Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017
Een verdiepend onderzoek (samenvatting)

Mérelle, Van Bergen, Popma et al.
113 Zelfmoordpreventie, december 2019

113 zelfmoord preventie | Amsterdam UMC Universitair Medische Centra

Inleiding

Elke week overlijdt in Nederland een tiener aan zelfdoding. Hoe komen jongeren daartoe? En wat kunnen we doen om ze hier vanaf te houden? Die vragen dringen zich op bij de alarmerende suïcidecijfers van de afgelopen jaren.

Jaarlijks maken gemiddeld 51 jongeren tot 20 jaar een eind aan hun leven. In 2017 was er sprake van een plotselinge piek met 81 suïcides onder jongeren. In 2018 daalde dat aantal weer naar 51.

Om meer inzicht te krijgen in de achterliggende factoren deed een brede werkgroep onder leiding van professor Arne Popma in opdracht van de overheid verdiepend onderzoek onder nabestaanden van de jongeren die in 2017 overleden aan zelfdoding.

Van de 50 jongens en 31 meisjes die dat jaar overleden door suïcide, werkten nabestaanden van 35 jongeren aan dit onderzoek mee. Het ging om 17 overleden jongens en 18 overleden meisjes. Ze waren gemiddeld 17 jaar oud bij hun overlijden. De meeste jongeren woonden in Noord-Brabant, Gelderland of Zuid-Holland en waren leerling op havo/vwo of mbo. Bijna de helft van de jongeren had gescheiden ouders.

Allereerst namen ouders/ouderparen deel en daarna overige gezinsleden, vrienden, docenten, behandelaren en werkgevers. Het bleek niet eenvoudig om deze nabestaanden te bereiken, onder meer doordat in Nederland geen landelijk registratiesysteem bestaat voor het bijhouden van zelfdoding onder jongeren.

Via 78 diepte-interviews en vragenlijsten kregen deze betrokkenen uiteenlopende vragen voorgelegd. Zo is onderzocht of en hoe de suïcides samenhingen met (een combinatie van) de volgende vijf factoren:

- adolescentieproblematiek
- de geboden hulpverlening
- invloed van social media, games en series
- clusters en imitatie
- seksuele identiteit (lhbt)

Daarnaast werden gebeurtenissen vlak voor de suïcide onderzocht.

Tijdens de interviews lichtten de deelnemers toe hoe psychologische en sociale kenmerken, relaties, ingrijpende gebeurtenissen en psychopathologie uiteindelijk leidden tot de zelfdoding van de betreffende jongeren.

Een grondige analyse van de schriftelijke antwoorden en de diepte-interviews leidde tot een duidelijker beeld van de overleden jongeren, hun levensloop, schoolloopbaan, problemen en trauma's, en van de sleutelmomenten voorafgaand aan de suïcide. De belangrijkste bevindingen op deze domeinen staan verderop in deze samenvatting vermeld.

Dit onderzoek naar de context van de suïcides bevestigt wat al uit eerdere onderzoeken bekend is over zelfdoding. Het toont vooral aan dat er altijd verschillende risico- en beschermende factoren meespelen. Dat maakt elke suïcide uniek. Echter, altijd is er het grote verdriet bij nabestaanden.

Met dit verdiepend onderzoek is gezocht naar onderliggende patronen: vergelijkbare kenmerken en gebeurtenissen die een rol speelden in de aanloop naar de suïcide en het samenspel tussen verschillende factoren.

Risicokenmerken

Uit het onderzoek komt een beeld naar voren van jongeren die meer dan gemiddeld worstelen met zichzelf, met vragen rond acceptatie van hun (seksuele) identiteit en/of met psychiatrische, psychosociale en emotionele problemen, de gevolgen van seksueel of fysiek geweld en/of gepest worden. Hier volgen een aantal opvallende kenmerken van de onderzochte jongeren (gemeten met de vragenlijsten die 32 ouders invulden - 3 ouders vulden de vragenlijst niet in).

Vijf van de overleden jongeren (15%) van de onderzoeksgroep hadden volgens hun ouders een homoseksuele, lesbische of biseksuele geaardheid. Van vier andere jongeren hadden de ouders geen idee of twijfels over de seksuele voorkeur van hun kind. Ter vergelijking: gemiddeld voelt 4% tot 7% van de volwassen Nederlanders zich aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht.

23 jongeren (72%) hadden volgens ouders suïcidale gedachten voorafgaand aan het overlijden. Meer dan de helft van de onderzoeksgroep deed een suïcidepoging (53%) of kraste zichzelf opzettelijk (56%).

22 jongeren (63%) waren in beeld bij de zorg op moment van overlijden. Bij 17 jongeren (53%) kwamen psychische stoornissen in de familie voor.

De helft van de overleden jongeren, vooral meisjes, kende iemand die bezig was met zelfdoding.

84% van de jongeren uit de onderzoeksgroep kampte met matige of ernstige psychosociale problemen, een veel hoger percentage dan gemiddeld bij de Nederlandse jeugd (14%). Bij 20 jongeren (64%) kwamen matige en ernstige emotionele problemen voor. Twaalf jongeren (39%) had te maken met matige of ernstige gedragsproblemen.

Bij vier jongeren (13%) kwam seksueel misbruik voor, acht jongeren (25%) hadden te maken met de traumatische gevolgen van fysieke mishandeling.

De jongeren werden vaker dan gemiddeld gepest, in de buurt, op school of op een (sport)club (47%) of online (22%).

13 jongeren (41%) waren van huis weggelopen.

Negen jongeren (28%) hadden problemen met geld, vijf jongeren (16%) hadden schulden (niet opvallend veel hoger dan gemiddeld).

Elf jongeren (34%) gebruikten wel eens softdrugs (tegenover 24% gemiddeld), vijf jongeren (16%) gebruikten wel eens harddrugs.

Negen jongeren (28%) kwamen eerder in aanraking met de politie.

25 van de 81 jongeren die in 2017 aan zelfdoding overleden hadden een migratieachtergrond. Voor dit onderzoek konden slechts vier jongeren met een niet-Nederlandse herkomst worden geïncludeerd. Dit leverde onvoldoende inzichten op om conclusies te trekken over de eventuele invloed van cultuur en etniciteit op de levensloop en suïcide.

Adolescentie

Tijdens de adolescentie staan jongeren voor belangrijke keuzes, allereerst wat betreft school- en beroepskeuze. De overstap van basisschool naar het voortgezet brengt grote veranderingen met zich mee, waarbij veel jongeren voor het eerst worden geconfronteerd met prestatiedruk en faalangst. Tegelijkertijd zijn zij in deze levensfase intensief bezig met vragen rond de eigen identiteit. Wie ben ik? Wat wil en kan ik? En bij welke groep wil ik horen?

Zeven jongeren uit de onderzoeksgroep - vooral meisjes in havo, vwo of hbo - kregen op de middelbare school volgens hun ouders steeds meer last van perfectionisme en wilden hoge cijfers blijven halen. Faalangst en druk om te goed te blijven presteren, leidden bij hen tot fnuikende onzekerheid, vooral over het op tijd afkrijgen van schoolwerk. Bij sommigen werd dit nog versterkt door het missen van lessen als gevolg van eetproblemen en/of psychische en psychosomatische klachten.

Zeven anderen - vooral jongens - liepen op school vast vanwege dyslexie, ADHD of autisme, terwijl dat volgens hun ouders niet aan hun intelligentie lag. Negatieve schoolervaringen werkten door op hun al lage zelfbeeld, waarbij uiteindelijk de ‘demotie’ naar een ander onderwijstype en de angst om bij pesters en druktemakers in de klas terecht te komen voor sommigen de spreekwoordelijke druppel vormde voor de suïcide.

Tijdens de adolescentie beginnen jongeren met het zelf opbouwen en onderhouden van sociale relaties. Bij de onderzochte jongeren liep dat door verschillende oorzaken mis, blijkt uit de interviews. Bijvoorbeeld door pestgedrag of bedreigingen door leeftijdsgenoten. Of door spanningen in de thuissituatie. Bij tien jongeren speelde een problematische echtscheiding mee, waardoor in veel gevallen vooral het contact met de vader onder druk kwam te staan.

Ook het opbouwen van vriendschappen met leeftijdsgenoten ging voor veel van de jongeren uit de onderzoeksgroep niet vanzelf. Omdat ze buitenbeentjes waren. Omdat ze onzeker waren over hun vriendschappen, terwijl zij volgens leeftijdsgenoten soms juist echte gangmakers waren. Of omdat ze gevoelig waren voor afwijzing en de oorzaak van verbroken vriendschappen bij zichzelf zochten. Deze problemen met het aangaan en behouden van sociale relaties kan bij veel van de overleden jongeren niet los gezien worden van hun persoonlijkheidsstructuur en/of psychopathologie.

Ook het verantwoord leren omgaan met alcohol en drugs is iets wat jongeren tijdens hun adolescentie leren. Bij 11 jongeren was volgens de geïnterviewden sprake van problematisch drugs- en alcoholgebruik. Bij vijf van deze jongeren zagen de ouders een link met het suïcidaal gedrag.

Tenslotte speelde bij vier jongeren langdurig seksueel misbruik in de puberteit, verkrachting of online seksuele intimidatie mee in de aanloop naar de suïcide.

Hulpverlening

22 van de 35 onderzochte jongeren uit de onderzoeksgroep waren op het moment van overlijden in beeld bij de hulpverlening: POH-GGZ, vrijgevestigde psychologen, andere jeugdhulp met en zonder verblijf, jeugdbescherming, jeugdreclassering en in enkele gevallen verslavingszorg, forensische ggz en instellingen voor gespecialiseerde trauma behandeling.

Zes van deze 22 jongeren waren ten tijde van overlijden opgenomen in een kliniek. Dit betrof vijf keer een opname met gesloten verblijf. Daarnaast overleed één jongere in een begeleide woonomgeving, één ten tijde van verblijf in een pleeggezin en één tijdens opname in een ziekenhuis.

Bij 17 jongeren was sprake van (het vermoeden van) een psychiatrische diagnose. Er was hierbij sprake van (combinaties van) diagnoses als: depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornis, post traumatische stress stoornis, hechtingsstoornis, eetstoornis, ADHD, autisme spectrum stoornis, oppositioneel opstandige gedragsstoornis, verslaving, alcoholmisbruik en trekken van persoonlijkheidsstoornissen (borderline, vermijdende, narcistische en antisociale trekken). Voor de behandeling van deze meervoudige problematiek bestaan weinig gespecialiseerde behandelplekken en dus lange wachtlijsten. Hierdoor verbleven de betreffende jongeren vaak lange tijd thuis, waardoor de problematiek soms escaleerde. Niet alleen door het uitblijven van een passende behandeling, maar ook door uitputting van het gezin en toenemende gevoelens van hopeloosheid en ongewenstheid bij de jongeren zelf.

Eenmaal in behandeling was het vinden van een balans tussen enerzijds het organiseren van voldoende rust en veiligheid door gedwongen zorg en anderzijds het stimuleren van autonomie voor zowel ouders als hulpverleners een terugkerend dilemma.

Het ontbreken van continuïteit van zorg – met name het wisselen van hulpverleners en de overstap naar een andere afdeling of instelling – was volgens de ouders en hulpverleners een belangrijk knelpunt. Vaak waren de jongeren angstig en onzeker over de overgang van jeugd- naar volwassenenpsychiatrie. De meeste ouders uitten zich tevreden over de betrokkenheid van individuele hulpverleners. Zij voelden zich echter niet altijd gehoord wanneer zij de ernst van de situatie aan hulpverleners duidelijk probeerden te maken. Bovendien waren zij kritisch over de regelgeving en organisatie van de zorg. Vooral de wettelijk gehanteerde leeftijdsgrenzen van 16 en 18 jaar - en de daaruit volgende wettelijke bepalingen, geheimhoudingsplicht en overgang naar de volwassenpsychiatrie – leken voor hun gevoel soms belangrijker dan het welzijn van hun kind.

Volgens de geïnterviewde hulpverleners kan de hulpverlening aan suïcidale jongeren onder meer worden verbeterd door een meer gefaseerde afbouw van opnames, sneller schakelen tijdens de behandeling, betere samenwerking tussen verschillende instanties, sneller een multidisciplinaire inschatting maken van het suïcidaal gedrag en een actievere houding bij no-shows. Ook het regelen van steun voor de betrokken hulpverleners en het organiseren van nazorg voor professionals en ouders noemden enkele hulpverleners als aandachtspunten.

Social media, games en series

Social media, games en series nemen een centrale plek in, in het leven van jongeren. Welke invloed had dit op de overleden jongeren? Was er bij hen bijvoorbeeld sprake van imitatie van suïcidaal gedrag? Deden ze mee aan gevaarlijke uitdagingen die tot zelfdoding kunnen aanzetten? En welke impact hadden series op hen, zoals de Netflix-serie 13 Reasons Why, waarin suïcide heel expliciet wordt getoond als uitweg voor problemen?

Bij 20 van de 35 overleden jongeren speelde social media een grote rol in hun dagelijks leven. Vijf meisjes hadden een tweede account waar hun ouders niet van afwisten of geen toegang tot hadden. Op dit geheime account deelden zij foto's van zelfbeschadiging en suïcidepogingen, depressieve quotes (memes) en zwaarmoedige gedichten.

Door sociale media konden de jongeren volgens een vriendin van een van de jongeren online een suïcidale identiteit creëren en in stand houden. Daarnaast gaf een ouder het probleem van algoritmes in sociale media aan, waardoor haar kind zich voortdurend kon blijven voeden met negativiteit. Een andere ouder noemde in dit kader de hype die jezelf snijden leek te zijn op Instagram. Dit zette haar kind ertoe aan zichzelf al in groep 8 te beschadigen.

Aan het gebruik van social media als communicatiemiddel met lotgenoten, zitten volgens de nabestaanden zowel positieve als negatieve kanten. Dankzij Whatsappjes konden de jongeren steunende vriendschappen opbouwen en herstelverhalen volgen. Maar het uitwisselen van ervaringen tussen suïcidale jongeren leidde soms ook tot een soort onderlinge competitie in zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.

Uit de interviews komt geen directe link tussen gamen en suïcidaal gedrag naar voren. Wel wijzen nabestaanden op psychische klachten die direct te maken hebben met problematisch gamen, zoals slaapproblemen, concentratieproblemen op school, en steeds meer geïsoleerd raken.

Bij twee suïcides was sprake van challenges: het aangaan van risicovolle uitdagingen. Een van de jongeren werd hierdoor duidelijk aangezet tot suïcidaal gedrag, een ander bewoog dit tot zelfbeschadigend gedrag. In een derde casus leek de zelfdoding op een challenge, maar was de zelfdoding vermoedelijk toch een ongeluk bij een uit de hand gelopen stunt.

In de Verenigde Staten leidde de serie 13 Reasons Why tot een toename van suïcides onder tieners. Deze serie was in Nederland voor het eerst te zien op 31 maart 2017. Uit data van CBS was in de periode daarna geen piek in het aantal zelfdodingen onder jongeren zichtbaar. In zeven interviews gaven ouders aan dat hun kind deze serie had gezien. Vijf jongeren vonden de serie indrukwekkend en spannend. Thuis werd er echter niet uitgebreid over doorgepraat, waardoor ouders naderhand niet wisten of hun kind zich met de hoofdpersoon had geïdentificeerd. Bij de jongeren met langdurige psychische klachten viel op dat zij deze serie ofwel vermeden uit angst voor negatieve effecten, ofwel er niet bijzonder van onder de indruk waren omdat ze in hun leven al veel ingrijpendere dingen hadden meegemaakt.

Zeven jongeren uit de onderzoeksgroep hadden een duidelijke voorkeur voor artiesten met zwaarmoedige en pessimistische muziek of cabaretiers met zwarte humor. Hun beladen songteksten met verwijzingen naar zelfmoord fungeerden voor enkele overleden kinderen als levensmotto volgens de ouders. Andere jongeren haalden uit Bijbelse teksten inspiratie voor een leven na de dood, die zij via sociale media deelden.

Clusters en imitatie

Als jongeren zich sterk identificeren met iemand die suïcide heeft gepleegd, bestaat het risico van imitatie. De kans op imitatie neemt toe wanneer een jongere zelf kwetsbaar is, of geneigd is om andere kwetsbare jongeren op te zoeken. Dit kan leiden tot een clustering van suïcides op een bepaalde plek, bijvoorbeeld in een vriendengroep, school of kliniek. Daarnaast kan imitatie ook bestaan uit het kopiëren van methoden via internet, voorbeelden in de directe omgeving of voorbeelden van bekende personen.

In 2017 kwam zelfdoding onder jongeren het meest voor in Noord-Brabant (20 suïcides), Gelderland (13 suïcides), Zuid-Holland (14 suïcides) en Noord-Holland (10 suïcides). De meest gebruikte methoden in de onderzoeksgroep waren verhanging/verwurging en de trein (32 van de 35 jongeren).

In Noord-Brabant was er een cluster van vier suïcides op een dag. Ook was er een cluster in Noord-Brabant van vier leerlingen die binnen een enkel schooljaar een eind aan hun leven maakten. In Noord-Holland waren er ook aanwijzingen voor een cluster. Vaak was onbekend of er contact was geweest tussen de onderzochte jongeren. Informatie over eerdere suïcides op een specifieke locatie kan echter ook invloed hebben op volgende suïcides, zelfs als er geen direct contact is geweest tussen de personen.

Ouders hadden vaak beperkt zicht op mogelijke clustervorming via sociale media. Vrienden en vriendinnen noemden in dit kader vooral de invloed van online groepen, waarin jongeren die opgenomen zijn berichten over zelfbeschadiging met elkaar deelden en hierdoor steeds meer richting suïcide afgleden.

Negen van de 35 overleden jongeren maakten suïcides in hun directe omgeving mee. Bijvoorbeeld van een familielid, klasgenoot, medepatiënt of een ouder van een beste vriend. Opvallend is dat vijf jongeren in gesprekken met hun ouders vol onbegrip en afkeurend reageerden op suïcides van leeftijdsgenoten, en korte tijd later toch hetzelfde deden.

De helft van de overleden jongeren kende anderen die bezig waren met zelfdoding. In acht casussen waren de jongeren op school bevriend met depressieve leeftijdsgenoten, of zaten zij in klassen waar meisjes zichzelf sneden of medeleerlingen suïcidale uitingen met elkaar deelden via apps. Ook in de GGZ kregen de jongeren tijdens of na afloop van de therapie volgens ouders en vrienden/vriendinnen te maken suïcidale uitingen of dreigingen van medecliënten, bijvoorbeeld door opmerkingen als ‘morgen ben ik er niet meer’.

Uit interviews bleek dat de jongeren de methodes en middelen allemaal gemakkelijk online konden vinden. Online zochten zij de meest effectieve of eenvoudige methodes, bezochten zij een plek voor de suïcide en bestelden zij de benodigdheden. Doordat jongeren op deze manier informatie inwonnen, ging de voorbereiding van de suïcide veelal voorbij aan de mensen in hun directe omgeving.

Seksuele identiteit en geaardheid (LHBT)

De overleden jongeren hadden vaker dan gemiddeld een lesbische, homoseksuele, biseksuele (LHB) oriëntatie: tien jongeren spraken hier thuis over met hun ouders, enkele overtuigd van hun seksuele identiteit, anderen aarzelend en zoekend. Er was geen transgender in de onderzoeksgroep.

Volgens de ouders speelde de zoektocht van hun kinderen naar hun seksuele identiteit geen belangrijke rol in de aanloop naar de suïcide. De overige geïnterviewden (mentor, vrienden/vriendinnen) dachten daar anders over: zij legden wel een duidelijk verband met stress rond coming-out, ontkenning van de seksuele identiteit door ouders, afwijzing door familie of leeftijdsgenoten en/of homopestgedrag.

Vier jongeren werden bijvoorbeeld niet (helemaal) geloofd door hun ouders of hun leeftijdsgenoten toen zij vertelden op dezelfde sekse te vallen. Was dat geen 'kopieergedrag' van een broer, zus, vriend of vriendin? Of een manier om in het middelpunt van de belangstelling te staan? In twee gevallen achtten ouders hun dochter niet in staat om echt te kunnen bepalen wat haar seksuele identiteit was, omdat hun kind daar nog te jong voor zou zijn.

Bij enkele LHB jongeren was sprake van een ingrijpende negatieve gebeurtenis in de laatste maanden voor het overlijden zoals seksueel misbruik en gepest worden na coming-out.

Gebeurtenissen vlak voor de suïcide

Suïcidaal gedrag wordt vrijwel altijd uitgelokt door een combinatie van factoren en kwetsbaarheden. Als de suïcidaliteit al langer speelt, kan een bepaalde gebeurtenis of verandering opeens leiden tot een omslagpunt waardoor de ambivalentie wegvalt. Er zijn echter ook ogenschijnlijk onverwachte suïcides, waarbij nabestaanden geen concrete factor of verandering kunnen aanwijzen die van invloed zou kunnen zijn geweest op de suïcide.

Bij twaalf jongeren leidde een gebeurtenis of verandering in de zorg voor een verslechtering van hun welbevinden in de laatste maanden. Bij drie jongeren had dit te maken met de stress en onzekerheid over een overplaatsing vanuit de jeugdzorg naar volwassenenzorg. Bij andere jongeren speelden angst en spanning over een mogelijke of daadwerkelijke uithuisplaatsing door Jeugdzorg, het ontvangen van uitslagen van diagnostisch onderzoek, het op- en afbouwen van medicatie of het wegvallen van een behandelaar. Enkele jongeren kregen net voor de suïcide een afwijzing voor een bepaalde behandelplek of het bericht dat een behandeling nog lang op zich zou laten wachten.

Bij zes jongeren speelde er in de laatste periode iets wat te maken had met school of studie: zakken voor het eindexamen van de middelbare school, een pittige proefwerkweek, een intake op een nieuwe school, kritische beoordelingen van schoolwerk, een te laag gemiddelde voor de gewenste studie, groepswerk dat niet lekker liep. Allemaal gebeurtenissen die angst of stress opriepen en aansloegen op bepaalde kwetsbaarheden van de jongeren, zoals autisme of een hoog verantwoordelijkheidsgevoel.

Elf jongeren maakten in de laatste maanden iets mee in hun sociale omgeving of familie wat van invloed was op hun emotionele welbevinden. Bij vier jongeren ging het om teleurstellingen in de liefde, een relatie die uitging of gevoelens die niet werden beantwoord.

Van de jongeren met psychische problematiek voelde een groot deel zich schuldig tegenover hun ouders.

Veranderingen in gedrag
Welke gedragsveranderingen zagen de ouders en andere betrokkenen in de laatste weken voor het overlijden van de jongeren?

Enkele jongeren trokken zich volgens hun ouders in de laatste weken opvallend sterk terug, zowel uit het gezin als uit hun sociale contacten. Ze kwamen afspraken minder na, bleven weg van school of studie en zaten thuis meer op hun kamer. Vijf ouders vertelden dat hun kind in de laatste periode juist meer ging praten over zijn of haar suïcidaliteit.

Opvallend is, dat in bijna de helft van alle gevallen, ouders aangaven dat het net weer wat beter leek te gaan met hun kind. Opeens was er weer eens een fijn moment met familie of vrienden. Maar achteraf bezien waren dat kennelijk de momenten waarop de jongeren afscheid namen van hun dierbaren.

Zeven jongeren waren in de laatste fase van hun leven meer vermoeid. Zij sliepen meer of juist veel minder. Daarnaast zagen ouders meer tekenen van somberheid, spanning en stress. Bij jongeren die al aan zelfbeschadiging deden of al meerdere suïcidepogingen hadden gedaan, werd dit gedrag extremer in de laatste periode. Bij vier jongeren speelden psychotische klachten een steeds grotere rol.

11 van de 35 jongeren, zowel gelovig als niet gelovig, dachten dat zij na hun overlijden naar een hiernamaals of ander soort plek zouden gaan. Volgens de ouders leek het voor hun kind een geruststellend idee om naar de hemel te gaan, overleden geliefden weer terug te zien of te reïncarneren.

Tenslotte viel op dat een aantal jongeren tijdens de laatste weken hun sociale netwerk accounts wisten, hun WhatsApp account verwijderden of zichzelf verwijderden uit app-groepen. Sommige jongeren stuurden vlak voor hun overlijden appjes naar dierbaren of tagden dierbare vrienden of familieleden in liefdevolle berichten.

Conclusies

Drie profielschetsen
Op basis van dit onderzoek zijn drie groepen jongeren met vergelijkbare kenmerken te onderscheiden.

Meisjes met perfectionistische kenmerken en een knik in de levensloop
De eerste groep bestaat uit meisjes (zeven) met sensitieve, perfectionistische en onzekere kenmerken. Intelligente meisjes, die op de basisschool goed presteerden, maar eenmaal op de HAVO of VWO niet langer konden blijven voldoen aan hun eigen hoge verwachtingen. Hierdoor belandden zij in een neerwaartse spiraal, met een opeenstapeling van depressieve gevoelens, gedragsstoornissen, eetproblemen, angstklachten en/of zelfbeschadiging. Eenmaal opgenomen zochten zij vaak actief contact met lotgenoten. Dit nieuwe netwerk bood steun, maar zette sommigen ook aan tot het aannemen van een suïcidale identiteit.

Jongeren die moeten overstappen naar het speciaal onderwijs
De tweede groep bestaat uit jongeren (zes) die door een combinatie van leerproblemen, gedragsproblemen en/of psychische problematiek (vooral autisme, ADHD en dyslexie) naar het speciaal onderwijs moesten overstappen. Dit sterkte hen in het gevoel anders te zijn dan hun leeftijdsgenoten. De jongeren verloren hierdoor het contact met oude schoolvriendjes en belandden tussen leeftijdsgenoten met wie zij weinig raakvlakken hadden. Vier van deze jongeren gingen al vroeg in de puberteit middelen gebruiken, waardoor hun situatie verslechterde.

Out-of-the-blue suïcides
De laatste groep bestaat uit jongeren (zeven) bij wie de suïcide out-of-the-blue kwam. De jongeren werden beschreven als makkelijk en rustig, maar vaak ook als stil, teruggetrokken, luisteraars voor leeftijdsgenoten met problemen. Bij deze suïcides speelden negatieve levensgebeurtenissen mee, zoals het overlijden van een familielid of het verliezen van een (bij)baan. Opvallend is dat het in vijf van deze suïcides ging om jongens, die allemaal te maken hadden met tegenslag op school.

Hulpverlening
Meer dan de helft van de jongeren had (een vermoeden van) één of meer psychiatrische diagnose(n). 22 van de 35 jongeren waren in behandeling voor hun complexe en ernstige psychopathologie. Voor hen ging de overgang naar de volwassenpsychiatrie op 18-jarige leeftijd vaak gepaard met onzekerheid en angst. Ouders waardeerden de individuele inzet van hulpverleners, maar waren tegelijkertijd zeer kritisch op het systeem. Vaak belandden zij met hun kind in een cirkel van aanmelding, wachtlijst, diagnostiek, afwijzing en verwijzing. Andere geconstateerde knelpunten waren: onvoldoende specifieke aandacht voor de (chronische) suïcidaliteit tijdens de behandeling, onvoldoende continuïteit van zorg en onvoldoende aandacht voor de inbreng van ouders, zij voelden zich vaak niet gehoord door de hulpverlening.

Invloed van sociale media en series
Ouders hadden weinig zicht op het sociale mediagebruik van hun kinderen. De suïcidale identiteit die de jongeren (op veelal verborgen accounts) aannamen, werd versterkt door de algoritmes van social media. Het gebruik van social media door de jongeren die waren opgenomen in een kliniek was steunend, maar leidde soms ook tot verergering van het suïcidaal gedrag.
Uit dit onderzoek blijkt dat de serie 13 Reasons Why in Nederland geen directe invloed had op het suïcidaal gedrag van jongeren. Wel waren er aanwijzingen voor challenges die aanzetten tot suïcidaal gedrag.

Clusters en imitatie
In 2017 maakten meerdere jongeren op minstens drie plekken binnen enkele weken of maanden een einde aan hun leven. Met dit onderzoek was echter niet vast te stellen of hierbij inderdaad sprake van kopieergedrag en regionale suïcideclusters.

LHBT
Nabestaanden vertelden dat de jongeren met een lesbische, homoseksuele of biseksuele oriëntatie (LHB) in hun zoektocht naar hun seksuele identiteit niet altijd de steun vonden die zij nodig hadden. Bovendien hadden de in het onderzoek betrokken LHBT jongeren last van verschillende vormen van minderheidsstressoren, zoals stigmatisering en pesterijen. In de aanloop naar de suïcide speelden deze factoren waarschijnlijk mee. In de onderzoekspopulatie zaten geen transgender jongeren.

De laatste periode
In de laatste periode van het leven van de jongeren werden zijn vaak geconfronteerd met een ingrijpende gebeurtenis, zoals overplaatsing naar de volwassenenpsychiatrie, een negatieve beoordeling op school of teleurstelling in de liefde. De jongeren trokken zich hierdoor verder terug of gingen zich nog suïcidaler gedragen.

Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek komen we als onderzoeksgroep met zeven aanbevelingen, bestemd voor bestuurders, organisaties en professionals in diverse domeinen.

1. Blijf in verbinding met de suïcidale jongere
Uit de interviews bleek steeds weer hoe jongeren na een escalatieproces geïsoleerd raakten en afgleden, ondanks goede bedoelingen van alle betrokkenen. Contact maken en houden, wat er ook gebeurt, is dan ook het devies voor iedereen die in aanraking komt met tieners met psychische problemen. Zoek hoe je samen kunt bouwen aan hoop en een gezonde ontwikkeling, hoe lang dit proces ook duurt. In het verlengde hiervan pleiten we voor de opzet van een systeem waarin dit mogelijk is voor professionals, waar nodig door de huidige structuren heen.

2. Versterk herkenning en aanpak van vroege signalen van suïcidaliteit op scholen
Scholen en onderwijsprofessionals spelen een sleutelrol bij het herkennen van suïcidaliteit en het toeleiden van jongeren naar passende vormen van suïcidepreventie. Daarnaast hebben zij ook een belangrijke rol bij het voorkomen van kopieergedrag wanneer op school een suïcide heeft plaatsgevonden. Dit vereist naast het trainen van medewerkers vooral een overkoepelend beleid en ruimte in het curriculum, zodat scholen echt werk kunnen maken van suïcidepreventie.

3. Zet preventieve netwerken op waarin formele en informele zorg samenwerken
Behandeling van suïcidaal gedrag vraagt om individueel maatwerk, waarbij het formele en informele netwerk de problemen samen met de jongere aanpakt, en dat liefst binnen een gezonde context. Suïcidepreventie wordt hiermee een taak voor regionaal netwerken van professionals uit wijkteams, huisartsenpraktijk, jeugdzorg, GGZ, ziekenhuis en het onderwijs. Samen met ouders en naasten dragen zij een gedeelde verantwoordelijkheid voor de veiligheid en zorg voor suïcidale jongeren. Op dit moment wordt nog niet zo gewerkt. Daarom adviseren we om nieuwe, domein-overstijgende manieren van werken te ontwikkelen. Bovendien onderschrijven we het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om de jeugdhulpplicht op de korte termijn te verhogen van 18 naar 21 of soms zelfs 23 jaar, zodat jongeren vanaf hun 16de jaar aanspraak kunnen maken op voorzieningen buiten de Jeugdwet, zoals de Wmo of de Zvw.

4. Verbeter de samenwerking tussen hulpverleners en ouders
In de samenwerking met ouders voelen hulpverleners zich klemgezet tussen privacyregels en zorgplicht, vooral in de behandeling van jongeren vanaf 16 jaar. Hierdoor blijven levensreddende kwesties in het omgaan met suïcidale jongeren nu vaak onbesproken. Zoals het spanningsveld tussen het toegeven aan de behoefte aan autonomie bij de jongere en het garanderen van voldoende veiligheid. We bevelen de overheid daarom aan om hulpverleners meer duidelijkheid te verschaffen in de beperkingen en mogelijkheden van de huidige wet- en regelgeving voor het samenwerken met naasten bij de behandeling van suïcidale jongeren. Kennis over de mogelijkheden - die er volgens experts in voldoende mate zijn - zal hulpverleners meer ruimte bieden om ouders meer bij de behandeling van hun kind te betrekken.

5. Vergroot de mogelijkheden om te leren van elke suïcide onder jongeren
In het buitenland worden suïcides onder jongeren continu proactief en real-time gemonitord. Met psychologische autopsie kan ook in Nederland cruciale informatie worden verkregen die nodig is voor het treffen van beleidsmaatregelen en preventieve aanpakken. In de regio waar de GGD al op deze manier werkt, zijn de ervaringen positief. Bovendien helpt psychologische autopsie ouders bij het doen van hun verhaal, waardoor ook de nazorg aan hen meer vorm krijgt. Daarom pleiten we ervoor om alle GGD-en de mogelijkheid te geven om zich deze werkwijze eigen te maken, zodat regionaal van elke suïcide kan worden geleerd.

6. Zet een landelijk lerend systeem op
Gezien de lage frequentie van zelfdoding bij jongeren is een landelijk lerend systeem van groot belang. Dit vraagt om zoveel mogelijk real-time data en een betekenisvolle koppeling en verwerking daarvan (onder landelijke coördinatie en in een context die AVG-proof is). De kennis die regionaal wordt opgedaan, kan zo worden teruggekoppeld aan expertisecentra en landelijke netwerken. Hierdoor ontstaat niet alleen meer zicht op de effectiviteit van interventies, het vergroot ook de mogelijkheden om beleidsmaatregelen beter te onderbouwen.

7. Zet een langer lopend onderzoeksprogramma op
Na dit onderzoek blijven veel vragen nog onbeantwoord. We pleiten daarom voor vervolgonderzoek naar interventies die suïcidale jongeren en hun ouders kunnen helpen. Bijvoorbeeld naar de vraag welke behandelinterventies en vormen van nazorg op scholen het meest effectief zijn. Dit onderzoek is onontbeerlijk om het aantal suïcides onder jongeren met kennis van zaken terug te dringen.