

Suicide onder adolescenten

INLEIDING

Dood door suicide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten (jongeren tussen de tien en twintig jaar) en daarmee een belangrijk gezondheidsprobleem.^{1,2} De afgelopen vijf jaar was suicide in gemiddeld 17% van de gevallen de doodsoorzaak onder Nederlandse jongeren in de leeftijd van tien tot twintig jaar (www.statline.cbs.nl). De verklaring voor dit percentage betrof het aantal suicides in de leeftijdscategorie vijftien tot twintig jaar: 238 (22%) van de 1069 sterfgevallen kwamen door zelfdoding. Suicide was daarmee, samen met verkeersongevallen met 235 sterfgevallen, de belangrijkste doodsoorzaak onder adolescenten in deze leeftijdscategorie. Onder adolescenten van tien tot vijftien jaar was het aantal zelfdodingen minder frequent: 25 van de 490 sterfgevallen. Het aantal verkeersdoden in de leeftijd tien tot vijftien jaar bedroeg 72. De absolute getallen laten zien dat suicide onder adolescenten weinig voorkomt. De impact op gezinnen, scholen en hulpverleners is echter groot.³ De percentages voor suicidepogingen onder adolescenten liggen mogelijk nog hoger, hoewel hier geen officiële registraties van zijn. Nederlands onderzoek laat percentages voor suicidepogingen zien die variëren van 3% voor jongens tot 10% voor meisjes.⁴

De huisarts is vaak een eerste aanspreekpunt voor adolescenten en ouders bij lichamelijke en psychische problemen, en speelt een belangrijke rol bij het signaleren van problemen en het verwijzen naar andere zorgverleners.⁵ Uit onderzoek blijkt echter dat het voor huisartsen en andere gezondheidszorgpro-

Samenvatting

Cents RAM, Los AM, Bindels PJE. *Suicide onder adolescenten*. *Huisarts Wet* 2016;58(3):126-30.

Suicide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten in Nederland. De prevalentie is laag en de impact op betrokkenen groot. De huisarts is als gezinsarts en poortwachter bij uitstek geschikt om na te gaan welke adolescenten een verhoogd risico op suicide vertonen. Hiertoe is een goede kennis van de risicofactoren voor suicide nodig. Een eerdere suicidepoging en psychische klachten, in het bijzonder depressie, zijn de belangrijkste risicofactoren voor suicide. Een goede informatie-uitwisseling met andere hulpinstanties is onontbeerlijk voor een compleet inzicht in de risicoverhogende factoren die bij adolescenten een rol spelen. Omdat veel adolescenten met psychische klachten zich aan zorg onttrekken of zich met aspecifieke somatische klachten op het spreekuur melden is het belangrijk dat de huisarts een proactieve houding aanneemt. Bij de verdenking op suicidaliteit is het aan te bevelen dat de huisarts suicide bespreekbaar maakt.

Casus 1

Carolien, 13 jaar oud, komt op maandagochtend samen met haar moeder bij de huisarts nadat zij in het voorafgaande weekend een suicidepoging heeft gedaan door een grote hoeveelheid medicijnen in te nemen. Kort na inname had moeder de lege medicijnstrips gevonden, waarop zij contact met de huisartsenpost heeft opgenomen. De dienstdoende huisarts en de crisisdienst hebben Carolien beoordeeld. Zij zagen geen aanwijzingen voor acuut gevaar en gaven het advies voor maandagochtend een afspraak bij de eigen huisarts te plannen. Tevens heeft moeder op korte termijn een afspraak gemaakt bij een instelling voor jeugdgezondheidszorg.

De directe aanleiding voor de suicidepoging zijn pesterijen op school. Carolien vertelt daarnaast al een aantal jaren stemmingswisselingen te ervaren, die zijn begonnen na de echtscheiding van haar ouders. Ze heeft de laatste weken terugkerende gedachten aan de dood, maar maakt geen plannen. Ze beleeft nog plezier aan activiteiten met vriendinnen. Slapen gaat redelijk. Carolien vertelt dat ze zichzelf bekrast met scherpe voorwerpen als ze gevoelens van boosheid of radeloosheid ervaart. Moeder geeft aan dat ze de stemming van Carolien niet goed kan inschatten en dat deze erg kan wisselen over de dag. Daarnaast liegt Carolien veel, onder andere over rookgedrag, en spijbelt ze van school. Op school zijn gesprekken opgestart met het schoolmaatschappelijk werk vanwege het spijbelen en de pesterijen.

Carolien is het afgelopen jaar eenmaal eerder op het spreekuur verschenen in verband met een somatische klacht. De familiegeschiedenis vermeldt veel depressies; bij moeder, en bij oma en een oom van moeders kant.

Binnen 2 weken na de suicidepoging wordt Carolien aangemeld voor een deeltijdbehandeling gericht op emotieregulatie. Tevens worden overbruggingsgesprekken opgestart bij de instelling voor jeugdgezondheidszorg en krijgt moeder ouderschapsbegeleiding.

Drie maanden later doet Carolien een tweede suicidepoging, wederom met medicijnen. Ze wordt opgenomen op de intensive care van een kinderziekenhuis, waar ook een psychiatrische beoordeling plaatsvindt. Aansluitend aan de somatische opname gaat Carolien voor verdere diagnostiek en behandeling naar een psychiatrische instelling.

De kern

- Suicide is een van de belangrijkste doodsoorzaken onder adolescenten in Nederland.
- Een goede kennis van de risicofactoren voor suicide, vaak bestaande uit een combinatie van kwetsbaarheidsfactoren en stressoren, is onontbeerlijk om vroegtijdig te kunnen bepalen welke adolescenten een verhoogd risico op suicide lopen.
- Een eerdere suicidepoging en psychische klachten, in het bijzonder depressieve klachten, zijn de voornaamste risicofactoren voor suicide.
- Uitwisseling van informatie over risicofactoren, zorgvragen en gestarte hulverleningstrajecten tussen de verschillende zorginstanties, zoals het schoolmaatschappelijk werk, het wijkteam en de huisarts, is essentieel wil de huisarts zich een optimaal beeld kunnen vormen van de risicofactoren die bij adolescenten een rol spelen.
- De huisarts kan het beste een proactieve houding aannemen jegens de adolescent met risicoverhogende factoren, en daarnaast suicidaliteit bespreekbaar maken.

professionals lastig is om adolescenten met een verhoogd suïcide-risico vroegtijdig te signaleren en te managen, wat mogelijk komt door een gebrek aan kennis over en inzicht in de risicofactoren voor suïcide.⁶⁻⁸

BESCHOUWING

Een eerdere suïcidepoging als risicofactor

Een van de sterkste voorspellende risicofactoren voor een geslaagde suïcide is een eerdere suïcidepoging.⁹⁻¹¹ Er zijn aanwijzingen dat een suïcidepoging het risico op geslaagde suïcide onder adolescenten vertienvoudigt, en dat dit risico groter wordt naarmate het aantal suïcidepogingen toeneemt.^{10,11} Hoewel de prevalentie van suïcidepogingen tussen landen verschilt, is de mediane prevalentie van zelfgerapporteerde suïcidepogingen onder adolescenten in Europa 10,5%.¹² Opvallend hierbij is de zogenaamde genderparadox: hoewel de prevalentie van suïcidepogingen hoger is onder meisjes, is het aantal geslaagde suïcides twee- tot driemaal groter onder jongens.^{11,12} In hoeverre niet-suïcidale automutilatie, zoals het krassen of snijden, of het maken van brandwonden in de huid, samenhangt met een verhoogd risico op een geslaagde suïcide is niet geheel duidelijk. Wel heeft onderzoek aangetoond dat niet-suïcidale automutilatie samenhangt met een verhoogd risico op suïcidepogingen.¹³ Er zijn aanwijzingen dat bijna de helft van de individuen die aan niet-suïcidale automutilatie doen suïcidale gedachten heeft, en dat 50 tot 85% van deze individuen ooit gedurende hun leven een suïcidepoging heeft ondernomen.¹⁴

Casus 2

Inge, zeventien jaar oud, komt op het spreekuur vanwege een somatische klacht. Tijdens het consult valt op dat ze weinig oogcontact maakt en nauwelijks mimiek toont, en dat haar intonatie vlak is. Omdat de huisarts vindt dat ze een sombere indruk maakt besluit deze naar haar stemming te informeren. Daarop vertelt Inge dat ze zich al enkele weken gedurende het grootste gedeelte van de dag steeds somberder voelt. Slapen gaat slecht omdat ze veel piekert, onder meer over school. Ze is enkele maanden geleden aan een nieuwe opleiding begonnen die veel van haar kunnen vergt. Ze beleeft minder plezier aan activiteiten dan voorheen, maar maakt nog wel toekomstplannen. Vanwege de somberheidsklachten vraagt de huisarts ook naar suïcidaliteit. Daarop vertelt Inge dat ze de laatste dagen veel aan de dood denkt en ook concrete plannen maakt. Ze denkt erover om voor de trein te springen en heeft de dienstregeling reeds opgezocht. De huisarts besluit daarop met de acute dienst te overleggen. Inge kan een non-suïcideafpraak maken tot de volgende dag. De volgende ochtend gaat Inge naar de spoedpoli van een instelling voor jeugdgezondheidszorg.

De voorgeschiedenis van Inge meldt scheiding van ouders en hyperventilatie, waarvoor ze ademhalingsoefeningen heeft gekregen.

De spoedpoli verwijst Inge door voor steunende vervolgesprekken. Tijdens deze gesprekken komt naar voren dat ze veel onverwerkt verdriet heeft over de scheiding van haar ouders. Hier blijkt ze op haar vorige school gesprekken over te hebben gehad met het schoolmaatschappelijk werk, die haar erg hebben geholpen. Haar huidige opleiding is te hoog gegrepen, waardoor ze veel spanningen ervaart. Inge ging over suïcide nadenken omdat ze geen andere oplossingen kon bedenken. Nadat ze met haar nieuwe schoolopleiding is gestopt gaat het beter met haar en is er geen sprake meer van depressieve of suïcidale gedachten.

Psychische klachten als risicofactor

Naast een eerdere suïcidepoging is de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis een zeer belangrijke risicofactor voor een geslaagde suïcide. Van de adolescenten met een geslaagde suïcide bleek tussen de 60 en 90% een of meer psychiatrische stoornissen te hebben, waarvan een depressieve stoornis het meest voorkomt.¹⁵ Het risico op suïcidaal gedrag en een geslaagde suïcide onder adolescenten is ongeveer 11 tot 27 keer zo groot wanneer ze een depressieve stoornis hebben.^{15,16} Eerder onderzoek onder adolescenten die zijn gediagnosticeerd met een depressieve stoornis laat zien dat ruim 50 tot 80% van hen suïcidaal gedrag vertoont.^{17,18} Ook middelenmisbruik is een belangrijke voorspeller van suïcidaliteit, hoewel dit vaak samen met andere psychiatrische aandoeningen voorkomt, zoals een angststoornis of een gedragsstoornis.^{15,16}

Het is lastig voor huisartsen om te bepalen welke adolescenten psychische klachten hebben, omdat de meerderheid van hen niet met deze klachten naar de huisarts gaat.^{8,19,20} Wel is een groot deel van de adolescenten met psychische klachten (> 80%) in het jaar voorafgaande aan de klachten of de suïcide vanwege een somatische klacht bij de huisarts op het spreekuur geweest.²¹⁻²³ De somatische klacht lijkt echter weinig specifiek te zijn,²⁴ variërend van hoofdpijn of maag-darmproblemen tot musculoskeletale problemen, wat de herkenning van een onderliggende psychische klacht nog extra bemoeilijkt. Mogelijk is er een verband tussen frequent spreekuurbezoek (meer dan vier keer per jaar) en de aanwezigheid van psychische klachten.^{25,26} Daarom zouden huisartsen extra alert moeten zijn op onderliggende psychische klachten wanneer een adolescent veelvuldig het spreekuur bezoekt. Ook kunnen non-verbale symptomen, zoals psychomotore traagheid of agitatie en een vlak affect, de huisarts op het spoor brengen van een onderliggende psychische klacht.

Om de aanwezigheid van depressieve symptomen bij adolescenten te achterhalen is het nodig slechts twee vragen te stellen.²⁷ Dit zijn de vragen die ook de NHG-Standaard Depressie aanbeveelt:²⁸ ‘Heb jij je gedurende de afgelopen maand vaak terneergeslagen, depressief of hopeloos gevoeld?’ en ‘Heb je de afgelopen maand weinig interesse of plezier in activiteiten gehad waar je je normaal gesproken wel voor interesseerde’

Abstract

Cents RAM, Los AM, Bindels PJE. Adolescent suicide. Huisarts Wet 2016;58(3):126-30.

Suicide is a major cause of death among adolescents in the Netherlands. Although the prevalence of suicide is low, the impact on those involved is huge. General practitioners, as family doctors and gatekeepers, are ideally suited to identify those adolescents at increased risk of suicide. This requires a good knowledge of the risk factors for suicide, the most important being an earlier suicide attempt and psychological problems. A good exchange of information with other health professionals is essential in order to obtain a complete picture of potential risk factors. Moreover, because many adolescents with mental health problems do not seek medical attention, or visit their GP with non-specific physical symptoms problems, it is important that GPs are proactive. If a GP suspects suicidality, he or she should try to encourage the patient to talk about suicidal thoughts and plans.

of plezier aan beleefde?’ Wanneer een adolescent depressieve klachten heeft, zijn ‘gevoelens van hopeloosheid’ en ‘slape-loosheid’ discriminerende factoren die vaker voorkomen onder depressieve adolescenten met suïcidaal gedrag, dan bij depressieve adolescenten zonder suïcidaliteit.²⁹⁻³¹ De huisarts zou extra aandacht kunnen besteden aan het voorkomen van deze factoren, om zo het risico op suïcide beter te kunnen inschatten.

Overige risicofactoren

Naast een eerdere suïcidepoging en een depressieve stoornis (of andere psychopathologie) zijn er nog andere risicofactoren.^{15,32,33} De [tabel] geeft daarvan een overzicht. Grofweg kunnen de risicofactoren onderverdelen in ‘kwetsbaarheidsfactoren’, factoren die duurzaam aanwezig zijn, zoals een genetische kwetsbaarheid, en ‘stressoren’, factoren die het huidige gedrag en huidig denkpatroon beïnvloeden, zoals een depressieve stoornis of een traumatische gebeurtenis.³³ Men neemt aan dat de combinatie van kwetsbaarheid en stressoren aanleiding geeft tot suïcidaliteit.³³ De aanwezigheid van een of meer kwetsbaarheidsfactoren en een of meer stressoren bij een adolescent zou de huisarts dus alert moeten maken op de aanwezigheid van een verhoogd suïciderisico.

SAMENWERKING MET ANDERE HULPVERLENERS

De huisarts heeft als gezinsarts vaak verschillende jaren ervaring met de adolescent en zijn of haar gezin en hierdoor goed zicht op eventuele risicofactoren. De meeste verwijzingen naar de tweede lijn voor psychische problematiek bij adolescenten gebeurt dan ook door huisartsen.²⁰ De adolescent brengt echter ook een belangrijk deel van zijn of haar tijd op school door. Medewerkers van de school hebben daardoor ook

zicht op eventuele risicofactoren. Daarnaast kunnen ouders die bijvoorbeeld met opvoedingsproblemen te kampen hebben zich met hun zorgen ook tot het Centrum voor Jeugd en Gezin hebben gewend. Begin 2015 zijn de zogenaamde Sociale Wijkteams van de gemeente gestart. In zo’n wijkteam werken verschillende zorgprofessionals samen op het gebied van (geestelijke) gezondheid, jeugdzorg en welzijn. Ouders en adolescenten kunnen zich tot het wijkteam wenden met vragen over onder andere opvoeding en geestelijke gezondheid. De invulling van de verschillende wijkteams verschilt per gemeente en moet veelal nog vorm krijgen.

Des te belangrijker is het dat informatie-uitwisseling en samenwerking tussen de verschillende instanties, zoals het wijkteam en de school enerzijds, en de huisarts anderzijds, optimaal verlopen, omdat het de huisarts kan helpen bij het onderzoek naar adolescenten die een verhoogd risico op suïcide hebben. Een uitgangspunt lijkt hier te zijn dat andere betrokken personen of instanties de huisarts, als gezinsarts en coördinator van zorg, op de hoogte stellen van een zorgvraag en een eventueel gestart hulpverleningstraject. Het is van belang dat de huisarts beschikt over een zo volledig mogelijk beeld van aanwezige risicofactoren voor suïcide, omdat hij of zij de betrokken adolescent met een actuele suïcidewens voor intensievere zorg kan doorverwijzen. Daarom is het aan te bevelen dat de huisarts en de verschillende jeugdhulpverleners in de gemeente, waaronder het schoolmaatschappelijk werk en het wijkteam, structureel overleg plegen.

VERHOOGD RISICO OP SUÏCIDE, EN DAN?

Wanneer de huisarts het vermoeden heeft dat er bij een adolescent sprake is van suïcidaliteit, kan hij of zij, net als bij een volwassen patiënt, suïcide het beste bespreekbaar ma-

Tabel Risicofactoren voor suïcide

Kwetsbaarheidsfactoren (biologische en duurzame factoren)	Stressoren (invloed op actueel gedrag)
Mannelijk geslacht	Psychopathologie
Oudere adolescent (15-20 jaar)	- Depressie
Eerdere suïcidepoging	- Angststoornis
Eerdere behandeling voor psychische klachten	- Middelenmisbruik (alcohol, drugs)
Niet-suïcidale automutilatie	- Eetstoornissen, onder andere anorexie
Familiaire belasting voor suïcide en psychopathologie	- Psychotische stoornissen
Verminderd probleemoplossend vermogen	Psychische factoren
Laag zelfvertrouwen of negatief zelfbeeld	- Gevoelens van hopeloosheid
Onzekerheid over seksuele geaardheid en genderidentiteit	- Slape-loosheid
Beperkt steunend sociaal netwerk, inclusief problemen in de ouder-kindrelatie	- Agressie, agitatie en impulsiviteit
	- Wanhoop
	Verlieservaringen
	Traumatische of ingrijpende gebeurtenissen, bijvoorbeeld:
	- Gescheiden ouders
	- Ruzie tussen ouders
	- Problemen op school of met vrienden (pesten)
	- Seksueel misbruik
	Emotionele of fysieke mishandeling

De aanwezigheid van een of meer kwetsbaarheidsfactoren in combinatie met een of meer stressoren kan aanleiding geven tot een verhoogd suïciderisico.



Foto: Shutterstock/Scharf/sinn

ken.^{8,14,34} Huisartsen zijn vaak bang dat het risico op een geslaagde suïcide dan wel een suïcidepoging groter wordt als zij naar suïcidaliteit vragen. Uit de literatuur blijkt echter dat vragen naar een suïcidewens spanningen en angsten juist kan verminderen, en dat de adolescent zich er door gehoord voelt.^{8,34} Hierbij is het van belang dat de huisarts een empathische houding aanneemt en open is over de eigen rol en werkwijze, zodat er een positieve (behandel)relatie ontstaat.³³ Ook is het van belang om ouders of verzorgers van de betreffende adolescent zo spoedig mogelijk bij het onderzoek en de behandeling te betrekken. De ouders beschikken vaak over specifieke informatie die van belang kan zijn voor de inschatting van het suïciderisico, en ze kunnen de veiligheid thuis mede organiseren en waarborgen. Hierbij moet de huisarts wel een inschatting van de draagkracht van de ouders maken. Bij adolescenten van zestien jaar of ouder kan het lastig zijn om de ouders erbij te betrekken, omdat deze groep adolescenten vaak niet wil dat hun ouders worden ingelicht. Adolescenten van deze leeftijd hebben, mits ze wilsbekwaam zijn, een zelfstandig beslissingsrecht en de (huis)arts heeft een geheimhoudingsplicht (zie de Wet op Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Jeugdwet). In het geval van acute en concrete suïcideplannen met een hoog risico op een dodelijke afloop kan de huisarts ervoor kiezen zich niet aan de geheimhoudingsplicht te houden.³³ Bij adolescenten van twaalf tot en met vijftien jaar hebben ouders en de adolescent een gedeeld toestemmingsrecht voor onderzoek en/of behandeling. De huisarts moet de ouders die informatie verstrekken die zij nodig hebben om weloverwogen toestemming te kunnen geven voor onderzoek en/of behandeling. Voor deze groep, en voor adolescenten onder de twaalf jaar, geldt dat de huisarts in het geval van acuut, concreet suïcide-

gevaar ouders niet hoeft raad te plegen als er geen tijd is om toestemming van hen te verkrijgen.

De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag³³ adviseert huisartsen om naar de ggz te verwijzen voor diagnostisch onderzoek naar een depressieve of andere onderliggende psychiatrische stoornis wanneer er sprake is van doodsgedachten zonder suïcidewens. Als de adolescent een suïcidewens maar geen concrete plannen heeft, dient een bevoegd en bekwaam persoon op korte termijn een consultatie te doen. Wanneer de adolescent daarnaast concrete suïcideplannen heeft moet er een spoedconsultatie plaatsvinden. Het is niet aan te raden om bij een concrete suïcidewens tussentijds zogenaamde non-suïcideafspraken te maken om de veiligheid te waarborgen.³⁵ Er is geen wetenschappelijk bewijs voor de werking van een dergelijke overeenkomst en de mogelijkheid bestaat dat zo'n overeenkomst ten onrechte kan dienen als geruststelling en zo de waakzaamheid voor suïcide vermindert.

Afhankelijk van de wijze waarop de zorg in de verschillende Sociale Wijkteams is geregeld, kan de huisarts in samenspraak met de adolescent en zijn of haar ouders het wijkteam erbij betrekken. Zo'n team kan bijvoorbeeld psychosociale ondersteuning bieden door middel van (opvoedings)ondersteuning van ouders of in de vorm van psychologische begeleiding wanneer een laag zelfvertrouwen van de adolescent een rol speelt.

REFLECTIE OP DE CASUSSEN

In casus 1 kwam Carolien bij de huisarts in beeld nadat ze een eerste suïcidepoging had gedaan. Omdat dit de grootste risicofactor voor suïcide is rechtvaardigt dit het intensieve zorgtraject dat bij haar gestart is. Vijf maanden voor de eerste suïcidepoging was Carolien al bij de huisarts geweest met een

somatische klacht. Tijdens dit consult heeft de huisarts geen reden gezien naar haar psychische gemoedstoestand te vragen. Achteraf gezien was er bij Carolien echter wel sprake van verschillende risicofactoren voor suïcidaliteit (zie tabel 1). De huisarts was op de hoogte van de scheiding van haar ouders en de problematische relatie met haar moeder. Bij het schoolmaatschappelijk werk waren onder andere de problemen op school bekend. Een goede informatie-uitwisseling tussen schoolmaatschappelijk werk en de huisarts had de laatste een optimaal beeld van de risicofactoren kunnen geven. Als de huisarts was ingelicht over bekende risicofactoren had deze tijdens het somatische consult wellicht al laagdrempelig naar de psychische gemoedstoestand van Carolien kunnen informeren.

In de casus van Inge zijn het de non-verbale symptomen die de huisarts op het spoor zetten van depressieve klachten. Tijdens het exploreren van deze klachten brengt de huisarts ook suïcidaal gedrag ter sprake. Ook in deze casus is er al sprake van hulpverlening door het schoolmaatschappelijk werk, waarvan de huisarts niet op de hoogte was. Andere aanwezige risicofactoren die de huisarts op het spoor van suïcidaal gedrag hadden kunnen zetten zijn naast de non-verbale symptomen ook de scheiding van de ouders en een verminderd probleemoplossend vermogen bij Inge zelf.

CONCLUSIE

Gezien de lage prevalentie van suïcide en omdat een grote meerderheid van de adolescenten die psychische klachten ervaart geen hulp zoekt voor deze klachten, blijft het moeilijk voor de huisarts om de signalen van een verhoogd suïciderisico op te pikken. Met deze klinische les hopen wij enkele handvatten gegeven te hebben. Wees alert op een verhoogd risico op suïcide bij kwetsbare adolescenten met een of meer stressoren (zie tabel 1), zeker wanneer het gaat om adolescenten met een suïcidepoging of psychische klachten in de voorgeschiedenis. Hoewel de meeste adolescenten met psychische klachten niet met deze klachten naar de huisarts gaan, blijkt dat meer dan 80% van de adolescenten met een geslaagde suïcide in het voorafgaande jaar met een somatische klacht bij de huisarts is geweest. Daarom adviseren wij de huisarts een proactieve houding aan te nemen en suïcidaliteit bespreekbaar te maken. Tevens is een goede informatie-uitwisseling met andere hulpverleners in de zorgregio onontbeerlijk. ■

LITERATUUR

- McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM* 2015;108:765-80.
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009;374:881-92.
- Girard GA, Silber TJ. The aftermath of adolescent suicide: clinical, ethical, and spiritual issues. *Adolesc Med State Art Rev* 2011;22:229-39, ix.
- Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Fam Pract* 2005;6:45.
- Berger MY, Gercama AJ, Van Halteren M, Hogendorp J, Kramer AW, Lobo CM, et al. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd 'Kom, we gaan naar de dokter...'. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2008.
- Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Can J Public Health* 2004;95:357-60.

- Renaud J, Berlim MT, Seguin M, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: a case-control study. *J Affect Disord* 2009;117:168-73.
- Taliaferro LA OJ, Wagman Borowsky I. Prevention of youth suicide: the role of the primary care physician. *J Clin Outcomes Manage* 2012;19:270-85.
- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-94.
- Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e89944.
- Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry* 2014;4:120-32.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:381-9.
- Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 2007;11:129-47.
- Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med* 2010;23:240-59.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
- Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1017-24.
- Kovacs M, Goldston D, Gatsonis C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:8-20.
- Tuisku V, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Holi M, Ruuttu T, et al. Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:199-206.
- Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *J Youth Adolesc* 2010;39:343-56.
- Zwaanswijk M, Van der Ende J, Verhaak PF, Bensing JM, Verhulst FC. The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2007;12:567-82.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16.
- Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. *Br J Gen Pract* 2009;59:e308-14.
- Zwaanswijk M, Verhaak PF, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract* 2005;22:498-506.
- Garralda E. Child and adolescent psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:308-14.
- Kekkonen VK, Kivimäki P, Valtonen H, Tolmunen T, Lehto SM, Hintikka J, et al. Psychosocial problems in adolescents associated with frequent health care use. *Fam Pract* 2015;32:305-10.
- Kramer T, Iliffe S, Murray E, Waterman S. Which adolescents attend the GP? *Br J Gen Pract* 1997;47:327.
- Rutman MS, Shenassa E, Becker BM. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2008;15:17-22.
- Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHC-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:7.
- Barbe RP, Bridge J, Birmaher B, Kolko D, Brent DA. Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:44-55.
- Csorba J, Rozsa S, Gadoros J, Vetro A, Kaczvinszky E, Sarungi E, et al. Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *J Affect Disord* 2003;74:229-36.
- Nrugham L, Larsson B, Sund AM. Specific depressive symptoms and disorders as associates and predictors of suicidal acts across adolescence. *J Affect Disord* 2008;111:83-93.
- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009;373:1372-81.
- Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelin JW, et al. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Gordon M, Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Aust Fam Physician* 2014;43:367-72.
- De Vries P, Huisman A, Kerkhof AJ, Robben PB. Het non-suïcidecontract: een riskant ritueel. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:667-71.