Suïcidepreventie in het onderwijs doe je samen!

Evelien van Goor

Veel mensen hebben suïcidale gedachten. Vaak voelen zij zich hierin eenzaam en alleen. Het taboe op dit onderwerp is zeer groot. Dat blijkt onder andere uit de vele ideeën die over dit onderwerp heersen – die overigens niet altijd op waarheid berusten – maar ook uit hoe weinig mensen hierover met elkaar durven te praten. Tegelijkertijd worden velen van ons er op de een of andere manier mee geconfronteerd via familie, vrienden, kennissen, buurtgenoten of via de eigen gedachten.

Overheidsbeleid in Nederland

In Nederland is in 2009 gestart met het online hulpverleningsplatform 113 Zelfmoordpreventie, te vergelijken met het Vlaamse Zelfmoord1813.be. Men kan anoniem, 24 uur per dag en 7 dagen per week, gratis (behalve de belkosten) in contact komen met een vrijwilliger (via het telefoonnummer 0900-0113 of via de chat op https://www.113.nl). Indien nodig kan altijd worden doorgeschakeld naar een professional. Daarnaast bieden psychologen kortdurende therapieën aan via chat, e-mail en telefoon. Vanwege de grote stijging van het aantal suïcides in Nederland (sinds 2007 ruim 30%) is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met veel partijen in het land rond de tafel gaan zitten om te onderzoeken wat er gedaan kan worden om het hoge aantal suïcides terug te dringen. In 2015 bedroeg het totale aantal suïcides 1.871, oftewel 11 per 100.000 inwoners (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2016). Dat betekent vijf suïcides per dag. Uit het overleg van VWS met de verschillende partijen is de Landelijke Agenda Suïcidepreventie ontstaan (VWS, 2013). Die agenda is door 113 Zelfmoordpreventie vertaald naar een programma met zeventien actiepunten, waarbij scholing en het agenderen en ontwikkelen van suïcidepreventiebeleid belangrijke onderwerpen zijn. In deze Landelijke Agenda Suïcidepreventie valt op dat er verscheidene domeinen worden benoemd: niet alleen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kunnen verschillende zaken veranderd worden, maar ook in de zorg in het algemeen, de media, het sociaaleconomische domein en het onderwijs. Dat komt overeen met de aanbevelingen uit het rapport van de World Health Organization (2014) voor een landelijk suïcidepreventiebeleid. Een dergelijk beleid kan lokaal worden geïmplementeerd, zoals aangetoond door Polikar en Buster (2014). 113 Zelfmoordpreventie is gevraagd om die agenda te monitoren en aan te jagen, en als kwartiermaker (wegbereider) het land in te trekken op zoek naar mooie praktijkvoorbeelden en naar de behoeftes en eventuele problemen bij suïcidepreventie. Zo worden onder andere de 24 grootste ggz-instellingen, huisartspraktijken, ziekenhuizen, scholen, schuldhulpverleningsinstanties, koepelorganisaties in de zorg, het onderwijs en de

sociaaleconomische sector bezocht. De overige ggz-instellingen worden wellicht in de toekomst nog benaderd. De verkregen informatie, mooie voorbeelden en oplossingen worden gedeeld. Voor de wensen en problemen wordt gezocht naar oplossingen om suïcidepreventie zo effectief mogelijk te laten zijn. Dit artikel gaat nader in op het onderdeel onderwijs van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en hoe suïcidepreventie daarin steeds meer vorm krijgt.

Suïcidepreventie in het onderwijs

Het doel van 113 Zelfmoordpreventie (2016) met betrekking tot het onderwijs is zorgen dat jongeren met suïcidale gedachten en/of gedrag eerder worden gesignaleerd en sneller worden doorverwezen voor hulp, onder andere door het aanbieden van consulten over het vormgeven van suïcidepreventiebeleid en gatekeeperstrainingen (zie infra). De consulten zijn gericht op professionals in het onderwijs, bijvoorbeeld zorgcoördinatoren, schoolmaatschappelijk werkers, decanen, maar ook directeuren. In een consult wordt de noodzaak van suïcidepreventie binnen het onderwijs besproken, evenals de verschillende methoden waarmee dat kan worden vormgegeven. Daarmee hopen we te bereiken dat medewerkers in het onderwijs zich meer bewust worden van de problematiek van suïcidaliteit, en dat de vaardigheden worden vergroot om de suïcidaliteit onder jongeren te herkennen en hierover met hen in gesprek te gaan. Bij aanvang van de uitvoering van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie ontmoetten we nogal wat aarzeling en angst om het onderwerp suïcidepreventie op de agenda te zetten: aangegeven werd dat suïcidaal gedrag niet op de school voorkwam of dat er op dat moment geen noodzaak was tot een gesprek met de kwartiermakers. Opvallend was dat het woord 'suïcide' of 'zelfmoord' vaak werd vermeden. Hieruit leerden we dat laagdrempelig handelen, zoals het bevorderen van bewustwording in plaats van het direct aanbieden van de gatekeeperstraining, nodig is om dit onderwerp wel de aandacht te geven die het verdient. Verder moeten we ons natuurlijk realiseren dat een onderwijsinstelling geen zorginstelling is: er kan geen sprake zijn van behandeling van suïcidaliteit binnen het onderwijs; de eerste prioriteit van de school is het onderwijzen van leerlingen en studenten. Toch laat wetenschappelijk onderzoek zien dat adolescenten die zich goed voelen en een hoge eigenwaarde hebben, meer gemotiveerd zijn op school en betere cijfers halen (Gillham et al., 2007). Wanneer een leerling of student (suïcidale) problemen heeft, kan dat negatieve consequenties hebben voor de behaalde resultaten. Dat kan een motiverende factor zijn voor onderwijsinstellingen om wel met suïcidepreventie aan de slag te gaan. Naast huivering en angst zagen we ook onderwijsinstellingen die wel veel behoefte hadden aan meer kennis en vaardigheden met betrekking tot suïcidepreventie en dat thema een vaste plek gaven binnen hun interne systeem van zorg.

Suïcidepreventie binnen een onderwijsinstelling start eigenlijk altijd met de bewustwording van het bestaan van suïcidaliteit onder jongeren. Uit onderzoek van Dijkstra (2010) blijkt dat elk jaar 11,2% van de Nederlandse jeugd suïcidale gedachten heeft; 6,6% doet een suïcidepoging of beschadigt zichzelf. In 2015 bedroeg het totale aantal suïcides onder jongeren tot 20 jaar 48 (CBS, 2016). Suïcide is dan ook een van de belangrijkste doodsoorzaken onder jongeren (CBS, 2016). Uit een overzichtsstudie van grote groepen hetero-, homo- en biseksuele jongeren (King et al., 2008) blijkt dat homo- en biseksuele jongeren vaker suïcidegedachten

hebben en vaker suïcidepogingen doen. De kans op een suïcidepoging is bij heterojongeren 1,5% tegenover 14,5% bij bi- en homoseksuele jongeren. Voor transgenderjongeren blijkt dat cijfer nog hoger te liggen.
Deze cijfers verhogen de bewustwording dat suïcidepreventie ook op jongeren gericht moet zijn. Het betekent dat in elke klas minimaal één leerling of student zit die zo vastloopt in zijn leven dat de dood een oplossing lijkt te zijn. De noodzaak om wel met suïcidepreventie aan de slag te gaan, wordt hierdoor heel voelbaar.

Samenwerking tussen school en hulpverlening

De vraag die vaak wordt gesteld aan de kwartiermakers, luidt: waarom moet suïcidepreventie op een school? 'Wij zijn geen hulpverleners', wordt er gezegd. 'De ggz kan dit toch doen.' Een belangrijke reden voor onderwijsinstellingen om hier toch mee aan de slag te gaan, is het gegeven dat uit onderzoek blijkt dat 60% van de mensen die door suïcide zijn overleden, niet bekend was bij de ggz (Huisman, Robben, & Kerkhof, 2013). De ggz bereikt veel mensen met suïcidale gedachten en/of gedrag, onder wie veel jongeren, niet. Zij krijgen dus niet de hulp die ze nodig hebben. Aangezien 95% van de adolescenten onderwijs krijgt, stellen Gould et al. (2005) dat scholen de plek bij uitstek zijn waar ten behoeve van deze groep voorlichting over depressie gegeven moet worden en aan suïcidepreventie gedaan moet worden. De school of universiteit is de plek waar de kans het grootst is dat jongeren die aan suïcide denken, gesignaleerd kunnen worden.

Onderzoek van Wasserman et al. (2015) bij 11.110 studenten in 168 scholen in 10 Europese landen laat op een overtuigende wijze zien dat suïcidepreventieprogramma's goed geïmplementeerd kunnen worden op scholen. Andere onderzoeken laten bovendien zien dat het screenen en aanbieden van preventieprogramma's helpen bij het verminderen van het suïciderisico (Silverstone et al., 2015).
Belangrijk hierbij is evenwel onderscheid te maken tussen signaleren en behandelen. Een mentor of studieadviseur kan wel signaleren dat een jongere denkt aan suïcide, maar zal geen behandeling instellen; diagnosticeren en behandelen van suïcidaliteit is een taak van de hulpverlening. Maar zonder de signalerende functie van de school is de kans een stuk kleiner dat de betreffende jongere de weg naar de hulpverlening zal vinden.
Een effectieve samenwerking tussen school en hulpverleners is dan ook belangrijk. De school kan leren signaleren en door middel van doorvragen een eerste inschatting maken van de ernst van de (suïcidale) gedachten. Die eerste inschatting is van belang, omdat dit een indicatie geeft van welke hulp er nodig is. Indien het erop lijkt dat de situatie acuut is en de jongere binnen korte tijd een suïcidepoging zal ondernemen, is het belangrijk en noodzakelijk om direct de hulpverlening in te schakelen. Dat kan bijvoorbeeld door 112 of een crisisdienst te bellen. De medewerkers van die organisaties kunnen bepalen welke volgende stappen gezet moeten worden, bijvoorbeeld het inschakelen van een psychiater om een inschatting te maken van de ernst van de suïcidale gedachten of een ambulance sturen om medische hulp te bieden. Wanneer de situatie minder acuut is (met andere woorden: de jongere heeft op het moment van het gesprek geen concrete plannen), kan de jongere (met hulp van een mentor en/of de ouders) een afspraak maken bij de huisarts.

Training van gatekeepers

Om de mentoren, studieadviseurs, studentendecanen en anderen te ondersteunen in het leren signaleren van suïcidaliteit, is er de mogelijkheid tot het volgen van een gatekeeperstraining. Uit onderzoek blijkt dat deskundigheidsbevordering van intermediairs een effectieve strategie is in het voorkomen van suïcide (Nordentoft, 2011; Scott & Guo, 2012). Gatekeepers die de *Question, Persuade and Refer*-training (vrij vertaald: bevragen, motiveren, doorverwijzen) hebben gevolgd, beschikken over meer kennis op het gebied van suïcidepreventie, zelfgerapporteerde vaardigheden en zelfwerkzaamheid (Cross et al., 2011; Wyman et al., 2008).
De gatekeeperstraining is ontwikkeld op basis van internationale voorbeelden en bruikbaar gemaakt voor de Nederlandse situatie (Steendam, 2015). Sinds 2014 wordt die training aangeboden door 113 Zelfmoordpreventie. In die training wordt aandacht besteed aan kennisoverdracht over suïcidepreventie en het trainen van gespreksvaardigheden: hoe ga je in gesprek met iemand die suïcidegedachten heeft? Dat wordt onder andere gedaan door rollenspel. Tot slot is er aandacht voor het doorverwijzen naar de hulpverlening. De belangrijkste rol van een gatekeeper is dus de suïcidaliteit signaleren en bespreekbaar maken en doorverwijzen naar de zorg. De training wordt zeer positief beoordeeld door de deelnemers. Vooral de praktische handvatten geven richting aan het handelen van de deelnemers wanneer zij in gesprek gaan met een leerling of student. Ook het taboe wordt hiermee sterk verminderd.

Bruikbare materialen

Naast de gatekeeperstraining zijn er de afgelopen jaren meer materialen ontwikkeld die voor onderwijsinstellingen behulpzaam kunnen zijn bij het vormgeven van suïcidepreventiebeleid. Er is bijvoorbeeld de *Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging* (Kerkhof & Huisman, 2016). Daarnaast is er de e-learningmodule *Suïcidaliteit onder jongeren* van Mental Health Online (2016). Uit onderzoek blijkt dat die module de kennis en het zelfvertrouwen vergroot van mensen die werken met jongeren (Ghoncheh, Kerkhof, & Koot, 2014). Ook is er de handreiking *Als ik kan zeggen wat ik denk* van 113 Zelfmoordpreventie (2016). Hierin wordt het proces van herkennen, signaleren, in gesprek gaan en doorverwijzen beschreven. Met die handreiking kan een onderwijsinstelling een op maat gemaakt suïcidepreventieprotocol opstellen. Verder is er een app met achtergrondinformatie over suïcidaliteit en praktische tips, bedoeld als leidraad, zodat suïcide gemakkelijker bespreekbaar wordt.
Ook in het boek *Zelfdoding bij kinderen en jongeren* (Andriessen, Krysinska, & Andries, 2014) worden concrete handvatten gegeven voor het maken van een suïcidepreventieprotocol. Het zelfhulpboek *Hoop doet leven* (Mokkenstorm, 2013) is een overlevingsgids voor mensen die zelf denken aan suïcide, maar ook voor hun naastbetrokkenen, vol informatie over suïcidaliteit.

Ketenzorg werkt

Gelukkig is er steeds meer materiaal, kennis en mogelijkheden voor het onderwijs om het suïcidepreventiebeleid verder vorm te geven. 113 Zelfmoordpreventie is nu twee jaar bezig met het uitvoeren van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie en we zien langzaam maar

zeker een verschuiving optreden. Het onderwerp suïcidepreventie wordt door steeds meer onderwijsinstellingen opgepakt, waarbij ze onderzoeken op welke manier ze dit kunnen vormgeven, passend bij de eigen organisatie en doelgroep. De beschikbare informatie, zoals in deze bijdrage beschreven, wordt gedeeld en steeds meer gatekeepers worden getraind. De bal rolt niet snel, maar hij rolt.
Een aandachtspunt is de samenwerking tussen het onderwijs en de hulpverlening. Niet altijd kan de leerling of student direct terecht bij de hulpverlening, wat betekent dat de onderwijsinstelling de zorg voor de leerling of student blijft dragen, terwijl ze niet de mogelijkheden en vaardigheden rond suïcidaliteit in huis heeft om de jongere goed te ondersteunen en te begeleiden. Het is dus belangrijk dat hieraan meer aandacht wordt besteed. Door middel van een nieuw programmaonderdeel van de Landelijke Agenda Suïcidepreventie wordt gewerkt aan de ketenzorg binnen een regio. Dat onderdeel heet SUPRANET-community, waarbij SUPRANET staat voor SUïcide PReventie Actie NETwerk: een zogeheten community-aanpak. Dat betekent dat er wordt gewerkt vanuit lokale betrokkenheid: de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), de wijk- of buurtteams, huisartsen, scholen, politie, (sport) verenigingen, ggz-instellingen en media. Sinds september 2016 zijn er zeven regio's die via SUPRANET-community werken aan het verbeteren van suïcidepreventie in de eigen regio. De GGD in de desbetreffende regio is hierin de kartrekker.
Er is dus veel mogelijk op het gebied van suïcidepreventie. Samen, ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheden, kunnen we veel bereiken.

Literatuur

113 Zelfmoordpreventie. (2016). *Zelfmoordpreventie in het onderwijs*. Geraadpleegd op 7 februari 2017 via https://www.113.nl/professionals-en-organisaties/zelfmoordpreventie-het-onderwijs

Andriessen, K., Krysinska, K., & Andries, C. (Red.). (2014). *Zelfdoding bij kinderen en jongeren: preventie en hulpverlening bij suïcidaal gedrag*. Leuven: LannooCampus.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016). *Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken*. Geraadpleegd via http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM = SLNL&PA = 7022gza&D1 = a&D2 = 0&D3 = 1&D4 = 0,30,60,64-65&HDR = G1,G2&STB = T,G3&VW = T

Cross, W.F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A.M., & Caine, E.D. (2011). Does practice make perfect? Randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide preventing gatekeeper skills. *Journal of Primary Prevention, 32*, 195-211. doi:10.1007/s10935-011-0250-z

Dijkstra, M. (2010). *Factsheet preventie van suïcidaliteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ghoncheh, R., Kerkhof, A.J., & Koot, H.M. (2014). Effectiveness of adolescent suicide prevention e-learning modules that aim to improve knowledge and self-confidence of gatekeepers: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 15*, 52. doi:10.1186/1745-6215-15-52

Gillham, J.E., Reivich, K.J., Freres, D.R., Chaplin, T.M., Shatté, A.J., Samuels, B., ... Seligman, M.E. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 9-19. doi:10.1037/0022-006X.75.1.9

Gould, M.S., Marroocco, F.A., Kleinman, M., Thomas, J.G., Mostkoff, K., Cote, J., & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *JAMA, 293*, 1635-1643. doi:10.1001/jama.293.13.1635

Huisman, A., Robben, P.B.M., & Kerkhof, A.J.F.M. (2013). Further evaluation of the Dutch supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatric Services, 64*, 10-12. doi:10.1176/appi.ps.201200400

Kerkhof, A., & Huisman, A. (2016). *Vragenlijst over Zelfdoding en Zelfbeschadiging (VOZZ): signalering en bespreking van suïcidaliteit bij jongeren.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 8*, 70. doi:10.1186/1471-244X-8-70

Mental Health Online. (2016). *Module: Suïcidaliteit onder jongeren.* Geraadpleegd via http://www.mentalhealthonline.nl/trainingen/suicidaliteit-onder-jongeren/omschrijving/

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). *Kamerbrief over de landelijke agenda suïcidepreventie en Jaarrapportage vermindering suïcidaliteit 2013.* Den Haag: Auteur. Geraadpleegd via https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2014/01/20/kamerbrief-over-de-landelijke-agenda-suicidepreventie-en-jaarrapportage-vermindering-suicidaliteit-2013

Mokkenstorm, J. (2013). *Hoop doet leven. De 113Online Suicide Survival Guide*. Amsterdam: Boom.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 35*, 848-853. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.11.038

Polikar, L., & Buster, M. (2014). Suïcidepreventie in Amsterdam. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 44*, 236-242.

Scott, A., & Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* København, Danmark: Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe.

Silverstone, P.H., *Bercov*, M., Suen, V.Y.M., *Allen*, A., Cribben, I., *Goodrick*, J., ... McCabe, C. (2015). Initial findings from a novel school-based program, EMPATHY, which may help reduce depression and suicidality in youth. *PLoS One, 10*, e0125527. http://dx.doi.org.10.1371/journal.pone.0125527

Steendam, M. (2015). Gatekeepers in gesprek met suïcidale jongeren. *Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg, 47*, 117. doi:10.1007/s12452-015-0038-2

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet, 385*(9977), 1536-1544. doi:10.1016/S0140-6736(14)61213-7

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Genève: Auteur.

Wyman, P.A., Brown, C.H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J.B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 104-115. doi:10.1037/0022-006X.76.1.104

Personalia

Evelien van Goor is werkzaam als kwartiermaker Suicide Preventie 113 en als psycholoog bij Stichting 113 Zelfmoordpreventie.
E-mail: e.vangoor@113.nl