) gedachten zijn in vergelijking met een normaalbegaafde hetzelfde, alleen zijn ze niet in staat om op tijd die impulscontrole te hebben en om dan te kunnen denken ‘Wat ben ik nou eigenlijk aan het doen, of is dat wel handig?’ Het minder goed kunnen overzien van oorzaak-gevolg is toch wel typisch LVB.”

“Wij hebben ook een meisje dat inmiddels bij oplopende spanning batterijen slikt. Dit is heel slecht en kan heel fataal aflopen. (...) Dit is denk ik al 50 keer tegen haar gezegd. (...) Als jongere met een LVB kijk je heel erg in het hier en nu en niet naar consequenties op lange termijn en dat soort dingen. Als het iedere keer meevalt, word je dus ook iedere keer bekrachtigd in je gedrag dat het dus ook wel meevalt.”

- **Onderdiagnostiek van trauma- en stemmingsproblematiek bij mensen met een LVB,** waardoor deze ook onderbehandeld blijven en daardoor het risico op suïcide hoog wordt/blijft. Dit blijkt uit het onderzoek van Van den Hazel et al. (2020), maar is ook door twee geïnterviewden genoemd.

Beschermende factoren

In de bestudeerde literatuur is er veel minder aandacht voor beschermende factoren dan voor risicofactoren (Salvatore et al., 2016). Mollison en collega's (2014) benoemen dat de beperktere cognitieve vaardigheden, zoals een beperkter vermogen tot plannen en organiseren, het lastiger kunnen maken om bijvoorbeeld een locatie te bepalen waar ze niet gestopt zullen worden in hun suïcidepoging. Daarnaast zijn mensen met een LVB zich er niet altijd van bewust dat bepaalde handelingen (die wel gedaan worden vanuit een wens om niet meer te leven) waarschijnlijk geen fatale afloop zullen hebben. Tegelijkertijd constateren Mollison en collega's ook dat deze vaardigheden niet altijd noodzakelijk zijn om een suïcidepoging te doen.

Salvatore en collega's (2016) halen onderzoek van Lunsky en collega's aan (2012) die stellen dat vergeleken met volwassenen zonder een LVB volwassenen met een VB mogelijk minder beschermende factoren hebben. Het gaat dan om factoren als veerkracht, coping- en probleemoplossingsvaardigheden en (het vermogen tot) hulp zoeken. Beperkingen hierin zijn hiervoor juist als risicofactoren benoemd gerelateerd aan een LVB.

De geïnterviewden is ook gevraagd wat zij als beschermende factoren zien voor suïcide bij mensen met een LVB.

Eén geïnterviewde gaf aan dat mensen met een LVB mogelijk 'doorzichtiger' zijn en minder goed in staat zijn om hun suïcidale gedachten en gedragingen voor zich te houden en de omgeving voor te liegen of om de tuin te leiden. Ook werd herkend dat het vooruitdenken, plannen en bewust dingen doen, ingewikkeld zijn voor mensen met een LVB. Dit zijn geen beschermende factoren voor het hebben van suïcidale gedachten, maar mogelijk wel voor het doen van een suïcidepoging. Eén geïnterviewde zei over de grotere moeite met plannen nog het volgende: "Bij normaal begaafde jongeren wordt de mate van planning gebruikt om een inschatting te maken van de ernst van de suïcidaliteit. (...) Dat maakt de triagewijzer van 113 onbruikbaar voor LVB. Als je die zou

gebruiken voor iemand met een LVB zou je dus altijd op een klein risico uitkomen."

Daarnaast werden nog een aantal andere beschermende factoren genoemd:

- Het opbouwen van een goede therapeutische relatie tussen begeleiders en cliënt en het bevorderen van een steunend netwerk, wat samenhangt met de eerder genoemde risicofactor 'gebrek aan/gemis van sociale steun'.
 - "Als we het steunend netwerk kunnen uitbreiden, ouders kunnen betrekken en anderen, de steunstructuur kunnen uitbouwen, dat werkt wel beschermend."
- Het hebben van een vaste woonplek, een goede daginvulling en een goede overgang na het 18e jaar. Een geïnterviewde zei over dit laatste (overigens verwoord als risicofactor):
 - "Dan komt er toch wel veel druk te liggen op een jongere met een LVB. Ze weten gewoon niet wat er op hen afkomt. (...) Waar ook een spanningsveld zit, is de vraag 'krijg ik nog wel een indicatie van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg, auteurs) na mijn 18e of moet ik hier straks weg?'"
- Het wonen en leven in een situatie waarin professionals zijn.
 - "Ook al zullen de professionals niet altijd goed weten hoe ze met suïcidaal gedrag om moeten gaan, vaak kennen ze hun cliënten wel goed genoeg om te weten dat er echt iets niet goed zit op dat moment en dat er iets moet."
- Een goede emotionele band met de familie werd door één geïnterviewde nog specifiek als beschermende factor voor het werkelijk doen van een suïcidepoging genoemd.
 - "Het besef dat ze het de familie niet aan willen doen."

Ondersteunen bij suïcidale uitlatingen en suïcidaal gedrag

De geïnterviewden gaven aan dat wat voor mensen zonder een LVB geldt, wat betreft signaleren, diagnostiek, ondersteuning, behandeling en preventie, in de basis ook geldt voor mensen met een LVB, zowel wat betreft de te volgen stappen (procedures) als inhoudelijk. Dit betekent dat de richtlijnen, handreikingen en protocollen die zijn opgesteld voor mensen zonder een LVB en de documenten, instrumenten en trainingen van 113 Zelfmoordpreventie ook bij mensen met een LVB gebruikt kunnen worden. Een aantal voorbeelden daarvan is genoemd onder het kopje 'Aanbevolen bronnen voor meer informatie' na de Literatuur.

De geïnterviewden gaven echter ook aan dat het hierbij wel belangrijk is om te weten wat een LVB is, hoe het kan samenhangen met suïcidaliteit en waar een professional rekening mee moet houden als hij/zij met iemand met een LVB en suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag te maken krijgt. De meeste geïnterviewden missen specifieke informatie en trainingen over suïcide bij mensen met een LVB en zij zijn zij vaak degenen die deskundigheidsbevordering geven aan collega-gedragsdeskundigen en begeleiders. Zij maken daarin zelf de vertaalslag naar de LVB-(jeugd)zorg.

In de volgende paragrafen lichten we een aantal aandachtspunten in de ondersteuning van suïcidale cliënten met een LVB nader toe. Daarvan gelden de meeste ook voor de ondersteuning van suïcidale mensen zonder een LVB. We noemen ze hier toch, omdat we eerder constateerden dat de wetenschappelijke literatuur rondom suïcidaliteit en LVB vrijwel niet ingaat op wat belangrijk is in de ondersteuning. In dit artikel willen we daar daarom wel expliciet al aandacht aan schenken, met daarbij de opmerking dat dit een eerste aanzet is.

Aandachtspunten in de ondersteuning

Hoe een cliënt die suïcidaal is ondersteund moet worden, verschilt per cliënt en is maatwerk, aldus de geïnterviewden. Het wordt bepaald op basis van een goede beeldvorming

van de cliënt op dat moment. De geïnterviewden noemden echter ook aandachtspunten in de ondersteuning die voor alle suïcidale mensen gelden, en of dus ook voor die met een LVB.

Neem suïcidale uitspraken van cliënten altijd serieus

"Als iemand aangeeft niet meer te willen leven, moeten we dat te allen tijde serieus nemen (...) Bij onze cliënten is het wel iets wat ze makkelijk kunnen zeggen: het gaat niet goed met mij, mijn leven heeft geen zin meer. Dan merk ik wel dat de tools van begeleiders ontbreken om daar goed op in te spelen en om dan helder te krijgen van wat nou het onderliggende probleem is."

"Als een nieuwe cliënt een eerste poging doet, dan gaan we dat altijd onderzoeken. Dat nemen we altijd serieus. Je kan het je niet permitteren om dat niet te doen. (...) Ook al is het risico niet altijd direct heel hoog, het geeft wel uiting van een grote lijdensdruk. We hebben het hier over kinderen, dus daar zal je wat mee moeten."

Blijf rustig en vermijd een schrikreactie

Als een cliënt suïcidale uitspraken doet of gedrag laat zien, is het belangrijk dat professionals rustig blijven en een schrikreactie vermijden. Dit is vooral belangrijk om het contact met de cliënt te behouden. Eén geïnterviewde had dit ook zo direct van een cliënte gehoord.

"Een meisje gaf aan: 'Ik voel me zo ontzettend belast om dit te zeggen en ik ben zo bang dat iedereen schrikt.' Dus als diegene niet schrikt en haar gewoon serieus neemt en rustig blijft en zegt 'Ik ben hier voor jou en om naar jouw verhaal te luisteren.' Dan laat je zien dat je er bent, dat je niet van slag raakt. Dat je het eigenlijk aankan wat diegene jou vertelt."

Een andere geïnterviewde benadrukte dat een schrikreactie ertoe kan leiden dat een cliënt zich juist van die begeleider kan gaan afsluiten. Ze verwoordde het vanuit het clientperspectief.

“Ik kijk wel uit om het aan jou te tonen. Ik wil jou niet kwijt. Ik wil je geen pijn doen en ik heb ook geen zin in gedoe deze avond.” Vervolgens gaf de geïnterviewde aan: “De cliënt ziet ook dat jij er last van hebt.”

Weer een andere geïnterviewde benoemde nog dat het voor jongeren met een LVB lastig kan zijn om open te zijn over hun suicidale gevoelens of dit liever niet willen of durven te zijn, uit angst voor mogelijke gevolgen. Het zou dan kunnen gaan om de eerder genoemde gevolgen als het moeten verblijven in een time-outruimte of anderszins begrensd worden en wellicht een overplaatsing, omdat suicidaliteit een contra-indicatie voor hun verblijf en behandeling kan zijn. Hun suicidale gedachten worden dan overschaduwed door probleemgedrag.

“Voor jongeren die zich rot voelen, is het allermakkelijkste om een beetje geïrriteerd en semi-agressief gedrag te vertonen. Dat is de meest veilige optie. (...) We hebben natuurlijk heel veel cliënten met gehechtheidsproblemen die altijd bang zijn dat ze weg moeten. (...) Als je iets heftigs zegt (zoals suicidale uitspraken, auteurs), dan loop je natuurlijk altijd het risico dat je ‘overboord gegooid’ wordt.”

Ga met een open houding het gesprek aan, praat erover

Ook bij cliënten met een LVB is het belangrijk om juist wel over suicide te praten. In het interview in Markant (Veurink, 2021, p. 12) geeft Teunis van den Hazel aan: “We zijn bang dat we een suicide in de hand werken door erover te praten. (...) Terwijl het omgekeerde waar is: over de dood praten leidt niet tot een toename van dit-leven-niet-meer-willen. Er niet over spreken juist wel, want dat versterkt de eenzaamheid.” Dit laatste, gevoelens van eenzaamheid, werd eerder in dit artikel als risicofactor voor suicide genoemd. Om dit ‘praten over’ te bevorderen, heeft Trajectum (2017) vertelplaten voor cliënten en begeleiders ontwikkeld die houvast bieden voor begeleiders in het aangaan van een gesprek met cliënten over de dood of over dit leven niet meer willen of aankunnen.

Een geïnterviewde gaf aan dat het ‘krampachtige’ van praten over suicide eraf moet.

“Ik word er moe van als je weer iets ziet over suicide en er wordt aangegeven dat het zo moeilijk is om over te praten. Dat is echt onzin. (...) Het gaat namelijk helemaal niet over suicide en over doodgaan. Het gaat over kinderen die met een probleem zitten. (...) Als het gesprek goed gaat zie je echt dat de spanning weggaat. Cliënten zien het vaak als heel prettig en hebben het gevoel dat eindelijk een keer iemand snapt wat ze nou bedoelden.”

In het gesprek over suicide is het vooral belangrijk om te luisteren en niet meteen met oplossingen te komen.

“Wat je absoluut niet moet doen, is met oplossingen komen of je eigen verhaal eroverheen gooien. Dan ben je echt iemand meteen kwijt. Positieve kanten benoemen van het leven van een jongere, doe je absoluut niet, omdat je daarmee zijn of haar lijden ontkent. Dat is namelijk jouw visie op de wereld en niet zijn of haar visie.”

Alle geïnterviewden benadrukken dat bij signalen van suicide vragen gesteld moeten worden om helder te krijgen wat er speelt en hoe groot het risico is.

“Als iemand een uitlating doet in die richting, ook al is hij dubbelzinnig en denk je van wat bedoelt hij nou eigenlijk, dan vraag je dus: ‘Wat bedoel je nou eigenlijk?’ Dat je het dus niet probeert te vermijden of te negeren. Gewoon echt de open houding naar suicidaliteit.”

Die vragen die dan gesteld kunnen worden, zijn direct en concreet.

“Dat zijn eigenlijk de standaard vragen die 113 ook wel aangeeft. Bijvoorbeeld: heb je weleens zelfmoordgedachtes? Denk je soms dat het beter is als je er niet meer bent? Dan vraag je uit hoe sterk die gedachtes zijn, hoe vaak ze er al zijn, of er bijvoorbeeld al een concreet plan is, heb je daar al spullen voor verzameld, wat houdt je op dit moment nog tegen? Allemaal dat

soort vragen om concreet te krijgen hoe sterk die gedachten zijn en hoe hoog het risico is dat er daadwerkelijk een suïcide gepleegd gaat worden.”

“Je moet jezelf toestemming geven om zo onbeschaamd te zijn dat je gewoon alles mag vragen in zo’n situatie. Doorvragen is een blijk van compassie.”

Het gesprek, maar ook observatie, heeft ook als doel om te achterhalen wat er achter die uiting van suïcide/niet meer willen leven/dit-leven-niet-meer-willen schuilgaat. Wat is de hulpvraag van die persoon op dat moment?

“Het gaat eigenlijk over waar je problemen met het leven zitten.”

“In het contact maken zit je echt op twee sporen daarin. Wat je op het ene spoor doet, is gewoon luisteren, bevestigen en meeleven. Op het andere spoor ben je informatie aan het verzamelen.”

Een geïnterviewde noemde hierbij nog specifiek het belang van het voeren van gesprekken over zingeving. Dit is wel specifiek gerelateerd aan het hebben van een LVB.

“Een zingevend perspectief, het leren leven met een verstandelijke beperking. Je kan geen automonteur worden of een bediende op een terras, maar wat kan je dan wel? Hoe ga je leren omgaan met de pijn die het jou oplevert dat je niet bent zoals je broer. Dat je geen Audi hebt en geen mooie vriendin hebt en dat je ouders misschien wel gelijk hebben dat je nooit kinderen zult kunnen hebben?”

Ondersteun bij het omgaan met suïcidale gedachten en gevoelens

Om met suïcidale gedachten en gevoelens om te gaan, zijn mensen met een LVB afhankelijker van anderen dan mensen zonder een LVB. Daar hebben ze veel en dus meer ondersteuning dan anderen bij nodig. In onderstaande uitspraak komt dit LVB-specifieke duidelijk naar voren en dat een professional daar extra aandacht aan moet besteden.

“Jongeren zonder een LVB kan je veel beter trainen op ‘Wat voel ik nou?’: ‘Ik voel bijvoorbeeld dat de spanning opbouwt. Ik voel dat ik gefrustreerd raak. Ik voel dit aan mijn keel. Ik pak er even mijn plan bij. Wat zou ik ook alweer gaan doen? Oh ja, ik zou even naar buiten gaan en wandelen.’ Al dat soort technieken is voor mensen met een LVB ontzettend ingewikkeld. Hierbij moeten we heel vaak herhalen en nagaan ‘waar zit je nu en wat gaan we ook alweer nu doen?’ Die ondersteuning is bij mensen met een LVB veel groter.”

Gespreksvaardigheden aansluiten bij een LVB

Inhoudelijk worden dezelfde onderwerpen besproken en kunnen volgens de geïnterviewden ook bestaande instrumenten (die zijn ontwikkeld voor mensen zonder een LVB) worden gebruikt. Maar in de gespreksvoering en hoe je vragen stelt moet wel rekening worden gehouden met de LVB, zoals met het lager dan gemiddelde niveau van taalbegrip en taalgebruik. Hoe dat kan worden gedaan, staat bijvoorbeeld beschreven in de Richtlijn effectieve interventies LVB (De Wit et al., 2011), de Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB (Douma et al., 2012) en in de publicatie Aansluiten bij een LVB...(hoe) doe jij dat? (Landelijk Kenniscentrum LVB, 2021). De volgende aandachtspunten zijn in de interviews genoemd:

- Gebruik simpele taal, met concrete woorden en korte zinnen.
- Vraag nog concreter door.

“Je mag nooit aannemen dat je hetzelfde bedoelt met iets. (...) Ik heb zo vaak meegemaakt in de praktijk dat er iets aangenomen wordt en dat blijkt dan helemaal niet te kloppen. Je zult alles moeten navragen wil je het zeker weten.”

- Ga goed na of de persoon heeft begrepen wat je vroeg of zei.

“Eén van de belangrijkste dingen bij suïcidepreventie is het goed doorvragen. Ik denk bij jongeren met een LVB is het goed checken of de client de vraag begrijpt van

- belang, dus goed doorvragen, maar ook nagaan of het duidelijk is wat je vraagt.”
- Wees duidelijk en direct.

“Draai er niet omheen, wees ‘to the point’. Ga niet denken dat ze hints moeten kunnen pakken.”
 - Maak gebruik van pictogrammen en kleuren of visuele hulpmiddelen als dat iemand helpt om dingen beter te begrijpen of zelf aan te geven (bijvoorbeeld in een signaleringsplan). Voorbeelden die genoemd zijn, zijn kaartjes die een cliënt aan een begeleider kan geven om aan te geven dat het niet goed gaat met hem/haar. Of het gebruik van een schriftje waarin een cliënt zijn/haar gedachten kan opschrijven en aan de begeleiding kan laten lezen.
 - Bied hulp om gedachten, gevoelens en gedrag in de tijd/op een tijdslijn te plaatsen.

“Vaak zie je ook wel dat er een slecht tijdsbesef is. Dus als je vraagt van: ‘Hoelang spelen dat soort gedachten al?’ Dan krijg je vaak een antwoord: ‘Dat weet ik niet.’ Ik probeer dan vaak dingen te linken aan schoolvakanties, jaargetijden.”
 - Bied hulp bij het duiden van gevoelens door te vertellen wat iemand mogelijk kan voelen.

“Ze kan dan ook heel slecht haar gevoel duiden. Het mentaliseren is gewoon nooit op gang gekomen. (...) Ondertitel haar gevoelens en check of dit klopt.”

Discussie

Betrouwbare cijfers ontbreken, maar uit zowel de literatuur als de interviews blijkt dat ook mensen met een LVB in de gespecialiseerde zorg suïcidale gedachten hebben, uitspraken daarover doen en suïcidaal gedrag laten zien, soms met fatale afloop. Het lijkt zelfs aannemelijk dat zij vaker deze gedachten en/of gedragingen hebben dan mensen zonder een

LVB, omdat zij met meer risicofactoren te maken krijgen en minder beschermende factoren daar tegenover kunnen stellen.

Uit deze verkenning blijkt dat er duidelijke overeenkomsten zijn tussen dat wat bekend is over en geldt voor mensen zonder en met een LVB, zoals de aard van de risicofactoren, wat belangrijk is in de ondersteuning en dat hierover het gesprek moet worden aangegaan. In de basis zijn daarom de trainingen, handboeken, richtlijnen, protocollen et cetera over suïcidale mensen zonder een LVB ook bruikbaar voor mensen met een LVB. Maar kennis van een LVB en van LVB-gerelateerde kenmerken is belangrijk om bijvoorbeeld het risico op suïcidaliteit in te kunnen schatten (zie ook de paragraaf over de risico- en beschermende factoren). Maar ook iemand met een LVB goed kunnen ondersteunen en op een adequate manier het gesprek daarover aan kunnen gaan, vraagt om kennis over en kunnen aansluiten op de LVB. De inhoud en de strekking van de ondersteuning is dus wezenlijk niet veel anders dan dat voor mensen zonder een LVB, maar in hoe dat gedaan wordt, is die LVB-expertise wel van groot belang. Hoe dat precies gedaan moet worden, is echter (voor zover ons bekend) geen onderdeel van die trainingen, handboeken etc. De concrete aandachtspunten die de geïnterviewden hebben genoemd, geven hiervoor wel een eerste aanzet.

Hieronder doen we nog een aantal aanbevelingen. Die zijn allereerst op, met name, het niveau van de zorgorganisaties, want dat is een randvoorwaarde om professionals toe te rusten met kennis en vaardigheden rondom het omgaan met suïcidaliteit van mensen met een LVB. Omdat uit deze verkenning is gebleken dat er maar beperkt onderzoek is gedaan en er weinig tot geen cijfers bekend zijn over LVB en suïcide, doen we daarvoor ook een aantal aanbevelingen.

Aanbevelingen voor zorgorganisaties en professionals

Om de professionals in de gespecialiseerde LVB-zorg beter toe te rusten om met suïcidale cliënten om te gaan, doen we een aantal aanbevelingen.

Alle LVB-zorgorganisaties dienen een suïcideprotocol te hebben, dat bekend is bij de professionals, en waarin duidelijk staat beschreven hoe gehandeld moet worden bij signalen van suïcidaliteit.

Zorgorganisaties en zeker die in de gespecialiseerde LVB-zorg zouden, alleen al vanwege het grote aantal cliënten dat met meerdere risicofactoren te maken heeft (gehad), structureel, en niet als reactie op suïcidaal gedrag van cliënten, hun professionals moeten (bij) scholen over suïcidaliteit. Daarin moet kennisoverdracht plaatsvinden, inclusief de visie op suïcidaliteit, maar er moet ook veel geoefend worden met bijvoorbeeld omgaan met signalen van cliënten en gespreksvoering. Bij voorkeur zou dat gedaan worden aan de hand van trainingen en handreikingen die specifiek over suïcidaliteit bij mensen met een LVB gaan. Aangezien die er niet lijken te zijn, moeten die ontwikkeld worden. Ook zouden er binnen een zorgorganisatie aandachtsfunctionarissen benoemd kunnen worden die dit onderwerp op de agenda blijven zetten.

Het begeleiden van suïcidale cliënten is heel zwaar. Het brengt veel angst, spanning en onzekerheid met zich mee. Daarom moet er opvang en ondersteuning zijn voor professionals die daarmee te maken krijgen. Maar ook tijd voor intercollegiaal overleg en intervisie is belangrijk. In preventieve zin is het ook belangrijk om aandacht te besteden aan de zelfzorg van de professionals. Hoe kunnen zij goed voor zichzelf zorgen, zodat ze er ook voor deze cliënten kunnen zijn?

Om in de diagnostiek, ondersteuning en gespreksvoering aan te sluiten op de LVB kunnen de eerder genoemde publicaties van het Landelijk Kenniscentrum LVB worden geraadpleegd (De Wit et al., 2011, Douma et al., 2012, Landelijk Kenniscentrum LVB, 2021).

Aanbevelingen voor registratie en onderzoek

Omdat er nog maar zo weinig (recent) onderzoek naar suïcide en LVB is gedaan, is een eerste aanbeveling dat dit gedaan gaat worden. Dit betreft dan onderzoek naar cijfers, naar gerelateerde factoren, naar passende ondersteuning et cetera. Daarbij is het ook belangrijk dat mensen met een IQ-score tussen 70-85 en

significante beperkingen in de adaptieve vaardigheden geïnccludeerd worden.

Om meer inzicht te krijgen in de suïcidecijfers en ook om deze te kunnen vergelijken met die van mensen zonder een LVB, is het belangrijk dat in geval van een suïcide met fatale afloop gegevens over een mogelijke LVB geregistreerd gaan worden, naast bijvoorbeeld leeftijd en geslacht. Omdat een LVB niet altijd bekend is, zou ook gericht nagedacht moeten worden over factoren die kunnen wijzen op een LVB, zoals opleidingsniveau. Ook bij de meldingen die bij 113 Zelfmoordpreventie binnenkomen, zou hier gericht naar gevraagd en op geregistreerd kunnen of moeten worden. Binnen zorgorganisaties zelf zou ook geregistreerd kunnen worden hoeveel cliënten met een LVB suïcidale gedachten hebben, uitspraken doen en gedrag laten zien, al dan niet met fatale afloop.

Om werkelijk zicht te krijgen op wat er speelt bij mensen met een LVB die met suïcidale gedachten kampen, om hoeveel mensen dit gaat en wat zij zelf belangrijk vinden in de ondersteuning, is het belangrijk dat onderzoekers deze mensen zelf hierover spreken. Onderzoek van Lunsy (2004) liet immers zien dat mensen uit de omgeving suïcidaliteit lang niet altijd opmerken en dat zelfrapportage betrouwbaarder lijkt dan informantenrapportage.

Als een cliënt suïcide heeft gepleegd, is het uitvoeren van psychologische autopsie een belangrijk instrument om zicht te krijgen op wat er in het leven van die persoon is gebeurd voorafgaand aan zijn/haar suïcide. Hierdoor ontstaat er ook meer inzicht in de omstandigheden en factoren die hieraan mogelijk hebben bijgedragen of een rol speelden. Die inzichten kunnen vervolgens ook weer aanknopingspunten bieden voor suicidepreventie van andere personen.

Dit onderzoek ging over suïcide bij mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen in gespecialiseerde zorgvoorzieningen. Het is niet bekend in welke mate de bevindingen ook gelden voor mensen met een LVB zonder ernstige gedragsproblemen die niet in zorg zijn. Ook daar zou onderzoek naar gedaan kunnen worden.

Kritische analyse van deze verkenning

Om de resultaten en aanbevelingen goed te kunnen plaatsen, eindigen we dit artikel met een kritische analyse van dit verkennende onderzoek. Het aantal geïnterviewden was beperkt en er was sprake van een 'gemakssteekproef'. Alleen deelnemers van het LKC LVB die hadden gereageerd op de 'uitvraag' rondom suicide (zie Aanleiding) zijn uitgenodigd voor een interview. Uitzondering was Teunis van den Hazel die gericht benaderd was vanwege zijn onderzoek en expertise. De geïnterviewden bleken echter wel degenen te zijn die binnen hun organisatie de meeste expertise hadden op dit gebied. Daarnaast kwam veel van dat wat gezegd is tijdens de verschillende interviews met elkaar overeen. De geïnterviewden hebben de ingediende versie van dit artikel vooraf nog gelezen en hebben inhoudelijk geen onjuistheden geconstateerd.

We zijn dus van mening dat we de onderzoeksvragen hebben kunnen beantwoorden en dat we met dit artikel een eerste indruk hebben kunnen geven over wat bekend is over en belangrijk is ten aanzien van suicide bij mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen en de ondersteuning.

Literatuur

- 113 Zelfmoordpreventie (2020). *Derde Landelijke Agenda Suicidepreventie, 2021-2025*. Op 12 april 2022 verkregen via <https://open.overheid.nl/repository/ronl-cdb3e3c2-6eed-4ca0-9a3a-c8123841466c/1/pdf/derde-landelijke-agenda-suicidepreventie-2021-2025.pdf>
- Bogaard, M. van den, Boven, S., Berg, M., Blokenhoeve, J. van den, & Drost, J.-W. (2020). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis: Een handreiking voor behandelaren CGT*. Te downloaden via <https://www.academischewerkplaatskajak.nl/cgt-bij-jeugdigen-met-een-lvb-en-een-psychische-stoornis/>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). *1825 mensen maakten een einde aan hun leven in 2020*. Verkregen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/16/1-825-mensen-maakten-een-einde-aan-hun-leven-in-2020>
- Dodd, P., Doherty, A., & Guerin, S. (2016). A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harvard Review of Psychiatry, 24*(3), 202-213. Doi: 10.1097/HRP.0000000000000095
- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). *Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG. Te verkrijgen via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-diagnostisch-onderzoek-lvb/>
- Hassiotis, A., Tanzarella, A., Bebbington, P., & Cooper, C. (2011). Prevalence and predictors of suicidal behaviour in a sample of adults with estimated borderline intellectual functioning: Results from a population survey. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 380-384. Doi: 10.1016/j.jad.2010.10.002
- Hazel, T. van den, Didden, R., Nijman, H. L. I., & Beurs, D. P. de (2019). Suicide bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 62*(12), 1022-1029.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Pao, M., Bridge, J., Reynolds, W., & Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disability: The challenges of screening. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33*(3), 431-440. Doi: 10.1097/DBP.0b013e3182599295
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 25*(3), 231-243. Doi: 10.1016/j.ridd.2003.06.004
- Lunsky, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders, 140*(3), 292-295. Doi: 10.1016/j.jad.2012.03.013
- Mollison, E., Chaplin, E., Underwood, L., & McCarthy, J. (2014). A review of risk factors associated with suicide in adults with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 8*(5), 302-308. Doi: 10.1108/AMHID-05-2014-0021
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational – volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 373*: 20170268. Doi: 10.1098/

- rstb.2017.0268
Salvatore, T., Brown, J., Huntley, D., Arndt, C., & Wiley, C. R. (2016). Intellectual disability and suicide risk: An exploratory discussion. *Journal of Special Populations*, 1(1), 1-19.
- Sluijter, A., Gilissen, R., & Kerkhof, A. (2021). *Tweede onderzoeksagenda suicidepreventie 2021 – 2026*. Den Haag: ZonMw. Op 12 april 2022 verkregen via https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Preventie/Suicidepreventie/Onderzoeksagenda_SP_2021_def.pdf
- Trajectum (2017). *Vertelplaten ter voorkoming van suicide*. Er is een versie voor cliënten en een versie voor begeleiders. Beide te verkrijgen via <https://trajectum.nl/vertelplaten-ter-voorkoming-van-suicide>
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., Helm, P. van der, Lindauer, R., & Moonen, X. (2018). Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: An exploratory case-file study in Dutch residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2136. Doi: 10.3390/ijerph15102136
- Veurink, R. (2021). Praten over de dood. *Markant*, 26(4), 12-14. Te verkrijgen via https://www.vgn.nl/files/2021-10/Markant_4_2021_DEF%20%282%29.pdf
- Wigham, S., & Emerson, E. (2015). Trauma and life events in adults with intellectual disability. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 93-99. Doi: 10.1007/s40474-015-0041-y
- Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG. Te verkrijgen via <https://www.kenniscentrumlvb.nl/product/richtlijn-effectieve-interventies-lvb/>
- Aanbevolen bronnen voor meer informatie**
- Websites**
- 113 zelfmoordpreventie – een overzicht van documenten, instrumenten en trainingen voor de zorgsector. <https://www.113.nl/voor-professionals/suicidepreventie-sector/zorg>
- Generieke Module Suïcidaal gedrag: Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* (GGZ Standaarden). <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/introductie>
- Studiemiddag Suicidepreventie bij jongeren*. Inclusief links naar de powerpoints van de bijdragen en naar een uitgebreid verslag van de studiemiddag (waarin nog meer links naar meer informatie staan). <https://www.kenniscentrumlvb.nl/studiemiddag-suicidepreventie-bij-jongeren/>
- Publicaties**
- Heerdingen, K. van, Portzky, G., Beurs, D. de, & Kerkhof, A. (Red.)(2019). *Handboek suïcidaal gedrag*. Amsterdam: Boom.
- Meerdinkveldboom, J., Kerkhof, A., & Rood, I. (2019). *Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren*. Amsterdam: Boom.
- Project In Contact Blijven (2021). *Leidraad Suicidepreventie JeugdzorgPlus (versie april 2021)*. Op 16 maart 2022 verkregen via <https://associatievoorjeugd.nl/images/2021images/pdf/leidraad-suicidepreventie-jzplus-versie-11-23-april-2021.pdf>
- Cursus**
- RINO. Tweedaagse cursus Diagnostiek, begeleiding en behandeling van suïciditeit bij mensen met een VB: ‘Beperkt zijn en niet meer verder willen leven’ <https://www.rinogroep.nl/opleiding/6964/diagnostiek-begeleiding-en-behandeling-van-suïciditeit-bij-mensen-met-een-vb.html#>
- RINO. Tweedaagse cursus Suicide en suicidepreventie: Risicotaxatie en rapportage. <https://www.rino.nl/cursus/sucide-en-sucidepreventie>
- Geïnterviewden (op alfabetische volgorde van de achternaam)**
- Teunis van den Hazel, Klinisch psycholoog, onderzoeker bij Kenniscentrum Trajectum
- Judith Jong, ten tijde van het interview Gedragsdeskundige/GZ-psycholoog bij Alliade, thans werkzaam bij MoleMann
- Titia van der Kooij-Mellema, ten tijde van het interview GZ-psycholoog bij Alliade
- Judith Sluimer, Orthopedagoog-Generalist bij Triade Vitree
- Petra Snip, ten tijde van het interview Psycholoog in

opleiding tot GZ-psycholoog bij Levvel5 (voorheen Lijn5), thans werkzaam bij Parlan
Maarten Sterk, Sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij Advisium Groot Emaus
Melanie Zwang, Gedragwetenschapper bij 's Heeren Loo Expertisecentrum Advisium, locatie Auriga