

Suïcides onder kinderen en jongeren in de periode 1996-2012: informatie uit GGD-dossiers

L. Bijker · M.M. Boere-Boonekamp · W.L.J.M. Duijst · J. Hoogenboezem · O. Sijperda · A.J.F.M. Kerkhof

Published online: 28 May 2015
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

Abstract Omtrent de kenmerken en omstandigheden van suïcides van kinderen en jongeren is in Nederland nog maar weinig bekend. Behalve gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn er vooralsnog nauwelijks gegevens beschikbaar die de problematiek beschrijven. Wij onderzochten lijkschouwdossiers (607) en jeugdgezondheidszorgdossiers (123) op beschikbare informatie over suïcides van kinderen en jongeren tot en met 23 jaar bij 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en de Forensisch Artsen Rotterdam-Rijnmond over de periode 1996 tot en met 2012. Driekwart van de overledenen betrof jongens, een kwart was van niet-Nederlandse afkomst en meer dan de helft van de jongeren was bekend met voorgaande suïcidaliteit en psychische problematiek. In de beschrijvingen onderscheiden zich drie typen: de sombere, depressieve jongeren; de angstige, onzekere jongeren; en de extraverte boze, agressieve jongeren. Specifieke omstandigheden in de aanloop tot

suïcide worden weinig gedocumenteerd. Veel dossiers waren niet traceerbaar. De wel geraadpleegde dossiers waren veelal onvolledig, niet gestandaardiseerd, en soms met een onleesbaar handschrift ingevuld. Aangrijpingspunten voor preventie zijn uit de verzamelde gegevens nauwelijks te destilleren.

Trefwoorden Jongeren · Suïcide · Preventie · Child Suicide Review

Introductie

Elke 40 seconden sterft er wereldwijd iemand als gevolg van suïcide. In de leeftijdsgroep 15-29 jaar is suïcide de op een na belangrijkste doodsoorzaak, volgens de World Health Organization (WHO) [1]. In Nederland is suïcide sinds 2010 zelfs de belangrijkste doodsoorzaak in deze leeftijdsgroep [2]. In de periode 1996-2012 overleden jaarlijks gemiddeld 105 jongeren van 10 tot en met 23 jaar als gevolg van suïcide [3]. Het overlijden van deze jongeren heeft een enorme impact op de directe omgeving, de betrokken professionals en de samenleving in zijn geheel. Om de vraag te beantwoorden wat de samenleving zou kunnen doen om suïcides van jongeren te helpen voorkomen is er behoefte aan informatie over de kenmerken van deze overlijdensgevallen en de omstandigheden waaronder deze plaatsvonden.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzamelt informatie ten behoeve van de doodsoorzakenstatistiek. Het CBS baseert haar registratie bij niet-natuurlijke sterfgevallen op de opgaven via het B-formulier (het anonieme doodsoorzakenformulier dat door de gemeentelijk lijkschouwer of behandelend arts wordt ingevuld) en gegevens van de arrondissementsparketten. Bij arrondissementsparketten worden gegevens met betrekking tot niet-natuurlijke doden door het CBS verzameld aan de hand van vragenlijsten, die door interviewers van het

L. Bijker (✉) · A.J.F.M. Kerkhof
Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam,
Van der Boechorststraat 1,
1081 BT Amsterdam, Nederland
l.bijker@vu.nl

A.J.F.M. Kerkhof
ajfm.kerkhof@vu.nl

M.M. Boere-Boonekamp
Universiteit Twente,
Enschede, Nederland

W.L.J.M. Duijst
Radboud Universiteit Nijmegen,
Nijmegen, Nederland

J. Hoogenboezem
CBS,
Den Haag, Nederland

O. Sijperda
Zwolle, Nederland

CBS worden ingevuld. Deze gegevens van niet-natuurlijke sterfgevallen worden aangevuld met gegevens van externen, in het geval van suïcide met zelfdodingsformulieren van de politie.

De door het CBS verzamelde informatie van suïcide gevallen beperkt zich tot demografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit, burgerlijke staat, enkele kenmerken van de methode en het motief van suïcide. Het betreft in ongeveer driekwart van de gevallen jongens; de meest gebruikte methode is ophanging/verwuring (44%), gevolgd door het springen voor een trein (26,5%). Bij bijna 40% van de overledenen is sprake van psychische problematiek [3].

Internationaal onderzoek laat als risicofactoren voor suïcide bij jongeren zien: psychopathologie bij de ouders (met name depressie), psychopathologie bij de jongere, een familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, een geschiedenis van fysiek en/of seksueel misbruik, beschadigde ouder-kind relatie, sociale achterstand en blootstelling aan stressvolle levensgebeurtenissen. Media aandacht (imitatie) en beschikbaarheid van middelen om suïcide mee te plegen kunnen een rol spelen. De combinatie van verschillende risicofactoren verhoogt het risico op het overlijden door suïcide [4].

Wij voerden een onderzoek uit dat tot doel had inzicht te krijgen in de kenmerken en omstandigheden van jongeren die zijn overleden met als geregistreerde doodsoorzaak suïcide. In een eerdere publicatie in dit tijdschrift beschreven wij de kwaliteit en beschikbaarheid van de dossiers [5]. In dit tweede artikel beschrijven wij de bevindingen over de kenmerken en omstandigheden van jongeren die suïcide pleegden.

Methoden

Het betreft een dossieronderzoek van jongeren tot en met 23 jaar die in de periode van 1996 tot 2012 om het leven zijn gekomen in Nederland met als geregistreerde doodsoorzaak suïcide. Er werden twee typen dossiers verzameld: de lijkschouwdossiers en de jeugdgezondheidszorgdossiers. Beide typen dossiers zijn in het bezit van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en); alleen de lijkschouwdossiers van de regio Rotterdam-Rijnmond zijn in het bezit van de Forensisch artsen Rotterdam-Rijnmond (FARR).

Procedure

De dataverzameling vond plaats van december 2010 tot en met juni 2013. Aan de afdelingshoofden van de 25 Forensische Diensten van de GGD en de FARR werd gevraagd hun lijkschouwdossiers op locatie toegankelijk te maken, zodat de dossiers konden worden verzameld die aan de criteria voldeden: jongeren, niet ouder dan 23 jaar, overleden door suïcide in de periode 1996 tot en met 2012. De bijbehorende jeugdgezondheidszorgdossiers werden in diezelfde regio verzameld aan de hand van de naam en

geboortedatum in de gevonden lijkschouwdossiers van de forensische afdeling. Data-extractie uit de dossiers vond grotendeels plaats op de locatie van de Forensische Diensten of de afdelingen jeugdgezondheidszorg.

Privacy

Aangezien het onderzoek overledenen betreft, valt het niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO). Het post mortem gebruiken van informatie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is gerechtvaardigd onder artikel 458 van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Speciale aandacht bij het werven van deelnemende regio's werd besteed aan vragen over privacy en hoe deze wordt gewaarborgd. De onderzoekers ondertekenden een geheimhoudingsverklaring en waren de enigen die toegang hadden tot het bestand waarin de namen en geboortedata van de jongeren gekoppeld werden aan dossiernummers. Dit bestand werd vervolgens beveiligd met behulp van encryptie-software. In rapportages werden alleen algemene gegevens gepresenteerd en voorbeelden vermeden zodat deze ook niet zouden kunnen leiden tot herkenning.

Variabelen

Er is een aantal kenmerken en omstandigheden gekozen op basis van risicofactoren uit de internationale literatuur vermeld in het handboek Suïcidepreventie in de Praktijk [4]. In tab. 1 staan de gekozen variabelen in groepen onderverdeeld. Informatie over deze variabelen werd handmatig verzameld in de lijkschouwdossiers en de jeugdgezondheidszorgdossiers en vervolgens geregistreerd op speciale formulieren door één van de onderzoekers. Het betrof informatie geobserveerd door professionals die de dossiers bijhielden (jeugdartsen en forensisch artsen), door de jongeren zelf gerapporteerde informatie in vragenlijsten (jeugdgezondheidszorg), en informatie van derden in de omgeving van de jongeren (docenten, politie, gezinsleden, etc.).

Analyse

Kenmerken en omstandigheden uit tab. 1 zijn verwerkt met behulp van het programma IBM SPSS Statistics versie 21.0. Voor deze variabelen werden beschrijvende analyses uitgevoerd. In veel dossiers ontbrak relevante informatie; het was niet meer na te gaan of het ontbreken van informatie duidt op het afwezig zijn van het gezochte kenmerk dan wel op het feit dat er geen informatie over was verzameld. Voor alle variabelen werd de maximale en de minimale prevalentie berekend. De maximale prevalentie werd berekend door het aantal keren dat de variabele voorkwam te delen door het aantal casussen waar informatie beschikbaar was over de desbetreffende vari-

Tabel 1 Overzicht kenmerken en omstandigheden die werden verzameld uit een of beide dossiers.

soort kenmerken	
demografische kenmerken	geboortedatum, datum van overlijden, leeftijd, nationaliteit, geslacht, opleidingsniveau (middelbaar, hoger of wetenschappelijk onderwijs)
kenmerken van de suïcide	methode, plaats, afscheidsbrieven, aanwijzingen voor het gebruik van alcohol en/of drugs direct voorafgaand aan de suïcide
voorgaande suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag	eerdere suïcidepoging, suïcide uitingen (aankondiging voorafgaand aan de suïcide), alcohol- of drugsmisbruik of verslaving in anamnese
psychische stoornissen en persoonlijkheidsbeschrijvingen	aanwezigheid van een psychische stoornis, specifieke stoornis, psychische stoornissen in de familie, persoonlijkheidsbeschrijving
contact professionele hulpverlening	contact met de huisarts, contact met jeugdgezondheidszorg en de (jeugd-)geestelijke gezondheidszorg ten tijde van de suïcide of in het verleden, lichamelijke problemen, medicijngebruik
omstandigheden en omgevingsfactoren	schoolproblemen, pesten, uitlokkende factoren voorgaande aan de suïcide, seksueel misbruik en ingrijpende levensgebeurtenissen

abele. De minimale prevalentie werd berekend door het aantal keren dat de variabele voorkwam te delen door het totaal aantal casussen ($n = 607$).

Aan de hand van de beschrijvingen in de beschikbare dossiers en/of de vragenlijsten werd een persoonlijkheidsbeschrijving van elke jongere gemaakt. Deze vragenlijsten waren door de jongeren zelf ingevuld in de tweede klas van het voortgezet onderwijs in het kader van een vast contactmoment van de jeugdgezondheidszorg. Sinds circa 2005 worden dergelijke vragenlijsten systematisch ingezet tijdens dit jeugdgezondheidszorgcontactmoment. Bij de persoonlijkheidsbeschrijvingen werden de gebruikte omschrijvingen gecategoriseerd rond de drie thema's die het meest frequent genoemd werden (somber, angstig, boos). Twee beoordelaars (auteurs LB en AK) beoordeelden de beschrijvingen onafhankelijk van elkaar; zo nodig overlegden zij met elkaar om tot een overeenstemming te komen.

Resultaten

Van de 26 regio's in Nederland werkten 21 (81 %) mee aan het onderzoek. Dossiers betreffen 607 jongeren van 10 tot en met 23 jaar die in de periode 1996 tot en met 2012 zijn geregistreerd als overleden door suïcide. Van 484 jongeren was er alleen een lijkschouwdossier beschikbaar en van 123 jongeren was er zowel een lijkschouw- als een jeugdgezondheidszorgdossier beschikbaar. Nadere informatie over de participatie van GGD'en aan het onderzoeksproject is te vinden in Bijker, et al. [5].

Kenmerken en omstandigheden

Een overzicht van de kenmerken en omstandigheden van de suïcides wordt gegeven in tab. 2. In de derde tot

zesde kolom worden respectievelijk beschreven: het aantal casussen met informatie over de betreffende variabele, het aantal casussen bij wie de variabele aanwezig was, de berekende maximale prevalentie, en de minimale prevalentie.

Uit tab. 2 blijkt dat in veel dossiers relevante informatie ontbreekt. De maximale en de minimale prevalentie kunnen daarom ver van elkaar af liggen. Dat betekent dat we – vooral waar sprake is van kleine aantallen – de percentages met de nodige voorzichtigheid moeten interpreteren. In onderstaande tekst beperken we ons daarom tot het beschrijven van de absolute aantallen, de bijbehorende maximale en minimale prevalentie kan men in tab. 2 terugvinden.

Demografische gegevens

Van de onderzochte populatie waren 138 jongeren minderjarig, 469 jongeren waren tussen de 18 en 23 jaar. Het betrof veel meer jongens ($n = 439$) dan meisjes ($n = 168$). Van de 437 jongeren waarvan de nationaliteit geregistreerd was, betrof dit in driekwart van de gevallen de Nederlandse nationaliteit. Het opleidingsniveau was slechts van 89 jongeren bekend.

Kenmerken van de suïcide

Opvallend is dat jongeren veelal ($n = 509$) harde methoden gebruikten bij hun suïcide, zie tab. 3. De meest voorkomende methodes zijn ophanging, voor de trein of van een hoogte springen. Van 309 van de 607 suïcides was geregistreerd waar deze plaatsvond: 94 jongeren werden thuis gevonden. In 75 gevallen werd een afscheidsbrief aangetroffen.

Eerdere suïcidaliteit/zelfdestructief gedrag

Voor zover bekend hadden 57 jongeren al eerder een suïcidepoging ondernomen en 83 jongeren hadden al eerder uitlatingen gedaan over suïcidaliteit. 26 jongeren waren bekend met problematisch alcoholgebruik, en 29 met problematisch drugsgebruik. In de overige dossiers werd geen informatie over deze variabelen gevonden.

Geestelijke gezondheidszorg

In de dossiers werd in 140 gevallen een psychische stoornis vermeld. Voor zover bekend waren 56 jongeren ooit opgenomen geweest in een (jeugd-)GGZ instelling. Vlak voorafgaand aan de suïcide waren 80 jongeren in behandeling en 35 jongeren waren ten tijde van de suïcide opgenomen in de (jeugd-)GGZ. Een aanzienlijk deel van de jongeren gebruikte medicijnen ($n = 56$), in een klein aantal gevallen werden ook lichamelijke pro-

Tabel 2 Kenmerken en omstandigheden van suïcides bij kinderen en jongeren ($n=607$).

soort variabele	variabele naam	aantal casussen met informatie over de betreffende variabele	aantal casussen bij wie de variabele aanwezig was	maximale prevalentie ^a (%)	minimale prevalentie ^b (%)
demografische kenmerken	jongens	604	439	73	72
	minderjarig (tot 18 jaar)	605	138	23	23
	Nederlandse nationaliteit	437	329	75	54
	opleiding (v)wo	89	15	17	2
kenmerken van de suïcide	harde methode suïcide (zie tab. 3)	568	509	90	84
	suïcide thuis	309	94	30	15
	afscheidsbrief aanwezig	123	75	61	12
eerdere suïcidaliteit zelf-beschadigend gedrag	eerdere poging	99	57	58	9
	suïcidale uiting	129	83	64	14
	alcoholgebruik	60	26	43	4
	drugsgebruik	74	29	39	5
contact hulpverlening	bekend bij GGZ	177	140	79	23
	psychische stoornis aanwezig	162	140	86	23
	in behandeling ten tijde van de suïcide	118	80	68	13
	opgenomen of geweest	79	56	71	9
	psychische stoornis in de familie	23	17	74	3
	lichamelijke problemen	28	26	93	4
	medicijngebruik	104	56	54	9
omstandigheden omgevingsfactoren	mogelijke aanleiding voor de suïcide	69	69	100	11
	persoonlijksheidsbeschrijving	87	87	100	14
	schoolproblemen	65	44	68	7
	pesten	58	24	41	4
	seksueel misbruik	18	6	33	1
	ouders gescheiden of uit elkaar	86	44	51	7

(v)wo (voorbereidend) wetenschappelijk onderwijs, GGZ geestelijke gezondheidszorg

^aDe maximale prevalentie wordt berekend door het aantal keren dat de variabele voorkomt te delen door het aantal keren dat er informatie beschikbaar is over de desbetreffende variabele

^bDe minimale prevalentie wordt berekend door het aantal keren dat de variabele voorkomt te delen door het totaal aantal casussen ($n=607$).

Tabel 3 Gebruikte methode suïcide ($n=607$).

methode van suïcide	aantal
voor de trein gesprongen ^a	132
ophanging ^a	233
sprong van hoogte ^a	90
verstikking ^a	26
vuurwapen ^a	13
eenzijdig auto ongeval ^a	9
voor een voertuig gesprongen (geen trein) ^a	3
verbranding ^a	2
elektrocutie ^a	1
medicijnen/vergiftiging	28
verdrinking	14
gesneden	7
uithongeren	1
overig of onbekend	48

^aDeze methoden worden gecategoriseerd als 'harde methoden'.

blemen vermeld, en werden psychische stoornissen bij familieleden genoemd.

De meest voorkomende diagnoses zijn depressie ($n=31$) en psychotische stoornissen ($n=18$), gevolgd door (faal)angst ($n=14$), autisme spectrum stoornis (ASS) ($n=12$), stoornissen in de aandacht (ADHD en ADD) ($n=12$), en verslaving ($n=11$). Acht jongeren ouder dan 18 jaar waren gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), bij 8 jongeren werd deze diagnose nog niet vastgesteld vanwege de jonge leeftijd; al deze vallen onder de categorie persoonlijkheidsstoornis niet nader omschreven (NNO). Uiteraard komt ook comorbiditeit ($n=16$) in de groep jongeren voor. Bij 10 jongeren was de diagnose onbekend.

Persoonlijksheidsbeschrijvingen

In 87 dossiers werden persoonlijkheidsbeschrijvingen aangetroffen. Er kunnen meerdere beschrijvingen van toepassing zijn per jongere. Er zijn drie groepen onderscheiden: de in zichzelf gekeerde sombere, neerslach-

tige, depressieve jongeren ($n=29$); de angstige, onzekere en verlegen jongeren ($n=16$); en de extraverte boze, agressieve, driftige, koppige of stuurse jongeren ($n=8$). Er zijn 10 jongeren die kenmerken vertonen uit alle drie de groepen, 17 jongeren met zowel sombere als angstige persoonlijkheidsbeschrijvingen, en 7 jongeren met boosheid en angst of boosheid met somberheid. In 66% van de gevallen werd (onder meer) somberheid vermeld en in 55% werd angst vermeld. In 29% was sprake van boosheid.

Omstandigheden/aanleidingen vlak voorafgaand aan de suïcide

Soms is in de dossiers een aanleiding of omstandigheid die zich vlak voor de suïcide afspeelde, vermeld ($n=69$). Als hierover al informatie werd vermeld dan betrof het in volgorde van voorkomen: het einde van een relatie ($n=17$) of de dreiging daartoe, ruzie met iemand uit het gezin ($n=15$), ruzie met een geliefde ($n=10$), slecht nieuws ontvangen ($n=7$), een recente suïcide in de omgeving meegemaakt ($n=5$), gepest worden ($n=4$), slechte schoolresultaten ($n=2$) en werkproblemen ($n=2$). Van 7 jongeren werd een overige omstandigheid of aanleiding beschreven.

Overige omstandigheden die voorkwamen in de voorgeschiedenis van jongeren (niet vlak voor het overlijden) waren schoolproblemen ($n=65$), pesten ($n=58$) of seksueel misbruik ($n=18$). Bij 44 jongeren waren de ouders niet bij elkaar of gescheiden.

Conclusies en discussie

Dit onderzoek laat zien dat we van veel jongeren die suïcide pleegden geen gegevens hebben en van een aantal suïcides hebben we gebrekkige en onvolledige gegevens. Dit werd internationaal ook vastgesteld bij het bestuderen van lijkschouwdossiers en jeugdgezondheidszorgdossiers [6]. Ook het Europese Hof voor de rechten van de mens constateerde in de casus van een man die door suïcide om het leven is gekomen dat er onvoldoende zorg was geweest voor het bijhouden van volledige en gedetailleerde dossiers [7]. Echter komt een aantal zaken naar voren die betekenisvol geacht mogen worden en die ons kunnen helpen bij de preventie van suïcides onder jeugdigen.

Demografische gegevens. Onder jongens komen suïcides drie keer zo vaak voor als onder meisjes. De incidentie neemt toe bij het ouder worden. Deze gegevens komen overeen met internationale literatuur [8]. Er lijken naar verhouding veel jongeren met een niet-Nederlandse nationaliteit onder de suïcides te zijn. Ook lijken suïcides van jongeren vaker voor te komen in gebroken gezinnen, nationaal vergelijkingsmateriaal ontbreekt echter. Ook deze demografische kenmerken zijn in lijn met buitenlands onderzoek [9]. Geslacht, leeftijd, niet-Nederlandse nationaliteit en afkomstig uit een gebroken gezin kunnen

derhalve voorzichtig als indicatoren voor suïciderisico worden opgevat, maar de voorspellende waarde van deze factoren is uiteraard zeer beperkt.

Kenmerken van de suïcide. Als jongeren overlijden door suïcide, hebben ze meestal een harde methode toegepast: ophangen, voor de trein of van een hoogte springen. Het gebruik van de zogenaamd zachte methode, met medicijnen, leidt onder jongeren naar verhouding minder vaak tot suïcide dan bij volwassenen [9]. Ook dit strookt met de internationale bevindingen [10]. Voor de preventie van suïcides onder jongeren lijkt het daarom voor hulpverleners van belang om tot in detail naar de gedachten en plannen om suïcide te plegen te vragen en deze serieus te nemen. In het bijzonder wanneer jongeren zich aangetrokken voelen tot harde methoden.

Eerdere suïcidaliteit en zelfdestructief gedrag. In veel dossiers werd geen informatie over deze variabelen gevonden, en vermoedelijk betekent dit dat er geen sprake was van eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag. Uitgaande van de gehele onderzoeksgroep liggen de percentages daarom vermoedelijk in werkelijkheid dichter bij de minimale prevalentie. Desondanks kunnen we constateren dat jongeren die door suïcide om het leven komen regelmatig al eerder uitlatingen hebben gedaan in de richting van suïcide, eerdere pogingen hebben ondernomen en bekend zijn met eerder destructief gedrag zoals problematisch alcohol- en/of drugsgebruik. Deze risicofactoren waren al bekend uit internationaal onderzoek [11], en ze worden hier bevestigd.

Geestelijke gezondheidszorg. Jongeren die suïcide pleegden waren binnen de onderzochte groep relatief vaak bekend bij hulpverlenende personen en instanties vanwege emotionele problemen en psychiatrische aandoeningen. Dit betekent dat de psychische problemen van deze jongeren vaak onderkend waren en dat ambulante of residentiële behandeling was ingesteld. Ook in het buitenland is de relatie tussen suïcides en psychopathologie onder jongeren duidelijk [11]. Dat betekent dat de jeugd-GGZ de plaats is waar suïciderisico onder jongeren vaak bekend en aanwezig is en waar suïcidepreventie geïndiceerd is.

Belangrijk is om de bevindingen uit internationaal wetenschappelijk onderzoek, nationaal te kunnen bevestigen. Eerder wetenschappelijk onderzoek binnen Nederland bij deze groep jongeren was niet aanwezig. De diagnostische categorieën met een hoog suïciderisico komen in dit onderzoek terug: depressie, psychotische stoornissen, angst, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen, ASS, ADHD en ADD zijn, afgemeten aan de frequentie waarin ze werden gemeld, de belangrijkste. De persoonsbeschrijvingen van jongeren die door suïcide om het leven kwamen, worden ook in Nederland gezien: depressief, angstig of boos, of een combinatie van deze.

In de praktijk blijkt dat professionals vooral te maken krijgen met suïcidedachten en suïcidepogingen van jongeren. Deze groep verschilt van de jongeren die suïcide plegen. Bij suïcides betreft het vaker jongens en jongeren met internaliserende problematiek terwijl bij suïcidepogingen het vaker om meisjes en jongeren met

externaliserende problematiek gaat [3]. Wat betreft de aanleidingen en omstandigheden bij de suïcides van jongeren bleek dat relationele problemen vaak een (mogelijk doorslaggevend) rol speelden: het beëindigen van een relatie of de dreiging daarvan, ruzie met een geliefde, ruzie met iemand uit het gezin, etc. Ook dat is bekend uit de internationale literatuur [12] en in Nederland blijkt dit ook uit de gegevens van het CBS [3].

De gevonden resultaten zijn globaal en daarmee niet voldoende om dichterbij de buurt te komen van de complexe etiologie van suïcide en zo een antwoord te geven op onze vraag hoe deze sterfgevallen vermeden kunnen worden. Om aangrijpingspunten voor preventie te kunnen identificeren is meer gedetailleerde informatie nodig. Dit betekent dat ten minste de registratie in dossiers beter moet.

Met dit artikel wordt daarom een voorzet gegeven tot de ontwikkeling van een Child Suicide Review (CSR). CSR is een methode, gebaseerd op Child Death Review [6], waarbij elke suïcide systematisch wordt onderzocht door een multidisciplinair team. Het doel is om risicofactoren te identificeren, aanbevelingen te geven voor bestaande protocollen en een advies te geven over benodigde nazorg. Het CSR team bestaat uit afgevaardigden van politie, jeugdgezondheidszorg, forensische zorg, jeugd-GGZ, reguliere zorg (huisarts), scholen en Veilig Thuis (het voormalige Advies- en Meldpunt Kindermishandeling). Na het verzamelen van informatie uit beschikbare dossiers en bronnen door professionals in de eerste fase van het overlijden kan op een later tijdstip een CSR bijeenkomst worden gehouden, waar de casus wordt gereviewd en leerpunten worden geïdentificeerd die aan beleid/protocollen kunnen bijdragen. Deze systematiek is momenteel in ontwikkeling door een samenwerking van GGD IJsselland, Universiteit Twente en de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hierdoor zal het hopelijk mogelijk worden om aanwijzingen voor preventie van suïcide onder jongeren te verkrijgen.

Literatuur

1. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Switzerland: WHO; 2014. ISBN 978 92 4 156477 9.
2. Gijzen S, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Need A. Child mortality in the Netherlands in the past decades: an overview of external causes and the role of public policy. *J Public Health Policy*. 2014;35(1):43-59.
3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline - Doodsoorzaken; niet-natuurlijke dood. 2014. <http://www.statline.cbs.nl>. Geraadpleegd februari 2014 (nadere informatie verstrekt door dhr. J. Hoogenboezem, CBS).
4. Kerkhof AJFM, Luyn JB van, editors. Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
5. Bijker L, Boere-Boonekamp MM, Duijst WLJM, Ghoncheh R, Sijperda O, Kerkhof AJFM. Suïcides onder jongeren in de periode 1996-2012: de beschikbaarheid en kwaliteit van lijkschouw- en jeugdgezondheidszorgdossiers. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*. 2014;4:66-70.
6. Fraser J, Sidebotham P, Frederick J, Covington T, Mitchell EA. Learning from child death review in the USA, England, Australia, and New Zealand. *Lancet*. 2014;384:894-903.
7. Europees Hof voor de Rechten van de Mens. 3 april 2001, nr. 27229/95, Keenan t. VK.
8. Campi R, Barbato A, D'Avanzo B, Guaiana G, Bonati M. Suicide in Italian children and adolescents. *J Affect Disord*. 2009;113:291-5.
9. Wagner BM, Silverman MAC, Martin CE. Family factors in youth suicidal behaviors. *Am Behav Sci*. 2003;46(9):1171-91.
10. Beautrais AL. Methods of youth suicide in New Zealand: trends and implications for prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34:413-9.
11. Marttunen MJ, et al. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13-22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(10):1297-1307.
12. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 to 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1174-82.

L. Bijker psycholoog-onderzoeker verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit in Amsterdam

M.M. Boere-Boonekamp arts maatschappij en gezondheid, universitair hoofddocent bij de vakgroep Health Technology and Services Research, Universiteit Twente

W.L.J.M. Duijst forensisch arts bij GGD IJsselland, senior forensisch onderzoeker bij de Radboud Universiteit Nijmegen, strafrechter in Arnhem en voorzitter van het Forensisch Medisch Genootschap

J. Hoogenboezem statistisch analist bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)

O. Sijperda vrijgevestigd jeugd-/verslavings- en forensisch arts

A.J.F.M. Kerkhof hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit Amsterdam