

Suicide onder jongeren in 2017: een verdiepend onderzoek naar de achtergrond en aanleiding van de 81 suicides onder 10- tot 20-jarigen in Nederland

Gepubliceerd: 14-02-2019 Laatste bijgewerkt: 12-04-2024

Het primaire doel van het huidige onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de achtergronden, en de aanleiding van suicides onder jongeren in Nederland in 2017, in de leeftijd 10 tot 20 jaar, door een focus op vijf domeinen en de laatste periode voor...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON48474

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Suicide onder 10- tot 20-jarigen in 2017

Aandoening

- Stemmingsstoornissen en -afwijkingen NEG
- Leeftijdsgebonden factoren

Synoniemen aandoening

suicide en zelfdoding

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: 113 Zelfmoordpreventie

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: diepte interviews, jeugdigen, suicide, suicidepreventie

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Interview

Het interview instrument is deels gebaseerd op bestaande instrumenten uit psychologische autopsie studies van Portsky, Audenaert & van Heeringen, 2005; 2009), Rasmussen (2013) en Dyregrov (2011), aangevuld met open vragen die in samenspraak met suicide experts uit de multidisciplinaire werkgroep zijn opgesteld (zie Appendix B). Onze werkwijze valt dus samen met de in het buitenland regelmatig toegepaste psychologische autopsie methode. Door middel van triangulatie middels interviews met circa vier informanten wordt in de diepte een beeld verkregen van de levensloop van de jongere, inclusief oorzaken, aanleiding, gebeurtenissen in de levensloop, en de betekenissen die hieraan gegeven worden door de betrokkenen. Deze methode is reeds met succes toegepast door suicidologen in bijvoorbeeld België (Portsky Audenaert & van Heeringen, 2005 & 2009), Ierland (Arensman et al., 2016), Israël (Zilsman et al., 2016), Noorwegen (Rasmussen, 2013), en het Verenigd Koninkrijk (Hawton, Houston, Malbergand & Simkin, 2003).

Het interviewinstrument bestaat uit twee componenten. Ten eerste een open

narratief component, waarin ouders in hun eigen woorden hun verhaal doen op basis van een brede, open geformuleerde startvraag over het ontstaan van de suïcidaliteit bij hun kind, als ook de (mogelijk) uitlokkende factoren in de laatste vier weken voor het overlijden. Een tweede component bestaat uit een vast aantal gestructureerde vragen over de vijf domeinen. De interviews worden digitaal opgenomen (voice recording) en worden verbatim getranscribeerd door een professionele transcribent.

Vragenlijsten

De vragenlijst voor ouders/verzorgers is tot stand gekomen op basis van de domeinen die in het onderzoek centraal staan en de hypothesen van experts uit de multidisciplinaire werkgroep en klankbordgroep. De vragenlijst bestaat uit gestructureerde vragen van het interviewinstrument, standaardvraagstellingen van de jeugdmonitors van GGD-GHOR Nederland en RIVM en CBS (monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jeugd) en (items van) gevalideerde vragenlijsten. De standaardvraagstellingen van de jeugdmonitors zijn zelfrapportagevragen over bijvoorbeeld alcohol en drugs. Voor het doel van dit onderzoek zijn de vragen aangepast om ze door ouders te kunnen laten invullen.

Verder wordt de

gevalideerde PHQ-9 afgenomen om recente depressieve symptomen te meten (Kleiboer et al., 2016), de ouderversie van de SDQ afgenomen om psychosociale, emotionele en gedragsproblemen vast te stellen (Misterska et al., 2017), en wordt suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis gemeten met enkele items uit het signaleringsinstrument dat ontwikkeld is voor jongeren *Vragen over Zelfdoding

en Zelfbeschadiging* (VOZZ) (Huisman et al., 2015). Tot slot worden ingrijpende gebeurtenissen en trauma's voor jeugdigen uitgevraagd (Meerdinkveldboom et al. 2016).

De vragenlijst voor hulpverleners is grotendeels ontleend aan de vragenlijst voor zorgprofessionals van Aarensman et al. (2016;2018) en door experts uit de werkgroep vertaald naar de Nederlandse situatie en het doel van dit onderzoek. Van de overleden jongeren die GGZ-zorg of jeugdzorg ontvingen brengen we de volgende factoren in kaart: psychiatrische diagnostiek, lichamelijke gezondheid, behandeling, recente symptomen, medicatie, middelenmisbruik en medische geschiedenis. Tot slot wordt de KEHR-vragenlijst onder betrokken hulpverleners afgenomen. Dit is een gevalideerd instrument dat speciaal ontwikkeld is om suïcidegevallen systematisch en multidisciplinair te toetsen aan de hand van de uitgangspunten van de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (De Groot et al., 2018). Voor de jongeren die niet in behandeling waren, inventariseren we in hoeverre suïcidaal gedrag of depressieve klachten al eerder zijn gesignaleerd, en of er problemen waren in de organisatie van de zorg.

Secundaire uitkomstmaten

Niet van toepassing

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Rationale: Uit CBS data blijkt dat in 2017 81 jongeren in de leeftijd 10 tot 20 jaar door suïcide zijn overleden, terwijl gemiddeld 51 jongeren in 2012-2016 door suïcide zijn overleden. Deze zorgwekkende cijfers vragen om een gedegen wetenschappelijk inventarisatie van de achtergronden en aanloopfase van deze suïcides onder 10- tot 20- jarigen in Nederland (Gilissen et al. 2018). In dit onderzoek willen we door middel van diepte-interviews en vragenlijsten met verschillende informanten, zoals ouders en vrienden van de overleden jongeren, betrokken hulpverleners en docenten, inzicht krijgen in factoren die bij het overlijden van deze jongeren een rol speelden. Deze inzichten willen we inzetten om op korte termijn beleidsmatige aanbevelingen voor suïcidepreventie te kunnen doen en op langere termijn nieuwe wetenschappelijke kennis aan te dragen over suïcidepreventie bij jongeren.

Vraagstellingen onderzoek

Algemeen

1. Waren er key turning points in de levensloop van de jongeren die in de ogen van de nabestaanden doorslaggevend waren voor het optreden van suïcidaliteit bij de jongeren?
2. Bestonden er aanwijzingen voor de suïcide van de jongeren in de laatste vier weken voor hun overlijden, zoals opgemerkt door de nabestaanden en betrokken professionals, en zo ja welke? Was er sprake van een tipping points (laatste druppel)?

Domein specifiek

1. In hoeverre was er sprake van suïcideclusters en speelden imitatie effecten via social media, series of games een rol, vooral in de provincies Brabant, Gelderland, Zuid-Holland en Noord-Holland?
2. Welke cultuur en migratie factoren (acculturatiestress, eer-gerelateerde problematiek, discriminatie, kloof t.a.v. *westerse* hulpverlening) speelden een rol in het overlijden van de groep jongeren met een niet Nederlandse herkomst?
3. Welke levensfaseproblematiek (onderwijsloopbaan, prestatiedruk, middelenmisbruik) speelde een rol in het overlijden van de groep oudere tieners (16-19 jaar)?
4. Welke factoren (minority stress, stigma's maatschappij) speelden er een rol in het overlijden van de groep lhbtg-jongeren?
5. Welk zorgkader hadden de overleden jongeren, zoals ontvangen behandeling en diagnose? Waren er problemen in de organisatie en kwaliteit van zorg en is de multidisciplinaire richtlijn gevold? Welke kenmerken hadden jongeren die niet in zorg waren en waren klachten al eerder signaleerd?

Doel van het onderzoek

Het primaire doel van het huidige onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de achtergronden, en de aanleiding van suïcides onder jongeren in Nederland in 2017, in de leeftijd 10 tot 20 jaar, door een focus op vijf domeinen en de laatste periode voor het overlijden. Het beter begrijpen van de factoren die

bij het overlijden van deze jongeren een rol speelden, leidt tot onderbouwde (praktische) aanbevelingen om suïcidepreventie voor jongeren in Nederland te verbeteren (secundair doel).

Onderzoeksopzet

In dit onderzoek worden kwalitatief en kwantitatief onderzoek gecombineerd in een mixed-methods design (Palinkas, 2014). De nadruk ligt op een kwalitatieve onderzoeksopzet (diepte-interviews), daarnaast worden er kwantitatieve componenten ingezet (vragenlijsten). De reden voor deze onderzoeksopzet is dat de kwalitatieve benadering het beste aansluit bij de verdiepende onderzoeksvragen die we stellen en het lage (absolute) aantal suïcides. Ook voor het verkennen van nieuwe, nog nauwelijks bestudeerde fenomenen (zoals de rol van sociale media) is kwalitatief onderzoek passend (Silverman, 2000). De onderzoeksvragen gaan vooral over het leren uit patronen rondom de suïcide van de jongeren, door het nauwgezet in kaart brengen van het samenspel tussen oorzaken, aanleiding, gebeurtenissen in de levensloop, de laatste fase (weken), en de betekenissen die hieraan gegeven worden met het oog op suïcidepreventie (Hjelmeland, 2012). De onderzoekers willen begrijpen hoe en op welke wijze er aanknopingspunten te destilleren zijn uit de key turning points en tipping points uit het leven van jongeren (Rasmussen, 2013). Onderzoeksvragen die vanuit een dergelijk pa-troon verkennend, betekenis gevend en holistisch perspectief vertrekken, passen beter bij een overwegend kwalitatieve onderzoeksopzet (Wengraf, 2003).

Aanvullend nemen we vragenlijsten (met gesloten antwoord categorieën) af bij ouders en hulpverleners om op een efficiënte wijze inzicht te verkrijgen in relevante domein specifieke en zorg gerelateerde factoren, die mogelijk van invloed zijn geweest op het overlijden van de jongeren. Deze kwantitatieve resultaten zullen worden gebruikt om in september 2019 voor het ministerie van VWS beleidsmatige aanbevelingen voor suïcidepreventie te kunnen doen, tezamen met de eerste inzichten uit de diepte-interviews.

Inschatting van belasting en risico

De ouders worden voorafgaand aan het interview gescreend op actuele suïcidaliteit en de huisarts is geïnformeerd over de deelname aan het onderzoek. Het interview bestaat uit een open en gestandaardiseerd gedeelte en duurt maximaal 2,5 uur. Er zal een pauze worden aangeboden. De digitale vragenlijst (met gesloten antwoord categorieën) wordt na afloop van het interview aangeboden, duurt maximaal 30 minuten om in te vullen, en kan ook later worden ingevuld. Drie weken na afloop van het interview is er een follow-up contact om te informeren of er behoefte is aan nazorg. Het interview met vrienden/vriendinnen en leerkracht(en) duurt maximaal 2 uur en bestaat uit dezelfde onderdelen. De vragenlijst voor hulpverleners duurt maximaal 30 minuten om in te vullen en het telefonisch interview, waarin de KEHR wordt

afgenomen, duurt maximaal 1,5 uur.

Er zijn diverse voordelen voor nabestaanden om deel te nemen aan het onderzoek, zoals het gehoord worden, in perspectief kunnen plaatsen van zaken rondom hun overleden kind, en er gaat geleerd worden van de suïcide van hun naaste. Nabestaanden werken mee aan een maatschappelijk relevant en urgent doel (altruïstisme), krijgen een gesprek met speciaal opgeleide interviewers en aanvullende ondersteuning indien zij daar behoefte aan hebben.

Bovendien zal dit onderzoek leiden tot adviezen om suïcidepreventie in de Nederlandse praktijk te verbeteren, d.w.z. aanbevelingen voor verbeteracties in de gezondheidszorg, publieke sector en in de gemeenschap (regio*s). Resultaten van het verdiepende onderzoek worden zo snel mogelijk gedeeld met veldpartijen zodat zij het beleid voor suïcidepreventie kunnen aanpassen. Daarnaast zal 113 de GGD-en stimuleren om het onderzoek naar (context specifieke) oorzaken van suïcide onder jongeren in de toekomst op regionaal niveau voort te zetten.

Nabestaanden hebben een hoger risico op suïcidale gedachten en zullen nog bezig zijn met het verwerken van het verlies van hun overleden kind. Door deze rouwverwerking en eventuele psychische problemen kan het interview belastend voor hen zijn. Als er sprake is van een suïcidale crisis tijdens het interview zal de huisarts of de huisartsenpost worden ingeschakeld.

Contactpersonen

Publiek

113 Zelfmoordpreventie

Paasheuvelweg 25
Amsterdam 1105 BP
NL

Wetenschappelijk

113 Zelfmoordpreventie

Paasheuvelweg 25
Amsterdam 1105 BP
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)

Adolescenten (16-17 jaar)

Volwassenen (18-64 jaar)

65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

- * Ouders/primaire verzorgers van wie in 2017 een kind in de leeftijd van 10 tot 20 jaar woonachtig in Nederland is overleden, en bij wie een forensisch arts geconcludeerd heeft dat er sprake is van zelfdoding.
- * Broers/zussen en/of vrienden/vriendinnen die deze overleden persoon goed hebben gekend en voor wie de wettelijk vertegenwoordigers toestemming geven voor deelname
- * Betrokken leerkracht(en)/werkgever, d.w.z. docent werkzaam op de middelbare school of vervolgopleiding, waar de overleden persoon op moment van overlijden onderwijs volgde, of bij wie de overleden persoon in dienst was op moment van overlijden
- * Betrokken hulpverlener(s), d.w.z. hulpverlener zoals psycholoog of psychiater bij wie de overleden persoon op het moment van overlijden in behandeling was of in het jaar voorafgaand aan het overlijden., Het onderzoek richt zich op de hiervoor genoemd kenmerken van deelnemers. Er zijn geen specifieke inclusiecriteria. Indien nabestaanden niet de Nederlandse taal spreken, zal het interview hierop worden aangepast door een tolk mee te nemen naar het gesprek.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Een potentiële deelnemer wordt uitgesloten van deelname aan deze studie als hij/zij voldoet aan de volgende exclusiecriteria:

- * Ouders/verzorgers en andere naasten die zelf in ernstige mate last hebben van suïcidale gedachten gemeten met de SIDAS als screeningsinstrument (afkappunt

totaalscore 21 of hoger, maximale totaalscore is 50).

* Ouders die zijn opgenomen in een psychiatrische instelling, ongeacht welke psychiatrische klachten zij hebben, op het moment van het onderzoek

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Preventie

Deelname

Nederland

Status: Werving gestopt

(Verwachte) startdatum: 15-03-2019

Aantal proefpersonen: 200

Type: Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum: 14-02-2019

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Amsterdam UMC

Goedgekeurd WMO

Datum: 27-03-2019

Soort: Amendement

Toetsingscommissie: METC Amsterdam UMC

Goedgekeurd WMO

Datum: 14-02-2020

Soort: Amendement

Toetsingscommissie: METC Amsterdam UMC

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL68348.029.18