

De jeugdverpleegkundige en suïcidaal gedrag binnen de Jeugdgezondheidszorg

*Hoe gaan jeugdverpleegkundigen om
met suïcidaal gedrag van jongeren
in het voortgezet onderwijs in Den Haag?
Wat zijn aandachtspunten hierbij?*





De jeugdverpleegkundige en suïcidaal gedrag binnen de Jeugdgezondheidszorg

Hoe gaan jeugdverpleegkundigen om met suïcidaal gedrag van jongeren in het voortgezet onderwijs in Den Haag? Wat zijn aandachtspunten hierbij?

Marjolein Donker
Sylvia Pen
Viola de Ridder Hagenaars
Regina van der Meer

Den Haag, december 2022

Met dank aan allen die dit onderzoek mede mogelijk hebben gemaakt: alle jeugdverpleegkundigen van het VO-team CJG Den Haag en in het bijzonder Mirian Rutgrink, jeugdartsen, Mary Berns, Nelly van der Meer (afdeling epidemiologie), Francissen Communicatie, Haagsblauw en Gemeente Den Haag.



Inhoudsopgave

Conclusie: De jeugdverpleegkundige vult haar signalerende rol bij suïcidaal gedrag goed in, maar wil meer mogelijkheden om iets met de signalen te doen	6
1. Jeugdverpleegkundigen nemen hun signalerende rol uiterst serieus	8
2. Jeugdverpleegkundigen hebben ook oog voor preventie, al vullen ze deze rol verschillend in	13
3. Vervolgstappen kunnen beter: doorverwijzing en afstemming met zorgprofessionals ..	16
4. Aanbevelingen: zorg voor laagdrempelige verwijzingsmogelijkheden en betere afstemming	23
5. Achtergrond van het onderzoek	24
Bijlage 1: Onderzoeksmethode	25
Bijlage 2: Cijfers Jongerenconsult	26
Referenties	30





Conclusie: de jeugdverpleegkundige vult haar signalerende rol bij suïcidaal gedrag goed in, maar wil meer mogelijkheden om iets met de signalen te doen

De mentale gezondheid van jongeren staat onder druk.^{1,2} Maatschappelijke verwachtingen nemen al jaren toe en de coronacrisis had ook een aanzienlijke impact op deze groep.³⁻⁵ Ten tijde van het invullen van de corona Gezondheidsmonitor Jeugd in 2021 gaf 20 % van de jongeren in Den Haag aan in de 12 maanden daarvoor een enkele keer tot heel vaak gedacht te hebben aan het beëindigen een eind te maken aan van zijn of haar leven; 5% heeft dit (heel) vaak gedacht.⁵ In 2021 maakten in heel Nederland 56 jongeren tot 20 jaar daadwerkelijk een einde aan hun leven. Het jaar ervoor waren dat er 62.⁶ Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren.⁷ Om suïcide te voorkomen is het belangrijk om suïcidaal gedrag vroegtijdig te signaleren en door te verwijzen naar specialistische hulp. De Gemeente Den Haag ziet het belang hiervan en wil graag onderzoek om suïcidepreventie waar nodig te verbeteren. Na een onderzoek onder Haagse huisartsen over dit onderwerp^{8,9}, zoomt GGD Haaglanden nu in op een andere groep professionals. Voor jongeren in het voortgezet onderwijs is de jeugdverpleegkundige een belangrijke professional in het vroegtijdig signaleren van suïcidaal gedrag. Aan hen is gevraagd hoe zij omgaan met signalen van suïcidaal gedrag onder jongeren in het voortgezet onderwijs en wat hierbij de aandachtspunten zijn? Dit rapport beantwoordt deze vragen.

WAT IS SUÏCIDAAL GEDRAG?

Onder suïcidaal gedrag wordt verstaan: het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.^{10,11}

Concreter gezegd spreken we van suïcidaal gedrag als iemand:

- gedachten heeft over zelfdoding en/of;
- de intentie heeft zichzelf te doden en/of;
- bezig is met het voorbereiden van zelfdoding en/of;
- een poging doet om zichzelf te doden.

Suïcidaal gedrag bestaat dus niet alleen uit handelingen, maar ook uit gedachten en gevoelens.

Dat kunnen ook zich opdringende, verontrustende beelden zijn van manieren om zichzelf te doden.¹¹

De conclusie van dit onderzoek:

Jeugdverpleegkundigen vullen hun signalerende rol bij suïcidaal gedrag goed in ...

Jeugdverpleegkundigen hebben een belangrijke rol bij het signaleren van suïcidaal gedrag en nemen deze rol uiterst serieus. De vragenlijst van het Jongerenconsult die leerlingen in het voortgezet onderwijs (VO) invullen helpt bij deze signalering en bij het inschatten van de ernst van suïcidaal gedrag. Jeugdverpleegkundigen blijken bij het doorverwijzen binnen de keten hun eigen manieren en voorkeuren te hebben. Ook in het kader van preventie vullen zij hun rol verschillend in.

... maar willen meer mogelijkheden om iets met de signalen te doen

Uit het onderzoek blijkt verder dat jeugdverpleegkundigen behoefte hebben aan meer mogelijkheden om iets met de signalen te doen. Een aanbeveling is om meer laagdrempelige hulp te creëren waar jongeren snel en zonder wachtlijst terecht kunnen. Verder is er behoefte aan betere afstemming tussen zorgprofessionals in de keten. Ook zou er vanuit preventief oogpunt meer aandacht besteed moeten worden aan het onderwerp mentale gezondheid.



LEESWIJZER

De hoofdstukken 1 t/m 3 lichten de conclusie toe met bevindingen uit het onderzoek. Hoofdstuk 4 doet een aantal aanbevelingen om suïcidepreventie onder jongeren verder te verbeteren. Hoofdstuk 5 geeft meer informatie over de achtergrond en aanleiding van dit onderzoek.

De bijlagen beschrijven (1) de onderzoeksmethode en (2) het kwantitatieve deel van dit onderzoek met de cijfers vanuit het Jongerenconsult over suïcidaal gedrag.

Over dit onderzoek

De onderzoekers spraken jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn op Haagse scholen in het VO. In bijlage 1 is meer informatie te vinden over het doel en de opzet van het onderzoek. Het onderzoek in grote lijnen:

- Er zijn 13 jeugdverpleegkundigen geïnterviewd die werkzaam zijn bij het Centrum voor Jeugd & Gezin (CJG) in Den Haag. Tevens zijn er twee jeugdartsen geïnterviewd, deze informatie is vooral gebruikt om de uitspraken van de jeugdverpleegkundigen te toetsen.
- Het onderzoek bestaat uit een kwalitatief en kwantitatief gedeelte. Het kwalitatieve gedeelte beschrijft de uitkomsten van de interviews met de jeugdverpleegkundigen, hetgeen de primaire focus van deze rapportage is. Het kwantitatieve gedeelte omvat cijfers over het aantal suïcidale gedachten en pogingen en hulp op gemeenteniveau over verschillende schooljaren voor en na de coronacrisis. De resultaten van het kwantitatieve gedeelte staan in bijlage 2 (Cijfers Jongerenconsult).
- De onderzoekers hebben semi-gestructureerde interviews afgenomen. Dit houdt in dat niet elke vraag in elk interview (op dezelfde wijze) is gesteld. Deze methode biedt de mogelijkheid om door te vragen en te verdiepen als antwoorden daar aanleiding toe geven.

Over de geïnterviewde jeugdverpleegkundigen en het Jongerenconsult

- De onderzoekspopulatie bestaat uit 13 jeugdverpleegkundigen die werkzaam zijn op verschillende VO-scholen in Den Haag. Zij zijn voor dit onderzoek geworven via een collega Jeugdverpleegkundige (zie bijlage 1).
- Deelnemende jeugdverpleegkundigen zijn een afspiegeling van de totale groep Haagse jeugdverpleegkundigen: zowel jeugdverpleegkundigen met veel ervaring, als jeugdverpleegkundigen die het vak pas kort beoefenen zijn benaderd. De meeste geïnterviewden voor dit onderzoek, hebben al enkele jaren ervaring binnen de zorg. Ongeveer de helft van hen heeft voordat zij als jeugdverpleegkundige begonnen, zorgervaring opgedaan binnen psychiatrie (variërend van 2-15 jaar). Daarnaast heeft het merendeel al minstens een aantal jaar (3-15) werkervaring binnen de jeugdgezondheidszorg elders.
- De meeste jeugdverpleegkundigen zijn werkzaam op scholen met verschillende schoolniveaus (vmbo en havo/vwo) en werken gemiddeld op drie verschillende scholen. Een enkele jeugdverpleegkundige is werkzaam op een internationale school of werkt op een school waar een grote groep leerlingen met een migratieachtergrond naar school gaat.
- Sinds 2013 wordt op Haagse VO-scholen het Jongerenconsult (ook wel VO2-contactmoment genoemd) afgenomen. Jongeren vullen een vragenlijst in over diverse onderwerpen, waaronder ook suïcidaal gedrag. De vragenlijsten worden afgenomen bij 3^e jaars vmbo-leerlingen en bij 4^e jaars havo/vwo-leerlingen. Op basis van de antwoorden die een jongere geeft vindt per onderwerp een risicotaxatie plaats, op basis waarvan een consult kan worden ingepland tussen de jeugdverpleegkundige en de jongere.
- Dit onderzoek richt zich met name op de rol van de jeugdverpleegkundige rondom het Jongerenconsult. In de eerste en tweede klas van het VO vullen de jongeren samen met hun ouders een vragenlijst in (ook wel VO1-contactmoment genoemd). Er is dan geen risicotaxatie: alle jongeren komen op gesprek bij de jeugdverpleegkundige. Bij deze eerste vragenlijst (VO1) zijn geen vragen opgenomen over suïcidaal gedrag.

Jeugdverpleegkundigen nemen hun signalerende rol uiterst serieus

Het signaleren is de eerste stap om jongeren met suïcidaal gedrag te helpen. Jeugdverpleegkundigen zien hierin een duidelijke signalerende rol voor zichzelf. Signalen bereiken de jeugdverpleegkundige via verschillende wegen, maar via de vragenlijst komt het grootste deel van de eerste signalen binnen. Het inschatten van de ernst van het suïcidale gedrag gebeurt vervolgens tijdens een consult met de jongere.

Jeugdverpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het signaleren van suïcidaal gedrag

Uit de interviews met de jeugdverpleegkundigen kwam duidelijk naar voren dat zij een rol voor zichzelf zien bij het signaleren van suïcidaal gedrag bij jongeren in het VO. De signalerende rol is een belangrijke rol, omdat hieruit de vervolgstappen zoals het inschatten van de ernst en de doorverwijzing volgen. Bijna alle jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze een veilige omgeving voor de jongere proberen te creëren zodat de drempel laag is en jongeren zich vrij voelen om hun problematiek en zorgen bespreekbaar te maken. Veel jeugdverpleegkundigen geven daarbij aan dat het opbouwen van een vertrouwensband met de jongere hierbij belangrijk is.

“

“Wat ik vooral belangrijk vind is dat ze zich gezien en gehoord voelen in het contact. Want ik haal die jongere uit de klas. Soms hebben ze die vragenlijst ingevuld en soms niet. En dan probeer ik eigenlijk contact te scheppen en te proberen dat ze zo open mogelijk kunnen praten. En daar investeer ik dan eigenlijk in. Van: is die ruimte er dat ze open kunnen zijn en dat ze de dingen kunnen bespreken.” – Jeugdverpleegkundige

“Ik heb ook wel eens een meisje gehad dat een uurtje later bij me terugkwam en zei: “Ik heb net gezegd dat het allemaal goed ging, maar het ging niet goed. Het gáát niet goed”. Dus dan heb je toch blijkbaar een snaar geraakt. Ik was heel blij dat ze terugkwam. Dat je dan toch blijkbaar in dat korte moment dat vertrouwen hebt opgebouwd dat ze denkt: Nou, daar moet ik toch wat mee. Dus in die zin is het wel een belangrijke taak die je hebt.” – Jeugdverpleegkundige

De vragenlijst helpt bij het signaleren

Via de vragenlijst en het consult dat daarop volgt, komen de meeste signalen van suïcidaal gedrag terecht bij de jeugdverpleegkundigen. In de vragenlijst komen verschillende onderwerpen aan bod, waaronder suïcidaal gedrag (zie bijlage 2). Leerlingen op het VO vullen vragen in over het hebben van suïcidale gedachten, eventuele suïcidepogingen en de mate van hulp die ze daarbij hebben of zouden willen. Op basis van de antwoorden wordt een risicotaxatie gemaakt en worden jongeren uitgenodigd voor een consult op indicatie. Alle jongeren vullen de vragenlijst in. Dat geeft jeugdverpleegkundigen een instrument om jongeren waarmee het mentaal minder goed gaat op te sporen. Soms geven jongeren dit zelf aan in de vragenlijst. Maar ook als jongeren een vraag niet willen beantwoorden of kiezen voor de antwoordoptie ‘Wil ik niet beantwoorden’ is dit een signaal voor verdere verkenning en worden de jongeren uitgenodigd voor een consult.



Alle jeugdverpleegkundigen zijn daarom positief over het gebruik van de vragenlijst als eerste screeningsmiddel. Omdat ook andere onderwerpen aan bod komen in de vragenlijst en een indicatie kunnen zijn voor hoe het met de jongere gaat, kunnen deze tijdens het gesprek een goede ingang zijn om suïcidaal gedrag bespreekbaar te maken. De vragenlijst wordt daarmee gebruikt om te signaleren, maar ook als handvat om het gesprek met de jongere aan te gaan. De jeugdverpleegkundigen geven wel aan dat de vragenlijst niet altijd signalen geeft dat er iets speelt bij de jongere (zie verderop in dit hoofdstuk).

“

“Als ze een antwoord geven op de vraag naar suïcidale gedachten dan komt er bij ons een indicatie naar boven van suïcidale gedachtes. En anders zou je er zelf niet zo snel over beginnen. Zouden ze in een gesprek aangeven dat ze niet lekker in hun vel zitten, dan ga je daar wel op in. Dus die vragenlijst van de derde en vierde klas dat het erin staat, dat helpt sowieso.” – Jeugdverpleegkundige

“Ten eerste hebben ze het waarschijnlijk in de vragenlijst al aangegeven. Dan krijg je een verhoogde SDQ-score (SDQ meet sociaal emotionele gezondheid). Waar zit ‘m dat in dat die score verhoogd is? Dan geven ze aan: ik zit niet lekker in mijn vel of ik zit wél lekker in mijn vel enzovoorts, prima. Niet lekker in hun vel, dan ga je kijken: waar zit ‘m dat dan in? Zit dat in het kind zelf of in de omgeving? Zit het in de school, worden ze gepest? Als je dat hebt uitgevraagd ga je kijken van: zijn ze inderdaad zelfbeschadigend of uiten ze het naar anderen toe – want dat kan natuurlijk ook nog zijn – en aan de hand daarvan kijk je: hoe sterk is iemand suïcidaal of niet.” – Jeugdverpleegkundige

Signalen komen ook op andere manieren binnen

Naast de vragenlijst en het consult, zijn er ook nog andere signalen waar de jeugdverpleegkundige rekening mee houdt. De meeste scholen organiseren zorgoverleggen waarbij meerdere hulpverleners aanwezig zijn die bij de school zijn betrokken. Tijdens deze overleggen staan leerlingen centraal die mogelijk extra zorg of aandacht nodig hebben. Verzuim, pesten, opvallende schoolresultaten of gedrag, of veel stress op school of thuis kunnen allemaal signalen zijn. Een enkele jeugdverpleegkundige geeft aan dat het soms ook voorkomt dat de leerling zelf, dan wel een medeleerling of de ouders die zich zorgen maken, contact opnemen met de school.

“

“Ik heb nu wel kinderen die af en toe wel binnenlopen en zeggen: ja ik kan aan u alles vragen? En die had je anders gemist. Ook al lijkt het op de vragenlijst goed, meestal gaat het wel goed. Maar soms kom je erachter dat er dingen niet zo lekker lopen en dan zou je kunnen voorkomen dat kinderen later ooit sombere gedachtes krijgen. Als er veel stress is met echtscheidingsproblematiek; als er veel stress is in het algemeen. Als pesten of weet ik wat.” – Jeugdverpleegkundige

“Wij sluiten ook aan bij de zorgoverleggen van de scholen en daar ploppen ook wel eens leerlingen op dat je denkt van: heb ik deze leerling gezien? Moet ik daar iets mee of niet? Is er hulpverlening betrokken? Dus je hebt wel meerdere netwerken waar je gebruik van kan maken.” – Jeugdverpleegkundige

Tijdens het consult schat de jeugdverpleegkundige de ernst van het suïcidale gedrag in

Tijdens het consult verkent de jeugdverpleegkundige de ernst van het suïcidale gedrag verder. Wanneer de signalen niet meteen duidelijk aangeven of een jongere suïcidaal gedrag vertoont, geven sommige jeugdverpleegkundigen aan dat zij proberen te vertrouwen op hun onderbuikgevoel en/of doorvragen. Verder overleggen ze met collega's, vertrouwen ze op hun ervaring en letten ze ook op de non-verbale communicatie van de jongere, om zo een betere inschatting te maken van het suïcidale gedrag.



Door goed door te vragen tijdens het gesprek met de jongere, kan de jeugdverpleegkundige een hoop achterhalen. Sommige jeugdverpleegkundigen gebruiken de GIZ- methodiek¹ als gesprekstool om de problematiek beter in kaart te brengen. De regie ligt bij deze methode vooral bij de jongere.

“

“Dus je moet echt wel goed doorvragen en durven benoemen. Daar heb ik niet zoveel moeite meer mee. Vroeger wel. En dan is het ook nog non-verbaal heel goed voelen of het klopt wat iemand zegt. Iemand kan enorm popiejopie uit de hoek komen van: het gaat allemaal goed. En ergens voel je toch: er zit iets onder waar je geen grip op krijgt. Dan moet je wel een beetje gaan nadenken” - Jeugdverpleegkundige

“Dat is dan toch een beetje aftasten van: hoe is jouw netwerk? Heb je vrienden waar je dit mee deelt? Ben ik de enige waar je dit nu tegen hebt gezegd? Of zijn er ook anderen die ervan weten? Dus je moet veel meer informatie hebben dan alleen maar: ik zit niet lekker in mijn vel, ik zie het leven niet meer zitten. Want als je daar goed op doorvraagt, dan is het ook heel vaak dat kinderen niet zeggen: ik wil dood. Maar ik wil gehoord worden. Ik wil hulp. Het benauwt me allemaal. Ik heb te veel stress. Dus dan is het niet zozeer: ik wil dood. En als je dat dan goed uitvraagt: is het echt dat je dóód wil? Of is het meer dat je rúst wil? Ja, ik wil eigenlijk meer rúst. Ja, dan zie ik het niet dat iemand actief iets wil, maar wel: het is me allemaal te veel en ik wil daar wat mee.” - Jeugdverpleegkundige

Overleg met collega's en eigen ervaring ook belangrijk bij inschatting ernst

Bijna alle jeugdverpleegkundigen ervaren het contact met collega's en de inhoudelijke afstemming als zeer positief. Het contact met collega's helpt bij het dubbelchecken of ze een goede inschatting hebben gemaakt, of een nieuwe denkrichting of eyeopener vinden.

“

“Als ik ergens over een casus inzit, dan bel ik eigenlijk wel direct mijn collega-verpleegkundigen. Ik heb daar een aantal van in mijn team, waar ik anoniem mijn casus bespreek. In dat opzicht ervaar ik ook laagdrempeligheid. Als ik die bel dan krijg ik toch advies van: hee, hoe doe jij het? Het idee wat ik erover heb van: doe ik dat goed? Dus dat ervaar ik als heel fijn.” - Jeugdverpleegkundige

Daarnaast geven de jeugdverpleegkundigen aan dat ervaring maakt dat ze hun werk goed kunnen doen. Door ervaring met de doelgroep of in de GGZ, ervaring met (motiverende) gespreksvoering technieken en natuurlijk ervaring binnen het VO-team, vindt men het niet eng of moeilijk om over suïcidaal gedrag te praten. Het werkt ook bevorderend om een goede theoretische basis te hebben. Door al wat langer op een school te zitten, kennen leerlingen de jeugdverpleegkundige en weten ze waarvoor ze bij hen terecht kunnen.

“

“Want wat ik natuurlijk ook een beetje wil uitvragen is in hoeverre somberheid of depressiviteit speelt. Maar ik denk dat dat wel weer komt vanuit mijn expertise vanuit de psychiatrie. Want ik denk dat als je geen ervaring hebt vanuit de psychiatrie, dan is het wel een stuk moeilijker.” - Jeugdverpleegkundige

¹ De Gezamenlijke Inschatting Zorgbehoefte (GIZ) is een gespreksmethodiek waarmee de professional samen met de jeugdige de krachten, ontwikkel- en zorgbehoeften snel en adequaat in kaart brengt [Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) – GIZ. Online geraadpleegd op 13 december 2022]



Het is belangrijk om te blijven bijleren

Bijna alle jeugdverpleegkundigen geven aan dat nascholing, training, intervisie en casusbespreking van belang zijn om hun rol goed uit te voeren. Ook al is het soms een herhaling, het helpt de jeugdverpleegkundige om alert te blijven. Hier is al aandacht voor binnen het CJG en jeugdverpleegkundigen zien dat dit bevorderend werkt om hun taken goed uit te voeren, maar hebben ook een sterke behoefte om dit type kennis bevorderende activiteiten voort te zetten, zodat de aandacht voor het onderwerp blijft en ze alert zijn op signalen bij de jongeren die ze zien.

Drie kanttekeningen bij de signaleringsfunctie

De jeugdverpleegkundigen nemen hun signalerende functie dus uiterst serieus en lijken die goed uit te voeren. Zij maken er echter zelf drie kanttekeningen bij. In de eerste plaats ervaren zij belemmeringen in hun werk door het beroepsgeheim en doordat zij voor het delen van informatie toestemming nodig hebben van jongeren ouder dan zestien jaar. In de tweede plaats zijn zij zich er zeer goed van bewust dat het onmogelijk is om álle jongeren met suïcidaal gedrag in het vizier te krijgen. Als laatste kanttekening geven de jeugdverpleegkundigen aan dat de screeningsvragenlijst helpend is, maar ook beperkingen kent.

Beroepsgeheim en weigering toestemming om informatie te delen

Jongeren van 16 jaar of ouder mogen zelf beslissen of informatie met hun ouders of verzorgers gedeeld mag worden. Niet iedere jongere wil dit, bijvoorbeeld omdat hij/ zij geen hulp wil of het niet wil delen met de ouders. Jeugdverpleegkundigen willen niet het vertrouwen van de jongere kwijtraken en tegen hun wens ingaan. Daarbij kost het toestemming vragen in het toeleiden naar zorg ook veel tijd. Vooral in grensgevallen is het lastig: als de veiligheid van de jongere in het gedrang is, mag de jeugdverpleegkundige vanuit de zorgplicht wel informeren zonder toestemming. In ernstige situaties, bij verwijzing naar het crisisteam, is dit overigens geen probleem.



“Dát kost soms trouwens wel wat tijd: al die toestemming vragen. En dat is logisch, maar soms is dat wel een beetje vertragend in het hele traject. Buiten het feit natuurlijk als het acuut is, dan mag je daar overheen stappen. Maar als het niet heel erg acuut is dan kan dat soms wat langer duren voordat je stappen kan zetten.” – Jeugdverpleegkundige

“Nee. Wat ik zelf heel erg lastig vind is als je geen toestemming krijgt om de ouders te bellen. Dan vraag ik ze nog wel eens terug om ze uiteindelijk toch daar te krijgen. Op het punt te zitten van: en NU ga ik wel bellen. Dat vind ik een hele lastige. De afweging tussen vertrouwen houden, winnen, en daadkrachtig kunnen zijn. Hoe iemand me daarbij kan helpen, dat weet ik niet. Ik denk dat dat gewoon ervaring is, doen, alert blijven.” – Jeugdverpleegkundige

Niet iedereen is goed in het vizier

Als een jongere zich anders voordoet of niet eerlijk is, maakt dit het signaleren van suïcidaal gedrag lastig. Het gesprek met de jongere is kort en kan net plaatsvinden wanneer het suïcidale gedrag, dat een momentopname kan zijn, even minder is. Ook kunnen jongeren hun eigen problemen bagatelliseren, wat het inschatten van de ernst lastig maakt. Hoewel het om een relatief kleine groep gaat, kunnen taalproblemen en cultuurproblemen ook een belemmering zijn bij het signaleren en doorverwijzen. Het probleem uitvragen en daardoor het inschatten van de ernst is moeilijker wanneer een tolk nodig is. In sommige culturen rust er bovendien een taboe op het open zijn over je mentale gezondheid en hier hulp voor zoeken.

“

Jeugdverpleegkundige over taalbarrières en andere culturen: *“Die gaan heel anders om met leven en dood en suïcidale gedachtes, bijvoorbeeld bij Hindoestaanse gezinnen. Ik noem maar een voorbeeldje. Dat is gewoon niet bespreekbaar binnen het gezin, dat je daarover spreekt, of dat je daarover denkt überhaupt. Daar schamen ze zich vaak ook voor. En dat is ook een taak voor ons dan om het soms ook een beetje te normaliseren dat je in je ontwikkeling, dat het ook wel erbij hoort dat je denkt: als ik er niet meer zou zijn, hoe zal het leven er dan uit zien voor mijn ouders of mijn zus. En wie zal er verdrietig zijn en wie niet. En dat is wel iets Hollands, Nederlands dat je, ja, over je gevoel praat en wat je denkt en wat je vindt en dat is niet binnen alle culturen.”* – Jeugdverpleegkundige

De screeningsvragenlijst kent ook beperkingen

Hoewel de vragenlijst helpend is in het signaleren van suïcidaal gedrag, zijn er ook beperkingen. Jongeren kunnen de vragen namelijk sociaal wenselijk invullen. Daarnaast is het belangrijk dat de jongere open staat voor hulp, anders zullen ze de vragenlijst ook niet eerlijk invullen. Zo geeft een geïnterviewde jeugdverpleegkundige aan dat wanneer een jongere echt iets van plan is, dit ook zal lukken. Er is dus altijd een kans aanwezig dat er ondanks de vragenlijst jongeren niet worden ondervangen of er doorheen glippen.

“

“Want er zijn gewoon leerlingen die er helemaal geen zin in hebben en gewoon maar wat invullen. Of leerlingen die naast elkaar zitten en grappig proberen te zijn. Dus zeker niet voor 100%. Daarnaast, zoals ik al eerder zei, moet een leerling ervoor openstaan om hulp te krijgen denk ik, want anders zeggen ze niks en vullen ze toch in dat het allemaal goed gaat.”
– Jeugdverpleegkundige

Naast het niet eerlijk beantwoorden van de vragenlijst, is het ook mogelijk dat jongeren de vragen verkeerd interpreteren. Omdat de vragenlijst lang is en de tijd om deze in te vullen beperkt, kan het zijn dat vragen niet goed begrepen worden en het gekozen antwoord niet passend is. Dit kan vooral spelen bij leerlingen met een lager niveau. Niet alleen het gesprek met de jongere, ook het invullen van de vragenlijst is een momentopname. Beantwoording kan daarom afhankelijk zijn van de stemming van de jongere. Ook is het mogelijk dat jongeren nadenken over de dood zonder direct suïcidale gedachtes te hebben. Wanneer de vraag over suïcidale gedachtes wordt beantwoord met “wil ik niet beantwoorden”, kan het betekenen dat de jongere het onderwerp te moeilijk vindt om hun eigen problematiek bespreekbaar te maken of te definiëren.

“

“Er zijn heel veel jongeren die kruisen het aan. Want de eerste vraag is best wel...heb je er wel eens over nagedacht om een einde aan je leven te maken? En dat wordt best redelijk vaak, vind ik dan, aangekruist. En vraag je erover door, dan lijkt het best wel mee te vallen. Zo van: ja, ik denk het wel eens over na, maar dat was een tijdje terug, of dat was vroeger toen ik werd gepest en nu helemaal niet meer. Het is nu niet meer aan de orde. Dat krijg je best wel veel terug.” – Jeugdverpleegkundige

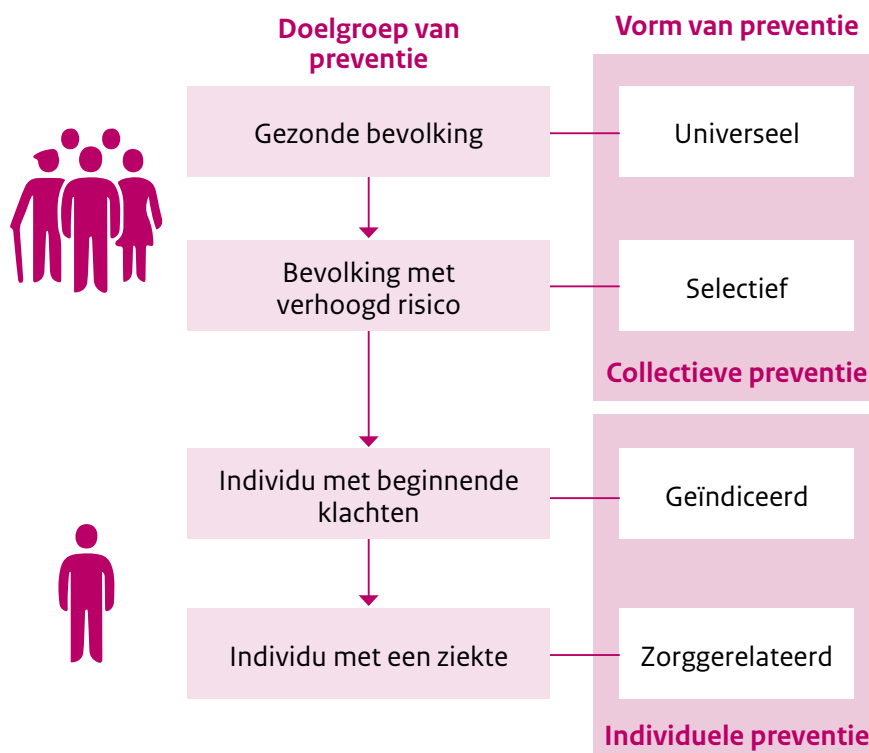


2

Jeugdverpleegkundigen hebben ook oog voor preventie, al vullen ze deze rol verschillend in

De jeugdverpleegkundigen vinden hun signalerende rol het belangrijkste, maar de meesten vinden dat zij ook kunnen bijdragen aan de *preventie* van suïcidaal gedrag. Hoe ze dat doen, hangt af van de definitie die zij hanteren. Preventie van suïcidaal gedrag in het voortgezet onderwijs kan zich richten op individuen óf op het collectief. Op het individuele niveau zien de meeste jeugdverpleegkundigen een rol voor zichzelf. Binnen de collectieve preventie wat minder.

Figuur 1 geeft verschillende vormen van preventie weer. Als het gaat om preventie van suïcidaal gedrag, vinden de meeste jeugdverpleegkundigen dat zij een rol hebben op het individuele niveau. Collectieve preventie zou meer weggelegd zijn voor andere instanties, zoals de scholen zelf of GGZ-instellingen, of zou samen met de jeugdverpleegkundigen moeten worden opgepakt.



Figuur 1 – Vormen/indelingen preventie naar doelgroep.

Overgenomen op 29-11-2022 van de website van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Wat is preventie? - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (loketgezondleven.nl)

Binnen de individuele preventie zien de meeste jeugdverpleegkundigen een rol voor zichzelf

De meeste jeugdverpleegkundigen zien voor zichzelf een rol binnen de individuele, geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie. Tijdige signalering van mentale problemen en eventueel suïcidaal gedrag, kan verergering van problemen voorkomen. Door het onderwerp op een laagdrempelige manier bespreekbaar te maken, kan de jeugdverpleegkundige er ook voor zorgen dat de jongere zijn of haar zorgen en problemen deelt met diens omgeving, en hulp vraagt. Hierin wordt een preventieve rol vervuld.

“

“Ik denk dat het goed is het altijd wel bespreekbaar te maken. Dat ze niet denken dat het onderwerp raar is, of denken “dat moet ik voor mezelf houden”. Dat je daarmee al een heleboel mee omvat. Dat ze weten dat ze het kunnen bespreken. Dat scheelt wel een hele hoop. Ik denk dat daar wel een stukje preventie in zit.” – Jeugdverpleegkundige

“Nou, het is meer: als wij deze jongeren niet zouden zien en niet zouden spreken... doordat wij er specifiek naar vragen zijn ze vaak meer open om er iets over te vertellen. Zouden wij dat niet doen, dan zou het misschien veel later pas aan bod komen en dat de leerling dan mentaal veel dieper zit en veel meer eventuele hulp nodig zou hebben. Of misschien zelfs een poging hebben gedaan. Dat houdt voor mij die preventie in. Dat je voorkomt dat het erger wordt.” – Jeugdverpleegkundige

Daarnaast geven jeugdverpleegkundigen aan dat zij jongeren tijdens het consult adviseren en informeren over websites met informatie over mentale gezondheid. Via deze weg kunnen zij jongeren wijzen op de mogelijkheden die al bestaan voor het voorkomen van ernstigere mentale klachten en suïcidaal gedrag.

Universele preventie vinden de meeste jeugdverpleegkundigen meer iets voor anderen

Enkele jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij vanuit hun functie weliswaar verergering van mentale problemen en/of suïcidaal gedrag kunnen voorkomen, maar dat preventie niet hun voornaamste rol is. Bij preventie op universeel niveau is volgens de meeste jeugdverpleegkundigen meer een rol weggelegd bij de scholen zelf, schoolmaatschappelijk werk of GGZ-instellingen zoals YOUZ of Mentaal Beter. Via een grootschaligere aanpak kunnen zij zich richten op de doelgroep. Een enkele jeugdverpleegkundige geeft aan dat er op school meer aandacht mag komen voor preventie.

“

“Er zou veel en veel meer ruimte op scholen moeten komen om met leerlingen in de groep te werken: hoe ga je met elkaar om. Hoe krijg je verbinding met elkaar (...) het zit ‘m altijd, dat durf ik echt te zeggen, in het geen verbinding meer voelen met de mensen om je heen. En in de pubertijd, zeker de leeftijdsgenoten. Pestgedrag, niet gezien worden, je anders voelen dan anderen. Met niemand je gevoel kunnen delen. Wat ze heel lastig vinden op die leeftijd. Ik heb zo vaak leerlingen dat ik zeg: je zegt dat je het met niemand durft te delen, maar je wil niet weten hoeveel leerlingen ik hier krijg met hetzelfde verhaal als jij. Ik durf te wedden dat als jij tegen je beste vriendin vertelt dat ze zegt: oh ja, dat ken ik wel. Maar dat vinden ze zo moeilijk.” – Jeugdverpleegkundige

Een enkele jeugdverpleegkundige oppert de suggestie om meer aandacht aan mentale gezondheid te besteden door het onderwerp bijvoorbeeld op te nemen in bepaalde lessen of door voorlichting te geven op de scholen. De JGZ kan hierin ondersteunen.





“Ik merk dat als ik op school ben en ik vertel: ik ben verpleegkundige of verpleegkundig specialist dan denken ze allemaal: oh, dan moet ik wegen of meten en kijken of het met mijn gezondheid goed gaat. En dan zeg ik: nee, ik kom ook om te kijken hoe het met je psychische gezondheid gaat. En dan zie je ze kijken: oh, oh. En je merkt dat dat toch een beetje ondergeschoven kindje is ook. En ik heb al vaker gezegd: ik denk dat het heel goed is om dat in je primaire preventie in een soort groepsles te geven of zo. (...) ik denk dat dat best van meerwaarde kan zijn.” – Jeugdverpleegkundige

“Ik heb een tijdje met Youz (GGZ-instelling) samen de Happy Les (Interventie ter bevordering van welbevinden en geluk, en ter preventie van depressieklachten bij jongeren.) gedaan op school. Dat deed ik samen met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Youz. En dat gaat dan meer over geluk. Hoe gelukkig ben je? En wat doe je eraan? Maar dat is ook wel een heel stukje mentale gezondheid zeg maar, en dat zou eigenlijk moeten worden ingebed in het onderwijs vind ik. In, weet ik het, bij biologie, ik noem maar wat. Dat je ook een les verzorgt over de psyche en over je mentale gezondheid.” – Jeugdverpleegkundige

Overigens geven enkele geïnterviewden aan wel degelijk een rol te zien in universele preventie. Immers, omdat iedere jongere wordt uitgenodigd voor het Jongerenconsult, komt ook iedere leerling op het VO in aanraking met de JGZ. Daarvoor biedt het Jongerenconsult een mooie gelegenheid voor de jeugdverpleegkundige om het gesprek aan te gaan en betrouwbare informatie te geven over verschillende onderwerpen waar jongeren tegenaan lopen in de puberteit, waaronder mentale gezondheid. Hierbij is het van belang dat de jeugdverpleegkundige de rol op zich neemt om de jongeren van juiste en betrouwbare informatie te voorzien.

Van de jeugdverpleegkundigen die een preventieve rol voor zichzelf zien, geeft een groot deel aan dat zij de preventieve rol vervullen door hun zichtbaarheid binnen de school te vergroten. Op deze manier verlagen ze de drempel voor leerlingen om bij hen aan te kloppen om een gesprek aan te gaan. Door deze rol te vervullen, kan de jeugdverpleegkundige bewustwording over het onderwerp mentale gezondheid in de bredere zin creëren binnen het VO en binnen de doelgroep.



“Het is zo’n doolhof op het internet: wat is nou betrouwbare informatie? En dat vind ik eigenlijk de kracht van de JGZ. Dat wij eigenlijk alle leerlingen uitnodigen. Want als je al een selectie maakt, dan heb je al een bepaalde richting voor kinderen die je uitnodigt. En nu nodig je iedereen uit en geef je iedereen in ieder geval een kans voor een kennismaking met JGZ, wie wij zijn en wat wij kunnen betekenen.” – Jeugdverpleegkundige

“Maar wat je bespreekt, (...), dan heb je het over: wat is puberteit? Wat past daarbij? Ik leg altijd uit dat stemmingswisselingen daarbij passen. En dat ze ook momenten kunnen hebben van: ik zie het helemaal niet meer zitten. En dat betekent niet dat je dood wilt, maar wel dat je gewoon in je pubertijd zit. Dat je last hebt van stemmingswisselingen en dat dat heel normaal kan zijn voor leerlingen. En dat is voor leerlingen ook wel eens fijn om te horen. Dat ze niet denken: oh, ik heb wat. En als je wel wat hebt, dat dat ook niet erg is. Dat je allemaal met life events te maken hebt en dat je juist daarbij hulp kunt vragen van de JGZ. Of schoolmaatschappelijk werk op school. Dat je die hulp van anderen kan accepteren. Of van je mentor. Gewoon gesprekjes aangaan. Dus in dat opzicht is het een preventieve meerwaarde.” – Jeugdverpleegkundige

Vervolgstappen kunnen beter: doorverwijzing en afstemming met zorgprofessionals

Wie een probleem signaleert, wil ook bijdragen aan de oplossing. De jeugdverpleegkundigen bieden zelf geen hulptraject aan, maar signaleren en verwijzen door. Velen kennen de zorgketen goed en hebben hun eigen manieren gevonden om die zo goed mogelijk te benutten voor jongeren. Dat neemt niet weg dat bepaalde aspecten beter kunnen: er is behoefte aan laagdrempelige doorverwijzingsmogelijkheden en aan meer afstemming tussen zorgprofessionals in de keten.

Manier van doorverwijzen hangt af van meerdere factoren

Naast de ernst ook individuele factoren die zorgen dat de keten verschillend wordt benut

De jeugdverpleegkundige ziet een rol voor zichzelf bij het doorverwijzen naar de juiste zorg of hulp voor de jongere wanneer dit nodig is. De jeugdverpleegkundige is op de hoogte van welke stappen er moeten worden ondernomen wanneer er sprake is van acuut of subacuut suïcidaal gedrag.

Onderscheid in acuut en subacuut suïcidaal gedrag

Vooraf de ernst van het suïcidale gedrag bepaalt naar welke instantie of hulpverlener de jongere wordt doorverwezen. De ernst wordt ingeschat aan de hand van de ingevulde vragenlijst en het gesprek met de jongere (zie hoofdstuk 1). Wanneer het suïcidale gedrag acuut is, is het voor jeugdverpleegkundigen duidelijk welke stap zij moeten nemen en schakelen ze het Crisis Interventie Team (CIT) in. Wanneer het suïcidale gedrag subacuut is, kijkt de jeugdverpleegkundige aan de hand van de problematiek en de behoeftes van de jongere wat hier het beste op aansluit. In overleg met vaak een jeugdarts maar ook de ouders van de jongere, wordt er een hulplan opgesteld.

Wat duidelijk naar voren kwam uit de interviews is dat jeugdverpleegkundigen hun eigen weg en manieren hebben gevonden binnen de zorgketen. Dit is in belangrijke mate afhankelijk van de ernst van het suïcidale gedrag. Maar ook de kennis, voorkeur en eerder opgedane ervaring van de jeugdverpleegkundige hebben hier invloed op. Daarnaast spelen het netwerk van de jongere en de voorkeur van de jongere en diens ouders of verzorgers mee. Enkele jeugdverpleegkundigen hebben aangegeven dat ze het belangrijk vinden om een stukje autonomie bij de jongere zelf te houden. Binnen de doorverwijzing is het namelijk van belang dat de jongere gebruik maakt van de eigen omgeving en de situatie en hulpbehoefte deelt met bijvoorbeeld zijn of haar ouders of verzorgers. De jeugdverpleegkundige vervult hierin een begeleidende rol en legt waar nodig dit contact.



“

“Ik ga, nou ja goed, eerst in gesprek met leerlingen. Wat er precies aan de hand is. Hoe vaak het voorkomt. Hoe ver ze gaan. Of ze ook wel eens een poging ondernomen hebben. Of ze mensen kennen die het hebben. Maar ook: wie vertrouwen ze? Wie vertellen ze dingen. Weten ouders ervan? Andere mensen die ervan weten. Dieper doorvragen. En dan is mijn eerste stap de ouders bellen. Ouders uitnodigen. En dan, ja, dan is mijn lijn, omdat je eigenlijk al een verwijfsbrief nodig hebt, via de huisarts. En het informatie geven over 113, crisisteam. Ligt er een beetje aan hoe ernstig iets is. Waar je dan eventueel terecht kan. Maar ook waar je informatie kan vinden. Hoe je als ouder ermee omgaat. Hoe je als leerling ermee omgaat. Wat voor hulplijnen je hebt via internet, dat soort dingen.” – Jeugdverpleegkundige

“Dan zou ik eerst vragen [aan de leerling] of het mag om de school in te lichten, want dat is vaak wel handig. Om zijn/haar ouders te bellen en vaak doe ik dat bellen helemaal aan het einde van de dag. En dan zeg ik: dan heb je zelf rustig de tijd, als je thuis bent, om het aan je ouders te vertellen dat ze een belletje kunnen verwachten en waarover. Dat ze zelf de kans krijgen om het te vertellen en dat die niet denken: oh, waar komt dit nu weer vandaan?”
– Jeugdverpleegkundige

Waar de betrokkenheid van de jeugdverpleegkundige ophoudt, is afhankelijk van haar verantwoordelijkheidsgevoel

Zoals hierboven beschreven is het passend doorverwijzen afhankelijk van een goed uitgevoerde signalering, maar ook van de kennis, ervaring en voorkeuren van de verpleegkundige, de voorkeur van de jongere en zijn of haar ouders. Ook het verantwoordelijkheidsgevoel van de jeugdverpleegkundige is van invloed op het doorverwijzen.

Enkele jeugdverpleegkundigen benoemen in het interview zich sterk verantwoordelijk te voelen voor het begeleiden van de jongere naar waar hij/zij terecht kan met diens hulp/zorgvraag.

“

“Want het is wel belangrijk – dat is wel mijn taak – dat er zorg is geregeld rond die leerling.”
– Jeugdverpleegkundige

De meeste jeugdverpleegkundige geven aan dat hun rol ophoudt na het doorverwijzen. Tijdens het consult geeft de jeugdverpleegkundige aan dat er een mogelijkheid is tot een aantal gesprekken, maar dat verdere zorg en behandeling worden overgedragen aan de hulpverleners die daarvoor bedoeld zijn. Daarbij wordt door sommige jeugdverpleegkundigen benadrukt dat de verantwoordelijkheid stopt wanneer de jeugdverpleegkundige er zeker van is dat de jongere de juiste zorg ontvangt of zal ontvangen.

“

Over waar de rol van de jeugdverpleegkundige stopt: “Ik heb wel zoiets van: als ik andere hulpverlening heb ingeschakeld dan koppel ik nog wel een keer terug naar ouders en leerling of het goed gaat en hoe het gaat. En of die hulp voldoende is. Maar als dat dan zo is, dan sluit ik het daarna ook af. Als ouders en leerling tevreden zijn dan sluit ik het af.”
– Jeugdverpleegkundige

“Ook eigenlijk vind ik het bijna niet te doen is om al die kinderen waar wat mee is, die wel al ergens aan verbonden zijn qua zorg, om dat allemaal te blijven checken of dat goed blijft gaan. Dan weten die kinderen ook wel dat ze bij mij terecht kunnen, en de ouders, als het niet goed gaat. Dus moet je ook niet te zwaar die verantwoordelijkheid dragen en ligt het vooral bij het signaleren en niet zozeer het blijven volgen van het proces. Alleen wanneer het niet goed loopt denk ik dan. Maar dat kan je niet allemaal ondervangen denk ik.”
– Jeugdverpleegkundige

Een enkele jeugdverpleegkundige voelt na het doorverwijzen nog de behoefte en verantwoordelijkheid om contact te houden met de jongere, om er zeker van te zijn dat de jongere ergens goed is geland.



“Als iemand het voor het eerst op tafel legt dan heb ik gewoon verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat er geluisterd wordt. Dat er anderen op de hoogte worden gebracht, ouders met name want die kennen het kind goed. En dat die dan de volgende stappen doen met de huisarts. En daarna heb ik dan de controlerende rol van: klopt het? Loopt de zorg? Is er zorg? Is er iets mee gedaan? Soms heeft een jongere nog behoefte aan een extra gesprek met de jeugdverpleegkundige, dan ben ik zo betrokken dat ik de jongere dan nogmaals spreek, maar dat vind ik gewoon ook mijn vak: dat ik gewoon even blijf checken, ik ben vaak op school – lukt het, gaat het?. Dat is ook belangstelling.” – Jeugdverpleegkundige

“Nou, ik doe meestal een beetje zo’n eerste 3 maanden een check van: je bent net begonnen. En dan check ik nog wel over een tijdje of het echt goed loopt. En daarna laat ik het wel een beetje los.” – Jeugdverpleegkundige

Jeugdverpleegkundigen hebben behoefte aan laagdrempelige hulp en betere afstemming

Jongeren toeleiden naar de juiste zorg, is niet altijd makkelijk. Belemmeringen zijn de wachtlijsten in de GGZ en de woonplaats van sommige jongeren (als ze uit een randgemeente komen, is het lastig voor Haagse jeugdverpleegkundigen om door te verwijzen, omdat de zorg in de eigen woongemeente moet worden afgenomen). Er is behoefte om het zorgaanbod en de toeleiding naar dit aanbod te verbeteren, door laagdrempelige hulpverlening die snel kan worden opgestart en betere afstemming tussen professionals in de keten.

Behoefte aan laagdrempelige hulp om naar door te verwijzen

Jeugdverpleegkundigen hebben behoefte aan laagdrempelige hulp waar jongeren met subacuut suïcidaal gedrag zonder verwijzing of (lange) wachtlijst terecht kunnen. Dit kan bijvoorbeeld een gesprek zijn met een maatschappelijk werker of praktijkondersteuner bij de huisarts, lotgenotencontact in de vorm van een groepstraining of een maatje vanuit het Jongeren Info Punt (JIP). Daarnaast is het in sommige culturen taboe om te praten over je mentale gezondheid en therapie te krijgen of naar een psycholoog te gaan. Voor hen is het beter om de zorg laagdrempelig en onder een andere noemer aan te bieden.



“Omdat er bij sommige jongeren wel sprake is van suïcidaal gedrag en dat je ze eigenlijk gunt dat ze veel eerder met iemand in gesprek kunnen gaan over hoe het met hen gaat en het proces al gemonitord kan worden en dat er wat minder druk op ze ligt. Dat er meer plek is voor hulp. Dat kunnen wij niet oplossen, maar dat zou ik ze wel gunnen. Wat voor mij het meest helpend is, is dat ik ze ergens naartoe kan leiden zonder dat er weken wachttijd is. Kijk en als die wachttijd langer is dan gaan we wel weer kijken hoe we dat kunnen overbruggen. Is er iets wat ik zou kunnen doen in het uiterste geval? Of is dat iemand binnen de school of de thuisomgeving, weet je. Dan ga je daarover in overleg van wie dat vangnet zou kunnen zijn in de komende periode. Dat is voor mij het grootste stuk dat voor mij helpend zou kunnen zijn. En dan moet ik overigens wel zeggen dat ik mijn ervaring het nog vind meevallen hoe lang jongeren moeten wachten op een gesprek omdat het bij het CJG best wel relatief snel doorloopt.” – Jeugdverpleegkundige





“Het JIP doet ook hele goede dingen vind ik. Die hebben ook wel eens maatjes waardoor je de ergste laag daar weg kan halen. Kijk, suïcide is natuurlijk een uitvloeisel van een ander probleem. Zo zijn er nog wel een aantal organisaties die laagdrempelig hulp kunnen geven, maar het zou mooi zijn als een leerling aangeeft: ik denk erover. Ik heb nog geen concrete plannen, maar zo erg is het nou ook weer niet. En ik kan dan zeggen: joh ik heb een collega, zou je het fijn vinden om net als met mij daar ook nog eens over te praten. Dan weet ik zeker dat ze ja zeggen. Maar niet als ik ook nog voor de huisarts een formulier moet invullen. Want dan wordt het te groot. Pubers willen het niet zo groot hebben. Het moet laag blijven.”

– Jeugdverpleegkundige

Laagdrempelige hulp zou het wachten op de GGZ enigszins kunnen ondervangen

Jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze een gat/lacune zien in het huidige zorgaanbod. Ze begrijpen dat het probleem rondom de wachtlijsten in de GGZ groot en complex is, en daardoor niet eenvoudig op te lossen. Hoewel dit niet direct impact heeft op het werk van de verpleegkundigen, is er wel frustratie dat jongeren soms zo lang moeten wachten op de juiste hulp, waardoor problemen in de tussentijd kunnen verergeren.



“En daarmee de combinatie dat er nu heel veel wachtlijsten zijn voor de GGZ maakt het niet makkelijk voor kinderen om gelijk hulp te krijgen. En dat merk ik wel; dat je overal tegen wachtlijsten aanloopt. Je signaleert een probleem, maar daar kan je niet gelijk wat mee, want er zit eigenlijk geen direct vangnet. Ja, of je moet gelijk naar het CIT. Maar dat is dan wel weer gelijk heel heftig. Dan moet je bedenken: Is het zo heftig dat het CIT erbij moet komen?”

– Jeugdverpleegkundige

“Want hoe langer je natuurlijk wacht met andere psychische problemen, hoe eerder er een soort uitzichtloosheid kan ontstaan. Waardoor je dan toch denkt van: “het leven is allemaal niet zoveel meer waard”. En dat merk ik wel. Zeker als ik dan meisjes spreek en je wilt ze helpen, dat ik er wel gelijk ook bij ga zeggen van: Het is niet zo dat ik je gelijk op dit moment in hulpverlening kan terecht laten komen. Dat is wel een nadeel vind ik.”

– Jeugdverpleegkundige

Jongeren uit randgemeenten kunnen nu niet goed worden doorverwezen

De jeugdverpleegkundigen kunnen leerlingen die niet in Den Haag wonen maar daar wel op school zitten, niet goed doorverwijzen. Deze jongeren moeten namelijk zorg ontvangen in hun eigen gemeente. Het toeleiden en doorverwijzen naar zorg stagneert hierdoor vaak, omdat de jeugdverpleegkundige daar geen netwerk heeft en te maken heeft met andere partijen voor hulpverlening. Laagdrempelige hulp houdt ook in dat het voor alle leerlingen beschikbaar moet zijn.



“Hebben ze te maken met het CJG, dan zal ik CJG Delft of Zuid-Holland West bellen. En dan heb je Leidschendam. Je hebt Nootdorp. Noem maar op. Dan moet je dus kijken. Wij werken in Den Haag met gezinscoaches, maar daar werken ze weer anders. En dan kom ik gewoon onder op de stapel. Dat is echt een ramp, en dan hoop je dat ouders dat actief kunnen oppakken. Vaak doe ik het via huisartsen omdat dat de snelste manier is. Ik heb daar niet mijn netwerk liggen en daar verschuiven natuurlijk ook regelmatig mensen dus dan heb je wel eens een contactpersoon, maar die is er dan niet meer. Ik ben altijd blij als een kind in Den Haag woont, want dan kan ik het snel oppakken. Anders voel ik het zo in mijn rugzak hangen en dan stagneert het. En dan denk ik: ik ben van de signalering. En dan gaat het niet verder en dan vind ik het heel jammer dat ouders soms heel lang moeten wachten. En dan krijg je terug van bijvoorbeeld een aanmelding: ouder is niet meer gemotiveerd. En dan denk ik: ik begrijp het. Als jij 4 maanden moet wachten op je intake, dan ben je inderdaad niet meer gemotiveerd. Daar loop ik wel tegenaan, dat vind ik wel jammer.”

– Jeugdverpleegkundige



Jeugdverpleegkundigen hebben behoefte aan betere afstemming tussen professionals in de keten

Hoofdstuk 1 liet zien dat bijna alle jeugdverpleegkundigen positief zijn over de afstemming met hun collega-verpleegkundigen over specifieke casussen. Binnen het VO-team loopt deze onderlinge afstemming dus over het algemeen goed, wat bevorderend is voor de rol van de jeugdverpleegkundige. Een enkele jeugdverpleegkundige geeft aan dat deze afstemming beter zou kunnen, door betere beschikbaarheid en bereikbaarheid van collega's.

Daarnaast spreken zij de behoefte uit aan kortere lijntjes en betere afstemming binnen het gehele hulpverleningsnetwerk. Binnen school bijvoorbeeld kan het helpen om de juiste zorg te bieden door casussen multidisciplinair te bespreken en af te stemmen met andere zorgverleners of professionals binnen de school, zoals de zorgcoördinator. Ook is er volgens de jeugdverpleegkundigen bij niet acuut suïcidaal gedrag een tekort aan coördinatie en samenwerkende partners en worden zij belemmerd in hun rol wanneer er veel wisseling is van mensen in de keten.



“Het doorverwijzen. Dat er gewoon wachtlijsten zijn. Daar loop ik tegenaan. En in sommige gevallen is het lastig dat je alleen op een school gesprekken doet en dus niet makkelijk even kan overleggen. Met school kan je niet overleggen. En collega's zijn ook niet altijd bereikbaar. Iedereen draait spreekuur in de ochtend bij wijze van spreken. De jeugdarts heeft ook overleg. Dus acuut overleggen kan niet altijd. En dan kan je natuurlijk wel bellen totdat je iemand aan de telefoon krijgt. Het is makkelijker wanneer je op 1 locatie met z'n allen zit. Toen ik bij de psychiatrie werkte en je had een onderbuikgevoel bij een patiënt, dan had je nog 3 collega's rondlopen met wie je kon overleggen. Als ik geen ingang had bij diegene, dan had mijn collega wel een ingang bij iemand. En dat heb je natuurlijk niet. Je bent alleen.”

– Jeugdverpleegkundige

“Op zich bel ik ook wel de jeugdarts bij ons, maar ik merk wel dat die toch minder goed te benaderen zijn, ook omdat we binnen het VO daar een tekort aan hebben. Dus eer die terugbellen gaan er een paar dagen overheen, terwijl je sommige dingen gelijk wil overleggen. Ik denk dat we daar ook nog wel een verbeterpunt in kunnen maken. Zeker als je risicovolle dingen moet bespreken, dan vind ik dat in de lijn ook artsen als eindverantwoordelijke of in ieder geval medeverantwoordelijke in meegenomen moeten worden.”

– Jeugdverpleegkundige

Betere afstemming en doorverwijzing gaan ook werkdruk tegen

Als jeugdverpleegkundigen soepeler kunnen afstemmen met andere hulp- en zorgverleners en makkelijker kunnen doorverwijzen, helpt dit niet alleen het hulpverleningsproces maar verlaagt dit ook de werkdruk van de jeugdverpleegkundige.



“En het stukje wat wel misschien handig zou zijn voor ons, want eigenlijk zijn we wel echt van de primaire preventie, dus ik ben geen hulpverlener. Is dat je dat, eigenlijk zou het mooi zijn als je in gesprek gaat met een leerling en je signaleert het, dat je het dan direct over zou kunnen dragen aan iemand die dat stukje oppakt. En daar met die leerling naar de hulpverlening toe gaat of dat er een soort overbruggingsperiode is. Wat voor ons zeg maar heel erg zou ontlasten. Ik denk dat dat nog wel helpt.”

– Jeugdverpleegkundige



Over werkdruk lopen de meningen enigszins uiteen

Een aantal jeugdverpleegkundigen benoemt dat de bezetting binnen het CJG laag is, waardoor zij een hoge werkdruk ervaren. Opvallend is dat er ook jeugdverpleegkundigen zijn die geen hoge werkdruk ervaren. Doordat zij solistisch werken houden ze zelf goed de regie over hun taken en daarmee de werkdruk. Een jeugdverpleegkundige geeft aan dat het belang van de jongere voorop staat, waardoor ze de tijdsdruk probeert los te laten wanneer er iets aan de hand is.

Ook jeugdartsen vinden afstemming belangrijk

Ook uit de interviews met de jeugdartsen blijkt dat zij het als hun taak zien dat zij een aanspreekpunt zijn voor de jeugdverpleegkundigen. De jeugdartsen die zijn geïnterviewd vinden het belangrijk om beschikbaar te zijn voor de jeugdverpleegkundige, om te overleggen of voor een doorverwijzing naar de GGZ.



“Ja, ik zou zeggen: aanspreekpunt voor de jeugdverpleegkundige voor alles. Zij zien natuurlijk veruit de meeste leerlingen. Eigenlijk alle leerlingen wel. Dat zij iemand hebben om op terug te vallen.” – Jeugdarts

“En wat je vooral denk ik ook nodig hebt is goed overleg met je jeugdarts. Omdat het om zulke heftige dingen gaat, dat moet je niet alleen oppakken. Dat moet je altijd wel even met iemand overlegd hebben. Voor de rest: wat we vooral nodig hebben om goede zorg te kunnen geven is voldoende tijd en voldoende mensen om het aan iedereen aan te kunnen bieden. En als ik kijk naar wat we aan formatie hebben.. Soms vallen er mensen uit of gaan met bijvoorbeeld zwangerschapsverlof. Ja, dan kan het gebeuren dat sommige scholen niet bediend worden of niet helemaal bediend worden omdat er dus leerlingen zijn die de vragenlijst niet invullen. Dat vind ik aan de ene kant dus preventief, aan de andere kant, ja...je mist misschien wel leerlingen. Dat vind ik wel zorgelijk. Dus dat is denk ik het allerbelangrijkste, zorgen dat we alle onderzoeken kunnen doen op de scholen zodat de mogelijkheid er is voor de kinderen om bij iemand aan te kloppen of tegen iemand te zeggen: ik heb hulp nodig. Of ik ben suïcidaal of iets anders.” – Jeugdverpleegkundige

Jeugdverpleegkundigen zijn benieuwd naar wat het suïcidepreventie programma Sumona inhoudt en kan bieden

De onderzoekers waren benieuwd of de jeugdverpleegkundigen Sumona kennen. Tijdens de interviews is hier daarom specifiek naar gevraagd.

Sumona is een programma gericht op suïcidepreventie: “dankzij oplettende hulpverleners binnen en buiten de zorg worden personen met een verhoogd suïciderisico gesignaleerd en aangemeld bij een lokaal team van casemanagers. Middels laagdrempelig contact wordt een luisterend oor geboden. Vaste monitoringscontacten en casemanagement op maat leiden tot passende zorg en hulp in het sociaal domein. Met aandacht voor cliënt en naasten wordt gestreefd naar minder suïcides en suïcidepogingen.”

Veel jeugdverpleegkundigen kennen alleen SuNa, wat gericht is op de nazorg na een suïcidepoging. Ze zijn niet bekend met Sumona en wat deze partij kan bieden. Uit de interviews blijkt dat de jeugdverpleegkundigen open staan voor samenwerking met Sumona, maar dat het eerst duidelijker moet zijn wat het precies inhoudt en wat zij kunnen bieden, en of ze ook voor jongeren zijn en voor jongeren in de randgemeenten. Jeugdverpleegkundigen hebben behoeften aan laagdrempelige hulp, zonder wachtlijst en snellere doorverwijzing naar de GGZ, dus ze zouden het fijn vinden als Sumona hierin kan ondersteunen.



Figuur 2 – 5 kernelementen suïcidepreventieprogramma Sumona

Overgenomen op 12-01-2023 van de website van SuNa Haaglanden.

Suïcidepreventieprogramma - Sumona ([Sumona - Suïcidepreventie, monitoring en nazorg](#))



Aanbevelingen: Zorg voor laagdrempelige verwijzingsmogelijkheden en betere afstemming

Jeugdverpleegkundigen geven aan dat zij hun signalerende en doorverwijzende rol kunnen uitvoeren, en dat zij oog hebben voor preventie. Uit dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen voortgekomen. Het creëren van laagdrempelige hulpverlening, aandacht behouden voor het onderwerp suïcidaal gedrag, verbeteren van de afstemming in de keten en het zorgen voor voldoende capaciteit binnen het CJG zijn aandachtspunten die de rol van de jeugdverpleegkundige zouden kunnen optimaliseren.

Zorg voor laagdrempelige hulpverlening

Zorg voor hulpverlening die snel kan worden opgestart, waar geen of een korte wachtlijst is en waar jongeren met subacuut suïcidaal gedrag zonder verwijzing terecht kunnen, dus ook de niet-Haagse jongeren uit randgemeenten. Dit kan bijvoorbeeld een gesprek zijn met een maatschappelijk werker of praktijkondersteuner bij de huisarts, lotgenotencontact in de vorm van groepstraining of een maatje vanuit het Jongeren Info Punt (JIP). Ondanks dat velen de organisatie Sumona nog niet kennen, zoals beschreven in hoofdstuk 3, zou de organisatie mogelijk kunnen aansluiten op de behoefte aan laagdrempelige hulpverlening.

Behoud de aandacht voor het onderwerp suïcidaal gedrag

Behoud de aandacht voor het onderwerp suïcidaal gedrag door het geven van nascholing en training en het houden van intervisiebijeenkomsten voor de jeugdverpleegkundigen. Dit houdt de jeugdverpleegkundige scherp en zorgt dat ze alert zijn op signalen die ze ontvangen tijdens hun werk met de jongeren. Door daarnaast ook meer aandacht aan het onderwerp mentale gezondheid te geven op de scholen, bijvoorbeeld met voorlichting en het onderwerp in bepaalde lessen op te nemen, komen leerlingen al eerder in aanraking met het onderwerp. Daarmee is er ook voldoende aandacht voor universele preventie.

Verbeter de afstemming in de keten en zorg voor voldoende capaciteit binnen het CJG

Jeugdverpleegkundigen stemmen veel af met collega's, waardoor zij hun taak goed kunnen uitvoeren. Daarvoor is het belangrijk om voldoende capaciteit binnen het CJG te faciliteren en zo een goede bereikbaarheid van jeugdverpleegkundigen én jeugdartsen te bieden. Daarnaast is er behoefte aan betere afstemming in de keten. Het creëren van kortere lijntjes binnen het hulpverleningsnetwerk, bijvoorbeeld met scholen en ketenpartners, ketenpartners die laagdrempelig en snel beschikbaar zijn voor overleg en eventuele doorverwijzing kunnen ondersteunen in het doorverwijzen naar de juiste zorg. Mogelijk dat een POH Jeugd GGZ hierbij kan helpen en/of de samenwerking met Sumona dit kan bieden.

De mentale gezondheid van jongeren staat onder druk: in de afgelopen jaren zijn er verschillende rapporten verschenen waarin wordt gewaarschuwd voor de toegenomen maatschappelijke verwachtingen en mentale druk onder jongeren en jongvolwassenen.^{1,4} Tijdens de puberteit verandert er veel in het leven van jongeren: zij zijn bezig met het ontwikkelen van een eigen identiteit en er worden vriendschappen en relaties opgebouwd. Daarnaast kunnen zij ook te maken krijgen met onzekerheid, faalangst en/of gepest worden. Dit alles zijn factoren die kunnen meespelen in de oorzaken van suïcidaal gedrag.¹² De term suïcidaal gedrag verwijst naar het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden.^{10,11}

Onder jongeren tussen de 10 en 20 jaar is zelfdoding de grootste doodsoorzaak in Nederland.⁷ Uit landelijk onderzoek komt naar voren dat suïcidecijfers het hoogst zijn voor jongens, oudere jongeren, jongeren met een Nederlandse herkomst, en jongeren die alleen wonen.¹³ Vrouwen en laagopgeleiden hebben een grotere kans op het ontwikkelen van suïcidale gedachten.¹⁴

Recent onderzoek laat zien dat de coronacrisis geen positieve bijdrage heeft geleverd aan de mentale gezondheid van jongeren.^{5,15} 20% van de jongeren in Den Haag heeft er in de afgelopen 12 maanden een enkele keer tot heel vaak over gedacht een eind te maken aan zijn of haar leven; 5% heeft dit (heel) vaak gedacht. Van de jongens heeft 16% wel eens suïcidale gedachten gehad, bij meisjes is dit 21%.⁵ Daarnaast blijkt dat tijdens de coronapandemie het aantal jongeren (15-24 jaar) dat een bezoek bracht aan de huisarts rondom suïcide (met suïcidale gedachten of voor een zelfdodingspoging met of zonder fatale afloop) is gestegen.¹⁵

In 2021 maakten in Nederland 56 jongeren tot 20 jaar een einde aan hun leven. Het jaar ervoor waren dat er 62.⁶ Het aantal zelfdodingen onder meisjes ging van 27 in 2020 naar 20 in 2021, bij jongens ging het aantal zelfdodingen van 35 (2020) naar 36 (2021).⁷

Om suïcide te voorkomen is het belangrijk om vroegtijdig suïcidaal gedrag te signaleren en door te verwijzen naar specialistische hulp. Verschillende zorgprofessionals kunnen een rol spelen in suïcidepreventie; GGD Haaglanden heeft eerder al een onderzoek uitgevoerd bij huisartsen en welke rol zij hierin kunnen spelen.^{8,9} Daarnaast probeert het programma Sumona (Suïcidepreventie, monitoring en nazorg) de samenwerking in de keten rond suïcidepreventie te verbeteren.^{16,17}

Voor de jongere is de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een belangrijke partij in het vroegtijdig signaleren van suïcidaal gedrag. Sinds 2013 wordt er op Haagse middelbare scholen het Jongerenconsult afgenomen, waarbij jongeren een vragenlijst invullen over diverse onderwerpen, waaronder ook suïcidale gedachten. De vragenlijsten worden afgenomen bij 3^e jaars vmbo-leerlingen en bij 4^e jaars havo/vwo-leerlingen. Op basis van de antwoorden wordt er per onderwerp een risicotaxatie uitgevoerd en kan er een consult worden ingepland met de jeugdverpleegkundige.

Om meer grip te krijgen op het voorkomen van suïcidaal gedrag is het belangrijk om in gesprek te gaan met de JGZ-professionals en te onderzoeken hoe zij omgaan met signalen van suïcidaal gedrag. GGD Haaglanden heeft daarom in opdracht van de Gemeente Den Haag dit onderzoek uitgevoerd waarin de volgende vragen centraal staan: Kunnen jeugdverpleegkundigen suïcidaal gedrag herkennen en weten ze waar ze jongeren naar kunnen doorverwijzen voor vervolgstappen? Welke belemmeringen en verbeterpunten zien zij hierbij?



Dit onderzoek bestaat uit twee delen, een kwalitatief onderzoek en een kwantitatief deel. Het kwalitatieve deel richt zich op de jeugdverpleegkundigen: Hoe gaan jeugdverpleegkundigen om met suïcidaal gedrag van jongeren in het voortgezet onderwijs in Den Haag? Wat zijn aandachtspunten hierbij? Het kwantitatieve deel richt zich op de antwoorden van jongeren op vragen uit het Jongerenconsult. Deze data geeft inzicht in het onderwerp suïcidaal gedrag en hoe deze percentages er over de jaren heen uitzien in Den Haag (zie hiervoor bijlage 2).

Werving

De werving van de jeugdverpleegkundigen voor de interviews is door onze contactpersoon bij het CJG uitgevoerd. Omdat de JGZ een samenwerkingspartner is in dit onderzoek, konden zij het belang van het onderzoek goed uitdragen. Ook was de verwachting dat de respons hoger zou liggen als het vanuit de werkgever wordt gevraagd dan wanneer de vraag vanuit een externe partij komt. Een belangrijk punt van aandacht hierbij was de selectie van de jeugdverpleegkundige: voor een compleet beeld was het van belang om een grote variëteit aan jeugdverpleegkundigen te interviewen, qua leeftijd, ervaring en affiniteit met het onderwerp.

Tevens zijn er twee jeugdartsen geïnterviewd om inzicht te krijgen in de rol/take/behoefte/belemmeringen die zij ervaren. Dit is vooral gebruikt om de uitspraken van de jeugdverpleegkundigen te toetsen.

Afname interviews

De interviews werden online afgenomen in Microsoft Teams door een onderzoeker van de afdeling Epidemiologie van de GGD Haaglanden. Hierbij werd een semi gestructureerde vragenlijst gebruikt en zijn er vragen gesteld over de rol van de jeugdverpleegkundige en wat bevorderende en belemmerende factoren zijn en waar de behoeften van de jeugdverpleegkundigen liggen. De eerste interviews zijn met 2 onderzoekers gedaan, om de vragenlijst te testen. De andere interviews zijn telkens door één onderzoeker uitgevoerd. Alle interviews zijn opgenomen en daarna volledig getranscribeerd.

Analyse

De interviews zijn geanalyseerd door drie onderzoekers met behulp van het programma Atlas.ti aan de hand van een thema lijst. Daarbij is een coderingssysteem gehanteerd wat een overzicht gaf waarbij te zien is wat iedere respondent heeft gezegd op thema niveau. Eerst zijn er drie interviews dubbel gecodeerd om overeenstemming over de gebruikte codes te krijgen. De overige interviews zijn door één onderzoeker gecodeerd, waarbij de twijfels zijn besproken met een andere onderzoeker.

Privacy/toestemming

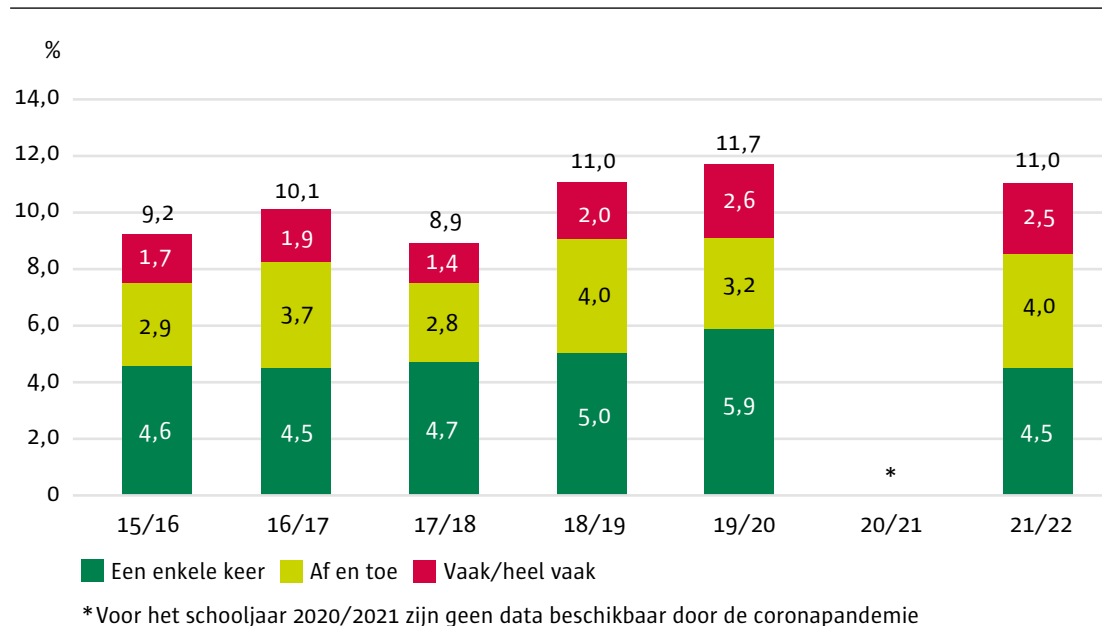
De respondenten van de interviews hebben voorafgaand aan het interview toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek, het opnemen van het interview en het anoniem verwerken van uitspraken in de rapportage. De opnames en transcripten van de interviews zijn opgeslagen op een beveiligde server in een map waartoe alleen de betrokken onderzoekers toegang toe hebben. In de uitwerking van de interviews zijn geen persoonlijke gegevens opgenomen.

In deze bijlage worden cijfers vanuit het Jongerenconsult gepresenteerd. Er zijn cijfers over suïcidale gedachten, suïcidepoging en hulpvraag. Daarna volgt informatie over de werkwijze van het Jongerenconsult en achtergrondinformatie bij de cijfers.

Suïcidale gedachten

Uitsplitsing naar schoolniveau (vmbo en havo/vwo)

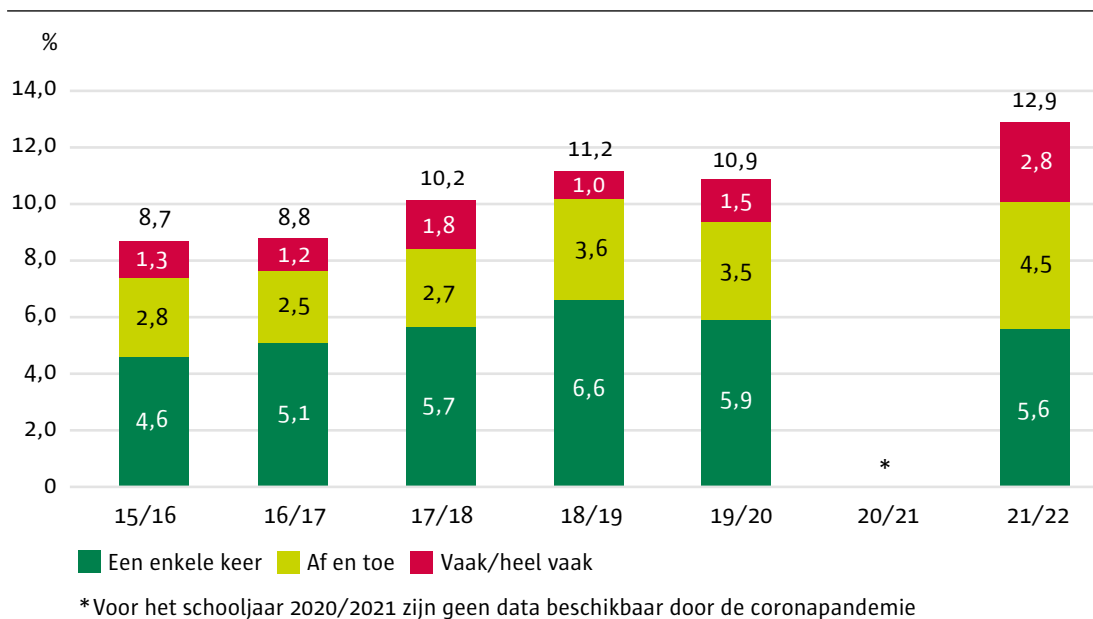
In figuur 1 zijn de percentages te zien van de schooljaren sinds 2015/2016 tot en met 2021/2022 (met uitzondering van schooljaar 2020/2021) voor de leerlingen van het vmbo met suïcidale gedachten. In schooljaar 2021/2022 gaf 11,0% van de leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld aan suïcidale gedachten te hebben.



Figuur 1 Percentage leerlingen van het vmbo met suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden, per schooljaar, onderverdeeld in de categorieën: een *enkele keer*, *af en toe* of *vaak/heel vaak*.

In figuur 2 zijn de percentages te zien van de leerlingen van het havo/vwo met suïcidale gedachten te zien. In schooljaar 2021/2022 gaf 12,9% van de leerlingen die de vragenlijst hebben ingevuld aan suïcidale gedachten te hebben.





Figuur 2 Percentage leerlingen van het havo/vwo met suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden, per schooljaar, onderverdeeld in de categorieën: een enkele keer, af en toe of vaak/heel vaak.

De percentages van leerlingen met suïcidale gedachten lijken afgelopen schooljaar 2021/2022 op het havo/vwo iets hoger te liggen dan op het vmbo.

Uitsplitsing naar geslacht

Voor zowel vmbo als havo/vwo leerlingen is er een klein verschil in de percentages te zien tussen jongens en meisjes. Bij meisjes is het percentage dat aangeeft suïcidale gedachten te hebben hoger dan bij de jongens.

Suïcidepoging

In de vragenlijst beantwoorden leerlingen ook de vraag of zij een suicidepoging hebben ondernomen in de laatste 12 maanden. Deze vraag wordt alleen gesteld aan de leerlingen die aangaven suïcidale gedachten te hebben. Het gaat hier om kleine aantallen, die voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd. Er wordt daarom ook geen trend weergegeven. In 2021/2022 lag het percentage leerlingen van het vmbo die een suicidepoging hebben ondernomen op 0,8%, dit zijn 9 leerlingen. Van de leerlingen die in de vragenlijst aangeven dat ze suïcidale gedachten hebben, is dit 6,9%. Op het havo/vwo geeft 0,5% van de leerlingen in de vragenlijst aan een suicidepoging te hebben gedaan, dit zijn 7 leerlingen. Van de leerlingen die in de vragenlijst aangeven dat ze suïcidale gedachten hebben, is dit 3,6%.

Hulpvraag

Naast de vraag of leerlingen suïcidale gedachten hebben, is er aan de leerlingen (die suïcidale gedachten hebben) ook een vraag gesteld of ze hiervoor hulp of zorg ontvangen of willen ontvangen. Hierbij is te zien dat van de leerlingen die in schooljaar 2021/2022 aangaven suïcidale gedachten te hebben, 40% hulp krijgt van bijvoorbeeld vrienden, ouders of een professional. Daarnaast geeft 54% van de leerlingen met suïcidale gedachten aan geen hulp te krijgen en dit ook niet te willen. De overige 5% krijgt nu geen hulp, maar wil dat wel ontvangen.

Werkwijze Jongerenconsult

Sinds 2013 wordt er op Haagse middelbare scholen het Jongerenconsult afgenomen, waarbij jongeren een vragenlijst invullen over diverse onderwerpen, waaronder ook suïcidale gedachten (zie pagina 29).

De vragenlijsten worden afgenomen bij 3^e jaars vmbo-leerlingen en bij 4^e jaars havo/vwo-leerlingen. Op basis van de antwoorden wordt er per onderwerp een risicotaxatie uitgevoerd en indien nodig een consult ingepland.

Achtergrond cijfers Jongerenconsult

Voor dit onderzoek zijn data gebruikt van de schooljaren 2015/2016 t/m 2021/2022 (m.u.v. schooljaar 2020/2021).

- Per schooljaar ligt het aantal scholen waarop het Jongerenconsult wordt afgenomen rond de dertig, soms worden niet alle scholen bereikt (zie ook de kanttekeningen hieronder).
- Het aantal leerlingen dat de vragenlijst invult wisselt ook per jaar, in het verleden werden er per schooljaar rond de 3500 vragenlijsten ingevuld (schooljaar 2015/2016 en 2016/2017), nu ligt dat aantal rond 2800 vragenlijsten (schooljaar 2021/2022).
- De leerlingen zijn tussen de 13 en 19 jaar, waarbij de meeste leerlingen 15 of 16 jaar oud zijn, dit hangt ook samen met het schoolniveau omdat het Jongerenconsult in de 3e klas op het vmbo wordt afgenomen en in de 4e klas van havo/vwo.
- De leerlingen die de vragenlijst invullen gaan in Den Haag naar school, dit kunnen dus ook leerlingen zijn die niet in Den Haag wonen maar in een regiogemeente.
- De leerlingen die de vragenlijst invullen gaan in Den Haag naar school, dit kunnen dus ook leerlingen zijn die niet in Den Haag wonen maar in een randgemeente.

Om inzicht te krijgen in wat de impact van corona is geweest op suïcidale gedachten kan worden gekeken naar de percentages van het schooljaar 2019/2020 en schooljaar 2021/2022. De data van het schooljaar 2019/2020 zijn voor de coronaperiode afgenomen, de data van het schooljaar 2021/2022 zijn afgenomen in een periode dat corona aanwezig was.

Kanttekeningen data Jongerenconsult

- In de schooljaren 2018/2019 en 2019/2020 zijn in het kader van de AVG alleen de data van leerlingen gebruikt die toestemming hebben gegeven voor gebruik data voor wetenschappelijk onderzoek. In de schooljaren erna bleek dat deze toestemmingsvraag niet nodig was en zijn alle leerlingen weer meegenomen, zoals dat ook vóór 2018/2019 werd gedaan.
- In schooljaar 2020/2021 zijn er helemaal geen afnames geweest door de uitbraak van corona in het voorjaar van 2020. In het afgelopen schooljaar (2021-2022) zijn er weer afnames op scholen geweest.

Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 (cGM Jeugd)

Een ander onderzoek onder jongeren is de corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021 (cGM Jeugd). Resultaten van de cGM Jeugd laten zien dat 20% van de jongeren in Den Haag er in de afgelopen 12 maanden een enkele keer tot heel vaak over gedacht een eind te maken aan zijn of haar leven; 5% heeft dit (heel) vaak gedacht. Van de jongens heeft 16% wel eens suïcidale gedachten gehad, bij meisjes is dit 21%.

De resultaten van de cGM Jeugd later een ander beeld zien dan de cijfers van het Jongerenconsult. Beide vragenlijsten zijn afgenomen op het Voortgezet Onderwijs, maar er zijn ook enkele verschillen waardoor de cijfers niet een op een met elkaar te vergelijken zijn. Deze verschillen worden hieronder opgesomd.

1. *Andere methode: de vragenlijst van de cGM Jeugd is anoniem, antwoorden zijn niet herleidbaar naar de leerling. Bij het Jongerenconsult is de vragenlijst niet anoniem, omdat hier ook een risicotaxatie aan vast zit en de leerling op basis van de gegevens antwoorden op gesprek kan worden uitgenodigd door de jeugdverpleegkundige. Dit kan de beantwoording beïnvloeden.*
2. *Andere vraagstelling: de vraag over suïcidale gedachten van de cGM Jeugd bevat geen antwoordoptie 'Wil ik niet beantwoorden', wat wel een antwoordoptie is bij de vraag in het Jongerenconsult. Ook zit er in de cGM Jeugd geen vraag over suïcidepoging.*
3. *Andere onderzoekspopulatie: de vragenlijst van de cGM Jeugd is afgenomen bij 2e en 4e klas leerlingen vmbo en havo/vwo, de vragenlijst van het Jongerenconsult wordt afgenomen bij leerlingen van 3 vmbo en 4 havo/vwo.*
4. *Andere afnameperiode: de vragenlijst van de cGM Jeugd is afgenomen in het najaar van 2021, de vragenlijst van het Jongerenconsult is afgenomen gedurende het hele schooljaar 2021/2022.*



Vragen over suïcidaal gedrag in de vragenlijst van het Jongerenconsult

NEGATIEVE GEDACHTEN EN GEVOELENS

Heb je in de laatste 12 maanden er wel eens serieus over gedacht een eind te maken aan je leven?

- Een enkele keer
- Af en toe
- Vaak
- Heel vaak
- Nooit
- Deze vraag wil ik niet beantwoorden

Heb je de laatste 12 maanden een poging ondernomen om een eind te maken aan je leven?

- Ja
- Nee
- Deze vraag wil ik niet beantwoorden

Heb je hulp voor je nare gedachten over een eind maken aan je leven en van wie krijg je die hulp?

- Ja, van huisarts of andere arts
- Ja, van psycholoog of psychiater
- Ja, van iemand op school (bv. leraar, mentor, vertrouwenspersoon)
- Ja, van Maatschappelijk Werk
- Ja, van iemand van jeugdzorg (bv. Bureau Jeugdzorg of Centrum voor Jeugd en Gezin)
- Ja, van schoolarts of schoolverpleegkundige
- Ja, van vrienden of vriendinnen
- Ja, van ouders of familie
- Ja, anders namelijk _____
- Nee, maar dat wil ik wel
- Nee, en dat wil ik ook niet

1. RVS. **Over bezorgd. Maatschappelijke verwachtingen en mentale druk bij jongvolwassenen.** [Online]. 2018 (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2018/07/12/maatschappelijke-verwachtingen-en-mentale-druk-bij-jongvolwassenen>
2. Kleinjan M, Pieper I, Stevens G, Van de Klundert N, Rombouts M, Boer M, et al. **Geluk onder druk? Resultaten van onderzoek naar mentaal welbevinden van jongeren in Nederland.** [Online] 2020 (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1785-geluk-onder-druk/>
3. Schoemaker C, Kleinjan M, Van der Borg W, Busch M, Muntinga M, Nuijen J, et al. **Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen.** [Online]. 2019 (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-mentale-gezondheid-van-jongeren-enkele-cijfers-en-ervaringen>
4. SER. **Hoge verwachtingen - Kansen en belemmeringen voor jongeren in 2019.** Publiekversie verkenning SER Jongerenplatform. [Online] 2019 (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/kansen-belemmeringen-jongeren-hoog>
5. Gezondheidsgids. **Suïcidale gedachten.** [Online] 2022 (bezoekt op 30 mei 2022); beschikbaar op url: <https://gezondheidsgids.ggdhaaglanden.nl/mosaic/dashboard/su%C3%AFcidale-gedachten>
6. CBS. **1859 zelfdodingen in 2021, 36 meer dan in 2020.** [online] 2022 (bezoekt op 30 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/17/1-859-zelfdodingen-in-2021-36-meer-dan-in-2020>
7. CBS. **Zelfdoding in Nederland, een overzicht vanaf 1950.** [Online] 2022 (bezoekt op 16 december 2022); beschikbaar op url: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/zelfdoding-in-nederland-een-overzicht-vanaf-1950?onepage=true#c-Referenties>
8. Grim D, Maat R, Meer R van der. **De rol van huisartsen bij suïcidepreventie. Een kwalitatief onderzoek onder huisartsen in Den Haag.** Den Haag: GGD Haaglanden; 2021.
9. Meer R van der, Schop-Etman A, Grim D, Uitewaai PJM. **Huisartsen en suïcidepreventie. Kwalitatief onderzoek naar, rol, belemmeringen, bevorderende factoren en behoeften onder Haagse huisartsen bij suïcide preventie.** Epidemiologisch Bulletin 2021-4
10. Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B, Boven C van, Hummelen JW, et al. **Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.** Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
11. GGZ standaard **Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.** Akwa GGZ. [Online]. Beschikbaar op url: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag/inleiding/over-suïcidaal-gedrag/wat-is-suïcidaal-gedrag>
12. Mérelle, Van Bergen, Popma et al. **Suïcide onder 10- tot 20-jarigen in 2017 Een verdiepend onderzoek (samenvatting).** 113 Zelfmoordpreventie, december 2019. [Online] (bezoekt op 03 mei 2022) beschikbaar op url: [113_Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017 - Een verdiepend onderzoek - samenvatting.indd](113_Suicide%20onder%2010-20-jarigen%20in%202017%20-%20Een%20verdiepend%20onderzoek%20-%20samenvatting.indd)
13. 113. **Factsheet suïcidaliteit onder jongeren.** [Online]. 2020 (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: [Suïcidaliteit bij jongeren.](#)
14. Trimbos instituut. **Factsheet Depressie, angst en suïcidepreventie** [Online]. (bezoekt op 03 mei 2022); Beschikbaar op URL: <https://www.trimbos.nl/kennis/depressie-angst-suïcidepreventie>
15. RIVM. **Huisartsenbezoek door jongeren.** [online] 2022 (bezoekt op 30 mei 2022); beschikbaar op url: <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-jongeren/huisartsenbezoek>
16. Schop-Etman A, Smedts M, Dewkatie U, Blommestijn D, Meer R van der, Boed K de, Elfeddali I. **Handboek SUMONA. Suïcidepreventie, monitoring en nazorg.** Den Haag: Indigo Haaglanden, Indigo Rotterdam, GGz Breburg; 2021.
17. **Sumona** [Online]. (bezoekt op 03 mei 2022); beschikbaar op url: www.sumona.nl



Colofon

Dit rapport is een uitgave van:

GGD Haaglanden
Productgroep Epidemiologie en Gezondheidsbevordering
Afdeling Epidemiologie
Postbus 16130
2500 BC Den Haag
Tel: 070-3537266
Email: regina.vandermeer@ggdhaaglanden.nl

Overname van gegevens is toegestaan, mits voorzien van duidelijke bronvermelding

Auteurs:

Marjolein Donker
Sylvia Pen
Viola de Ridder Hagenaars
Regina van der Meer

Den Haag, december 2022

