

Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017

Een verdiepend onderzoek

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

113 zelfmoord
preventie



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Methode onderzoek	6
2.1. Onderzoeksvragen	6
2.2. Inclusie deelnemers	6
2.3. Werving deelnemers	6
2.4. Grootte onderzoeksgroep	7
2.5. Deelname onderzoek	7
2.6. Interviews en vragenlijsten	7
2.7. Analyse	8
3. Beschrijving van de groep	9
3.1. Deelnemers en interviews	9
3.2. Sociaal-demografische kenmerken overleden jongeren	9
3.3. Risicokenmerken overleden jongeren	12
3.4. Ontvangen hulpverlening	12
4. Adolescentie	16
4.1. Inleiding	16
4.2. Schoolproblemen en teleurstellingen rond beroepsperspectief	16
4.3. Problemen in sociale relaties: gepest worden	17
4.4. Problemen in sociale relaties: gespannen thuissituaties	17
4.5. Problemen in sociale relaties: teleurstellingen of frictie in het contact met leeftijdsgenoten	17
4.6. Drugs en alcohol misbruik	18
4.7. Seksueel trauma	18
5. Hulpverlening	20
5.1. Inleiding	20
5.2. Zorgkader	20
5.3. Kwaliteit en organisatie van zorg	21
5.4. Jongeren niet in zorg	23
6. Sociale media, games en series	24
6.1. Inleiding	24

6.2. Sociale media	24
6.3. Games en challenges	25
6.4. Netflixserie 13 Reasons Why en andere online series	26
6.5. Artiesten die zelfdoding idealiseren	27
7. Clusters en imitatie	28
7.1. Inleiding	28
7.2. Suïcideclusters	28
7.3. Imitatie van suïcides	28
8. Jongeren met een lesbische, homoseksuele, biseksuele (LHB-) oriëntatie en transgenders	30
9. Migratie en cultuur	32
10. Periode voorafgaand aan suïcide	34
10.1. Inleiding	34
10.2. Gebeurtenissen in de laatste levensmaanden	34
10.3. Veranderingen in gedrag	35
11. Kernbevindingen	38
11.1. Inleiding	38
11.2. Profielschetsen	38
11.3. Kernbevindingen	40
12. Conclusies en aanbevelingen	43
12.1. Inleiding	43
12.2. Psychologische autopsie, een bruikbare onderzoeksmethode	43
12.3. Conclusies	44
12.4. Aanbevelingen	46
Dankwoord	50
Referenties	52
Bijlage 1: Betrokken personen bij het onderzoek Suïcide onder jongeren 2017	54

1. Inleiding

In juli 2018 maakte het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bekend dat het aantal zelfdodingen onder jongeren tot 20 jaar was toegenomen van 48 in 2016 tot 81 in 2017 [1]. In de jaren 2012-2016 overleden gemiddeld 51 jongeren door zelfdoding. Het ging om 4 zelfdodingen per 100.000 jongeren. De stijging in 2017 was zo zorgwekkend dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan 113 Zelfmoordpreventie heeft gevraagd een verdiepend onderzoek te doen naar de achtergronden van deze suïcides. Dit verdiepend onderzoek heeft niet tot doel de stijging in 2017 te verklaren. Daarvoor is onderzoek naar meerdere jaren en de inzet van controlegroepen nodig, iets wat niet mogelijk was binnen de beschikbare tijd. Het doel van dit verdiepend onderzoek is meer te weten over zelfdoding onder jongeren in Nederland. Als wij beter begrijpen welke factoren bij het overlijden van deze jongeren een rol speelden, kunnen wij praktische aanbevelingen voor betere suïcidepreventie onder jongeren doen.

CBS-data 2017 [1]

In 2017 zijn in Nederland 50 jongens en 31 meisjes van 11 tot en met 19 jaar overleden door zelfdoding. Het ging vooral om oudere tieners: 11 jongens en meisjes van 10 tot 15 jaar overleden door zelfdoding en 70 van 15 jaar tot 20 jaar. In totaal waren er 25 jongeren met een eerste of tweede generatie migratieachtergrond. Verder vielen twee maanden in 2017 op: elke maand overleden gemiddeld zeven jongeren onder 20 jaar door zelfdoding. In de maanden juli en oktober waren er tien zelfdodingen. Ook waren er in 2017 regionale verschillen: 20 tieners woonden in Noord Brabant. Kijkend naar het aantal per 100.000 jongeren was het aantal overleden jongeren in Noord Brabant en Gelderland relatief hoog. Een ruime meerderheid (48 jongeren) had zich verhangen. Deze wijze van zelfdoding was gestegen ten opzichte van eerdere jaren. In 2017 sprongen/liepen 23 jongeren voor de trein. Dit aantal was vergelijkbaar met eerdere jaren. De meeste jongeren werden in en om het huis gevonden of op het spoor. Van de 81 zelfdodingen gebeurden er 10 in een instelling waar de jongere verbleef.

Een diepgaand onderzoek naar jongeren die aan zelfdoding zijn overleden is nog nooit eerder in Nederland gedaan. Bovendien bleek uit dossieronderzoek van GGD-en (dossiers jeugdgezondheidszorg en forensisch artsen) dat de kwaliteit van de registraties onvoldoende is om tot aangrijpingspunten voor suïcidepreventie te komen [2]. Het is dus niet mogelijk om verdiepend onderzoek naar de achtergrond van de 81 suïcides te doen met bestaande bronnen. Dit voorliggende onderzoek bouwde voort op drie rapportages van 113 Zelfmoordpreventie die eerder verschenen over zelfdoding onder jongeren in 2017. Twee rapportages gingen over de sociaal-demografische kenmerken van de overleden jongeren in 2017 op basis van CBS microdata [1,3]. De derde rapportage is een voortgangsrapportage van het verdiepend onderzoek en beschrijft de opzet van het onderzoek en de knelpunten die we tegenkwamen in de wervingsprocedure van de nabestaanden [4].

Bij dit verdiepend onderzoek zijn veel partijen betrokken. Het onderzoek is uitgevoerd door een projectgroep binnen 113 Zelfmoordpreventie, aangestuurd door een breed samengestelde werkgroep, onder leiding van professor Arne Popma. De begeleidingscommissie bestond uit experts en vertegenwoordigers van relevante veldpartijen, voorgezeten door professor Ad Kerkhof. Daarnaast lieten de onderzoekers zich adviseren door een klankbordgroep. In bijlage 1 staat een overzicht van de betrokken organisaties en personen die een klankbordgroep vormden.

In 2018 telde het CBS 51 jongeren die overleden zijn door zelfdoding. Dit aantal is vergelijkbaar met het gemiddelde suïcidecijfer van de jaren vóór 2017. De komende jaren zal duidelijk worden of het hoge aantal suïcides in 2017 een eenmalige piek was. Feit blijft dat in Nederland gemiddeld 1 tiener per week overlijdt door zelfdoding. Daarom zijn passende acties nodig om suïcides onder jongeren in de toekomst vaker te voorkomen.

De inhoud van het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt de methode van het onderzoek uitgelegd. In hoofdstuk 3 worden de kenmerken beschreven van de onderzochte jongeren in aanvulling op wat we al weten uit de eerder beschreven CBS-data. In hoofdstuk 4 tot en met 11 worden de domeinen en thema's van de interviews beschreven. Achtereenvolgens worden de patronen beschreven van de over-

leden jongeren binnen het kader van de adolescentie (hoofdstuk 4), hulpverlening (hoofdstuk 5), sociale media, games en online series (hoofdstuk 6), clusters van suicides en imitatie (hoofdstuk 7), LHBT-jongeren (hoofdstuk 8), jongeren met een migratieachtergrond (hoofdstuk 9) en de laatste periode voorafgaand aan de zelfdoding (hoofdstuk 10). In hoofdstuk 11 worden de kernbevindingen beschreven, inclusief profiel-schetsen. Het rapport eindigt met hoofdstuk 12 waar conclusies worden getrokken en praktische aanbevelingen worden gedaan om suicidepreventie bij jongeren te verbeteren [5].

In het rapport staan uitspraken die ouder(s) en andere deelnemers tijdens het interview hebben gedaan. Wij rapporteren deze uitspraken om de resultaten te verduidelijken aan de hand van de belevingswereld van deelnemers aan het onderzoek. Wegens privacy redenen zijn de uitspraken geanonimiseerd ('Jongere') zodat de uitspraken niet herleidbaar zijn tot een individuele situatie.

December 2019

- Dr. Saskia Mérelle (projectleider), senior onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie *
- Dr. Diana van Bergen, universitair hoofddocent Pedagogiek Rijksuniversiteit Groningen en socioloog *
- Elias Balt MSc, junior onderzoeker
- Milou Looijmans MSc, junior onderzoeker
- Dr. Sanne Rasing, senior onderzoeker Universiteit Utrecht en GGZ Oost Brabant
- Dr. Lieke van Domburgh, Directeur Zorgkwaliteit Pluryn
- Prof. dr. Maaïke Nauta, klinische psychologie, specialisatie kinderen en adolescenten, Rijksuniversiteit Groningen
- Onno Sijperda MD, forensisch arts, GGD Noord- en Oost-Gelderland
- Marlies Roosjen-de Feiter MSc, beleidsadviseur MIND
- Wico Mulder MD, beleidsadviseur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en jeugdarts
- Dr. Renske Gilissen, manager onderzoek 113 Zelfmoordpreventie
- Dr. Gerdien Franx, programmamanager 113 Zelfmoordpreventie
- Dr. Daan Creemers, klinisch psycholoog en senior onderzoeker GGZ Oost Brabant
- Prof. dr. Arne Popma (voorzitter), Hoofd Kinder- en Jeugdpsychiatrie Amsterdam UMC, locatie VUmc

* eerste auteurs

Citeer dit rapport als Mérelle, Van Bergen, Popma et al. (2019). *Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017: Een verdiepend onderzoek*. 113 Zelfmoordpreventie, december 2019.

2. Methode onderzoek

2.1. Onderzoeksvragen

In dit onderzoek gebruikten we een 'mixed-methods' opzet. Kwalitatief onderzoek, in de vorm van diepe-interviews, is ingezet om patronen te ontdekken, nieuwe fenomenen te verkennen en aannames van experts te onderzoeken. Door middel van kwantitatief onderzoek, in de vorm van vragenlijsten, zijn de cijfermatige inzichten uit de eerder beschreven CBS-data verrijkt. Het onderzoek richt zich op onderstaande vragen [6]. De onderzoeksvragen gaan over verschillende subgroepen van jongeren behorende tot een specifiek domein (bijvoorbeeld oudere tieners binnen het domein Adolescentie).

Onderzoeksvragen:

- **Adolescentie:** welke adolescentie- en levensfaseopgaven (druk leeftijdsgenoten, identiteit en onzekerheidsproblemen, onderwijsloopbaan, prestatiedruk, autonomie, middelenmisbruik) speelden een rol in het overlijden van de jongeren?
- **Hulpverlening:** welk zorgkader hadden de overleden jongeren (ontvangen behandeling, gestelde diagnoses)? Waren er problemen in de organisatie en kwaliteit van zorg en is de multidisciplinaire richtlijn gevolgd? Welke kenmerken hadden de jongeren die niet in zorg waren en waren de klachten al in een eerder stadium gesignaleerd?
- **Sociale media, games en online series:** in hoeverre speelden sociale media, games en online series een rol bij het ontstaan van de suïcidaliteit van de jongeren?
- **Clusters en imitatie:** in hoeverre was er sprake van suïcideclusters en imitatie?
- **LHBT:** welke factoren (minority-stress, coming-out, reacties, stigma's maatschappij) speelden een rol bij het overlijden in de groep LHBT-jongeren?
- **Laatste periode voorafgaand aan suïcide:** welke gebeurtenissen en eventuele gedragsveranderingen vonden plaats in de laatste periode voor het overlijden van de jongeren?
- **Kernbevindingen:** welke profielschetsen kunnen worden gemaakt van de overleden jongeren, op basis van veelvoorkomende interacties van factoren? Wat waren centrale thema's die een rol speelden in de aanloop naar de suïcide van de jongeren?

2.2. Inclusie deelnemers

Aan het onderzoek namen ouder(paren) deel van wie in 2017 een 10- tot 20-jarig kind woonachtig in Nederland was overleden en bij wie een forensisch arts concludeerde dat er sprake was van zelfdoding. Daarnaast namen vrienden/vriendinnen of broers/zussen deel die deze overleden persoon goed kenden en een betrokken leerkracht of mentor/werkgever en hulpverlener. Het door de Medisch Ethische toetsingscommissie (METC, Amsterdam UMC, locatie VUmc) goedgekeurde onderzoeksprotocol bepaalde dat via ouders de andere informanten benaderd werden voor het onderzoek, zodat we hun privacy en welzijn zo goed mogelijk konden bewaken [6].

Nabestaanden van mensen die overleden door suïcide hebben doorgaans een hoger risico op suïcidale gedachten. Daarom hielden we rekening met de belastbaarheid van deelnemers. De ouders, broers/zussen en vrienden/vriendinnen werden voorafgaand aan het interview gescreend op actuele suïcidaliteit met de SIDAS als screeningsinstrument [7]. De huisarts werd geïnformeerd over deelname aan het onderzoek. Ouders en andere naasten, die in ernstige mate last hadden van suïcidale gedachten, werden uitgesloten van deelname. Ook ouders die ten tijde van het onderzoek waren opgenomen in een psychiatrische instelling, zijn uitgesloten van deelname. De interviewers kregen een training in het signaleren van complexe rouw. Wanneer er sprake was van complexe rouw of een suïcidale crisis tijdens het interview, zorgde de interview coördinator voor adequate vervolgzorg en werd de huisarts van de deelnemer op de hoogte gebracht.

2.3. Werving deelnemers

De werving van deelnemers liep langs de volgende stappen:

STAP 1

Forensisch arts werd gevraagd in hun regio de identiteit van de in 2017 door suïcide overleden tieners te achterhalen, samen met de naam van hun huisarts.

STAP 2

Elke huisarts ontving vervolgens een brief van de forensisch arts met het verzoek om de ouders van de overleden jongere mondeling en schriftelijk te informeren over het onderzoek en toestemming te vragen.

STAP 3

Na de toestemming van de ouders, voerde de interview coördinator een telefonisch gesprek met hen, waarbij ook een screeningsvragenlijst is afgenomen om na te gaan of er bij de ouders sprake was van suïcidaliteit.


**STAP
4**

Tot slot werd de ouders gevraagd om andere nabestaanden te benaderen en namen aan te leveren van te interviewen broers, zussen, vrienden, docenten en eventuele behandelaren in de zorg.

Daarnaast stond de METC toe dat werving van deelnemers via (sociale) media plaatsvond door bijvoorbeeld een oproep via de website van 113 Zelfmoordpreventie, acties in lokale media en een oproep via websites van beroepsverenigingen. Dit is zorgvuldig gedaan in verband met de gevoeligheid van het onderwerp voor nabestaanden en onbedoeld kopieergedrag door jongeren wanneer zij in de media over suicide lezen.

2.4. Grootte onderzoeksgroep

Op basis van eerder onderzoek werd verwacht dat omstreeks 60% van de ouder(paren) zou toestemmen in deelname aan het onderzoek. In eerder vergelijkbaar internationaal onderzoek varieerde de respons tussen 44% en 66% [8-14]. In een studie uitgevoerd in Engeland onder nabestaanden van 15 tot 24-jarigen, gaf 57% van de potentiële informanten toestemming voor een interview nadat zij benaderd waren met een brief [12]. De respons in een onderzoek in Ierland lag nog hoger (66%), vermoedelijk doordat alle nabestaanden daar standaard eerst nazorg kregen aangeboden voorafgaand aan de vraag om deelname aan het onderzoek [9].

In kwalitatief onderzoek streeft men naar saturatie [15]. Hiermee wordt het moment bedoeld waarop er na meerdere interviews geen nieuwe informatie of thema's meer naar voren komen in een volgend interview. Uit onderzoek blijkt dat er onder homogene groepen (gegroepeerd aan de hand van een aantal kenmerken), doorgaans na 12 interviews geen nieuwe thema's meer zichtbaar worden [15]. Daarom werd er in dit onderzoek gestreefd naar een minimum van 12 gevallen per subgroep (domein).

2.5. Deelname onderzoek

Deelname aan het onderzoek hield voor ouder(paren) in dat zij een interview kregen en een digitale vragenlijst [6]. Het interview duurde 2,5 uur en vond plaats bij de ouders thuis of op een andere locatie als ouders dat wilden. Een senior interviewer (ervaren hulpverlener) en een junior onderzoeker namen het interview af. Het interview met andere informanten werd afgenomen door een senior interviewer. Tijdens de interviews werden geluidsopnamen gemaakt. De senior interviewer sprak alle ouders telefonisch een week na het interview. Ouders kregen een digitale vragenlijst na afloop van het interview per mail, via de software van TelePsy. Het beantwoorden van deze vragen duurde ongeveer een half uur. De vrienden/vriendinnen en broers/zussen kregen een interview dat ongeveer anderhalf uur duurde. Van de minderjarige deelnemers (<16 jaar) vond het interview plaats in aanwezigheid van een ouder. Deelnemers van 16 jaar en ouder kregen het advies om een steunfiguur mee te nemen. De leerkracht of mentor kreeg een interview dat anderhalf uur duurde. De betrokken hulpverlener kreeg vooraf twee digitale vragenlijsten waarna een telefonisch interview volgde over de ingevulde vragenlijsten dat een half uur tot een uur duurde. De interview coördinator was verantwoordelijk voor het regelen van nazorg waar nodig [6].

2.6. Interviews en vragenlijsten

Het interview was gebaseerd op eerdere psychologische autopsie studies in Ierland, België, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk en werd aangevuld met vragen van experts uit de werkgroep en klankbordgroep [8-14]. In deze studie hield psychologische autopsie in dat via interviews met circa 4 informanten in de diepte een beeld werd verkregen van de levensloop van de jongere, inclusief de aanleiding tot de zelfdoding en invloedrijke gebeurtenissen in de levensloop en de betekenissen die hieraan gegeven werden door de betrokkenen. Het interview bestond uit twee componenten [6]. Ten eerste een open narratieve component, waarin ouders in hun eigen woorden hun verhaal vertelden op basis van een brede, open geformuleerde startvraag over het ontstaan van de suicidaliteit bij hun kind. Daarnaast vroegen interviewers naar belangrijke gebeurtenissen in de laatste periode voor het overlijden van hun kind. Een tweede component bestond uit gestructureerde vragen over de vijf domeinen. De interviews werden digitaal opgenomen en verbatim getranscribeerd door een professionele transcribent.

De vragenlijst bestond uit standaard vraagstellingen van de jeugdmonitors van GGD-GHOR Nederland, RIVM en CBS [16]. De standaardvraagstellingen van de jeugdmonitors waren zelfrapportagevragen over bijvoorbeeld alcohol en drugs. Voor het doel van dit onderzoek werden de vragen aangepast zodat ouders deze konden invullen. Verder vulden ouders de gevalideerde Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in, een diagnostisch instrument om kinderen met een hoog risico op psychosociale problemen te signaleren [17]. De vragenlijst bevat in totaal 25 items die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen: hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en pro-sociaal gedrag. De totale probleemscore is opgebouwd uit de scores in de eerste vier subschalen en de totaalscore wordt als psychosociale problemen gerapporteerd. De normering van de landelijke jeugdmonitor van GGD-en voor middelbare scholieren is gebruikt voor de afkappunten van matige

problemen (grensgebied) en ernstige problemen (abnormaal) [18]. Suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis is gemeten met enkele items uit het signaleringsinstrument voor jongeren 'Vragen over Zelfdoding en Zelfbeschadiging' (VOZZ) [19]. Tot slot zijn ingrijpende gebeurtenissen en trauma's uitgevraagd op basis van het handboek suïcidaal gedrag bij jongeren [20]. De vragenlijst voor hulpverleners werd grotendeels ontleend aan de vragenlijst voor zorgprofessionals van professor Ella Arensman en is door experts uit de werkgroep vertaald naar de Nederlandse situatie [9,10]. Uit het onderzoek van professor Arensman werd ook een vragenlijst gebruikt over de relatie van het kind met het gezin, die ouders konden invullen.

2.7. Analyse

2.7.1. Vragenlijsten

Beschrijvende kwantitatieve analyses werden met een statistisch softwareprogramma uitgevoerd (SPSS 25.0) om te berekenen hoe vaak een bepaald antwoord werd genoemd, uitgedrukt in absolute aantallen en in percentages in de totale groep. Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan vijf niet gepresenteerd in de tabellen. Een aantal kleiner dan vijf wordt aangegeven met een sterretje (*). In de begeleidende tekst bij de tabellen worden bij sommige onderwerpen aantallen kleiner dan vijf wel genoemd, omdat deze aantallen ook naar voren komen in de bespreking van de resultaten van de interviews. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de onderwerpen migrantenjongeren en seksueel misbruik. Percentages van sociaal-demografische kenmerken zijn, waar mogelijk, vergeleken met CBS-data om de representativiteit van de onderzoeksgroep te bepalen. Onderwerpen die niet bekend waren in de CBS-data werden vergeleken met prevalentieschattingen uit jeugdmonitors van GGD-en en ander epidemiologisch onderzoek in een vergelijkbare leeftijdsgroep [16,21]. Deze risicokenmerken van jongeren waren, direct of indirect, en in onderlinge samenhang, van invloed op suïcidaal gedrag [22]. Vanwege de kleine aantallen zijn er geen harde conclusies mogelijk. Het is dus niet met zekerheid te zeggen dat de invloed van deze kenmerken voor alle jongeren gold die zijn overleden door zelfdoding. De resultaten van de interviews (hoofdstuk 4 tot en met 11) geven meer achtergrondinformatie over deze kenmerken en de relatie ervan tot de zelfdoding van de overleden jongeren.

2.7.2. Interviews

Het analyseren van de interviews vond in meerdere stappen plaats. De eerste stap was het schrijven van een samenvatting van ieder interview. Dit deden beide interviewers onafhankelijk van elkaar en beide versies zijn meegenomen in de analyses. De interviewers schreven een chronologisch verslag van de levensloop met aandacht voor belangrijke factoren en gebeurtenissen in de levensloop in relatie tot de suïcide. De tweede stap bestond uit het coderen van het gehele interview volgens de Constant Comparative Method [23]. Een team van zes codeurs startte met een open codering, inductieve werkwijze genoemd, en gebruikte een softwareprogramma voor kwalitatief onderzoek (ATLAS.ti). Open codering houdt in dat binnen ieder interview alle fragmenten met relevante informatie zijn gecodeerd ('gelabeld') op het hoofdonderwerp. Hierdoor werd een lijst met hoofdcodes en subcodes verkregen. Dit proces van open coderen werd aangevuld met een meer deductieve werkwijze. Dit hield in dat uit het interviewinstrument hoofdcodes en subcodes werden afgeleid, passend bij de interviewdata. De codeurs bespraken elke week de samenstelling van de codelijst. Een voorbeeld van een hoofcode was 'LHBT', met als subcode 'acceptatie'. Een tweede codeur controleerde de codes van ieder transcript en wijzigde codes waar dit nodig was.

In tegenstelling tot het invullen van de standaard vragenlijsten, waarbij alle onderwerpen uiteraard systematisch zijn uitgevraagd, werd er in de interviews juist doorgevraagd bij onderwerpen die respondenten als relevant aanreikten. Hierdoor was elk interview uniek; niet alle onderwerpen zijn bij elke respondent in dezelfde mate besproken. Deze verscheidenheid trad met name op in het open, narratieve deel van het interview. Het gaat in kwalitatief onderzoek niet om de hoeveelheid van informatie maar om de kwaliteit en relevantie van de informatie. De interviewers zorgden er wel voor dat bij alle respondenten een aantal vaste vragen over alle domeinen aan bod kwamen.

De derde stap bestond uit het schrijven van een uitgebreide samenvatting per onderzoeksvraag op basis van de output met gecodeerde fragmenten. Vervolgens is per onderzoeksvraag een matrix gemaakt van alle gevallen (rijen), codes (kolommen) en kernachtige samenvattingen van de gecodeerde fragmenten (cellen). Voor het domein Hulpverlening werden de resultaten van de interviews aangevuld met de resultaten uit de vragenlijst voor hulpverleners en de vragenlijst voor ouders. Vervolgens maakte een team van vijf onderzoekers een axiale vergelijking om tot een beschrijving van patronen over de gevallen heen te komen. Een axiale vergelijking hield in dat per onderzoeksvraag de informatie uit de matrix van de verschillende gevallen per code met elkaar zijn- vergeleken. Deze synthese van data leidde tot de beschrijving van de resultaten van een onderzoeksvraag. Bijvoorbeeld het thema 'de relevantie van schoolloopbaan en ontwikkelingen daarin voor de aanloop naar de suïcide': wat waren veel voorkomende versus uitzonderlijke schoolproblemen, hoe zagen die eruit? Wat gebeurde er in welke volgorde? Welke varianten zagen we daarbij? Welke emoties vielen op? Legden ouders een link hierbij met suïcidaliteit en zo ja, welke?

3. Beschrijving van de groep

3.1. Deelnemers en interviews

De werving van deelnemers startte medio februari 2019, na goedkeuring van de Medisch Ethische toetsingscommissie, en liep tot 1 oktober 2019. In totaal meldden de ouders van 39 van de 81 overleden jongeren zich aan voor het onderzoek. Drie ouder(paren) trokken zich tijdens de aanmeldingsprocedure terug uit het onderzoek en één ouder na afloop van het interview. Er namen dus ouder(s) van 35 van de 81 overleden jongeren uit 2017 deel aan het onderzoek. Naast de 39 aanmeldingen voor het onderzoek waren er 20 afwijzingen van of namens ouder(paren): afwijzingen gebeurden door ouders zelf of doordat de huisarts deelname voor ouders te belastend vond, bijvoorbeeld vanwege complexe rouw. Van 22 overleden jongeren zijn de ouders niet bereikt door externe factoren, bijvoorbeeld omdat ouders verhuisd waren, of omdat een forensisch arts of huisarts niet wilde meewerken aan de wervingsprocedure [4]. Van de 59 ouder(paren) met wie contact was geweest, wilden 35 ouder(paren) deelnemen, een respons van 59%.

Geen enkele ouder of naaste is op basis van de screening op suïcidale gedachten uitgesloten van deelname. Geen enkele deelnemer had een suïcidale crisis tijdens het interview. Het was daarom niet eenmaal nodig om acuut een huisarts of huisartsenpost in te schakelen. Vijf ouders en twee leeftijdsgenoten (broer/zus, vriend/vriendin) kregen na het interview het advies om zelf contact op te nemen met de huisarts. Deze deelnemers waren in staat om zelfstandig te beslissen of ze vervolgzorg nodig hadden. De interviewcoördinator informeerde de huisarts van één deelnemer wegens mogelijke complexe rouw. Deze ouder heeft zich uit het onderzoek teruggetrokken. Een andere ouder is doorverwezen naar een hulpverlener, gespecialiseerd in rouwverwerking na een suïcide van een naaste. Verder waren acht ouders op het moment van het interview in behandeling of hadden nauw contact met hun huisarts of maakten deel uit van een lotgenotengroep.

In totaal zijn 78 interviews afgenomen: 37 ouderinterviews (in twee gevallen zijn ouders apart geïnterviewd) en 41 interviews met andere informanten. Dit waren negentien broers/zussen of vrienden/vriendinnen, elf docenten/mentoren en elf hulpverleners. De procedure die voorschreef dat de werving van andere informanten via ouders verliep, was lastig om uit te voeren. Dertien ouder(paren) gaven aan dat zij geen andere informanten konden of wilden betrekken. Bij de overige 22 ouder(paren) waren er veel informanten die niet wilden meewerken of waarmee we geen contact konden krijgen. De meeste professionals (hulpverleners en scholen) gaven geen reden op. Vrienden/vriendinnen namen vaak de telefoon niet op of reageerden niet op mails. Enkele broers schatten het interview als emotioneel te zwaar in.

De senior interviewers spraken alle deelnemers een week na het interview via de telefoon. Bijna alle ouders vertelden na afloop dat zij het prettig vonden om in een rustige en begripvolle sfeer het verhaal van hun kind te kunnen vertellen. Ouders waardeerden vooral dat de interviewers zonder oordeel naar hun verhaal luisterden en dat zij het complete verhaal, de hele levensloop, van hun kind konden vertellen. De meeste ouders gaven aan dat het de eerste keer was dat ze zo uitgebreid en open over hun kind hadden kunnen praten. Het interview was wel confronterend, intensief en vermoeiend voor de ouders.

3.2. Sociaal-demografische kenmerken overleden jongeren

Tabel 1 laat de sociaal-demografische kenmerken van de overleden jongeren zien. Wegens privacy redenen presenteren we in de tabellen alleen aantallen van vijf en hoger. De onderzoeksgroep bestond uit nabestaanden van zeventien jongens (49%) en achttien meisjes (51%). In 2017 waren 50 jongens en 31 meisjes overleden door zelfdoding [1]. Er was dus een oververtegenwoordiging van de nabestaanden van meisjes in de onderzoeksgroep. De gemiddelde leeftijd van de jongeren in de onderzoeksgroep was 17 jaar. Vijf jongeren waren 16 jaar oud bij overlijden, elf jongeren 17 jaar, zeven jongeren 18 jaar en vijf jongeren 19 jaar. Daarnaast waren er nog zeven 14- en 15-jarigen in de onderzoeksgroep. Dat er relatief veel 17-jarigen waren in de onderzoeksgroep komt overeen met de analyses van de CBS-data die een stijging van suïcides specifiek onder 17-jarigen in 2017 lieten zien [3].

In 2017 kwam zelfdoding onder jongeren vaak voor in de regio's Noord-Brabant (20 suïcides), Gelderland (13 suïcides), Zuid-Holland (14 suïcides) en Noord-Holland (10 suïcides). Tabel 1 laat zien dat de meeste jongeren woonachtig waren in Noord-Brabant, Gelderland en Zuid-Holland. We hebben deze regio's dus goed in beeld. De andere jongeren waren bij hun overlijden woonachtig in Noord-Holland, Utrecht, Limburg, Groningen, Friesland, Flevoland en Overijssel.

In de onderzoeksgroep hadden vier jongeren een migratieachtergrond. Het betrof tweede generatie migranten. In 2017 waren 25 jongeren met een migratieachtergrond overleden aan zelfdoding. Jongeren met een migratieachtergrond waren dus sterk ondervertegenwoordigd in de onderzoeksgroep (zie hoofdstuk

9 over migrantenjongeren).

Tabel 1 laat zien dat de meeste jongeren onderwijs volgden op de havo of het vwo (44%), gevolgd door mbo (25%) en vmbo (16%). Dit beeld komt overeen met CBS-data, waar in de periode 2013-2017 een toename te zien was van suicides onder havo en vwo-leerlingen [3]. Uit de interviews blijkt dat zes jongeren onderwijs volgden op speciaal onderwijs, bijvoorbeeld vwo op speciaal onderwijs. Vier jongeren volgden geen onderwijs. Zij werkten, hadden een Wajong uitkering of geen van beide.

Bijna de helft van de onderzoeksgroep (47%) woonde bij vader en moeder, gevolgd door 'alleen bij moeder' (19%). In de onderzoeksgroep woonden minder jongeren bij beide ouders dan gemiddeld bij de Nederlandse jeugd (70% woont bij beide ouders) [24]. Woonsituaties die minder vaak voorkwamen waren jongeren die afwisselend bij vader en moeder woonden (co-ouderschap), jongeren die een eigen huis hadden en jongeren die bij andere mensen woonden (bijvoorbeeld pleegzorg, andere familie). Bijna de helft van de overleden jongeren had gescheiden ouders (47%).

De meest gebruikte methoden van zelfdoding waren verhangen/verwurgden (20 jongeren, 57%) en de trein (12 jongeren, 34%). Deze percentages komen overeen met de gerapporteerde methoden in de CBS-data (59% verhangen, 28% trein). De zelfdodingen in de onderzoeksgroep waren gelijkmatig verdeeld over de maanden van het jaar 2017 (elke maand circa 3). Er was geen 'piekje' in juli en oktober zoals de CBS-data over overleden jongeren in 2017 lieten zien [1].

Samenvattend, de overleden jongeren in de onderzoeksgroep waren representatief ten opzichte van alle overleden jongeren in 2017 wat betreft leeftijd, woonplaats, methode van zelfdoding en opleidingsniveau. Er zaten wat minder jongens en veel minder jongeren met een niet-Nederlandse herkomst in de onderzoeksgroep vergeleken met de totale groep overleden jongeren in 2017 [1].

Tot slot is voor de volgende subgroepen van de domeinen saturatie bereikt (zie hoofdstuk 2 over de methode). Voor het domein Adolescentie: er waren twaalf jonge tieners in dezelfde leeftijdscategorie (14-16 jaar) en 23 oudere tieners in dezelfde leeftijdscategorie (17-19). Voor het domein Hulpverlening: er waren 22 jongeren in zorg en dertien jongeren niet in zorg (zie tabel 3). Voor het domein Sociale media: ongeveer 20 jongeren die sociale media actief gebruikten. Saturatie is niet bereikt voor de domeinen Clusters, LHBT-jongeren (zie tabel 2) en jongeren met een migratieachtergrond.

Tabel 1: Kenmerken van de onderzoeksgroep gerapporteerd door ouders

	Totaal (N=35) ^{a,b} Gemiddeld (SD)
Leeftijd (jaren)	16.9 (1.5)
Geslacht (%)	
Jongen	17 (49)
Meisje	18 (51)
Woonachtig in regio bij overlijden (%)	
Noord-Brabant	8 (23)
Gelderland	7 (20)
Zuid-Holland	7 (20)
Noord-Holland	*
Utrecht	*
Limburg	*
Groningen	*
Friesland	*
Flevoland	*
Overijssel	*
	Totaal (N=32)^c
Onderwijs, werk, uitkering (%)	
Havo/vwo	14 (44)
Mbo	8 (25)
Vmbo	5 (16)
Andere school (kliniek)	*
Niet naar school, werk	*
Niet naar school, Wajong	*
Niet naar school, geen werk, geen uitkering	*
Woonsituatie (%)	
Vader en moeder	15 (47)
Alleen moeder	6 (19)
Co-ouders	*
Bij andere mensen	*
Eigen huis	*
Bij moeder en nieuwe partner	*
Alleen vader	*
Gescheiden ouders (%)	
Scheiding ouders meegemaakt	15 (47)
Religie (%)	
Hoorde bij geloof, godsdienst of religie	9 (28)

^a Leeftijd en woonplaats afkomstig uit interviews

^b Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten

^c Drie ouderparen (jongens) hadden de vragenlijst niet ingevuld, deze resultaten gaan over 32 jongeren

3.3. Risicokenmerken overleden jongeren

Tabel 2 laat kenmerken van de overleden jongeren uit de vragenlijsten zien (n=32) die de inzichten uit de CBS-data verrijken. In de onderzoeksgroep hadden vijf jongeren (15%) volgens hun ouders een homoseksuele, lesbische of biseksuele geaardheid. In de volwassen bevolking voelt 4% tot 7% zich aangetrokken tot iemand van hetzelfde geslacht [25]. Bovendien gaven vier ouders 'weet niet' als antwoord aan. Deze ouders hadden geen idee of twijfels over de seksuele voorkeur van hun kind. Er was geen transgender in de onderzoeksgroep. In de interviews kwam naar voren dat tien jongeren thuis of aan vrienden hadden gezegd dat zij lesbisch, homo of biseksueel waren of dachten dat zij misschien op dezelfde sekse vielen (zie hoofdstuk 8 over LHBT).

In de onderzoeksgroep hadden 23 van de 32 jongeren (72%) volgens ouders één of meerdere keren suïcidale gedachten gehad. Bij negen jongeren (28%) waren suïcidale gedachten niet bekend bij de ouders. Meer dan de helft van de onderzoeksgroep deed een suïcidepoging (53%) of kraste zichzelf opzettelijk (56%). Dit suïcidale gedrag rapporteerden ouders vaker over dochters dan over zonen. Bij negentien jongeren (59%) was er sprake (vermoeden) van een psychiatrische diagnose. Meer informatie hierover is te lezen in hoofdstuk 5 over hulpverlening. Bij zeventien jongeren (53%) kwamen psychische stoornissen in de familie voor. De helft van de overleden jongeren, met name meisjes, kende volgens ouders andere personen die bezig waren met zelfdoding.

Ouders vulden vragen in over het functioneren van hun kind in de laatste zes maanden voor het overlijden. Uit de resultaten blijkt dat elf jongeren (36%) matige psychosociale problemen hadden en vijftien jongeren (48%) ernstige psychosociale problemen hadden. In totaal had 84% matige of ernstige psychosociale problemen, een veel hoger percentage dan gemeten in de Nederlandse jeugd (14%) [18]. Bij vijf jongeren (16%) kwamen matige emotionele problemen voor en bij vijftien jongeren (48%) ernstige emotionele problemen. In totaal had 64% matige of ernstige emotionele problemen, een veel hoger percentage dan gemiddeld (9%). Matige of ernstige gedragsproblemen kwamen ook veel vaker voor dan gemiddeld (39% in de onderzoeksgroep versus 12% gemiddeld).

Ouders noemden bij vier jongeren (13%) seksueel misbruik en bij acht jongeren (25%) fysieke mishandeling. Hoofdstuk 4 over adolescentie gaat hier dieper op in. Vijftien jongeren (47%) waren ooit gepest in de buurt, op school of op een (sport)club. Hoofdstuk 4 over adolescentie beschrijft hoe en in welke mate jongeren zijn gepest. Zeven van deze jongeren (22%), allen meisjes, werden via internet gepest. Enkele ouders gaven aan het antwoord op deze vraag niet te weten. Online gepest worden gebeurde vaker in de onderzoeksgroep dan gemiddeld bij de Nederlandse jeugd (11% wordt weleens gepest via internet, dit betreft vooral meisjes) [26].

De meeste ouders gaven aan dat hun kind zich begrepen voelde door anderen in het gezin of de familie (veertien af en toe, veertien meestal, overig is zelden of onbekend) en zich gewaardeerd voelde (acht af en toe, 21 meestal, overig is zelden of onbekend). Daarentegen deelden kinderen minder vaak hun (diepste) gevoelens in het gezin (vijftien zelden, elf af en toe, zes meestal). Er ontbreken hier normgegevens dus we kunnen niet zeggen of dit verschilt van de Nederlandse jeugd.

Opvallend is dat dertien jongeren (41%) van huis waren weggelopen. Verder hadden negen jongeren (28%) problemen met geld en vijf jongeren (16%) hadden schulden. Uit onderzoek is bekend dat jongeren naarmate ze ouder worden eerder financiële problemen krijgen en dat een substantieel deel van de oudere tieners schulden heeft [27]. Vergeleken met onderzoek onder de algemene bevolking zijn de gerapporteerde financiële problemen in de onderzoeksgroep niet opvallend hoog.

Elf jongeren (34%) gebruikten weleens softdrugs en vijf jongeren (16%) gebruikten weleens hard drugs. Drie ouders gaven aan het antwoord op het gebruik van softdrugs niet te weten en vijf ouders wisten het antwoord niet op het gebruik van hard drugs. Het gebruik van softdrugs kwam in de onderzoeksgroep vaker voor dan gemiddeld bij de Nederlandse jeugd waar dit ongeveer 24% bedraagt [21]. Zeven jongeren (22%) deden volgens ouders wel eens aan binge-drinken (bij één gelegenheid vijf alcoholische dranken of meer). Dit was minder vaak dan bij de Nederlandse jeugd in het algemeen (54% van de jongeren die weleens alcohol dronk versus 71% van de Nederlandse jeugd die alcohol dronk) [21]. Tot slot kwamen negen jongeren in aanraking met de politie.

3.4. Ontvangen hulpverlening

Tabel 3 laat de ontvangen hulpverlening van de overleden jongeren zien. Sinds 1 januari 2015 valt de GGZ-zorg aan minderjarigen onder het brede begrip jeugdhulp binnen de Jeugdwet. Diepgaande informatie over de diagnostiek en behandeling is te lezen in het hoofdstuk 5 over de hulpverlening. Op het moment van overlijden waren 22 van de 35 jongeren (63%) in beeld bij de hulpverlening. Dit percentage was meer

Tabel 2: Risicokenmerken gerapporteerd door ouders

	Totaal (N=32) ^{a,b}
Geslacht (%)	
Jongen	14 (44)
Meisje	18 (56)
Seksuele geaardheid (%)	
Heteroseksueel	23 (72)
Homoseksueel, lesbisch, biseksueel	5 (15)
Weet niet	*
Suïcidaliteit (%)	
Gedacht een einde aan zijn of haar leven te maken	23 (72)
Deed een poging tot zelfdoding	17 (53)
Nam expres te veel pillen	15 (47)
Had zichzelf expres verwond, gesneden of gekrast	18 (56)
Had een (vermoeden) van psychiatrische diagnose	19 (59)
Had familie (inclusief ouders, broer, zus) met psychiatrische ziekte	17 (53)
Kende andere mensen bezig met zelfdoding	16 (50)
Kende andere mensen overleden aan zelfdoding	9 (28)
Psychosociale problemen (%)^c	
Had <i>ernstige</i> psychosociale problemen in laatste 6 maanden	15 (48)
Had <i>ernstige</i> emotionele problemen in laatste 6 maanden	15 (48)
Had <i>ernstige</i> gedragsproblemen in de laatste 6 maanden	8 (26)
Seksueel of fysiek misbruik (%)	
Werd seksueel misbruikt, had negatieve seksuele ervaring	*
Werd aangevallen of geslagen	8 (25)
Gepest of bedreigd worden (%)	
Werd gepest in buurt, school of sport	15 (47)
Werd gepest via internet	7 (22)
Werd bedreigd	10 (31)
Gezinssituatie (%)	
Voelde zich meestal begrepen door anderen in het gezin	14 (44)
Voelde zich meestal gewaardeerd door anderen in het gezin	21 (66)
Praatte meestal over zijn of haar (diepste) gevoelens met gezin	6 (19)
Had ouder, broer of zus met ernstige psychiatrische ziekte	*
Had ouder, broer of zus met ernstige lichamelijke ziekte	*
Was van huis weggelopen	13 (41)
Financiën (%)	
Had problemen met geld	9 (28)
Had schulden	5 (16)
Alcohol of drugs (%)	
Binge-drinken (zwaar drinken)	7 (22)
Gebruikte weleens softdrugs	11 (34)
Gebruikte weleens harddrugs	5 (16)
Politie (%)	
Kwam in aanraking met politie	9 (28)

^a Drie ouderparen (jongens) hadden de vragenlijst niet ingevuld, deze resultaten gaan over 32 jongeren

^b Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten

^c Vier ouder(paren) vulden de SDQ niet in, deze resultaten gaan over 31 jongeren

dan de 40% tot 50% die we verwacht hadden, gebaseerd op cijfers van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over het aantal zelfdodingen dat in 2017 in GGZ-instellingen plaatsvond (40%, zowel volwassenen als jeugd), aangevuld met de zelfdodingen in de andere jeugdhulp. In de CBS-data was niet duidelijk hoeveel jongeren in 2017 op het moment van overlijden in zorg waren [3].

Uit de vragenlijsten die ouders invulden (n=32) blijkt dat negentien jongeren (59%) ooit behandeld waren in de jeugd-GGZ en 10 jongeren (31%) ooit opgenomen waren in de psychiatrie of op de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit waren naar verhouding veel meer meisjes dan jongens. Verder waren zes jongeren ooit opgenomen in een jeugdzorginstelling (19%) en hadden vier jongeren pleegzorg gehad. Vijf jongeren (16%) hadden een jeugdbeschermingsmaatregel gehad.

Aan ouders is gevraagd of hun kind nog andere jeugdhulp had ontvangen. Twaalf jongeren (38%) kregen andere hulp, waarbij ouders eerstelijns psychologen of maatschappelijk werkers noemden, een enkele keer noemden zij een wijkteam of het Centrum voor Jeugd en Gezin.

In de onderzoeksgroep stonden zeven jongeren (22%) op de wachtlijst voor jeugdhulp. Verder gaven ouders van tien jongeren (46% van de groep die hulpverlening had ontvangen) aan dat sprake was van continuïteit in de zorg. Bij twaalf jongeren (55% van de groep die hulpverlening had ontvangen) gaven ouders aan dat er geen continuïteit in de overgang naar andere zorg of naar een andere hulpverlener was. Bij vijf jongeren (22% van de groep die hulpverlening had ontvangen) werkten hulpverleners goed samen volgens ouders. Bij vijftien jongeren (65% van de groep die hulpverlening had ontvangen) vonden ouders dat de hulpverleners niet goed samenwerkten. Enkele ouders gaven aan dit niet te weten.

Zes jongeren (19%) hadden hulp op school ontvangen voor psychische problemen of het omgaan met andere kinderen. Voor zover bekend, omdat het anonieme hulpverlening betreft, hadden enkele jongeren contact met 113 Zelfmoordpreventie voor hun overlijden (aantal kleiner dan vijf).

Tot slot gaven veertien ouder(paren) (44%) aan dat ze zelf behandeling of begeleiding hadden ontvangen vanwege de situatie van hun kind voorafgaand aan het overlijden.

Tabel 3: Ontvangen hulpverlening

Totaal (N=35) ^a	
Was in beeld bij de hulpverlening bij overlijden (%) Ja	22 (63)
Totaal (N=32) ^b	
Geslacht (%) Jongen Meisje	14 (44) 18 (56)
Jeugdhulp zonder verblijf (%) Had behandeling in Jeugd-GGZ ontvangen Had jeugdhulp voor (ernstige) beperking ontvangen Had overige hulp ontvangen, bijv. maatschappelijk werk of wijkteam	19 (59) * 12 (38)
Jeugdhulp met verblijf (%) Was opgenomen geweest in de psychiatrie Was opgenomen geweest in jeugdinstelling Had pleegzorg ontvangen	10 (31) 6 (19) *
Jeugdbescherming en Jeugdreclassering (%) Had jeugdbeschermingsmaatregelen ontvangen (ondertoezicht- stelling, voogdij) Had begeleiding jeugdreclassering ontvangen	5 (16) *
Hulp op school (%) Kreeg hulp op school voor psychische problemen	6 (19)
Medicatie (%) Gebruikte medicijnen voor psychische of gedragsstoornissen	13 (41)
Wachlijst (%) Stond op wachtlijst voor Jeugdhulp	7 (22)
Discontinuïteit hulpverlening (%)^c <u>Had hulpverlening ontvangen</u> Van groep hulpverlening: geen continuïteit zorg Van groep hulpverlening: wel continuïteit zorg	<u>22 (69)</u> 12 (55) 10 (46)
Samenwerking hulpverlening (%)^c <u>Had hulpverlening ontvangen</u> Van groep hulpverlening: hulpverleners werkten goed samen Van groep hulpverlening: hulpverleners werkten slecht samen Van groep hulpverlening: weet niet	<u>23 (72)</u> 5 (22) 15 (65) *
Contact met 113 (%) Zocht contact met 113 Zelfmoordpreventie (voor zover bekend)	*
Begeleiding ouders (%) Ouders hadden behandeling vanwege de situatie van hun kind	14 (44)

^a In beeld bij de zorg afkomstig uit interview

^b Wegens privacy redenen worden aantallen kleiner dan 5 niet gepresenteerd; * = 1, 2, 3 of 4 respondenten

^c Door afronding van percentages kan de optelsom meer of minder dan 100% bedragen

4. Adolescentie

4.1. Inleiding

Van jongeren wordt juist in de adolescentiefase verwacht dat zij in staat zijn om een meer gelaagde, gedifferentieerde identiteit en competenties te ontwikkelen in verschillende sociale contexten (school/ studie, leeftijdgenoten en gezin) [28,29]. Hun problemen in deze fase kunnen ten eerste bestaan uit moeite om te kunnen voldoen aan de eisen die hun sociale omgeving stelt ten aanzien van hun schoolloopbaan en beroepskeuzeperspectief. Ten tweede wordt er van jeugd in deze levensfase verwacht dat zij positieve sociale relaties kunnen opbouwen en uitbouwen met zowel hun leeftijdgenoten als hun ouders. Bovendien zijn door samenkomst van bovenstaande uitdagingen (in combinatie met genetische aanleg), sommige adolescenten kwetsbaar voor middelenmisbruik. Hieronder worden daarom achtereenvolgens bovengenoemde thema's rond adolescentiefase en transitieproblematiek besproken. Deze thema's zijn allen ook genoemd door meerdere ouders als belangrijk in de aanloop naar de suicide.

4.2. Schoolproblemen en teleurstellingen rond beroepsperspectief

Ouders noemden schoolproblemen (in lichte of ernstigere mate) in 23 gevallen genoemd als een problematische factor in de levens van jongeren, dit ging dan om zaken als doubleren, faalangst, spijbelgedrag, zware terugval in cijfers, veel schooldruk ervaren, problemen ervaren met docenten. Er werden drie patronen zichtbaar rond dit thema. Van een eerste patroon was sprake bij zeven jongeren gezien. Zij presteerden vaak erg goed op de basisschool, maar bij de transitie naar de middelbare school kregen zij in toenemende mate last van hun perfectionisme. Ze wilden (en kregen) hoge cijfers en stonden zeer serieus in hun schoolwerk. Een enkele tiener is hierdoor ook gepest door klasgenoten. Dit patroon betrof uitsluitend jongeren die de hoogste schoolniveaus volgden (havo, vwo, hbo), en betrof vaker meisjes dan jongens. Faalangst en druk om hoog te blijven presteren bleken steeds fnuikender; deze jongeren waren onzeker en bang om dingen niet goed te doen. Hierdoor was het voor hen steeds moeilijker om nog op hun hoge schoolniveau te blijven, hun schoolwerk op tijd af te krijgen en de controle hierover te behouden, mede omdat deze jongeren vaak ook eetproblemen, psychische en psychosomatische klachten ontwikkelden en hierdoor lessen misten. Dit was desastreuus voor jongeren in dit patroon: *'Jongere kreeg kortsluiting in het hoofd van al het schoolwerk dat Jongere nog moest inhalen na opnames en ziek geweest te zijn.'* In een beperkt aantal gevallen in dit patroon zagen ouders de ervaren prestatiedruk rond toetsing en examens als bepalend in de aanloop naar de suicide, vooral ten aanzien van vakken die nodig waren voor de vervolgopleiding van de jongeren.

In een tweede patroon, dat in gelijke mate voorkwam (zeven gevallen), stond een discrepantie tussen de eisen van school en docenten enerzijds, en de persoonskenmerken van jongeren anderzijds, centraal. Deze jongeren (beduidend meer jongens dan meisjes) pasten niet goed in het reguliere schoolsysteem terwijl het volgens hun ouders aan intelligentie niet ontbrak (op een uitzondering na). Veel van deze jongeren hadden diagnoses zoals autisme, ADHD of dyslexie. Hun cijfers zakten, ze ontwikkelden niet zelden een problematische relatie met de docent(en), door wie ze zich niet begrepen voelden. Deze negatieve schoolervaringen liepen uit op bittere teleurstellingen, die negatief uitwerkten op het zelfbeeld van jongeren: *'De negativiteit van leraren heeft Jongere genekt... hun correctie had veel impact.... Jongere internaliseerde hun negativisme.* De meeste jongeren moest uiteindelijk afstromen naar het speciaal onderwijs. Afstromen vonden deze jongeren akelig, omdat zij dan hun vertrouwde klasomgeving moesten achterlaten en ze dachten bij 'pesters en druktemakers' in de klas te zullen komen. Het moment van de (dreigende) afstroming was voor sommigen een sleutelmoment in de aanloop naar de suicide. Zoals een ouder uitlegde: *'Jongere zou naar het speciaal onderwijs gaan vanwege de diagnose. Dat was niet een persoonlijke keuze. Jongere vond het maar niks, want dan was Jongere vrienden kwijt.'* Een jongere, die door zijn gemoedstoestand en opname al lang niet meer naar regulier onderwijs ging, had kort voordat zij suicide pleegde de uitslag van een test gehad om haar schoolniveau te bepalen. De jongere was er zeker van dat zij een hoog niveau aankon, wat ze ook nodig had voor haar droomberoep. Het werd echter een lager schooladvies. Een andere jongere kreeg een waarschuwing van zijn school met verbeterpunten en een week later heeft deze jongere zich gesuïcideerd. Zijn ouders gaven het gevoel van hun kind weer in die laatste periode: *'Het gevoel van ze nemen me alles af. En dan moet ik naar die andere locatie. Ik moet naar een lager niveau met die rauwdouwers. (...) School wil van me af. Ze willen gewoon van me af.'* Bij een andere jongere benoemde een ouder expliciet de opeenstapeling van teleurstellingen rond afstromen en de eerste stappen op de arbeidsmarkt die volgens zijn werkgever niet goed gingen, wat samen van grote betekenis leek voor de suicide: *'En toen kreeg Jongere een baan en dat vond Jongere zo geweldig. En dat lukte niet. Het was ook een moeilijke tijd en toen (...) is in het hoofd ook wel iets geknakt, denk ik. Grote, grote teleurstelling.'* Naast deze zeven jongeren die afstroomden naar het speciaal onderwijs, waren er ook nog zes andere jongeren die afstroomden naar een lager onderwijstype dan waar zij op startten (maar niet op het speciaal onderwijs). De aanleiding hiervoor was divers, zoals een te

hoge studiedruk of een lichamelijke ziekte.

Een derde, iets minder gangbaar patroon rond schoolproblemen betrof vijf adolescenten (overwegend jongens) van wie door problemen in de thuissituatie en/of een moeizame ouder-kindrelatie, drugsgebruik, gedragsproblemen en delinquentie hun schoolwerk steeds verder afgleed. Door de vele problemen in hun leven vertoonden ze spijbelgedrag waardoor ze afstroomden en uiteindelijk de school moesten verlaten. Zo vertelde een moeder over haar kind: *Jongere kwam door druggebruik en slechte invloeden van vrienden in een negatieve spiraal. Jongere zwierf rond (...) als Jongere al naar school ging dan zat Jongere in de klas en deed Jongere niets of lag te slapen.* De ouders, in sommige gevallen bijgestaan door wijkteams of leerplichtambtenaren, slaagden er ondanks serieuze inspanningen niet in om het tij te keren. Ouders zagen deze problematische schoolsituaties in dit derde patroon zelden als doorslaggevend in de aanloop naar de suïcide.

4.3. Problemen in sociale relaties: gepest worden

Ongeveer vijftien jongeren kregen te maken met pesters of bedreigingen. Bij de meeste jongeren ging het om pestgedrag op school, wat doorgaans al op de basisschool was begonnen en ernstig van aard was. Volgens veel ouders waren hun kinderen blijvend getekend door het mikpunt te zijn geweest van pesterijen: *Jongere was het pispaaftje en dat blijf je gewoon... daarom is Jongere van sportvereniging afgegaan.* De zelfwaardering van gepeste jongeren kwam ernstiger onder druk te staan naarmate ze in de puberteit kwamen: *Jongere liep heel erg op de tenen en werd heel erg gespist op waar iets (positieve opmerkingen op nieuwe school) vandaan kwam en of het wel echt zo was (...) Jongere vroeg zich 'waar kan ik nu nog vertrouwen in hebben?'* In een aantal gevallen waren de ouders zeer ontevreden over hoe school gereageerd heeft op het pestgedrag en waren de ouders van mening dat de docenten passief bleven en zich verscholen achter de argumentatie dat er meerdere kanten zitten aan een verhaal of zelfs partij kozen voor de pesters. Een enkele ouder heeft het heft in eigen handen genomen en op sociale media de pesters onthuld in de hoop hen hiermee aan te pakken. Er was echter ook een geval waarin de ouders geen enkele weet hadden van de ernstige pesterijen, zij kwamen daar pas na de suïcide achter. In een aantal gevallen speelde het pesten een directe rol in de periode voorafgaand aan de suïcide. Zo had een jongere vlak voor de suïcide een intake gesprek voor hulp bij het weerbaarder worden naar aanleiding van het pesten. In twee gevallen vertellen ouders dat pesters hun kinderen het gevoel hadden gegeven dat ze er net zo lief niet meer zouden zijn.

4.4. Problemen in sociale relaties: gespannen thuissituaties

Er leek in de onderzochte gevallen regelmatig sprake van een problematische relatie tussen ouder(s) en kind en/of broer of zus. Conflicten tussen ouder en kind gingen bijvoorbeeld over autonomie van de jongeren (huisregels), maar ook over drugsgebruik, geld en schulden, foute vrienden en in een enkel geval over de medicatie trouw of seksuele oriëntatie van de jongere (zie hoofdstuk 8 over LHB-jongeren). Bovendien noemden ouders huiselijk geweld ten opzichte van de overleden kinderen tot zes maal, hier moest er in een aantal gevallen ook politie aan te pas gekomen. In drie van deze gevallen voelden ouders zich valselijk beschuldigd door hun kind. Bovendien waren er drie gevallen waarin ouders (of broers, zussen) aangaven dat hun kinderen zich fysiek gewelddadig naar hen toe hadden gedragen. Het gevoel van machteloosheid hierover bij ouders was intens: *Op het einde heb ik wel gezegd "ik kan het niet meer". En daar werd Jongere heel boos om. Je wilt het niet meer. Nee (...) ik wil je helpen om het zelf te doen, maar ik kan het niet meer. Ik wist gewoon niet meer wat ik moest doen.* Beide typen (beschuldigingen van) geweld tussen jongeren en ouders hebben de onderlinge relaties sterk in negatieve zin beïnvloed.

Daarnaast speelde in tien gevallen een problematische echtscheiding van de ouders een rol in de levensloop van de jongeren. Het contact tussen de jongere en voornamelijk de vader kwam in die gevallen sterk onder druk te staan. Het leek erop dat sommige jongeren zich emotioneel niet gehoord voelden door de vader, ze voelden zich verdrietig en soms gefrustreerd over hun gebrekkige band of de afwerende houding van de vader. In twee gevallen merkten vrienden op dat naast vader de band met moeder ook niet zo goed was geweest. In enkele gevallen had de jongere volgens de ouders (of broers, zussen) een slechte band ontwikkeld met de nieuwe partner van een van de ouders (stiefouder).

In twee gevallen was er, volgens de ouder(s) en hulpverlening, bij de jongeren sprake van langdurig seksueel misbruik door een direct familielid. In deze gevallen heeft het seksueel misbruik een duidelijke rol gespeeld bij psychische klachten die de jongeren ontwikkelden en die steeds ernstiger werden.

4.5. Problemen in sociale relaties: teleurstellingen of frictie in het contact met leeftijdsgenoten

Kijkend naar de relaties met hun leeftijdsgenoten noemden ouders een aantal aspecten vaak samen. De overleden tieners waren vaak jongeren die moeite ervaarden om aansluiting te vinden bij hun leeftijdsgenoten of er niet op durfden te vertrouwen dat zij echte vrienden hadden en geliefd waren. Op basis van

gesprekken met ouders leken sommige tieners daadwerkelijk 'buitenbeentjes' die anderen niet makkelijk toelieten in hun gevoelsleven en die hierdoor een beperkte vriendenkring hadden. Echter, vaker leken de jongeren vooral onzeker te zijn geweest over hun vriendschappen en hoe anderen hen zagen, terwijl leeftijdsgenoten hen juist enorm sociaal vonden en hen zagen als echte gangmakers. Mentoren bevestigden ook de populariteit van deze jongeren in de klas. Soms kozen jongeren met psychische klachten vrienden uit die zelf ook veel problemen of klachten hadden en stelden zich dan opvallend vaak op als luisteraar en helper. Deze jongeren leken bovendien gevoelig voor oneffenheden in hun vriendschappen, die zij als afwijzing ervaarden: *'Jongere was heel teleurgesteld als Jongere zich de beste vriend voelde van iemand, maar dan werd Jongere 'ingeruild' door een ander soms.'* Vaak gaven tieners in dit patroon zichzelf de schuld van de problemen die zij meemaakten in hun vriendschappen. Zo vertelde een ouder: *'Jongere dacht veel na. Jongere dacht van ja waarom doet mijn vriend zo, waarom is dit, Jongere betrok het heel veel op zichzelf.'* Om een verdere afwijzing door een vriend(in) te voorkomen gingen deze tieners soms vrij ver, zoals een ouder en mentor vertelden over een jongere: *'Jongere raakte daar gefocust op van: wat heb ik fout gedaan en hoe kan ik het weer herstellen. En dan vrij obsessief ('claimerig') gaan appen, bellen, en dan die vriend trakteren, ook al was Jongere blut, om het goed te maken.'* Vaak waren deze jongeren ook bang om niet goed te liggen in hun groep en soms strookte de groep ook niet met hun thuis milieu. Zo vertelde een zus: *'Jongere had een vriendengroep waarbinnen veel werd gedronken en geblowd en die geld en prestaties heel belangrijk vonden. Jongere deed zich stoer voor en wilde er bij horen. Jongere worstelde wel (...) Want het waren niet de normen en waarden zoals wij ze thuis kennen. Jongere lag iedere keer na thuiskomst te huilen in zijn bed.'*

Ouders wezen in drie gevallen ruzies met de vriendengroep van hun kind aan als (mede) aanleiding voor de suïcide (zie hoofdstuk 10 over laatste periode). Opvallend was dat het geen langdurig ernstige conflicten betroffen maar conflicten die pas op de avond voorafgaand aan de suïcide waren ontstaan. Het ging ten eerste om een jongere die eerder geen conflicten had gehad met haar vrienden, die het heel belangrijk vond dat iedereen in haar groep haar aardig en leuk vond en na een feestavond bang was dat zij zou worden gezien als seksueel losbandig meisje. In een tweede geval betrof het een jongere die het ook heel belangrijk vond om bij iedereen geliefd te zijn. De ouders vertelden hoe hij na een avondje uit met vrienden ruzie kreeg over hoe ze terug zouden reizen: *'Jongere kreeg een hele rare blik in de ogen en keek dwars door iedereen heen en ze kregen geen contact meer met Jongere'* Een derde geval waar conflicten met leeftijdsgenoten een belangrijke rol leken te spelen, betrof een meisje dat recent een conflict kreeg met schoolvrienden. Jongere *'draaide helemaal door (...) als iemand boos op haar was moest ze dat per se lijmen, maar om het moment dat iemand daar niet voor open stond, kon ze zich heel wanhopig voelen.'*

De bovenstaande schets van de problematische sociale relaties met hun leeftijdsgenoten moeten ook gewogen worden in het licht van de persoonlijkheidsstructuur en mogelijke psychopathologie van de jongeren (zie hoofdstuk 5 over hulpverlening). Zo is het bekend dat een ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis gepaard gaat met problematische momenten in de relaties met vrienden en ouders.

4.6. Drugs en alcohol misbruik

Bij elf jongeren was er volgens ouders of broers/zussen sprake van problematisch drugs- en/of alcoholgebruik dat bij sommigen al vroeg en bij anderen wat later in de puberteit startte. Bij circa vijf van de elf jongeren zagen de ouders een vrij duidelijke relatie tussen het problematisch drugs- en/of alcoholgebruik en suïcidaal gedrag. Gevraagd naar waarom hun kinderen waren begonnen met het gebruik van drugs of alcohol, verwezen ouders naar bijvoorbeeld een gebrekkige aansluiting met klasgenoten, druk van oudere vrienden of een verkering die al eerder gebruikte. Enkele geïnterviewde vrienden waren beter op de hoogte van het softdrugsgebruik van de jongeren dan de ouders. Zo vertelde een ouder over de invloed van vrienden, die deze ouder pas na afloop van de suïcide ontdekte: *'Jongere zat in een vriendengroep en daar was Jongere heel blij mee, dat Jongere erin zat. Maar die vrienden zijn heel slecht voor Jongere geweest, zo heeft Jongere het zelf omschreven. Jongere zegt dat 'ie door hun naar de klote is gegaan. Ik denk dat dat meer met drugs en heel veel drankgebruik was.'*

Wel zagen sommige ouders dat hun kinderen onder invloed van drugs of alcohol achteruit gingen in hun mentaal welbevinden en vervolgens extra kwetsbaar werden voor gevoelens van isolement. Zo vertelde een ouder over wat hun kind had verteld onder invloed van alcohol: *'Ik voel me zo alleen mamma. Ik ben niemand en ik ben niets.'* In twee gevallen leidde het gebruik van drugs (wiet, paddo's) tot het optreden van een psychose. Een enkeling weigerde voor psychosegevoeligheid medicatie te gebruiken, terwijl een andere jongere hier wel medicatie voor gebruikte maar gelijktijdig ook drugs nam. Dit had een sterk negatief effect op hun psychische gezondheid. Daarnaast was er bij een jongere sprake van vervlechting tussen stevig drugsmisbruik, criminaliteit, schulden en gewelddadig probleemgedrag dat steeds ernstigere vormen aannam waardoor deze tiener uiteindelijk geen andere uitweg zag. Bij weer een andere jongen vermoedden de gezinsleden dat hij in drugs dealde maar konden niet vaststellen of dat inderdaad zo was en wisten daarom ook niet of dit mede aanleiding vormde voor de suïcide.

4.7. Seksueel trauma

Hoewel seksueel misbruik niet specifiek of uitsluitend een adolescentenprobleem is, waren er vier jongeren aan de vooravond van of vroeg in hun adolescentie slachtoffer geworden van seksueel misbruik. Twee jongeren zijn volgens hun ouder langdurig (minimaal een jaar) seksueel misbruikt voor het twaalfde levensjaar. Een andere jongere is buitenshuis door een vreemde man verkracht als jonge tiener. Tot slot was een andere jongere op het internet met een volwassene in contact gekomen. Deze tiener had een afspraakje gemaakt en is toen verkracht. Het misbruik was zeer disruptief voor het leven van de jongeren. Zij voelden zich na afloop 'vies' of 'waardeloos' en het had volgens ouders veel invloed op de psychosociale ontwikkeling. Een jongere vermeed het thema seksualiteit in gesprekken met leeftijdsgenoten en ervaarde daardoor een gebrekkige aansluiting met leeftijdsgenoten en eenzaamheid. Minimaal drie jongeren ontwikkelden een posttraumatische stress stoornis (PTSS) na de traumatische ervaring van het misbruik. Een behandeling werd wel opgestart, maar sloeg niet altijd aan. Zo vertellen respondenten over twee gevallen waarin EMDR in hun ogen te intensief was of te vroeg werd ingezet, waardoor het trauma meer naar de voorgrond kwam, zonder dat de situatie verbeterde. Dit had ook gevolgen voor hun vertrouwen in zorg en hun medewerking in later zorgcontact. In ieder geval drie jongeren hebben te maken gehad met online seksueel misbruik of seksuele intimidatie. De impact van online seksueel misbruik of intimidatie was voor respondenten moeilijk te beschrijven.

5. Hulpverlening

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in kaart gebracht in welke mate er sprake was van hulpverlening bij de overleden jongeren. Onder hulpverlening verstaan we hier alle jeugdzorg zoals respondenten die genoemd hebben waaronder jeugd-GGZ, jeugdzorgplus, jeugdbescherming en reclassering, verslavingszorg, pleegzorg, hulp door een POH-GGZ, vrijgevestigd psychologen en overige jeugdzorg. Er wordt in dit hoofdstuk een kader geschetst en besproken met welke problematiek deze jongeren te maken hadden. Vooropgesteld dat er dankzij de inzet van hulpverlening jaarlijks vele suicides voorkomen worden, zoomen wij in dit hoofdstuk ook in op de moeilijkheden die de jongeren en hun ouders ervaren hebben. Tot slot gaan we in op jongeren die niet (meer) in beeld waren bij de hulpverlening. De gebeurtenissen die in de laatste maanden voorafgaande aan de suicides een grote rol speelden in de hulpverlening worden besproken in hoofdstuk 12 over de laatste periode.

5.2. Zorgkader

5.2.1. Jongeren in zorg

Van de 35 jongeren waren er 22 in beeld bij hulpverlening op het moment van overlijden of in de weken ervoor. Bij twee van deze 22 jongeren was de zorg net beëindigd: één jongere was terugverwezen naar de huisarts omdat het beter leek te gaan en bij de andere jongere werd gezocht naar andere passende zorg. Naast deze 22 jongeren was er één jongere die in de laatste maanden slechts één gesprek bij de huisarts had gehad vanwege somberheidsklachten maar zelf geen vervolg wilde, één jongere die zich een half jaar voor overlijden terugtrok uit zorg en één jongere die één intakegesprek gehad had bij een psycholoog en bij wie zorg zou worden gestart. Verder waren er drie jongeren die in de laatste periode voor hun overlijden geen hulpverlening ontvingen maar dit wel jaren eerder in hun leven hadden ontvangen. Ten slotte waren er zeven jongeren die nooit in hun leven hulpverlening hadden ontvangen.

5.2.2 Psychische diagnoses

Van de jongeren die in de laatste periode hulp ontvingen hadden er zeventien een psychische diagnose. Er was hierbij sprake van (combinaties van) diagnoses als: depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornis, post traumatische stress stoornis (PTSS), body dysmorphic disorder (BDD), hechtingsstoornis, eetstoornis, attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), attention deficit disorder (ADD), autisme spectrum stoornis (ASS), oppositioneel opstandige gedragsstoornis (OOD), verslaving, alcoholmisbruik en trekken van persoonlijkheidsstoornissen (borderline, vermijdende, narcistische en antisociale trekken). Bij vijftien van de zeventien jongeren met een diagnose was sprake van comorbiditeit die varieerde van twee tot negen diagnoses per jongere.

Bij drie jongeren was er geen diagnose gesteld, maar bestond er wel het vermoeden van psychische problemen (bij allen borderline persoonlijkheidsstoornis) en bij twee jongeren was er (nog) geen diagnose bekend.

Bij de drie jongeren die langer dan een jaar geleden hulp hadden ontvangen, was bij één van hen sprake van (een lichte vorm van) PDD-NOS, bij één was er geen diagnose gesteld en bij één is onbekend of er een diagnose was gesteld.

5.2.3. Behandeltrajecten

De 22 jongeren die vlak voor hun overlijden nog hulp kregen waren in beeld bij POH-GGZ, vrijgevestigde psychologen en verschillende instellingen waar zij ambulante behandeling kregen. Daarnaast ontving een deel van deze jongeren jeugdhulp met verblijf zoals plaatsing in een pleeggezin, behandeling in een open of gesloten instelling of op een zorgboerderij. Ook was er sprake van jeugdbescherming, jeugdreclassering en in enkele gevallen verslavingszorg, forensische GGZ en instellingen voor gespecialiseerde trauma behandeling. Bij zeven jongeren is er één of meerdere keren sprake geweest van een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling in de zin van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Bij bijna alle jongeren was behandeling gericht op stabilisering na een crisis of op problematiek zoals eetstoornissen, verslaving en trauma's. We weten niet in hoeverre suicidaliteit bij deze jongeren specifiek is behandeld als op zichzelf staande problematiek. De jongeren die op het moment van overlijden in zorg waren, hadden voor zover bekend ook in de laatste dagen of weken voor hun overlijden de hulpverlener gezien.

Bij de jongeren die langer dan een jaar geleden hulpverlening ontvingen was de behandeling, voor zover bekend, niet gericht op suicidaliteit.

5.2.4. Overleden in zorginstelling

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

Jongeren die opgenomen waren in een kliniek konden desondanks aan middelen komen waarmee ze zichzelf konden verwurgen of verstikken en zijn soms, vaak tegen afspraken in of door miscommunicatie, alleen gelaten op hun kamer.

Een jongere werd na een suïcidepoging uit het ziekenhuis ontslagen zonder dat er verdere hulp was ingeschakeld. In een ander geval werd een psychose niet goed ingeschat en overleed een jongere in het ziekenhuis door suïcide.

5.3. Kwaliteit en organisatie van zorg

5.3.1. Passende zorg

Bij veertien van de 22 jongeren die in de laatste periode hulpverlening ontvingen, was er sprake van complexe problematiek, met veel verschillende diagnoses die om specialistische behandeling vroegen. Dit ging om (combinaties van) gedragsproblematiek, (vermoedens van) persoonlijkheidsproblematiek, verslaving en/of eetstoornissen. Deze combinaties van diagnoses zorgden ervoor dat veel jongeren op verschillende plekken in de jeugdzorg geweigerd werden omdat instellingen geen passende behandeling konden bieden. Het aantal plaatsen waar de benodigde specialistische hulp geboden kon worden was klein en de wachtlijsten lang. Eén van de gevolgen van de wachtlijsten was dat jongeren vaak thuis verbleven en daar moesten wachten op een passende behandeling of opname. In die periode gingen ze vaak niet naar school en verergerde de problematiek waardoor het gezin overbelast raakte en minder steun kon bieden. Het samenspel van wachtlijsten, diagnostiek, afwijzingen en doorverwijzingen zorgde bij meerdere jongeren die last hadden van complexe problematiek voor toenemende hopeloosheid en gevoelens van ongewenstheid. Ouder: *'En dan toch, uiteindelijk steeds was de conclusie van: Nee, jij kan dit niet. Wij kunnen dit niet voor jou doen, jij bent te.... Ja, Jongere voelde dat als: 'Ik ben te slecht voor jullie. Ik kan niks meer, jullie vinden...' Zo ging Jongere dat opvatten. 'Waar moet ik nu nog heen? Niemand wil mij.'*

5.3.2. De geboden hulp

Een aantal ouders vond dat er (te) sterk werd vastgehouden aan protocollen en procedures. Deze waren vaak gericht op slechts een deel van de problematiek maar omvatten, zeker bij complexe problematiek, niet het gehele plaatje. De meeste ouders zagen het nut in van protocollen maar hadden tegelijkertijd graag gezien dat er meer gekeken zou zijn naar wat hun kind als individu nodig had gehad. Een meer individuele benadering zou de zorg in hun ogen ten goede zijn gekomen. Bij enkele jongeren leidden procedures er toe dat de behandeling of opname werd beëindigd voordat de jongeren en ouders daarvoor naar hun idee klaar waren.

Bij een aantal jongeren werd de hulpverlening bemoeilijkt doordat zij zelf niet wilden meewerken aan diagnostiek of behandeling. In een paar gevallen kwam dit voort uit wantrouwen of trauma's vanwege eerdere negatieve ervaringen in de hulpverlening. Een enkele jongere had aan diens ouders laten weten met de behandelaar niet over suïcidale gedachten te willen praten uit angst naar de gesloten afdeling te moeten.

5.3.3. Continuïteit van zorg

Zestien ouders gaven aan dat het gebrek aan continuïteit van de zorg voor hun zoon of dochter een belangrijk knelpunt was. Dit werd vooral veroorzaakt door wisselingen van hulpverleners en wachtlijsten bij doorverwijzingen en dan met name bij complexe problematiek waarbij het moeilijk was een geschikte plek te vinden.

Bij het vaak wisselen van hulpverlener vertelden ouders dat jongeren vertrouwen verloren in de zorg en niet iedere keer opnieuw hun verhaal wilden vertellen. De continuïteit van de behandeling kwam in gevaar wanneer die keer op keer werd onderbroken omdat jongeren werden overgedragen aan een nieuwe hulpverlener. Hiermee werd het signaleren van risico's en het in stand houden van veiligheid onderbroken.

Zoals eerder benoemd zijn er in Nederland niet veel zorginstellingen die plaats bieden aan jongeren met complexe zorgvragen. Ook hulpverleners benoemden dat het aantal instellingen waar jongeren met een dubbeldiagnose terecht kunnen helaas erg beperkt is. Als gevolg daarvan wisselden deze jongeren veel tussen ambulante en klinische behandeling, tussen instellingen en vonden er regelmatig crisisopnames plaats. De zorg liep op deze manier niet door, maar werd telkens beëindigd en weer opnieuw opgestart. Ook wanneer er gewisseld werd van instelling moest er na een lange wachtlijst weer opnieuw worden

gestart. Bij de jongeren bij wie sprake is geweest van crisisopnames benoemden ouders dat er na het beëindigen van de opname vaak geen vervolg op de zorg voor deze jongeren was. Een aantal jongeren ging naar huis en moest vanuit daar zelf opnieuw op zoek naar hulp. Dit zorgde voor een onderbreking van de zorg of het behandeltraject. Ouder: *'En ook steeds die wisseling en zeker, Jongere kreeg toen ook de diagnose X, die structuur en dat vertrouwen is zo belangrijk. Jongere ging van kliniek naar kliniek en van ziekenhuis weer naar huis. Steeds weer een andere behandelaar, dat is gewoon niet goed.'*

5.3.4. Privacy en leeftijdsgrenzen

Vijf ouders gaven aan minder op de hoogte te zijn gehouden omtrent de behandeling van hun kind toen hun kind 16 jaar werd. Zij hadden het idee dat leeftijd, de daaruit volgende wettelijke bepalingen en geheimhoudingsplicht hierin belangrijker waren dan het feit dat zij als ouders hun kind het beste kennen en daarmee iets essentieels aan diagnostiek en behandeling konden bijdragen. Ook hulpverleners zelf vroegen zich af hoe verschillende signalen, gezien door ouders en hulpverleners, samengevoegd zouden kunnen worden zonder de privacy van de jongere te schenden. In een paar gevallen hadden ouders door middel van het kijken in dagboeken of computer het idee gekregen dat hun kind daadwerkelijk een suïcide aan het voorbereiden was maar wilde de instelling hier niets mee doen omdat de informatie niet met toestemming van de jongere was verkregen.

Vanaf het 16e levensjaar mochten jongeren ook zelf meer beslissingen nemen zoals over hun behandeling of medicatie. Ouders vonden dit niet altijd verantwoord en hadden hier graag meer betrokken bij willen worden.

Zes ouders benoemden dat de overgang naar volwassen psychiatrie op 18-jarige leeftijd erg vroeg is. Er zijn minder beperkingen en jongeren mogen alles zelf beslissen. Ook voor jongeren zelf is de overgang van bijvoorbeeld een klinische jeugdafdeling naar een volwassenenafdeling een risicomoment. Zij ervoeren angst en paniek rondom deze verandering en de onduidelijkheid en onzekerheid die hierbij komen kijken. Verschillende ouders gaven aan dat dit zeker meegespeeld heeft in de aanloop naar de suïcide van hun kind. Ook de betrokken hulpverleners noemden bij deze specifieke gevallen dat de overgang een risicofactor was in de laatste periode.

5.3.5. Betrekken van ouders

Veertien ouders gaven aan dat zij zich niet of maar beperkt gehoord hebben gevoeld. Zij benoemden dat zij tijdens diagnostiek en behandeling weinig tot geen inbreng hadden, terwijl zij hun kinderen toch het best kenden. Hun kinderen wekten in gesprekken met hulpverleners de indruk dat het goed ging terwijl de ouders thuis een ander, minder positief, beeld van het welbevinden hun kind zagen. Ouders vermoedden dat hulpverleners dus niet altijd een compleet of reëel beeld van de situatie hadden. Uit de gesprekken met ouders bleken met name gevoelens van machteloosheid ten opzichte van de hulpverlening doordat zij soms niet aan een hulpverlener duidelijk konden maken hoe het, bijvoorbeeld in de thuissituatie, écht met hun kind ging. Dit gold ook met betrekking tot suïcide-gedachten en plannen van hun kind. *'Toen heb ik daar continu aangegeven dat het helemaal fout ging. Ik was bang dat ik Jongere zou vinden en ik zag het gewoon fout gaan. Toen kreeg ik terug: dat zijn niet de signalen die wij van Jongere terugkrijgen. [...] zij vonden het niet levensbedreigend, omdat Jongere daar heel rustig zat en zei dat die gedachten geen rol meer speelden.'*

Een aantal ouders voelden zich niet gesteund in crisissituaties, zeker niet wanneer een jongere thuis was en in crisis niet meteen ergens terecht kon. Voor hun gevoel zijn zowel hun kind als zij zelf als ouders aan hun lot overgelaten.

5.3.6. Hulpverleners

De meerderheid van de ouders geeft aan heel tevreden te zijn geweest over de betrokken hulpverleners op individueel niveau. De moeilijkheden lijken voor hen vooral te zitten in de hierboven besproken onderwerpen die meer te maken hadden met regels en de organisatie van zorg op een hoger niveau. *'Nou, ik kan wel dingen bedenken waarvan ik denk van: 'Goh, dat hadden jullie even anders moeten doen.' Maar in zijn algemeenheid was er een hele grote betrokkenheid en iedereen heeft zijn stinkende best gedaan om mijn kind zo goed mogelijk te helpen.'*

Op de vraag of er zaken zijn die anders aangepakt hadden kunnen worden in en rondom de behandeling van de jongeren, noemden hulpverleners zelf onder meer de volgende punten: een meer gefaseerde afbouw van opnames, sneller schakelen in behandeling, betere samenwerking tussen verschillende betrokken instanties, sneller een multidisciplinaire inschatting van het suïcidaal gedrag laten maken en het actiever opvolgen van gemaakte afspraken waar jongeren niet op verschenen.

Twee hulpverleners benoemden expliciet dat het evenwicht tussen de angst voor hospitalisatie en het te snel beëindigen van opnames een lastig punt is. De mogelijkheid tot langere opnames, zonder de nadruk op zo snel mogelijk naar huis moeten, zou bij veel jongeren meer rust en minder angst creëren. Tegelijkertijd is er het gevaar voor hospitalisatie waar rekening mee gehouden moet worden. Een paar hulpverleners gaven aan weinig steun vanuit het team gevoeld te hebben naar aanloop van een suicide en een hulpverlener benoemde dat de nazorg voor zowel professionals als ouders op veel plekken nog onvoldoende geregeld is.

In een aantal gevallen viel op dat hulpverleners de dynamiek binnen een gezin anders beschreven dan de ouders. Dit had meestal betrekking op de band en het contact tussen jongeren en hun ouder(s) of andere familieleden en het gevoel van sommige jongeren niet goed begrepen te worden.

5.3.7. Levenseindekliniek

Zes jongeren hebben bij hun omgeving kenbaar gemaakt dat zij met behulp van de levenseindekliniek wilden komen te overlijden. Zij waren de hoop op verbetering verloren en wilden weten hoe ze pijnloos, gemakkelijk of 'netjes' konden sterven. In ieder geval twee jongeren hebben daadwerkelijk contact gezocht met de levenseindekliniek. De levenseindekliniek heeft het contact in een vroeg stadium afgehouden en heeft in geen geval gehoor gegeven aan het verzoek van deze jongeren. Een ouder vertelde hierover het volgende: *'En Jongere dacht... "Ze horen me, we gaan nu toch misschien die weg wel in". 'Maar toen de levenseindekliniek nee zei, toen was het eerste wat ze zei: "Dan ga ik het zelf wel netjes doen". 'Dat is wat ze zei. En als moeder denk je: "Ja.. Dat zal toch niet, hè? Dat gaat ze toch niet doen.'*

5.4. Jongeren niet in zorg

5.4.1. Persoonlijkheden en typering door respondenten

De zeven jongeren die nooit hulp hebben ontvangen werden verschillend beschreven; een aantal was ondernemend, extravert en een echte gangmaker, anderen waren juist wat introverter en meer op zichzelf. Bij bijna alle jongeren waren er, achteraf gezien, wel dingen aan te wijzen die wellicht net wat minder lekker liepen in hun leven. Eén jongere had al langere tijd last van eenzaamheid en sombere gevoelens, twee jongeren maakten zich de laatste tijd zorgen over volwassen worden en de dingen die daarbij komen kijken en bij anderen speelden er dingen rondom school of onzekerheid in sociale relaties. De respondenten in deze groep bespraken vrijwel allemaal de suicides van deze jongeren als een impulsieve actie die in sommige gevallen daardoor meer op een zogenoemd ongeluk leken.

6. Sociale media, games en series

6.1. Inleiding

Veel jongeren in Nederland zijn actief op sociale media. Ze sturen elkaar berichten via WhatsApp-groepen of Snapchat en ze plaatsen berichten op sociale netwerken zoals Facebook, Instagram, Twitter of een internetforum. Er is nog weinig wetenschappelijk bekend over de invloed van sociale media op suïcidaal gedrag, terwijl het zeer waarschijnlijk is dat er imitatie via sociale media plaatsvindt. Gamen is ook een favoriete bezigheid van jongeren, waarbij gameverslaving vaak bij jongens voorkomt en er een verband is aangetoond met depressiviteit [30]. Challenges zijn opdrachten waarbij jongeren elkaar via sociale media uitdagen om gekke dingen te doen. In 2017 waren er challenges populair die jongeren kunnen aanzetten tot suïcidaal gedrag, zoals de Blue Whale Challenge. In april 2017 kwam de Netflixserie 13 Reasons Why uit, waarin zeer expliciete beelden van suïcide voorkomen. In de Verenigde Staten hing het uitkomen van de serie samen met een toename van suïcides onder tieners [31].

In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste patronen in de sociale media activiteiten van de overleden jongeren en of daarbij sprake was van imitatie van suïcidaal gedrag via sociale media. Vervolgens bespreken we de belangrijkste patronen in game activiteiten van de overleden jongeren en of er jongeren waren die meededen aan gevaarlijke challenges die tot zelfdoding kunnen aanzetten. Tot slot beschrijven we in hoeverre 13 Reasons Why en andere series invloed hadden op de zelfdoding van de overleden jongeren en of jongeren personen volgden die zelfdoding idealiseren.

6.2. Sociale media

6.2.1. Sociale media activiteiten

Instagram, Snapchat, Facebook en Facebook Messenger waren de meest gebruikte sociale netwerken, een enkele keer noemden ouders Twitter, Skype, Tumblr, Pinterest en Wattpad. Elke jongere gebruikte WhatsApp. De mate waarin de jongeren actief waren op sociale media verschilde sterk. Bij ongeveer 15 gevallen ging het om jongeren die sociale media vooral praktisch gebruikten, voor school of omdat zij met vrienden of ouders wilden appen. Zij reageerden kort op appjes, lieten groepsdiscussies aan zich voorbij gaan en hadden weinig berichten of foto's op Facebook of Instagram staan. In ongeveer 20 gevallen speelden sociale media een grote rol in het dagelijks leven. De jongeren waren continu bezig met hun telefoon, stuurden honderden appjes, maakten grappige filmpjes via Snapchat en een paar jongeren waren bezig zoveel mogelijk volgers te krijgen. Negatieve invloeden van sociale media die ouders noemden waren de druk die hun kind ervaarde van het 'bevrienden en ontvrienden', alles moeten zien, gemene reacties die over elkaar werden gedeeld en ruzies die via sociale media escaleerden. Eén jongere werd gechanteerd om naaktfoto's te delen en één jongere had een afspraak via een datingsite waar seksueel misbruik uit voortkwam.

6.2.2. Imitatie effecten via sociale media

Vijf meisjes hadden een tweede account waar ouders niet van afwisten of geen toegang tot hadden. Op dit tweede account werden foto's van zelfbeschadiging en suïcidepogingen (*'diepe snijwonden en heftige littekens'*) gedeeld met vriendengroepen, plaatjes met depressieve of negatief gestemde teksten (*memes*) en zwaarmoedige gedichten. Een vriendin gaf in het interview aan dat ze onderling via verborgen hashtags (#) over zelfbeschadiging communiceerden. Daarnaast verstuurden zij filmpjes naar elkaar waarin ze zichzelf beschadigden en waar de buitenwereld niets van afwist. Bij de gevallen met eetstoornissen namen meisjes deel aan pro-ana communities en pro-zelfbeschadigingsgroepen. Dit waren groepen deelnemers die zichzelf sneden en dit lieten zien via sociale media.

Een vriendin gaf in het interview aan dat sociale media werd gebruikt om online een identiteit te creëren. Alles werd via Instagram over depressie gevolgd, ziek zijn was wie je bent en sociale media hielp om dat vast te houden. *'En als je zo'n Instagram pagina creëert, wie ben je nog als dat weg is? Als ik beter ben, wie ben ik? Als ik gewoon een opleiding heb gedaan, wie ben ik dan, wat maakt mij dan nog interessant? Het is makkelijker om nooit iets te hebben. Ik denk dat Instagram en al die media waar Jongere ook op zat, hielpen die identiteit vast te houden en steeds meer een soort van te verankeren.'*

Daarnaast gaf een ouder in het interview het probleem van algoritmes in sociale media aan, waardoor haar kind zich bleef voeden met negativiteit. Het vergde discipline van haar kind om zich op positieve dingen op internet te focussen. Een ouder zei: *'Instagram heeft algoritmes. Als je vaak negatieve dingen kijkt, krijg je eerder ook negatieve dingen te zien. In depressieve quotes (memes) van internet zitten met name de uitzichtloosheid. En een soort van berusting, ook. Het is nou eenmaal zo naar als het is en er is geen weg eruit.'* Een andere ouder noemde de hype die 'jezelf snijden' leek te zijn door allerlei afbeeldingen op Instagram. Hierdoor begon haar kind in groep 8 al met zichzelf te snijden.

Een mentor noemde steunbetuigingen voor zelfdoding die op sociale media geplaatst werden en publiekelijk gedeeld: *'Via Facebook is er op een gegeven moment een oproep gedaan door de ouders van een meisje dat uit het leven wilde stappen. En dat is een groot ding geworden. Jongere kende dat meisje. Zij heeft ook gereageerd op haar oproep, haar steun uitgesproken voor haar wens...Zo zie je dat Jongere op sociale media met zelfmoord bezig was.'*

6.2.3. Sociale media in de kliniek

Respondenten beschreven in ongeveer tien gevallen hoe belangrijk sociale media waren voor jongeren die in de kliniek waren opgenomen. Deze jongeren hadden WhatsApp nodig om met hun ouders te communiceren. Een ouder zei: *'vaak is sociale media het enige wat ze nog hebben.'* Ouders noemen dat hun kind veel appte met medepatiënten. Deze appjes gingen ook over zelfdoding en zelfbeschadiging. In een kliniek gebruikte een jongere Facebook Messenger via haar laptop om contacten met de buitenwereld te onderhouden. In de kliniek waar zij was opgenomen was een beleid van beperkt telefoongebruik.

Contacten met lotgenoten via sociale media blijken voor ouders een groot dilemma te zijn. Deze contacten waren helpend om vriendschappen op te bouwen en elkaar te steunen en herstelverhalen te volgen, maar ook zorgelijk doordat hun kinderen snijwonden en suïcidale uitingen deelden. Het meest problematisch aan contacten met lotgenoten via sociale media lijkt een soort onderlinge competitie te zijn. Een vriendin zei in het interview: *'Jongeren moedigen elkaar aan, zien het soms als wedstrijd om het diepst te snijden, de sterkste pillen te nemen of meeste pogingen te doen.'* Daarnaast gingen jongeren, die elkaar kenden uit de kliniek, voor elkaar zorgen via sociale media. *'Via Whatsapp meer de hulpverlener dan hulpvrager zijn.'* In enkele gevallen hadden de overleden jongeren internationale contacten met lotgenoten via sociale media, voor wie ze gingen zorgen. Deze online contacten waren volgens hun omgeving ongezond.

6.2.4. Ouders zijn vaak niet op hoogte

Vaak wisten ouders niet of hun kind deelnam aan internetforums, online communities en ook niet of ze online contacten met andere suïcidale jongeren hadden gehad. Sommige ouders waren gestopt met het controleren van de sociale mediaactiviteiten van hun kind en hadden vertrouwen dat hun kind verantwoord met sociale media omging. Een ouder zei: *'ik ben opgegroeid op straat en met vriendjes en vriendinnetjes afspreken. En dan zei Jongere: "Ja maar de wereld tegenwoordig gaat allemaal via sociale media en misschien bespreken wij wel veel meer dan jij ooit met jouw vrienden hebt gedaan op straat", dus dan hadden we daar een heel gesprek over. En daaraan kon je wel merken dat Jongere verantwoord was en verantwoorde keuzes daarin maakte. Jongere heeft ons nooit een reden gegeven om hem te checken of te twijfelen.'*

In ongeveer vijftien gevallen noemden ouders dat dat de politie na het overlijden de telefoon en computer van de overleden jongeren checkte. Voor zover bekend, deed de politie daarin geen opmerkelijke of onverwachte bevindingen. Sommige ouders gaven echter aan dat hun kind goed in staat was om de internetgeschiedenis te wissen en geen digitale sporen achter te laten. Een ouder zei: *'als Jongere online contacten had gehad met suïcidale jongeren was Jongere zo slim om die geschiedenis te wissen.'*

6.2.5. Slaapproblemen en sociale angst

In drie gevallen beschreven ouders duidelijk hoe het vele telefoongebruik en actief zijn op sociale media de nachtrust van de jongeren verstoorden. Hierdoor kregen deze jongeren slaapproblemen en andere gezondheidsklachten zoals hoofdpijn en vermoeidheid. Naast slaapproblemen versterkten sociale media bij één jongere gevoelens van schaamte en sociale angst. Deze jongere was heel actief op sociale media en schaamde zich sterk na zich 'fout' te hebben gedragen in een uitgaanssituatie. Volgens de ouders gaf dit de aanzet tot suïcide, vanuit schaamte en een paniekgevoel over het oordeel van anderen.

6.3. Games en challenges

6.3.1. Game activiteiten

Bij twaalf van de zeventien jongens was gamen een gespreksonderwerp tijdens het interview. Ouders noemden League of Legends, Fifa, Minecraft, Grand Theft Auto en Pokémon als favoriete games van hun zonen. Zes jongens waren erg veel aan het gamen, bijvoorbeeld omdat ze weinig vriendjes hadden of een tussenjaar van school hadden. Bij een paar jongens ging het om technisch zeer begaafde jongens, die erg goed waren in gamen en wereldwijd veel online contacten hadden. Zij gebruikten Discord, een online community voor gamers, om te communiceren. Bij een paar jongens was het gamen problematisch omdat ze al hun spaargeld uitgaven aan games of een keer waren blijven zitten door fanatiek gamen. Soms was het gamen zo problematisch dat ouders camera's ophingen om het gamen te controleren. Bij zes jongens was het gamen vooral een sociale activiteit en hielden zij zich goed aan afspraken met ouders over hoe lang ze mochten gamen.

In de interviews waar gamen was uitgevraagd, kwam er geen directe link tussen suïcidaal gedrag en gamen naar voren. Respondenten noemden wel psychische klachten gerelateerd aan problematisch gamen, zoals slaapproblemen en concentratieproblemen op school, frustraties door online contacten in de game-wereld en voor jongens dat ze meer geïsoleerd raakten door gamen.

6.3.2. Challenges

In de onderstaand verder uitgewerkte situaties hebben we aanwijzingen voor challenges gevonden. In de eerste situatie had een challenge de jongere duidelijk aangezet tot suïcidaal gedrag. In de tweede situatie had een challenge de jongere aangezet tot zelfbeschadigend gedrag. In de derde situatie leek de zelfdoding op een challenge, maar was de zelfdoding vermoedelijk een ongeluk.

In één situatie heeft een jongere aan de Blue Whale Challenge meegedaan (deze naam is afkomstig van blauwe vinvissen die zich soms massaal op het strand werpen en omkomen). Deze challenge start met simpele dingen, zoals 'sta om 10 voor 4 's nachts op', maar er zitten ook schadelijke opdrachten tussen zoals 'zet krassen in je arm', of 'snijd een walvis in je arm', of 'ga op zoek naar contact met andere whales'. Volgens de geïnterviewde ouder was het *'spelenderwijs naar het einde willen gaan.'* Volgens een vriendin was er sprake van een lijst en dat de jongere allemaal erge dingen moest doen. Deze jongere sneed zichzelf in haar bovenbeen en kreeg daar een bepaald aantal punten voor en moest foto's maken. De jongere had een speciaal Instagram account aangemaakt, waar zij een bericht op had gezet dat ze zocht naar een 'Blue Whale'. Op haar uitvaart waren er aanwijzingen dat andere 'Blue Whales' aanwezig waren.

Een andere geval betreft de app 'Kik messenger' waar je anoniem iets kunt plaatsen, dingen waar jongeren een kik van krijgen. De ouders waren bij controle van de telefoon van hun kind een post tegengekomen, waaruit bleek dat hun kind haar haren met een mesje had afgesneden. Vervolgens kwam er op een gegeven moment iemand in de vriendengroep die zichzelf sneed, waarna ook hun kind zichzelf was gaan snijden. De ouders gaven aan dat hun kind erg impulsief en beïnvloedbaar was.

Verder was er nog een situatie waarbij de zelfdoding zeer onverwachts was en er sprake zou kunnen zijn van een 'choking challenge'. Dit is een challenge waarbij deelnemers hun keel afknijpen in de hoop er high van te worden. Ouders hoorden via anderen op school dat kinderen hiermee bezig waren. Maar de ouders hebben geen enkele aanwijzing gevonden dat hun kind daarmee aan het experimenteren was. Hun kind haalde vaker 'practical jokes' uit en ouders zien de zelfdoding als een ongeluk. De politie had de telefoon en laptop van hun kind onderzocht en vond geen opmerkelijke filmpjes of dingen. De docent vond hun kind een intelligente leerling. Hij dacht dat intelligente jongeren zich niet met challenges zouden inlaten maar is na het overlijden van de leerling daarover gaan twijfelen.

6.4. Netflixserie 13 Reasons Why en andere online series

6.4.1. 13 Reasons Why

13 Reasons Why gaat over de suïcide van een Amerikaanse tiener die jongeren op ideeën kan brengen omdat haar persoonlijke situatie erg herkenbaar is, zelfdoding als enige mogelijke uitweg wordt getoond en de serie zeer expliciete beelden van suïcide bevat. Het eerste seizoen verscheen in Nederland op 31 maart 2017.

Uit de CBS microdata blijkt dat in 2017 in Nederland gemiddeld elke maand zeven jongeren onder de 20 jaar waren overleden door zelfdoding [2]. In de maanden juli en oktober waren er de meeste zelfdodingen onder jongeren onder 20 jaar. Voor beide maanden geldt: 10 zelfdodingen. Kijkend naar de weken waarin de jongeren zijn overleden waren er het hoogste aantal zelfdodingen onder jongeren in week 27. Dit was de week van 3 tot en met 9 juli. Alhoewel het kleine aantallen betreft, laten de resultaten geen piek zien in april of mei 2017, de periode nadat de serie was uitgekomen.

In zeven interviews gaven ouders aan dat hun kind de afleveringen van 13 Reasons Why had gezien. Een mentor noemde dat de serie besproken is in de klas. In achttien interviews gaven ouders aan dat ze niet wisten of hun kind 13 Reasons Why had gezien, of dachten dat hun kind de serie niet had gezien (bijvoorbeeld doordat ze geen Netflix hadden of een kind hadden dat was overleden voordat de serie uitkwam), of benoemden ouders een andere online serie die belangrijk voor hun kind was. In de andere gevallen waren er tijdens de interviews geen aanwijzingen om online series tot een belangrijk gespreksonderwerp te maken.

Van vijf jongeren zijn de reacties op de serie bekend. Zij vonden 13 Reasons Why óf indrukwekkend en spannend, de jongere werd stil bij het zien van alle heftigheid, óf de jongere vond de hoofdpersoon ongehoofwaardig. Vaak werd er thuis niet uitgebreid over de serie gesproken en wisten ouders dus niet of hun kind zich met de hoofdpersoon identificeerde. Een ouder gaf wel aan dat bij beginnende suicidaliteit de serie invloed zou kunnen hebben, maar bij haar kind niet de aanzet gaf tot suicide. *'Ik kan mij niet anders voorstellen dan dat Jongere daar naar heeft zitten kijken, en als Jongere die gedachten al had in de prille fase van die gedachten, dat Jongere dan aan het associëren is gegaan.'*

Bij de jongeren met langdurige psychische klachten viel op dat deze jongeren of de serie vermeden omdat ze bang waren voor negatieve effecten of dat ze vermoedelijk niet onder de indruk waren, omdat ze in hun leven en ziektegeschiedenis al veel ergere dingen hadden meegemaakt. Een vriendin verwoordde dit als volgt: *'want als je al suïcidaal bent, al je hele leven ongeveer, ik weet zeker, Jongere heeft al zoveel suicide dingen meegekregen van internet, dit was gewoon, ja een klein beetje meer, meer niet.'*

6.4.2. Andere online series

De Netflixserie Orphan Black viel op in samenhang met suicide. Deze serie begint met een hoofdpersoon die suicide pleegt door voor de trein te springen en vlak daarna heeft een jongere dezelfde methode gebruikt. Verder zijn er in de interviews geen duidelijke aanwijzingen gevonden voor online series die direct verband hadden met suïcidaal gedrag.

6.5. Artiesten die zelfdoding idealiseren

De meeste ouders gaven aan dat hun kind geen personen volgde die zelfdoding verheerlijkten. Ongeveer zeven jongeren hadden wel een duidelijke voorkeur voor artiesten met zwaarmoedige en pessimistische muziek, cabaretiers met zwarte humor, of waren fan van artiesten die zelf depressief waren of zelfdestruc-tief, zoals Kurt Cobain, Amy Winehouse, Zayne Malik en Demi Lovato. Hun ouders noemden zware, beladen songteksten met verwijzingen naar zelfmoord die het levensmotto van hun overleden kinderen werden (*'Suicide is painless'*, *'Boulevard of Broken Dreams'*). Tot slot geloofden sommige jongeren in het leven na de dood en haalden zij inspiratie uit Bijbelse teksten die ze via sociale media deelden.

7. Clusters en imitatie

7.1. Inleiding

Een suicidecluster is een groep of reeks (meer dan drie) suicides, die dicht bij elkaar voorkomen in tijd en ruimte dan je op basis van statistiek zou verwachten [32]. Bij een 'puntenwolk' liggen de suicides qua ruimte (school, vriendengroep, een kliniek) en in de tijd dichtbij elkaar en kan imitatie een rol hebben gespeeld bij de suicides. Imitatie-effecten zijn vermoedelijk het sterkst wanneer jongeren zich identificeren met iemand (lotgenoot, vriend, rolmodel). De kans op imitatie is ook groot wanneer een jongere een suicide van dichtbij heeft meegemaakt en zelf al kwetsbaar is, of geneigd is om andere kwetsbare jongeren op te zoeken. Verder is bekend dat jongeren vaak het internet gebruiken om methoden voor zelfdoding op te zoeken [33,34].

In dit hoofdstuk bespreken we de aanwijzingen in de interviews voor regionale clusters, een puntenwolk en of er sprake was van clustervorming via sociale media. In deel 2 bespreken we imitatie van suicides door het kopiëren van methoden via internet, voorbeelden in de directe omgeving of voorbeelden van bekende personen.

7.2. Suicideclusters

7.2.1. Regionale clusters en puntenwolken

In 2017 kwam zelfdoding vaak voor in Noord-Brabant (20 suicides), Gelderland (13 suicides), Zuid-Holland (14 suicides) en Noord-Holland (10 suicides). De meest gebruikte methoden waren verhangings/verwurgings (20 jongeren) en de trein (12 jongeren).

Opvallend aan de data was dat er op meerdere plekken in Nederland groepjes van drie of vier suicides waren die geografisch dicht bij elkaar lagen. In Noord-Brabant was er een cluster van vier suicides die op dezelfde dag plaatsvonden, op hetzelfde treintraject. Volgens de ouders kende hun kind de andere drie personen niet. Er was in Noord-Brabant ook een cluster van vier leerlingen van dezelfde middelbare school, die in één jaar tijd (van oktober tot oktober, dus geen kalenderjaar) door zelfdoding waren overleden, van wie twee uit dezelfde klas. Volgens de ouders kende hun kind alleen de klasgenoot en niet de twee andere leerlingen. De leerling, die vlak voor hun kind zelfmoord pleegde, had het op bijna dezelfde plek van het spoor gedaan. In Noord-Brabant was er een plek waar, twee weken nadat hun kind suicide had gepleegd, een meisje suicide pleegde en drie weken later een jongen. Er waren dus drie suicides in drie weken tijd. De recherche had deze suicides onderzocht, omdat men bang was voor een challenge. De enige connectie die de politie vond was dat de suicides plaatsvonden op dezelfde school dan wel in hetzelfde gebied.

In Noord-Holland was er een situatie, waarin de overleden jongere het vreselijk vond dat een meisje uit haar dorp eind 2016 suicide had gepleegd, zowel voor dit meisje als voor de machinist. De jongere kende dat meisje niet persoonlijk. In 2017 pleegde deze jongere op dezelfde wijze suicide. Verder was er nog een andere suicide van een meisje een aantal maanden voor het overlijden van deze jongere. Het is onduidelijk of dit ook op het spoor was.

In de andere gevallen waren er geen aanwijzingen voor regionale clusters. Mogelijk zijn er suicideclusters gemist omdat niet alle gevallen konden worden meegenomen. Verder is uit eerder onderzoek naar clusters bekend dat mensen elkaar niet direct kenden, maar wel dichtbij elkaar in een netwerk waren (een paar stappen bij de ander vandaan). Informatie omtrent eerdere suicides op een specifieke locatie kan invloed hebben op volgende suicides, zelfs als er geen direct contact is geweest tussen de individuen.

7.2.2. Clustervorming via sociale media

Wat betreft clustervorming via sociale media hadden ouders hier vaak onvoldoende zicht op. De vrienden/vriendinnen wisten meer over sociale media en noemden vooral de ziekelijke omgeving van de kliniek. Jongeren die tijdens opname in de kliniek meededen aan zelfbeschadiging in online groepen en zo steeds meer richting suicide gingen. Wat betreft challenges die via sociale media tot suicide aanzetten, vonden we één duidelijk voorbeeld (Blue Whale Challenge).

7.3. Imitatie van suicides

7.3.1. Meest gebruikte methode

De meest gebruikte methoden in de onderzoeksgroep waren verhangings/verwurgings en suicide op het spoor. Bij de suicide op het spoor zeiden ouders vaak dat hun kind bewust een locatie had uitgekozen, op een afgelegen plek zonder toezicht, makkelijk bereikbaar, of een locatie hadden uitgezocht die ze kenden van eerdere suicides. Een ouder zei: *'En hoe weet jij hoe je zelfmoord moet plegen bij een trein, zo specifiek, dat je dus niet volledig beschadigd bent. Dat moet je ergens gelezen of gehoord hebben.'*

Een aantal keer noemden de ouders dat de jongeren via Google helemaal zelf opzochten hoe ze een knoop moesten maken. Een leeftijdsgenoot zei: *'nee, geen vragen stellen aan anderen, maar googelen, gewoon heel veel googelen. Je kan heel veel informatie opzoeken van iedereen en alles, over suicide en hoe dingen gaan. En je hebt ook plaatjes hoe je jezelf kan ophangen zeg maar en hoe je dan de knoop moet maken.'* Een ouder noemde dat hun kind op internet zocht naar manieren om suicide te plegen: *'... 'waar zijn hoge gebouwen?', 'hoe gaat jezelf verwurgen?', het wordt allemaal binnen gehaald.'*

7.3.2. Suïcides in omgeving

Negen jongeren hadden suïcides in hun directe omgeving meegemaakt en de helft van de overleden jongeren kende anderen die bezig waren met zelfdoding. De suïcides van dichtbij betroffen enerzijds familieleden (opa, oom, neef), dan wel klasgenoten, medepatiënten of een ouder van een beste vriend. In sommige families werd niet openlijk over de suicide van een familielid gesproken, of weerhield de familiegeschiedenis de jongere ervan om open over zijn suïcidale gedachten te praten. Verder beschreven respondenten in acht gevallen dat jongeren op de middelbare school bevriend waren met depressieve jongeren, in klassen zaten waar meisjes zichzelf sneden, zelf op school suïcidale uitingen deelden per app of een klasgenoot hadden die een serieuze poging had gedaan of suicide had gepleegd. Ouders en vrienden/vriendinnen gaven veel voorbeelden van situaties in de GGZ waar jongeren tijdens therapie en na afloop van de behandeling werden blootgesteld aan suïcidale uitingen of dreigingen (*'morgen ben ik er niet meer'*). Opvallend is dat vijf jongeren in gesprekken met ouders vol onbegrip of afkeurend reageerden op suïcides van leeftijdsgenoten (*'hoe kan iemand zo iets doen? Dit was enkele weken voordat het bij Jongere gebeurde'*).

7.3.3. Suïcides van bekenden en van bekende personen

Ouders noemden in twee gevallen in Noord-Brabant de zelfdoding van een leerkracht, waar in de media veel aandacht voor was. Zij hadden de zelfdoding van de leerkracht nog met hun kind besproken, maar hun kind maakte toen niet de indruk zelf suicide te willen plegen. Wat betreft beroemdheden noemden ouders de suicide van de zanger Chester Bennington van Linkin Park (juli 2017). In een ander geval identificeerde een jongere zich sterk met de 'club van 27' en een rockartiest uit deze club. Deze jongere probeerde aan de moeder zijn gevoelsleven duidelijk te maken via de muziek van deze rockartiest: *'...dan ging Jongere het weer allemaal uitleggen van mam, luister dan, je moet eens zus luisteren en zo. Maar Jongere wilde het, het leek wel of Jongere het aan mij probeerde uit te leggen wat er in hem omging of iets van als iemand het snapt dan ben jij het. Maar ik snapte het ook niet.'* Er stond ook een tekst van de rockartiest op het graf.

8. Jongeren met een lesbische, homoseksuele, biseksuele (LHB-)oriëntatie en transgenders

Volgens ouders en vrienden hebben tien van de jongeren thuis of aan een vriendin gezegd lesbisch, homo of biseksueel te zijn, of te denken dat zij misschien op dezelfde sekse vallen. Er was geen transgender in de onderzoeksgroep. Het aandeel LHB jongeren in onze steekproef is veel groter dan op basis van percentages over jongeren met LHB gevoelens in de bevolking verwacht mag worden. Uit de interviews bleek dat ongeveer vijf jongeren zich thuis redelijk stellig hadden uitgesproken over hun seksuele oriëntatie en dat vier andere jongeren volgens hun ouders bezig waren met 'een zoektocht' en hadden uitgesproken dat zij misschien weleens op jongens, meisjes, of op allebei zouden kunnen vallen. De zoektocht speelde zich vaak (ook) al af in het jaar voorafgaand aan de suicide. Doorgaans was hun zoektocht naar hun seksuele oriëntatie bij de ouders en enkele vrienden of mentoren bekend toen zij nog in leven waren. Een mentor vertelde bijvoorbeeld dat een jongere in de zoektocht bij haar had aangeklopt omdat de jongere 'antwoorden wilde hebben' over zijn seksuele oriëntatie. Bij een andere jongere hebben de ouders pas na de zelfdoding aan de hand van WhatsApp berichten en filmpjes sterke vermoedens ontwikkeld dat de jongere verliefd was op een klasgenoot. Tot slot was er een jongere over wie de ouder heeft gezegd dat de jongere zich eerst LHB noemde, maar 'daar op terug was gekomen'.

Naar de mening van de ouders drukte de zoektocht van hun kinderen naar hun seksuele identiteit geen groot stempel op hun welbevinden noch in aanloop naar de suicide. Echter, andere respondenten (mentor, vrienden/vriendinnen) kenden vaak een belangrijkere rol toe aan het LHB zijn in de aanloop naar de suicide. Bovendien maakten respondenten bij zeven gevallen melding van minderheidsstressoren die jongeren hadden meegemaakt, zoals coming-out stress, moeizame zelfacceptatie, afwijzing door familie of leeftijdsgenoten, maar ook het mikpunt worden van homopestgedrag en seksueel misbruik; allemaal overduidelijk negatieve gebeurtenissen voor de LHB-jongere die relevant leken voor hun suicide. Een voorbeeld van coming-out stress kwam van een jongere die aan zijn moeder vroeg of zij het '*niet vies vond*' dat hij homo was. Aan zijn vader vroeg hij of hij niet '*boos was*' en hij leek bang voor afwijzing vanuit zijn streng Christelijke school: '*Hij dacht dat het heel wat ging worden*', aldus de ouders. Hoewel school en ouders in dit geval uiteindelijk redelijk neutraal of positief reageerden, werd hij wel afgewezen in de kerkelijke gemeenschap en had hij last van stigmatisering in zijn familie. Een voorbeeld van een moeizame zelfacceptatie betrof een jongere waar een vriendin over vertelde: '*Ik denk dat ze er veel moeite mee had om dat [seksuele oriëntatie] te accepteren....omdat ze zich daardoor ook anders voelde weer dan anderen, zo van wat denken die anderen dan over mij als ik lesbisch ben, wil ik wel lesbisch zijn? Ze zat daar wel mee, (...) ik zei iedere keer gewoon tegen haar dat is toch niet erg, wat maakt jou het uit, uiteindelijk zoek je gewoon een leuke vriendin, is toch goed. Maar ja dat werkte niet zo.*'

Vier jongeren maakten een andere vorm van afwijzing mee. Ouders of hun leeftijdsgenoten geloofden hen niet (helemaal) toen zij vertelden op dezelfde sekse te vallen. In drie gevallen dachten ouders namelijk dat het ging om 'kopieergedrag' (van een broer, zus, vriend of vriendin). Zo was volgens een ouderpaar de coming-out van hun kind, die in hun ogen zeer plotseling aan iedereen vertelde dat het LHB was, een imitatie van een vriend die net uit de kast was en kwam het voort uit behoefte aan aandacht. In twee gevallen achtten ouders hun dochter niet in staat om echt te kunnen bepalen wat haar seksuele identiteit was, omdat hun kind 'te jong' zou zijn daarvoor of omdat het door een psychiatrische diagnose geen authentieke keuze zou kunnen maken op dat vlak. In één geval vroegen de ouders een jongere daarom om geen werk te maken van een coming-out. In een ander geval was er sprake van roddel door leeftijdsgenoten dat de betreffende jongere niet echt LHB zou zijn omdat deze oriëntatie door seksueel misbruik zou zijn ingegeven.

Het is niet altijd duidelijk uit de interviews naar voren gekomen hoe direct de ouders hun ongeloof hebben gecommuniceerd aan hun kind, en wat dit heeft betekend voor de LHB-jongeren in dit onderzoek. Indien de jongeren wisten dat hun ouders hun coming-out niet zomaar aannamen, is het voorstelbaar dat zij het lastig hebben gevonden. Bij enkele LHB jongeren was er bovendien sprake van een ingrijpende negatieve gebeurtenis die zich afspeelde in de laatste maanden voor het overlijden. Eén jongere werd seksueel misbruikt door een volwassen persoon die de jongere online had uitgenodigd voor een date. Eén jongere kreeg een telefoontje van bekenden die haar belachelijk maakten vanwege het LHB zijn. Deze jongere was recent uit de kast gekomen.

9. Migratie en cultuur

Er waren vier jongeren geïncludeerd in het onderzoek met een migratieachtergrond, dat wil zeggen jongeren van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Geen van hen was zelf in het buitenland geboren. Het gaat om drie meisjes en een jongen. Twee jongeren hadden een niet-Westerse herkomst, twee jongeren een Westerse migratieachtergrond. Slechts één van hen had twee buitenlandse ouders. Bij een enkel meisje met een migratieachtergrond was er sprake van autonomie problematiek die mogelijk samenhang met haar culturele afkomst. De niet-Westerse migranten ouders van twee andere jongeren zijn niet geïnterviewd. We spraken met de autochtone (pleeg)ouders. Bij een meisje met ouders met een Westerse migratieachtergrond werd duidelijk dat problemen rond haar achtergrond geen rol speelden in het leven, mogelijk omdat de cultuurschillen tussen deze landen klein zijn. Op basis van dit lage aantal gesprekken hebben wij onvoldoende inzichten gekregen om conclusies te trekken over de rol van cultuur en etniciteit in de levens van deze jongeren.

10. Periode voorafgaand aan suïcide

10.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de laatste periode voor het overlijden. Er was vrijwel altijd sprake van een combinatie van verschillende factoren en kwetsbaarheden die suïcidaal gedrag uitloekten. Soms was er sprake van een glijdende schaal waarbij de suïcidaliteit al veel langer speelde en waarbij een bepaalde gebeurtenis of verandering in de laatste weken leek op een omslagpunt waardoor alle ambivalentie wegviel. Hiernaast waren er ogenschijnlijk onverwachte suïcides waarbij er geen enkele factor of verandering kon worden aangewezen die invloed zou kunnen hebben gehad. Om, met het oog op preventie, inzicht te geven in factoren die in de laatste maanden een rol speelden in de aanloop naar een suïcide, worden in dit hoofdstuk de gebeurtenissen beschreven die in de laatste maanden plaatsvonden en invloed hadden op het welbevinden van de jongeren. Hierna zal worden ingegaan op gedragsveranderingen in de laatste maanden en weken.

10.2. Gebeurtenissen in de laatste levensmaanden

10.2.1. Hulpverlening

Bij twaalf jongeren zorgde een bepaalde gebeurtenis, in de zorg die zij ontvingen, voor een verslechtering van hun welbevinden in de laatste maanden. Dit had drie keer betrekking op de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg en de onduidelijkheid die dit veroorzaakte. Dit leidde in deze gevallen tot onzekerheid, angst en stress. Verschillende keren gaven zowel ouders als hulpverleners aan dat hun kinderen door deze overgang het gevoel hadden dat ze niet meer welkom of gewenst waren in de kliniek waar ze tot dat moment verbleven. Zo vertelde een ouder: *'Daar is Jongere ook wel door in paniek geraakt van ik word gewoon op straat gezet. Ze willen me hier weg en ze willen me niet meer hebben hier. Ik denk dat dat voor Jongere ook wel zwaar heeft gewogen. Daardoor is Jongere nog meer in paniek geraakt en heeft het ook gedaan.'*

Daarnaast noemden respondenten met betrekking tot de laatste periode de volgende gebeurtenissen, die angst of spanning opriepen: mogelijke of daadwerkelijke uithuisplaatsingen, het ontvangen van uitslagen van diagnostisch onderzoek, het op- en afbouwen van medicatie (waaronder het net gestart zijn met antidepressiva). Ook werd door ouders een aantal keer genoemd dat behandelaren net voor de suïcide stopten of wisselden. Het, vlak voor de suïcide, krijgen van een bepaalde diagnose die veel spanning opriep, werd twee keer genoemd.

Ook waren er jongeren die net voor de suïcide een afwijzing kregen voor een bepaalde behandelplek of opname of hoorden dat dit aanbod nog langer op zich zou laten wachten. Deze jongeren hadden al meerdere afwijzingen gehad of waren al lang aan het wachten. Ze zagen de betreffende opname of behandeling als een laatste kans en keken er hoopvol naar uit waardoor de afwijzingen hard binnen kwamen. Zo vertelde een ouder: *'Dus dat speelde in die week daarvoor [de suïcide], dat ze bijna een plek gevonden hadden waar Jongere naartoe kon. Alleen dit was nog niet helemaal definitief. [.....] En 's morgens hebben ze dus gebeld naar [Plaats] en er was geen plek. En toen heeft Jongere gedacht van, dan kan ik beter...'*

10.2.2. School/studie/werk

Bij zes jongeren speelden er in de laatste maanden of weken aspecten met betrekking tot school en studie. Deze gebeurtenissen betroffen onder andere: zakken voor het eindexamen van de middelbare school, een proefwerkweek die er aan zat te komen, intake op een nieuwe school, geen verlenging contract bijbaantje, een tussenjaar, kritische beoordelingen van schoolwerk, een te laag gemiddelde voor de gewenste studie en groepswork dat niet lekker liep. Deze gebeurtenissen riepen vaak angst of stress op en waren vooral van belang in combinatie met andere gebeurtenissen of bepaalde kwetsbaarheden van de jongeren zoals autisme of een hoog verantwoordelijkheidsgevoel. Bij één jongere leek een op niet empathische wijze en tegen gemaakte afspraken in gebracht negatief bericht vanuit school, over het vervolgen van de studie, de directe aanleiding voor suïcide te zijn.

10.2.3. Sociale gebeurtenissen (liefde/vrienden/bedreiging/schuldgevoelens)

Elf jongeren maakten in de laatste maanden iets mee in hun sociale omgeving of familie dat van invloed was op hun emotioneel welbevinden. Bij vier jongeren was er sprake van teleurstellingen in de liefde; een relatie die uit ging of romantische gevoelens die niet werden beantwoord.

Van de jongeren met veel psychische problematiek voelde een groot deel zich schuldig tegenover hun ouders over de last die zij hen brachten. Bij twee jongeren vond er in de laatste week nog een specifieke gebeurtenis plaats (zoals het zien huilen van een ouder na een ouder-gesprek met hulpverlener) waardoor deze gevoelens mogelijk versterkt werden.

De overige sociale gebeurtenissen hadden te maken met de psychische gezondheid of lichamelijke ziekte van ouders, een bedreiging omtrent de seksuele geaardheid en een conflict in een openbare gelegenheid met leeftijdsgenoten.

In twee opvallende gevallen leek een sociale situatie met leeftijdsgenoten (een ruzie, discussie) op de bewuste avond zelf de enige aanleiding geweest te zijn voor hun suicide. Bij beide jongeren kwam de suicide zeer onverwacht en was er geen enkel voorteken. Een ouder zei hierover: *'Het was een heel lief, vrolijk, gezellig, populair persoon. Een gangmaker op elk feestje. Het was iemand die van feestjes hield en van gezelligheid. Niks, niks. Tot een uur voor het overlijden was het feesten. Officieel is het zelfmoord, maar wij zien het gewoon meer als een tragisch ongeluk en een blokkade, even een.. gewoon een hele domme fatale act eigenlijk.'*

10.2.4. Overig

Andere gebeurtenissen in de laatste maanden die invloed hadden op het welbevinden van jongeren hadden te maken met: het kapotgaan van een scooter of ander vervoersmiddel bovenop andere dingen die al speelden (twee keer), het meemaken van een suicide in de sociale omgeving (twee keer), een verhuizing of problemen rond woonruimte (drie keer).

10.3. Veranderingen in gedrag

10.3.1. Terugtrekken en slaapproblemen

Zes jongeren trokken zich volgens hun ouders in de laatste weken opvallend sterk terug uit het gezin, hun sociale contacten, kwamen afspraken minder na, bleven weg van school of studie en zaten thuis meer op hun kamer. Eén jongere werd in de laatste weken juist fysiek aanhankelijker naar de ouders toe. Bij zeven jongeren gaven ouders expliciet aan dat zij in de laatste fase van hun leven meer vermoeid waren, moeite hadden met slapen of juist meer sliepen dan daarvoor.

10.3.2. Suïcidale communicatie

Over vijf jongeren werd gezegd dat zij in de laatste periode meer gingen communiceren over hun suicidaliteit. Ze gaven steeds duidelijker aan het niet meer vol te kunnen houden, niet meer alleen gelaten te willen worden of vroegen om hulp bij voorbereidingen.

10.3.3. Automutilatie en eerdere suïcidepogingen

Bij jongeren die zichzelf beschadigden, werd dit vaak erger in de laatste periode. Bij jongeren die al meerdere pogingen gedaan hadden, namen deze pogingen in de laatste periode toe. Drie jongeren deden in de laatste paar maanden voor hun suicide voor het eerst een poging, in twee gevallen kwamen ouders daar pas na de daadwerkelijke suicide achter.

10.3.4. Emotionele veranderingen

Respondenten gaven aan meer tekenen te zien van somberheid, spanning en stress. Enkele jongeren werden driftiger, kregen boze buien of waren meer overdreven aanwezig dan daarvoor het geval was.

10.3.5 Middelengebruik en muziek

Twee jongeren waren in de laatste periode meer gaan drinken en een paar jongeren leken zichzelf in de laatste weken te willen verdoven door middel van het roken van wiet. Ook noemden respondenten dat jongeren meer gingen luisteren naar muziek met droevige of sombere teksten.

10.3.6. Psychotische klachten

Bij vier jongeren speelden psychotische klachten een steeds grotere rol waarbij twee jongeren expliciet aangaven niet dood te willen maar hiertoe gedreven te worden door stemmen of dat ze bang waren uit paniek zichzelf iets aan te zullen doen. Bij drie van deze jongeren speelden deze klachten al meerdere jaren een rol in combinatie met andere problematiek, bij één jongere ontstonden deze klachten na het uitproberen van een bepaalde drug een aantal maanden van tevoren.

10.3.7. Zorgen over volwassen worden

Minstens vijf jongeren maakten zich zorgen over de verantwoordelijkheden rondom volwassen worden zoals zelfstandig wonen en het afsluiten van verzekeringen. Ouders hebben hen hierin gerust proberen te stellen. Het betrof hier drie jongeren bij wie ook sprake was van andere problematiek en twee jongeren met wie het verder ogenschijnlijk goed leek te gaan en bij wie de suicide zeer onverwacht kwam.

10.3.8. Religie

Negen ouder(paren) gaven in de vragenlijst aan dat de overleden jongeren bij een geloof, godsdienst of religie hoorden. Uit de interviews blijkt dat dertien jongeren gelovig waren opgevoed. Vier van de dertien jongeren die gelovig waren opgevoed, leken zich daar in de laatste maanden, meer dan daarvoor, mee

bezig te houden. Twee jongeren leken zich in de laatste periode juist niet meer met het geloof bezig te willen houden en er minder interesse in te hebben dan in de periode daarvoor. Door respondenten werd genoemd dat minstens elf jongeren dachten dat ze na hun overlijden naar een hiernamaals of ander soort plek of vorm zouden gaan. Respondenten noemden dat het een geruststellend idee leek te zijn om naar de hemel te gaan, overleden geliefden weer terug te zien of te reïncarneren.

10.3.9. Opleving

Opvallend is, dat in bijna de helft van alle gevallen, respondenten aangaven dat het de laatste tijd wat beter leek te gaan. *'Het was gewoon de laatste maanden dat het een stuk beter ging. Gezelliger, vrolijker, Jongere was aangenamer in de omgang thuis.'* Soms betreft dit het laatste jaar of de laatste maanden maar vaak ook enkel de laatste week of slechts de laatste dagen. In die laatste gevallen is er dan vaak nog sprake geweest van een fijne avond of fijne momenten met familie of vrienden waarop de jongere, achteraf bezien, een soort van berusting heeft gevonden en afscheid heeft genomen van dierbaren. De beslissing is genomen. Een respondent: *'Op die avond was de kogel door de kerk en wij dachten dat Jongere aan het opknappen was.'*

10.3.10. Sociale media

Opvallend in het sociale mediagebruik is dat in de laatste periode voor het overlijden een aantal jongeren hun sociale netwerkaccounts hebben gewist, hun WhatsApp account hebben verwijderd of zichzelf verwijderden uit appgroeps. Verder stuurden sommige jongeren vlak voor hun overlijden appjes naar dierbaren of 'tagden' dierbare vrienden of familieleden met liefdevolle woorden. Andere opvallende uitingen op sociale media waren foto's, afbeeldingen of teksten die achteraf kunnen worden gezien als aanwijzingen voor een naderend overlijden.

11. Kernbevindingen

11.1. Inleiding

De groep jongeren die wij onderzocht hebben bleek, zoals verwacht, een zeer gevarieerde en vaak complexe achtergrond te hebben. Het is bekend dat suicidaliteit ontstaat door een veelheid van factoren. Ook in dit onderzoek is bevonden dat een samenspel van factoren aan de suicides ten grondslag lag. Dit samenspel kon sterk verschillen per individu. De deelnemers lichtten toe hoe psychologische en sociale kenmerken, relaties, ingrijpende gebeurtenissen en psychopathologie uiteindelijk hebben geleid tot de zelfdoding van deze jongeren.

In dit hoofdstuk worden eerst enkele *profielschetsen* beschreven van de onderzochte jongeren, waarbij vergelijkbare kenmerken of gebeurtenissen in verband zijn gebracht met suicide. Er is hierin aandacht voor de interactie tussen factoren. Vervolgens worden de kernbevindingen uit de bestudeerde domeinen uitgelicht. De focus ligt op het beschrijven van centrale thema's, oftewel de onderwerpen waar respondenten veel aandacht aan besteedden in de interviews. De verschillende interviews complementeerden elkaar. Docenten en leeftijdsgenoten brachten relevante, aanvullende kennis in, bijvoorbeeld over schoolproblemen, sociale relaties en het gebruik van sociale media. De gevoelswereld van de jongeren is scherper weergegeven door verschillende perspectieven te onderzoeken. Een profielschets van de onderzochte jongeren en inzicht in de centrale thema's bieden aanknopingspunten voor preventie welke in hoofdstuk 12 aan de orde komen.

11.2. Profielschetsen

Drie groepen jongeren sprongen in het oog vanwege hun overeenkomstigheid en leenden zich voor een tentatieve profielschets. Opvallende patronen van factoren worden geïllustreerd aan de hand van deze drie groepen. Niet alle jongeren binnen een profielschets vertoonden exact hetzelfde patroon van factoren, aangezien elk individu uiteindelijk een unieke levensloop had. Het doel van deze profielschetsen is dan ook niet om jongeren met een verhoogd risico te kunnen signaleren of profileren. De onderzoekspopulatie is te klein en de patronen zijn nog te grofmazig om zonder meer te generaliseren naar een grotere groep jongeren at-risk. Het doel is primair om zicht te bieden op de wijze van samenspel tussen factoren en hoe dit een rol speelde bij de uiteindelijk zelfdoding van de onderzochte jongeren.

11.2.1. Meisjes met perfectionistische kenmerken en een knik in de levensloop

Een eerste patroon kon worden beschreven rondom een groep van zeven meisjes met sensitieve, perfectionistische kenmerken. Deze meisjes hadden in hun vroege jeugd ogenschijnlijk weinig problemen. Ouders beschreven hoe zij op school en sociaal vlak altijd het beste uit zichzelf wilden halen. Het betrof een groep intelligente meisjes, die op de basisschool goede prestaties behaalden en vrijwel allemaal terecht kwamen op havo of vwo. Een merkbare knik zat bij deze meisjes rond de overgang naar de middelbare school; vaak het begin van de puberteit. Het werd steeds moeilijker om hun eigen verwachtingen te bolwerken, wat hand in hand met gevoeligheid en perfectionisme hun zelfbeeld sterk verlaagde. Vanaf dat moment kwamen zij in een negatief patroon terecht. Zes van hen vertoonden internaliserend probleemgedrag. Zij ontwikkelden depressieve gevoelens, een gedragsstoornis, eetproblemen, angstklachten of gingen automutileren. Deze groep kwam veelal in de onderbouw van het voortgezet onderwijs voor het eerst in aanraking met zorg. De problematiek veranderde door de tijd heen. Er ontstonden bijvoorbeeld eerst depressieve symptomen waarna een eetstoornis vastgesteld werd, maar dit kon evengoed andersom verlopen. Meestal stapelden de problemen zich op. In combinatie met suicidaliteit ontstond een complex ziektebeeld. De comorbiditeit en het verschuivende ziektebeeld, kenmerkend voor de groep, leidden ertoe dat het moeilijk was om passende zorg te vinden en de continuïteit van zorg te waarborgen. Ouders van deze jongeren werden bijvoorbeeld doorverwezen van de ene naar de andere zorgaanbieder, omdat deze zorgaanbieders niet gespecialiseerd waren in het behandelen van het complexe ziektebeeld. Hierdoor kon het lang duren voor een adequate behandeling van de grond kwam. Vijf van deze meisjes zijn meermaals opgenomen, zonder dat er direct zicht leek op verbetering.

Respondenten gaven aan dat deze meisjes vaak actief contact en vriendschap zochten met lotgenoten met soortgelijke problemen. Er ontstond een verschuiving van de sociale contacten. Binnen de kliniek kwamen zij in aanraking met een sociaal netwerk van jongeren met psychische of psychiatrische problemen. In dit nieuwe netwerk was er mogelijk sprake van negatieve imitatieeffecten, hoewel er ook gesproken werd over onderlinge steun. Parallel aan de verschuiving naar een nieuw sociaal netwerk, verwaterde de band met leeftijdsgenoten zonder psychische problemen. Respondenten beschreven hoe langdurig contact met lotgenoten en sociale netwerken in de zorg bij meisjes in de kliniek kon leiden tot een nieuwe, *suïcidale identiteit*.

Hoewel de respondenten kritisch terugblikten op de geboden zorg voor jongeren met een vergelijkbaar patroon van factoren, was dergelijke kritiek niet exclusief binnen dit patroon. Problemen rondom hulpverlening worden daarom later in het hoofdstuk behandeld.

11.2.2. Jongeren die terechtkomen op het speciaal onderwijs

Een tweede patroon viel op binnen een groep van zes jongeren die vanwege leerproblemen, gedragsproblemen of psychische problematiek (voornamelijk ontwikkelingsstoornissen) niet op hun plek waren binnen het regulier onderwijs. Twee van hen waren meisjes. Een gemeenschappelijk kenmerk is dat zij terechtkwamen op het speciaal onderwijs. Op het speciaal onderwijs werden de meesten van hen gesterkt in hun gevoel anders te zijn dan hun leeftijdsgenoten. Dit wordt treffend geïllustreerd door het verhaal van een van de jongeren. Hij haalde bewust van zijn sociale media dat hij in het speciaal onderwijs een opleiding gevolgd had, omdat hij een sterke behoefte had om 'normaal' te zijn. De jongeren verloren bovendien het contact met oude schoolvriendjes en kwamen terecht in een compleet nieuwe, spannende omgeving, tussen kinderen met wie zij zich soms moeilijk of helemaal niet konden associëren of identificeren. Respondenten beschreven vijf van deze jongeren als boos of gefrustreerd en zij richtten hun emoties op hun omgeving. Dit uitte zich onder andere in impulsief gedrag. Incidenten omtrent fysieke of verbale agressie kwamen ook veel voor.

Vier van de zes jongeren met deze profielschets gingen al vroeg in de puberteit middelen gebruiken. Gebruik varieerde van drank en softdrugs, tot aan harddrugs zoals speed, XTC en cocaïne. Drie van hen hadden vrienden of een relatie door wie zij werden beïnvloed in hun middelengebruik. Door het middelengebruik verslechterde hun situatie en werd het steeds moeilijker om hen passende zorg aan te bieden. Het kwam voor dat zorgaanbieders aangaven de suicidaliteit van een jongeren niet te kunnen behandelen voordat zij zouden stoppen met het gebruik van alcohol of drugs. De jongeren uit deze subgroep die wel een behandeling kregen waren vaak niet therapietrouw, hadden geen goede klik met de hulpverlener of ontvluchtten de kliniek. Respondenten benadrukken dat die 'klik' het verschil kan maken tussen meewerken of tegenwerken. In enkele gevallen waren therapeutische gesprekken niet passend voor jongens met een vergelijkbaar patroon.

11.2.3. Out-of-the-blue suicides

Het laatste patroon dat naar voren kwam, is dat van jongeren die voor de omgeving onverwacht een eind aan hun leven maakten. We hanteerden de criteria dat er bij deze 'out-of-the-blue' suicides geen sprake was van (1) door anderen opgemerkte suicidale uitingen, (2) een suicidepoging of (3) ontvangen zorg voor psychische problematiek ten tijde van de suicide (Jeugd GGZ, andere jeugdhulp, huisarts of POH-GGZ). Signalen die pas achteraf werden herkend, worden hierin dus niet meegenomen. Aan de hand van de hierboven beschreven ordening gaat het om een groep van zeven jongeren die om het leven kwamen door zelfdoding zonder dat hier bij leven aanwijzingen voor werden bemerkt.

Er zijn overeenkomsten aan te wijzen waar het de kenmerken en het gedrag betreft van de jongeren die zich out-of-the-blue hebben gesuicideerd. De groep werd beschreven als makkelijk en rustig, maar vaak ook als stil of teruggetrokken. Zij stonden bekend als luisteraar voor leeftijdsgenoten met problemen. Zo werd door drie deelnemers een anekdote verteld over hoe leeftijdsgenoten altijd met problemen naar de jongere toe kwamen, terwijl die zelf moeilijk sprak over zijn of haar eigen gevoel. Ouders van deze groep jongeren gaven aan dat zij wel degelijk het gesprek aan probeerden te gaan wanneer zij signalen opvingen dat hun kind zich niet goed voelde, maar wanneer het wel goed leek te gaan werd dit minder of niet gedaan.

De belangrijke factoren die respondenten beschreven als kernachtig voor deze jongeren waren overwegend negatieve levensgebeurtenissen, zoals het overlijden van een familielid of het verliezen van een (bij) baan. Respondenten beschreven geen langdurige problemen in de levensloop. Slechts een van deze jongeren had een diagnose voor een ontwikkelingsstoornis, maar ontving geen zorg ten tijde van de suicide. Het viel tot slot op dat vijf van de zeven out-of-the-blue gevallen jongens waren. Deze jongens ervoeren bovendien allemaal een tegenslag op het gebied van school. Zij dreigden bijvoorbeeld van school af te moeten, waren gezakt voor het examen of konden niet de gewenste vervolgopleiding doen.

Wanneer respondenten terugkeken op het leven van de jongeren, noemden zij bij in ieder geval vijf van de zeven out-of-the-blue overlijdens signalen, die in de laatste dagen, weken of maanden - achteraf gezien de indruk gaven dat het niet goed ging met deze jongeren. Zij werden stiller, trokken zich vaker terug, waren vermoeid of huilerig of hadden somatische klachten, zoals buikpijn of hoofdpijn. Ook waren deze jongeren mobiel slechter bereikbaar. Ouders leggen uit hoe zij dit bij leven van de jongere niet beschouwden als zorgwekkend, maar als puberaal gedrag. Na hun overlijden werd bij drie van deze vijf jongeren een schrift of dagboek gevonden waarin zij negatieve gevoelens beschreven. Slechts twee van de zeven 'out-of-

the-blue jongeren' schreven een afscheidsbrief, waarin opviel zij de reden voor zelfdoding niet noemden. De hierboven beschreven bevindingen lijken in lijn te liggen met het gedachtegoed van suïcidologen als Jordan [35] en Joiner [36]. Zij constateren dat suïcides vrijwel nooit volledig impulsief zijn, maar dat er altijd een gedachtenontwikkeling aan vooraf gaat. Dit proces kan echter op geraffineerde wijze worden stilgehouden door een suïcidaal individu, waardoor de zelfdoding voor de omgeving abrupt en onverwacht is. Naast de zeven out-of-the-blue gevallen waren er nog vijf jongeren die niet in beeld waren bij zorg, terwijl zij zich wel suïcidaal geuit hebben of een eerdere poging hebben gedaan.

Het is tot slot belangrijk om op te merken dat de omgeving de suïcide soms ook niet aan zag komen ondanks zorggebruik of eerdere suïcidale uitingen. Suïcidale zinspelingen werden bijvoorbeeld niet serieus opgevat, voor de ouders was de gedachte dat de jongere dit daadwerkelijk tot uitvoering zou brengen niet reëel of de jongere leek zich juist net beter te voelen. Een plotselinge omslag naar een kalme of vrolijke stemming voor een suïcide is een onderkend fenomeen bij suïcidale jongeren [20] maar is in wetenschappelijk onderzoek nog niet helder gedefinieerd.

11.3. Kernbevindingen

Naast de profielschetsen kan een aantal kernbevindingen uit de verzamelde kennis gefilterd worden, als antwoord op de onderzoeksvragen. Het gaat hier om thema's waar de respondenten in de interviews sterk de nadruk op legden. Bij de suïcides speelden echter altijd meerdere factoren een rol. Deze bevindingen worden per bestudeerd domein toegelicht.

11.3.1. Adolescentie

De onderzochte jongeren zaten, op het moment dat zij kwamen te overlijden, in de adolescentiefase. Respondenten beschreven de problemen die in deze betekenisvolle levensfase invloed hadden op bijvoorbeeld hun zelfbeeld, geluksgevoel en weerbaarheid. Schoolproblemen, teleurstellingen over sociale relaties, een gespannen thuissituatie en drugs- en alcoholgebruik kwamen naar voren als centrale thema's. De respondenten merkten op dat deze problemen in meer of mindere mate in verband stonden met de ontwikkeling van suïcidaal gedrag. De grote impact van pesten kwam in het bijzonder sterk naar voren in de interviews.

Vijftien van de jongeren werden gepest. Meestal begon dit al op de basisschool. Jongeren werden buitengesloten, lastiggevallen en van twee jongeren is bekend dat zij zijn afgeperst. Ook online werden zeven jongeren gepest. Leeftijdsgenoten zetten bijvoorbeeld vervelende reacties onder foto's die de jongeren online plaatsten. De frequentie en ernst van de pesterijen varieerde, maar respondenten benadrukten de invloed van pesten op de suïcidaliteit van deze groep jongeren. Zij legden een verband met een negatief zelfbeeld, somberheid, eenzaamheid en isolatie, een onbegrepen gevoel en angst. Ook reflecteerden een aantal jongeren in nagelaten geschrift op de grote invloed van pesten op hun leven. Volgens respondenten is het schoolpersoneel niet altijd adequaat omgegaan met pesten. Er werd laat ingegrepen of niet ingegrepen, de jongere die gepest werd kreeg straf vanwege een buitensporige reactie of het pesten bleef geheel onopgemerkt.

11.3.2. Hulpverlening

In de interviews reflecteerden de ouders op de hulpverlening en spraken hun waardering uit over de kwaliteit, doortastendheid en inzet van individuele hulpverleners. Toch was er ook een behoorlijke mate van kritiek op de hulpverlening vanuit respondenten. Dit omvatte voornamelijk het systeem. In veel mindere mate was er sprake van onwenselijk of foutief handelen op individueel niveau. Respondenten wezen pijnpunten aan in de zorg. Er is kritiek geuit over wachtlijsten, een gebrekkige continuïteit van de zorg, problemen met het diagnosticeren en verwijzen van de groep jongeren met complexe problematiek en de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders.

Ouders voelden zich onvoldoende betrokken en 'gehoord' bij de zorg voor hun kind. Dit kwam de kwaliteit van zorg volgens hen niet ten goede. Zij merkten op dat hulpverleners subtiele signalen bij de jongeren niet altijd opmerkten en de observaties van de ouders niet serieus namen. Verder kaartten respondenten het probleem aan van de frictie tussen geheimhoudingsplicht en zorgplicht in de jeugdhulp. Er werd nadruk gelegd op de gestelde leeftijdsgrenzen van respectievelijk zestien en achttien jaar en de invloed die deze grenzen hebben op de zorgindeling voor de jongeren. Vanaf het zestiende levensjaar voelden de ouders zich steeds minder gehoord door hulpverleners en onvoldoende betrokken bij het zorgproces. Dit werd toegedicht aan de juridische veranderingen vanaf zestien jaar: wat betreft de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst wordt een jongere vanaf dat moment als meerderjarig gezien. Dit brengt onder andere met zich mee dat de jongere zelf recht heeft op zijn medisch dossier en het nemen van medische beslissingen. Informatie mag dan alleen met de ouders worden gedeeld, als de jongere daartoe besluit. Zolang de jongere dat niet besluit, zien hulpverleners zich tot geheimhouding verplicht. De leef-

tijds grens van achttien jaar was een schrikbeeld voor meerdere jongeren. Zij zagen er enorm tegen op om in te stromen in de volwassen psychiatrie.

Respondenten vertelden in ieder geval over tien jongeren dat zij geen behoefte hadden aan zorg. Deze jongeren vertelden bijvoorbeeld niet altijd eerlijk hoe zij zich voelden. Zij verzetten zich soms zelfs actief tegen behandeling. Dit deden zij niet alleen door een oppositionele houding, maar bijvoorbeeld ook door zich beter voor te doen in het bijzijn van hulpverleners. Een gebrek aan vertrouwen in de hulpverlening lag hieraan vaak ten grondslag. Minstens zes van deze tien jongeren hadden geen goed contact met hulpverleners. Slechts enkele jongeren weigerden medicatie. Respondenten waren van mening dat als de jongeren betere ervaringen in het contact met hulpverleners gehad zouden hebben, dit hun hulpzoekend gedrag en therapietrouw zeker beïnvloed zou hebben.

Meerdere ouders vertellen tijdens het interview dat zij de zorg voor hun kind moeilijk of helemaal niet aan konden. In sommige situaties deden de ouders er alles aan om hun kind opgenomen te laten worden, omdat zij het kind voor hun gevoel niet (meer) konden helpen. Moeizaam gedrag en een gespannen sfeer creëerden in verscheidene gevallen extra afstand tussen de jongere en de rest van het gezin, wat dan vervolgens een gebrek aan ervaren steun voor de suïcidale jongere tot gevolg kon hebben. Andere ouders trokken zich, al dan niet tijdelijk, terug uit de opvoeding. Een aantal ouders gaf aan dat zij veel zouden hebben gehad aan steun en informatie. Zo hebben ouders om hulp gevraagd aan professionals en een enkel ouderpaar heeft een cursus gevolgd. Dit heeft hen echter niet genoeg geholpen om te gaan met de suïcidaliteit van hun kind.

11.3.3. Sociale media

Leeftijdsgenoten beschreven een interessante bevinding op het gebied van sociale media. Jongeren konden een identiteit ontwikkelen rondom de suïcidaliteit. Dit was ook een aspect waar bepaalde jongeren extra ontvankelijk voor bleken (zie 11.2.1). Respondenten beschreven hoe dit online werd uitgedragen. Jongeren zochten duistere plaatjes of quotes op. Sommigen maakten zelf *memes* met uitingen van hun negatieve gevoelswereld. Zij deelden dit via een tweede, anonieme account. Een respondent vertelde dat jongeren door online algoritmes steeds meer dingen te zien kregen die afgestemd waren op hun zoekgedrag. De jongeren konden op deze manier in een soort web terecht komen, waarin zij met toenemende frequentie werden geconfronteerd met beelden, filmpjes, verhalen en *memes* rondom suïcidaliteit. Alternatieve, positieve coping strategieën werden dientengevolge aan hun oog onttrokken. Er was in ieder geval van twee jongeren bekend dat zij betrokken waren bij *challenges* rondom suïcidaliteit.

Uit de interviews bleek dat ouders en docenten beperkt inhoudelijk zicht hadden op het (sociale) mediagebruik van de jongeren. Zij wisten over het algemeen welke media het kind gebruikte, maar niet precies wat daar gebeurde en wisten niet of de jongeren op forums over zelfdoding rondkeken of in welke community zij zaten. Ouders hadden daarbij een beknopt idee van de games die jongeren speelden en de films en series die zij keken. Veel ouders in dit onderzoek hadden bijvoorbeeld geen idee of de jongere de Netflix serie over zelfdoding, *13 Reasons Why*, had gezien. Zij dachten dat dit uitgesloten was als zij thuis geen Netflix hadden. Accounts worden echter regelmatig gedeeld door jongeren. Tot slot beschreven respondenten dat meerdere jongeren gekluisterd waren aan hun mobiele telefoon en daardoor slaap misliepen. Ouders kregen hier lastig grip op.

11.3.4. Clustering en imitatie

Binnen onze onderzoekspopulatie waren er verschillende regio's in Nederland waar binnen een kleine radius (hooguit ongeveer dertig kilometer, vaak kleiner) twee of meer van de jongeren woonden die suïcide pleegden. Daarnaast beschreven respondenten meerdere clusters in de interviews. 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. Mogelijk was er sprake van imitatie, maar dat is op basis van dit onderzoek niet met zekerheid te stellen. Het was voor respondenten vaak onbekend in welke mate er contact was, of er gesproken werd over de suïcidaliteit en in hoeverre dit van invloed was op de suïcidaliteit van de overleden jongeren.

Jongeren hadden diverse manieren en middelen om de suïcide soms minutieus voor te bereiden. Zij zochten via Google naar de meest effectieve of eenvoudige methodes, bezochten de plek waar zij het wilden doen, of bestelden de benodigdheden online. In totaal zijn 32 van de 35 jongeren door twee methodes om het leven gekomen. Het bleek uit verslagen van respondenten dat zij deze methodes en middelen allemaal gemakkelijk online konden vinden. Doordat jongeren online informatie winnen over suïcide, gaat de voorbereiding van de zelfdoding voorbij aan het oog van de buitenwereld.

11.3.5. LHBT-jongeren

Aangezien de groep onderzochte jongeren nog jong was (zie 3.2) waren er veel jongeren voor wie de seksuele voorkeur nog niet volkomen duidelijk was. Vijf jongeren zijn officieel uit de kast gekomen in hun directe omgeving en in ieder geval vier jongeren hebben hun vermoedens uitgesproken over hun seksuele oriëntatie. Uit de interviews komt naar voren dat er vaak geen inhoudelijk, oriënterend gesprek hierover gevoerd is door de twijfelende jongeren en zijn of haar ouders. In de interviews waren de ouders over het algemeen ook niet breedspakig als het ging om vraagstukken rondom seksualiteit en aantrekking. Gedragen door de verschillende perspectieven van ouders en leeftijdsgenoten kwam toch naar voren dat de in het onderzoek betrokken LHBT-jongeren last hebben gehad van verschillende vormen van minderheidsstressoren, bijvoorbeeld stigmatisering in de familiekring of in de kerkelijke gemeenschap of pesterijen. Er zijn geen transgender jongeren vertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie.

11.3.6. De laatste maanden

Ouders wezen in de laatste maanden bij leven van de jongeren, zowel voor jongeren met out-of-the-blue suïcides als die met een duidelijke aanloop, opvallende gedragingen en gebeurtenissen aan. In de laatste maanden viel ten eerste op dat slaapproblemen zich ontwikkelden of verergerden, de jongere regelmatig vermoeid was of zich vaker terugtrok. Een deel van jongeren wendde zich in de laatste periode sterk tot God of zij namen juist afstand van het geloof. Opvallend is ook dat enkele jongeren buiten religie om bezig waren met een vorm van bestaan na de dood. Het scheen dat zij de zelfdoding niet als definitief einde zagen van hun bestaan. Meerdere jongeren hadden in de laatste maanden voorafgaand aan de suïcide een ongelukkig gevoel over hun ervaringen op het gebied van romantiek. Tot slot heeft een aantal jongeren de sociale media-accounts gewist, waren uit een WhatsApp groep gestapt, of waren overall slechter bereikbaar.

Bij 23 van de 35 jongeren noemden de respondenten concreet een gebeurtenis kort voor de suïcide, die voor de jongeren mogelijk een aanzet gaf tot de suïcide. De omgeving van de jongere vond het echter moeilijk om in te schatten of de gebeurtenissen die zij beschreven daadwerkelijk een aanzet waren, omdat er misschien later in het leven nog iets gebeurd is waar zij geen weet van hadden. Wel staat vast dat het gaat om gebeurtenissen die kort voor de suïcide plaatsvonden. De beschreven gebeurtenissen kunnen ruwweg worden ingedeeld in tegenslagen op sociaal vlak, romantisch vlak, op het gebied van school en het toekomstbeeld van de jongere, of met betrekking tot problemen in de hulpverlening. De gebeurtenissen lijken te worden gekenmerkt door het verliezen van (soms een laatste) verbinding in het leven. Deze gebeurtenissen staan tevens symbool voor het laatste moment dat het mogelijk is om het risico op een suïcide te kunnen signaleren en op tijd hulp te kunnen organiseren.

12. Conclusies en aanbevelingen

12.1. Inleiding

Het verdiepend onderzoek naar de context van de suicides onder 10- tot 20-jarige jongeren in 2017 heeft een overzicht opgeleverd van een veelheid aan factoren die, in een veelheid van samenstellingen, een rol kunnen spelen bij suicide. De belangrijkste bevindingen, conclusies en hieruit voortkomende aanbevelingen zetten wij hieronder op een rij. Voordat wij dit doen is het goed om vast te stellen dat het huidige onderzoek bevestigt wat eerder wetenschappelijk onderzoek bij volwassenen én internationaal wetenschappelijk onderzoek bij jongeren aantoonde: elke suicide is uniek. Uniek in het samenspel van aanwezige risico- en beschermende factoren, in de manier waarop het al dan niet werd verwacht door de omgeving, in de al dan niet als steunend ervaren hulpverlening. Echter, altijd is er de constante van het grote verdriet bij nabestaanden.

De aanleiding voor deze studie was een piek in 2017 van het aantal suicides bij jongeren onder de twintig jaar. Intussen weten we dat in 2018 het aantal suicides in deze leeftijdscategorie weer rond het niveau van de jaren vóór 2017 lag. Het voorliggende onderzoek beantwoordt niet de vraag hoe deze piek in 2017 kan worden verklaard, maar geeft wel inzicht in welke factoren bijdragen aan suicides onder jongeren in Nederland. En of dit er nu 51 (2018) of 81 (2017) per jaar zijn; elke suicide is er één te veel.

De overgang van kindertijd naar puberteit en volwassenheid gaat in ieder leven vergezeld van problemen. Toch zijn sommige levens van jeugdigen dusdanig zwaar en problemen dusdanig groot dat zij denken aan suicide of zelfs suicide plegen. In de samenleving zien we een wens om jongeren te beschermen en te begeleiden in het volwassen worden. Wij hebben gesproken met ouders, broers, zussen, vrienden, leraren en hulpverleners en willen namens hen zeggen dat deze jongeren gemist worden.

Jongeren staan niet alleen. Zij worden omringd door vrienden, docenten en andere steunpilaren. Soms ook door de huisarts of andere hulpverleners. Sommige jongeren hebben geen stabiele thuissituatie, wonen niet thuis of hebben te maken met heftige gebeurtenissen. Juist dan is het nodig dat jongeren positief opgevangen worden en ergens terecht kunnen voor een luisterend oor of soms voor advies. Jongeren hebben dan een vangnet nodig van mensen die begripvol zijn en emotionele steun geven, mensen om hen heen waardoor zij weer kunnen terugveren. Opvoeden en opgroeien gaat immers altijd gepaard met afwegingen tussen veiligheid en vrijheid, tussen vertrouwen en controleren.

12.2. Psychologische autopsie, een bruikbare onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek werd de methode van psychologische autopsie uitgevoerd, een erkende aanpak voor het vergaren van kennis over de toedracht van suicides. Ouders die in 2017 een kind tussen de 10 en 20 jaar oud door suicide hadden verloren, zijn door forensisch artsen en huisartsen benaderd met de vraag om deel te nemen aan de psychologische autopsie. Van de 50 jongens en 31 meisjes die dat jaar suicide pleegden, werkten de nabestaanden van zeventien jongens en achttien meisjes uiteindelijk mee. In totaal zijn er 78 interviews afgenomen: 37 ouderinterviews en 41 interviews met andere informanten (negentien broers/zussen of vrienden/vriendinnen, elf docenten/mentoren en elf hulpverleners). Het interview was gebaseerd op eerdere psychologische autopsie studies in Europa, aangevuld met vragen van experts. Door middel van interviews met deze informanten werd in de diepte een beeld verkregen van de levensloop van de jongere, inclusief de aanleiding tot de zelfdoding en invloedrijke gebeurtenissen in de levensloop, en de betekenissen die hieraan gegeven zijn door de nabestaanden. Via door de ouders en hulpverleners ingevulde vragenlijsten zijn n risicokenmerken uitgevraagd en werden vragen gesteld over de diagnostiek en de ontvangen hulpverlening. Op basis van de interviews en vragenlijsten is achterhaald of, en zo ja hoe, de suicides onder de betreffende jongeren samenhangen met (een combinatie van) de volgende factoren: adolescentieproblematiek, de geboden hulpverlening, de invloed van sociale media, games en online series, clusters en imitatie, seksuele identiteit (LHB), niet Nederlandse herkomst en ook gebeurtenissen vlak voor de suicide zijn onderzocht.

Een waardevolle opbrengst van het onderzoek was de positieve waardering van ouders van het interview. Bijna alle ouders vertelden na afloop dat zij het prettig vonden om in een rustige en begripvolle sfeer het verhaal van hun kind te kunnen vertellen. Ouders waardeerden vooral dat de interviewers zonder oordeel naar hun verhaal luisterden en dat zij het complete verhaal, de hele levensloop van hun kind, konden vertellen. Vaak was het de eerste keer voor ouders dat zij dit konden doen.

Bij de uitvoering van het onderzoek kwamen ook een aantal knelpunten naar voren. Ten eerste bleek dat het in ons land ontbreekt aan een 'real time' landelijk registratiesysteem voor het systematisch bijhouden van zelfdodingen onder jongeren (aantallen, locatie en methode). Hierdoor weten we pas op het laatste

moment om hoeveel jongeren het gaat en kostte het de onderzoekers veel moeite om nabestaanden en huisartsen te achterhalen en is het niet gelukt een compleet beeld te krijgen van alle suïcides onder jongeren in 2017. Ten tweede was voor huisartsen het benaderen van de ouders niet altijd gemakkelijk. De onderzoekers hebben sommige huisartsen hierin geadviseerd. In een aantal gevallen besloten huisartsen om ouders niet op de hoogte te brengen van het onderzoek, omdat zij de ouders te kwetsbaar vonden, omdat zij zelf allang geen contact meer met de ouders hadden, of omdat de betreffende ouders niet meer in hun praktijk stonden ingeschreven.

12.3. Conclusies

Dit onderzoek had tot doel inzicht te verkrijgen in de toedracht van de suïcides onder 81 jongeren in 2017, via inzicht in risicofactoren en gebeurtenissen op diverse domeinen. In hoofdstuk 11 zijn de kernbevindingen per domein uitgebreid besproken en zijn van drie groepen vergelijkbare jongeren profielschetsen toegelicht.

Vanuit deze kernbevindingen volgen onderstaande conclusies:

Levensfaseproblematiek in de adolescentie

1. Hoewel de jongeren allemaal een unieke aanloop naar suïcide hadden, waren er binnen de onderzoeksgroep drie groepen jongeren met vergelijkbare kenmerken en problemen op school, namelijk:
 - a. Een groep onzekere meisjes met een perfectionistische instelling op school om deze onzekerheid te kanaliseren. Rond de start van de middelbare school, kwam er een knik in het functioneren. Ze kregen psychische problemen, verzuimden van school en kwamen steeds meer in een negatieve spiraal terecht. Bij deze groep meisjes was er de neiging tot het aannemen van een 'suïcidale identiteit', vooral tijdens opname wanneer jongeren elkaar in het negatieve gedrag versterkten.
 - b. Een groep van jongeren, vooral jongens, met een psychiatrische diagnose zoals autisme, ADHD en dyslexie, die weinig aansluiting hadden met leeftijdsgenoten en docenten, en moesten afstromen naar speciaal onderwijs.
 - c. Een groep jongeren bij wie de suïcide voor de nabestaanden onverwacht was (out-of-the-blue). Deze groep bestond enerzijds uit jongeren die gezien werden als makkelijk en vrolijk, anderzijds uit jongeren die juist stil, teruggetrokken en rustig overkwamen. Bij de jongens uit deze groep speelden er problemen op school in de aanloop tot suïcide.
2. Bijna de helft van de door suïcide overleden jongeren was op school gepest waardoor hun zelfwaardering onder druk kwam te staan. Vaak begon het pesten op de basisschool en zette het pesten zich voort op de middelbare school.
3. Er waren bij de overleden jongeren regelmatig gespannen situaties thuis. De impact en nasleep van scheidingen van ouders, de impact van suïcidaal gedrag op de gezinssituatie, een onveilige ouder-kindrelatie en gebrek aan een hechte band waren oorzaken hiervan.
4. In vergelijking met leeftijdsgenoten hadden relatief veel jongeren softdrugs of harddrugs gebruikt.

Verloop van de hulpverlening

5. Meer dan de helft van de jongeren had (een vermoeden van) één of meer psychiatrische diagnose(n) en bij de helft kwamen psychiatrische ziekten in de familie voor. Ruim de helft van de jongeren had eerder (meestal meerdere) suïcidepogingen gedaan.
6. Van de 35 overleden jongeren ontvingen 22 jongeren hulp voor psychische problematiek op het moment van overlijden of in de weken ervoor. Deze groep kenmerkte zich door de aanwezigheid van complexe en langdurig ernstige psychopathologie. De groep jongeren met complexe problemen is de vierde groep die in het onderzoek naar voren komt, naast bovengenoemde profielschetsen, en de grootste groep met gemene delers.
7. Ouders waardeerden de individuele inzet van hulpverleners. Zij uitten vooral kritiek op het systeem, namelijk:
 - a. Jongeren met complexe problematiek vonden moeilijk passende zorg en belandden vaak in een vicieuze cirkel van aanmelding, wachtlijsten, diagnostiek, afwijzingen en verwijzing;
 - b. De behandeling van jongeren met complexe problemen richtte zich vaak onvoldoende specifiek op het behandelen van de (chronische) suïcidaliteit;
 - c. Er was onvoldoende continuïteit van zorg;
 - d. De overgang naar volwassenpsychiatrie op 18-jarige leeftijd had vaak een negatieve impact op de jongeren;
 - e. Ouders vonden dat zij onvoldoende werden betrokken bij de behandeling en voelden zich niet gehoord;
 - f. De balans vinden tussen het organiseren van veiligheid door gedwongen zorg en het stimuleren van autonomie was voor zowel ouders als hulpverleners een terugkerend dilemma.

Invloed van sociale media, online series en challenges

8. Op verborgen accounts of via WhatsApp werden depressieve en suïcidale uitingen gedeeld. Jongeren ontwikkelden onder invloed van leeftijdsgenoten een 'suïcidale identiteit' en sociale media versterkten deze identiteit door algoritmes. Sociale mediagebruik in de kliniek kon helpend zijn maar ook suïcidaal gedrag verergeren. Daarnaast vonden jongeren via internet gemakkelijk methoden, locaties en tips om suïcide te plegen. Ouders hadden weinig zicht op het sociale mediagebruik van hun kinderen.
9. Zowel de cijfers van het CBS als de interviews bevatten geen directe aanwijzingen voor negatieve invloeden van de serie 13 Reasons Why. Wel waren er aanwijzingen voor challenges die aanzetten tot suïcidaal gedrag.

Clustervorming en kopieergedrag

10. Er waren op meerdere plekken vermoedens van clustervorming: op minstens drie plekken maakten meerdere jongeren binnen korte tijd (weken/maanden) een einde aan hun leven.
11. Op basis van dit onderzoek kunnen we niet met zekerheid vaststellen dat er sprake was van suïcideclusters van jongeren die elkaar direct kenden. Als kwetsbare jongeren geconfronteerd worden met een suïcide in hun regio, wordt het risico op imitatiegedrag vergroot. Mogelijk heeft dit mechanisme ook in 2017 regionale clusters veroorzaakt.

LHBT en jongeren met een migratieachtergrond

12. Over de jongeren met een lesbische, homoseksuele of biseksuele oriëntatie (LHB) werd gezegd dat zij in hun zoektocht naar hun seksuele identiteit niet altijd de steun en helderheid vonden waar ze behoefte aan hadden.
13. Migrantjongeren waren sterk ondervertegenwoordigd in het onderzoek en de rol van cultuur en etniciteit in relatie tot zelfdoding kon daarom niet worden onderzocht.

De laatste periode van het leven

14. In de laatste periode van het leven waren er vaak ingrijpende gebeurtenissen, zoals de overgang van de jeugd- naar de volwassenenpsychiatrie, negatieve beoordelingen op school en teleurstellingen in de liefde.
15. Jongeren vertoonden in de laatste periode meer terugtrek gedrag uit verschillende gebieden van het leven zoals school/studie, sociale relaties, sociale media en hulpverlening. Bij jongeren die aan zelfbeschadiging deden, of eerdere pogingen hadden gedaan, nam dit suïcidale gedrag toe in de laatste maanden.
16. Bij veel jongeren was er in de laatste weken of dagen nog sprake van een aantal fijne momenten, alsof ze op die momenten innerlijk al afscheid hadden genomen van vrienden en familie.

12.4. Aanbevelingen

Op basis van de veelheid aan bevindingen uit dit onderzoek naar de toedracht van suïcide onder jongeren in 2017, doen de onderzoekers onderstaande aanbevelingen aan bestuurders, organisaties en professionals op landelijk en lokaal niveau, in diverse domeinen.

1. In verbinding blijven met de suïcidale jongere

De verhalen van de overleden jongeren laten keer op keer een zich door de jaren heen verdiepende kloof zien tussen de jongere die in de problemen raakt en de mensen om de jongere heen. Er is sprake van een escalatieproces, waarin de jongere in een isolement raakt en afglijdt. Men raakt elkaar gaandeweg kwijt, ondanks de goede bedoelingen van naasten en professionals, op school en in de hulpverlening.

Verbinding en contact maken en houden, wat er ook gebeurt, is de eerste en overkoepelende aanbeveling gericht aan iedereen die in aanraking komt met een tiener met psychische problemen. Niet vanuit een professionele distantie hulp bieden maar samen in contact met de jongere bouwen aan hoop en een gezonde ontwikkeling, hoe lang dit proces ook duurt.

Om dit vol te kunnen houden moeten professionals zelf ook kunnen rekenen op steun vanuit een systeem dat het mogelijk maakt om met elkaar en met de naaste omgeving van de jongeren, zo nodig langdurig hulp en hoop te bieden aan iedere complexe jongere met suïcidale gedachten. De onderzoeksgroep adviseert om voor de komende jaren regionaal te zoeken naar zorgorganisatiemodellen die dwars door de huidige structuren heen hulpverleners in staat stellen om, in sterke samenhang met de eigen context, jongeren met complexe problematiek langdurig te begeleiden en behandelen. Een netwerk aanpak, waarin hulpverleners jongeren niet doorverwijzen maar zelf betrokken blijven en waarin de jongere merkt dat er zowel generieke als specialistische kennis is om om te gaan met de aanwezige problematiek.

2. Betere herkenning en aanpak van vroege signalen van suïcidaliteit op scholen en opvang na een suïcide

School is een belangrijke vindplaats voor het signaleren van psychische problematiek en suïcidaliteit onder jongeren. Dit onderzoek bracht opnieuw de factoren in beeld die een rol spelen bij suïcidaliteit onder jongeren en de signalen die suïcidale jongeren ook op school kunnen uiten als zij wanhopig zijn. Scholen zijn onmisbaar bij het opvangen van deze signalen en de vertaling naar suïcidepreventie, juist omdat veel jongeren uit zichzelf geen professionele hulp zoeken. Ook zijn scholen belangrijk in het voorkomen van kopieergedrag, na een suïcide van een leerling of docent.

Daarbij kent iedere school LHBT-leerlingen, die vaak nog zoekende zijn naar hun identiteit en/of hier negatieve reacties over moeten incasseren. School is een belangrijke plek om jongeren te informeren en veroordelen weg te nemen over seksuele diversiteit.

De onderzoeksgroep raadt onderwijsorganisaties in heel het land daarom aan expliciet beleid te ontwikkelen op het signaleren en voorkomen van psychische problemen en suïcidaal gedrag bij hun adolescente leerlingen. Onderdeel van dit beleid is screening op en effectieve vroeg signalering en vroeg behandeling van suïcidegedachten. Alleen trainen van medewerkers, hoe belangrijk ook, is niet voldoende. Er is meer nodig om te voorkomen dat tieners zo eenzaam en radeloos worden dat zij een einde aan hun leven maken. Op elke school zou professionele opvang na een suïcide van een leerling of docent moeten plaatsvinden [37].

Gelukkig bestaan er in ons land onderbouwde programma's gericht op het voorkomen van depressie en suicides op school. In de regio Zuid-Oost Brabant bijvoorbeeld, wordt ingezet op het regionaal implementeren van het programma Strong Teens & Resilient MINDS (STORM) [38,39]. De onderzoeksgroep beveelt aan om in meer regio's het programma STORM te implementeren. Het landelijke Suicide Preventie ActieNETwerk (SUPRANET) biedt hiervoor een goede context [40]. Ook nazorg aan medeleerlingen, na een suicide op school om kopieergedrag te voorkomen [37], kan binnen dit netwerk worden opgepakt.

De onderzoeksgroep raadt de stelselverantwoordelijken aan om, in navolging van andere landen, te onderzoeken op welke manier effectieve programma's voor vroeg signalering en vroeg behandeling van psychische problematiek en suicidaliteit, als een verplicht onderdeel kunnen worden opgenomen in de schoolcurricula, als onderdeel van het onderwijsprogramma aan leerlingen. En daarmee te onderzoeken of een wetgevend kader kan helpen om effectieve preventie strategieën in regionale netwerken modelgetrouw te implementeren. Daarnaast is er, los van de directe suicidepreventie aanpak, steeds meer onderbouwing voor de noodzaak van effectieve universele preventiestrategieën in het onderwijs, die jongeren versterken in hun veerkracht, mentaal welzijn en coping vaardigheden [41].

3. Ontwikkelen van samenwerking tussen formele en informele zorg tot preventieve netwerken

Het behandelen van suïcidaal gedrag bij jongeren is complex en er bestaat geen one-size-fits-all oplossing. De bestaande richtlijnen geven vaak onvoldoende richting bij het behandelen van jongeren met complexe problematiek. Een individuele op-maat aanpak, op geleide van richtlijnen en vanuit de samenwerking tussen de jongeren en hun ouders/verzorgers, is de beste aanpak. De onderzoeksgroep raadt de opleidingsinstituten in de jeugdzorg en GGZ aan om na te gaan hoe zij hulpverleners kunnen voorbereiden op deze complexe taken, door suicidepreventie in te bedden in de opleidingscurricula. Deze aanbeveling sluit aan op de eerder dit jaar aan de Tweede Kamer aangeboden petitie 'Suicides voorkomen met opleiding van artsen en hulpverleners'. Hierin wordt in bredere zin gevraagd om regulering van structurele inbedding van suicidepreventie in de opleidingscurricula van hulpverleners.

Opnames in een kliniek kunnen, vooral bij meisjes, de suicidaliteit versterken door contacten met andere opgenomen suïcidale jongeren. Hulpverlening van suïcidale jongeren dient daarom zoveel mogelijk plaats te vinden binnen een gewone omgeving, waarbij het formele en het informele netwerk gezamenlijk de problemen aanpakken.

Suicidepreventie is dus niet het werk van een enkele behandelaar, maar vraagt om een netwerk van professionals uit wijkteams, huisartsenpraktijk, jeugdzorg, GGZ, ziekenhuis en het onderwijs dat samen met ouders en naasten de gedeelde verantwoordelijkheid draagt voor de veiligheid van en zorg voor de suïcidale jongere. Uit de interviews is gebleken dat er momenteel lang niet altijd op deze manier wordt gewerkt. Voor het verbeteren van de kwaliteit en continuïteit van zorg aan suïcidale jongeren met complexe problemen, adviseert de onderzoeksgroep om in te zetten op de ontwikkeling van nieuwe, domein-overstijgende manieren van werken. Netwerken van formele en informele hulp, waarbinnen regionale afspraken worden gemaakt over taakverdeling, het delen van informatie, verwijsmogelijkheden en kennisuitwisseling over de veiligheid en hulp aan iedere individuele jongere met dreigende suicidaliteit. Een goed voorbeeld is het project Suïcidepoging Nazorg (SuNa) in Den Haag, dat nu in meer plaatsen wordt ingevoerd. Dit project biedt nazorg op de spoedeisende hulp voor mensen die een suïcidepoging hebben gedaan en zorgt voor toeleiding naar passende zorg om herhaling te voorkomen.

Daarbij onderschrijft de onderzoeksgroep, op basis van een van de conclusies uit dit rapport, het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om de jeugdhulpplicht op de korte termijn van 18 naar 21 of in sommige gevallen naar 23 jaar te verhogen en voor meer maatwerk te zorgen, zodat jongeren vanaf hun 16e aanspraak maken op voorzieningen buiten de Jeugdwet, zoals de Wmo of de Zvw (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), advies 'Leeftijdsgrenzen – Betere kansen voor kwetsbare jongeren', 2018).

4. Samenwerking in de behandeling tussen professionals en naasten en meer helderheid over het juridisch kader

De ouders in dit onderzoek hebben wederom het belang onderstreept van goede samenwerking tussen hen en de hulpverleners tijdens de behandeling van hun kind. Hieraan heeft het in de beleving van de ouders vaak ontbroken. Levensreddende kwesties in het omgaan met suïcidale jongeren bleven daarmee vaak onbesproken. Zoals het spanningsveld tussen het toegeven aan de behoefte

aan autonomie bij de jongere en het garanderen van voldoende veiligheid. Ouders moeten in het dilemma van veiligheid versus autonomie door hulpverleners meegenomen worden. Dat gebeurt vaak, doch tegelijk in een context waarin jongeren zeer ambivalent zijn en waarin jongeren en ouders anders denken over veiligheid versus autonomie. Vaak willen jongeren niet dat hun ouders betrokken worden, hetgeen juist een belangrijke risicofactor is. In het ideale geval ontstaat er een bondgenootschap van ouders en hulpverleners in de gezamenlijk zorg tegen de onmacht van de jongere.

Een belemmerende factor in de praktijk is echter de interpretatie van de privacywetgeving door hulpverleners, die defensief gedrag tot gevolg heeft. Vooral in de behandeling van jongeren vanaf 16 jaar voelt men zich klem zitten tussen privacyregels en zorgplicht. De onderzoeksgroep beveelt de overheid aan om, via 113 Zelfmoordpreventie, de beroepsverenigingen of andere gezaghebbende organen, hulpverleners in de jeugdzorg en GGZ 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 de defensieve houding van hulpverleners hopelijk verminderen en daarmee de samenwerking tussen ouders en hulpverleners vergroten. Helder moet worden wanneer de zorgplicht prevaleert boven de plicht tot geheimhouding.

Daarnaast worden de beroepsverenigingen en beroepsopleidingen aangeraden hun leden scholing aan te bieden in vaardigheden in het in de praktijk samenwerken met ouders en andere naasten tijdens de behandeling.

5. **Psychologische autopsie structureel organiseren om te leren van elke suïcide van jongeren**

Van suïcides bij jongeren kan veel worden geleerd, zo blijkt uit dit onderzoek en uit voorbeelden in het buitenland waar suïcides onder jongeren continu real-time worden gemonitord. De methode van psychologische autopsie genereert cruciale informatie die kan helpen bij het treffen van beleidsmaatregelen en preventieve aanpakken.

De onderzoeksgroep concludeert op basis van de ervaring in dit onderzoek, dat psychologische autopsie geschikt is om te worden toegepast. In een enkele regio in ons land hanteert de GGD deze werkwijze al en zijn de ervaringen positief. Bovendien heeft dit onderzoek ook laten zien dat psychologische autopsie ouders kan helpen bij het vertellen van hun verhaal. Daarmee is het een vorm van nazorg aan ouders en andere nabestaanden, iets wat op dit moment door hen node wordt gemist.

De onderzoeksgroep beveelt aan om de methode psychologische autopsie meer te gebruiken in Nederland. Eén van de manieren waarop dit georganiseerd kan worden is door alle GGD-en in Nederland de mogelijkheid te geven om zich de werkwijze van psychologische autopsie op een uniforme manier eigen te maken, zodat zij in hun eigen regio van elke suïcide kunnen leren. Een coördinerend landelijk netwerk van onderzoekers en forensisch artsen zou toezicht moeten houden op de uitvoering en kwaliteit van deze regionale autopsie en de informatie kunnen bundelen, zoals ook in dit onderzoek is gebeurd.

6. **Lerend systeem**

Gezien de lage frequentie van zelfdoding bij jongeren, maar tegelijkertijd de grote maatschappelijke impact van elke suïcide in deze jonge doelgroep, is een landelijk lerend systeem van groot belang. De kennis die regionaal wordt opgedaan door de psychologische autopsie dient regionaal en landelijk te worden teruggekoppeld aan zorgaanbieders en experts binnen expertisecentra en landelijke netwerken. Inmiddels zijn er landelijk al enkele initiatieven opgestart die met elkaar een lerend systeem vormen, zoals de plannen rond de bovenregionale expertisecentra en het SUPRANET-benchmark initiatief. Daar liggen in de komende jaren kansen om meer te leren door het gebruik van data. Continu leren van data over waar jongeren mee worstelen en welke interventies in de praktijk werken is nodig om beleidsmaatregelen te onderbouwen. Relevante gegevens zijn nu te veel versnipperd doordat de bronnen ervan uiteenlopend zijn: ambulances en ziekenhuizen, in huisartspraktijken, bij schouwartsen en CBS, bij GGD-en en in GGZ-instellingen. Verbeteren van de praktijk, zoals hiervoor besproken, vraagt om zoveel mogelijk real-time data en de betekenisvolle koppeling en verwerking daarvan. Onder landelijke coördinatie en in een context die AVG-proof is. In sommige regio's in ons land worden al stappen in deze richting gezet.

7. Vervolgonderzoek

Diverse vragen zijn na dit onderzoek nog niet beantwoord of juist ontstaan. De onderzoeksgroep pleit voor een langer lopend onderzoeksprogramma waarin in kaart gebracht wordt met welke interventies we suïcidale jongeren met complexe problemen en hun ouders kunnen helpen. Vanuit dit onderzoek verdienen de volgende vragen hierbij prioriteit:

- Welke interventies zijn effectief in het direct behandelen van suïcidaliteit bij jongeren, waaronder jongeren met een stoornis in het autisme spectrum en vooral jongeren met meerdere aandoeningen?
- Welke vormen van opvang op scholen zijn effectief in het voorkomen van suïcidaal gedrag onder jongeren met seksuele identiteitsvraagstukken?
- Is er een relatie tussen het gebruik van sociale media en suïcidaal gedrag bij jongeren? Wat is de invloed van online sociale netwerken daarbij? Hoe kunnen hulpverleners dit bespreekbaar maken en monitoren met jongeren en ouders? Zijn er effectieve interventies (te ontwikkelen) om positieve steun via sociale media voor jongeren met suïcidaliteit te faciliteren? Is vroegsignalering van suïcidaliteit bij jongeren via sociale media en met gebruikmaking van machine learning uitvoerbaar en effectief?

Dankwoord

We willen ons in het bijzonder richten tot de ouders die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. We bedanken de ouders voor het vertrouwen dat ze in ons gesteld hebben, de gastvrijheid waarmee ze ons ontvangen hebben, de openheid waarin de gesprekken gevoerd konden worden en voor de moed die ze hadden om zich kwetsbaar op te stellen. Wij bedanken de ouders dat zij de vragen uit het interview met zorg hebben beantwoord en belangeloos hebben verteld over het leven en het verlies van hun kind. Ze deden dit persoonlijk en liefdevol.

We zijn geraakt door de persoonlijke verhalen en de motivatie om het verhaal van hun kind te delen om van betekenis te kunnen zijn voor anderen. We kunnen niet genoeg benadrukken hoe belangrijk dit is geweest voor het onderzoek. Ook broers, zussen, neven, nichten, vrienden, leraren en hulpverleners bedanken we voor hun bereidheid het gesprek open aan te gaan en gevoelige informatie met ons te delen in het belang van het onderzoek.

Onze dank gaat ook uit naar Alice Schutte en Henk van de Beld voor hun grote inzet als senior interviewer. Dankzij hun gespreksvaardigheden, open houding, oprechte interesse en bereidheid om zich te laten raken, hebben zij ervoor gezorgd dat ouders hun verhaal konden delen. Door hun beroepsmatige ervaring en hun intrinsieke motivatie om van betekenis te zijn, hebben zij het intense verdriet waarmee de naasten geconfronteerd zijn en de impact ervan op het leven van nabestaanden op waarde kunnen schatten.

Tot slot zijn wij de leden van de begeleidingscommissie en de voorzitter professor Ad Kerkhof zeer dankbaar. Dankzij hun constructieve en wijze adviezen zijn wij in staat geweest om de uitvoer van het onderzoek goed te laten verlopen en de opbrengsten van het onderzoek goed te kunnen duiden en richting te geven.

Referenties

1. Gilissen R., Mérelle S., Franx G., Popma A (2018). Zelfdoding bij jeugd tot 20 jaar: eerste duiding van de cijfers. Opgesteld door 113 Zelfmoordpreventie, in samenwerking met experts, op verzoek van het Ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/09/18/zelfdoding-bij-jeugd-tot-20-jaar-eerste-duiding-van-de-cijfers>
2. Bijker L., M.M. Boere-Boonekamp, W.L.J.M. Duijst, J. Hoogenboezem, O. Sijperda, A.J.F.M. Kerk-hof (2015). Suicides onder kinderen en jongeren in de periode 1996-2012: informatie uit GGD-dossiers. *tijd-schr Jeugdgezondheidszorg*. DOI 10.1007/s12452-015-0015-9
3. Berkelmans G. & Gilissen R. (2018). Zelfdoding bij jeugd tot 23 jaar. Opgesteld door 113 Zelfmoordpreventie, in samenwerking met de werkgroep Jongeren en Suicide, op verzoek van het ministerie van VWS. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/21/zelfdoding-bij-jeugd>
4. Franx G., Mérelle S., Popma A. Suicide onder jongeren 2017: voortgangsrapportage september 2019 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/09/30/sucide-onder-jongeren-in-2017-voortgangsrapportage-september-2019>
5. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization (2014). https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
6. Mérelle S., Van Bergen D., Popma A. (2019). Suicide onder jongeren in 2017: een verdiepend onderzoek naar de achtergrond en aanleiding van de 81 suicides onder 10- tot 20-jarigen in Nederland (Versie 3: 31 januari 2019). Onderzoeksprotocol NL68348.029.18, METC VUmc.
7. Van Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <http://doi.org/10.1111/sltb.12084>
8. Portzky G., Audenaert K., van Heeringen K. (2005). Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: a case-control psychological autopsy study. *J Adolesc.*32:849-62. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.10.007.
9. Arensman E, Bennardi M, Larkin C, Wall A, McAuliffe C, McCarthy J, Williamson E, Perry IJ. Suicide among Young People and Adults in Ireland: Method Characteristics, Toxicological Analysis and Substance Abuse Histories Compared. *PLoS ONE* 11: e0166881. doi:10.1371/journal.
10. Arensman A. 2018. Ethics protocol. CONTINUATION OF THE SUICIDE SUPPORT AND INFORMATION SYSTEM. National Suicide Research Foundation (NSRF), School of Public Health, University College Cork.
11. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G, Dyregrov K. Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study. *Death Stud.* 2014 Jul-Dec;38(6-10):549-56. doi: 10.1080/07481187.2013.780113.
12. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord.* 2001 Mar;63(1-3):159-70.
13. Rebecca Soole, Kairi Kõlves & Diego De Leo (2015) Suicide in Children: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 19, 285-304; Freuchen
14. Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Grøholt BB (2012); Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. *Child and adolescent psychiatry and mental health. Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012 Jan 4;6:1. doi: 10.1186/1753-2000-6-1.
15. Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? an experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, Vol 18 No. 1.
16. GGD'en, GGD GHOR Nederland en RIVM. Standaardvraagstellingen jeugd. <https://www.monitorgezondheid.nl/vragenlijsten/vragenlijsten-jeugd>
17. Theunissen MHC, de Wolff MS, van Grieken A, Mieloo C (2016). Handleiding voor het gebruik van de Strengths and Difficulties Questionnaire binnen de Jeugdgezondheidszorg. TNO Child Health en Erasmus MC.
18. RIVM. Volksgezondheidszorg.info: cijfers en achtergronden. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gezondheidsmonitor-jeugd/psychosociaal#node-psychosociale-gezondheid-middelbare-scholieren-klas-2-en-klas-4>
19. Huisman A, Smits N, Kerkhof AJFM (2016). Signaleren van suicidaliteit bij jongeren met de VOZZ-vragenlijst. *JGZ Tijdschrift voor de Jeugdgezondheidszorg*.
20. Meerdinkveldboom J, Rood I, Kerkhof A (2016). Handboek suïcidaal gedrag bij jongeren Individuele en gezinsbehandeling. Boom uitgevers Amsterdam.
21. Nederlands Jeugdinstituut. Cijfers per onderwerp. <https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp>

22. Handboek suïcidaal gedrag (2019). Kees van Heeringen, Gwendolyn Portzky, Derek de Beurs, Ad Kerkhof (red.).
23. Boeije, H. (2002). A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews. *Quality and Quantity : International Journal of Methodology*, 36(4), 391-409. doi:10.1023/A:1020909529486
24. CBS (2018). <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/18/3-op-10-vijftienjarigen-wonen-niet-met-beide-ouders>
25. Feiten H, Boss E (2017). Handreiking LHBTi- emancipatie. Feiten en cijfers op een rij. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Handreiking-feiten-cijfers-lhbt%20%5BMOV-13351204-1.1%5D.pdf>
26. CBS. Jaarrapport 2018. Landelijke jeugdmonitor.
27. NIBUD (2015). <https://www.nibud.nl/beroepsmatig/jongeren-en-schulden/>
28. Arnett, J. (2012). *Adolescent psychology around the world*. New York, NY: Psychology Press.
29. Erikson, E.E. (1968). *Identity. Youth and Crisis*. NY: W. W. Norton & Company, Inc.
30. Mérelle S, Kleiboer A, Miriam Schotanus, Cluitmans TLM, Waardenburg CM, Kramer D, van de Mheen, van Rooij A (2017). Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? A large-scale cross-sectional study. *CLINICAL NEUROPSYCHIATRY*, 14: 11-19.
31. Niederkrotenthaler T, Stack S, Till B, Sinyor M, Pirkis J, Garcia D, Rockett IRH, Tran US. Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why. *JAMA Psychiatry*. 2019 May 29. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0922
32. Mesoudi, A. (2009). The cultural dynamics of copycat suicide. *PLoS ONE*, 4(9), e7252.
33. Marchant A, Hawton K, Stewart A, Montgomery P, Singaravelu V, Lloyd K, Purdy N, Daine K, Padmanton A (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*. 2017 Aug 16;12(8):e0181722. doi: 10.1371/journal.pone.0181722.
34. Padmanathan P, Biddle L, Carroll R, Derges J, Potokar J, Gunnell D. Suicide and Self-Harm Related Internet Use. *Crisis*. 2018 Nov;39(6):469-478. doi: 10.1027/0227-5910/a000522
35. Jordan (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *VOL. 41, NO. 10*, 614–621.
36. Joiner, T (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
37. Andriessen K, Kryszynska K, Kõlves K, Reavley N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. (2019) *Front Psychol*. 29;10:2677. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02677.
38. Gijzen MWM, Creemers DHM, Rasing SPA, Smit F, Engels RCME (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 18, 124.
39. STORM. www.stormaanpak.nl
40. Setkowski K, Mokkenstorm J, van Balkom AJ, Franx G, Verbeek-van Noord I, Dongelmans DA, Eikelenboom M, Gilissen R (2018). Feasibility and impact of data-driven learning within the suicide prevention action network of thirteen specialist mental healthcare institutions (SUPRANET Care) in the Netherlands: a study protocol. *BMJ Open*. 20;8(8):e024398. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024398.
41. Zalsman et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Bijlage 1: Betrokken personen bij het onderzoek Suicide onder jongeren 2017

Onderzoekswerkgroep (eindverantwoordelijk)

- Arne Popma (voorzitter), hoogleraar en kinder- en jeugdpsychiater Amsterdam UMC, locatie Vumc
- Saskia Mérelle, (projectleider), senior onderzoeker 113 Zelfmoordpreventie
- Renske Gilissen, manager onderzoek 113 Zelfmoordpreventie
- Gerdien Franx, programmamanager 113 Zelfmoordpreventie
- Maaike Nauta, hoogleraar klinische psychologie gespecialiseerd in kinderen en adolescenten, Universiteit Groningen
- Diana van Bergen, universitair docent Pedagogiek RUG en socioloog
- Onno Sijperda, forensisch arts, GGD Noord- en Oost-Gelderland
- Marlies Roosjen-de Feiter, beleidsadviseur MIND
- Nic Vos de Wael, beleidsadviseur MIND
- Lieke van Domburgh, Directeur Zorgkwaliteit Pluryn en stafid academische werkplaats Risicojeugd Amsterdam UMC, locatie Vumc
- Wico Mulder, beleidsadviseur Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en jeugdarts
- Daan Creemers, klinisch psycholoog i.o. en senior onderzoeker GGZ Oost Brabant
- Sanne Rasing, senior onderzoeker Universiteit Utrecht en GGZ Oost Brabant

Projectgroep 113 Zelfmoordpreventie (uitvoerend)

- Saskia Mérelle (projectleider), senior onderzoeker
- Gerdien Franx, programmamanager
- Renske Gilissen, senior onderzoeker
- Diana van Bergen, senior onderzoeker
- Anne Roos, interviewcoördinator
- Eva Becking, productontwikkeling
- Stefanie Michelis, communicatieadviseur
- Sander de Vries, klinisch psycholoog
- Milou Looijmans, junior onderzoeker
- Elias Balt, junior onderzoeker
- Laura Wiene, onderzoeksassistent
- Pommeline van der Post, onderzoeksassistent
- Thara Boot, onderzoeksassistent
- Katinka van den Berg, projectondersteuner
- Alice Schutte, senior interviewer
- Henk van de Beld, senior interviewer

Begeleidingscommissie (adviserend, stimuleren van veldpartijen)

- Ad Kerkhof (voorzitter), emeritus-hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie
- Ella Arensman, hoogleraar en director of Research with the National Suicide Research Foundation (NSRF), University College Cork
- Robert Vermeiren, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, dir. patiëntenzorg Curium LUMC
- Wilma Duijst, bijzonder hoogleraar forensische geneeskunde en gezondheidsstrafrecht, Maastricht University
- Frits Boer, emeritus-hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie
- Tobi Graafsma, hoogleraar klinische psychologie, Universiteit Suriname
- Britt van Beek, senior-beleidsmedewerker NIP
- Pim Jansen, jeugdarts GGD A'dam
- Taco van Mesdag, forensisch arts en voorzitter vakgroep Forensische Geneeskunde GGD GHOR Nederland
- Juriaan Vrind, beleidsmedewerker VNG
- Lucie Claessen, afdelingshoofd jeugd IGJ
- Gwendolyn Portzky, hoogleraar medische psychologie, Universiteit Gent
- Carola Bodenstaff, senior adviseur beleid Jeugdzorg Nederland
- Céline Blom, senior beleidsadviseur VO-raad
- Gonne Kelder (toehoorder), senior-beleidsmedewerker VWS
- Jenny Bosma (toehoorder), senior-beleidsmedewerker VWS

Klankbordgroep (adviserend)

- Kris van der Veen, kwartiermaker LHBT bij 113 Zelfmoordpreventie
- Stijn Loeffen, trainer en consultant 113 Zelfmoordpreventie
- René Broekroelofs, onderzoeker LHBT Movisie
- Roald van der Valk, beleidsmedewerker suicidepreventie, ProRail
- Catrien Reichart, kinder- en jeugdpsychiater LUMC
- Trude Nieuwenhuis, kinder- en jeugdpsychiater Karakter
- Isabelle Dobbe, adviseur MBO-raad
- Anja Lok, psychiater Amsterdam UMC, locatie AMC
- Bart Kruyver, forensisch arts bij GGD Hollands Noorden en GGD Kennemerland
- Jan Nieuwenhuis, studentendecaan Amsterdam UMC, locatie VUmc
- Jorien Kuijk, jeugdarts GGD IJsselland
- Rianne van der Zanden, senior wetenschappelijk medewerker Trimbos-instituut
- Jan Meerdinkveldboom, kinder- en jeugdpsychiater
- Jeroen Steenmeijer, kinder- en jeugdpsychiater De Bascule
- Marian de Groot, senior consultant expertisecentrum Handicap en Studie
- Leonie van Vuuren, epidemioloog GGD Amsterdam
- Auke Wiegersma, jeugdarts
- Marianne Boelema, senior inspecteur IGJ
- Jacquelijne Schraven, psychotherapeut Altrecht
- Marion Ferber, projectleider SuNa GGD Haaglanden
- René Broekroelofs, Movisie
- Boukje van Vlokhoven, VO raad
- Peter Hulsen, NCJ
- Joyce van der Wegen, CINOP
- Brechje Bos, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Maya Perfors, familierecht en mediation
- Ellen Vroonhof, Kindertelefoon
- Lionne Hietberg, Kindertelefoon

