

Suïcidaliteit bij adolescenten

Gepubliceerd: 26-01-2011 Laatste bijgewerkt: 02-05-2024

In dit onderzoek wordt de bruikbaarheid en toepasbaarheid van een vijftal hoofd- en subvragen over suïcidaliteit bij adolescenten nagegaan. Nagegaan wordt of deze vragen bruikbaar zijn voor de Nederlandse jeugdgezondheidszorg en toepasbaar voor JGZ-...

Ethische beoordeling	Afgewezen
Status	Zal niet starten
Type aandoening	Suïcidaal en automutilerend gedrag NEG
Onderzoekstype	Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Samenvatting

ID

NL-OMON34776

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Suïcidaliteit bij adolescenten

Aandoening

- Suïcidaal en automutilerend gedrag NEG
- Leeftijdsgebonden factoren

Synoniemen aandoening

suïcidaliteit, zelfmoord

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Universiteit Maastricht

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: adolescenten, screeningsinstrumenten, suïcidaliteit

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De variabelen die tijdens het onderzoek geoperationaliseerd worden zijn:

*Geslacht: Nagegaan wordt wat het geslacht is van de adolescent. Dit om een verschil in suïcidaliteit en geslacht te kunnen aangeven.

*Demografische gegevens: Hieronder vallen tijdens dit onderzoek; leeftijd, opleidingsniveau adolescent en opleidingsniveau ouder(s) en het hebben doorgemaakt van belangrijke levensgebeurtenissen. Deze gegevens zullen gehaald worden uit het dossier van de adolescent en de vragenlijsten die onderdeel zijn van het standaard gezondheidsonderzoek van de GGD Zuid-Limburg.

*Suïcidaliteit; deze variabele zal gemeten worden middels een aantal vragen.

Wanneer een adolescent op één van de hoofdvragen en bijbehorende subvraag met Ja heeft geantwoord zal gevraagd worden om aanvullende vragenlijsten in te vullen. Deze aanvullende vragenlijsten zijn de CBCL, YSR en de TRF. Deze vragenlijsten worden al gebruikt voor jongeren om internaliserende en externaliserende problemen te achterhalen. Op basis hiervan kan nagegaan worden of er een verband is tussen suïcidaliteit en andere internaliserende of externaliserende problemen. Hiervoor wordt ook de SDQ gebruikt, deze is onderdeel van de standaard vragenlijst die de jongeren voorafgaand aan het gezondheidsonderzoek ontvangen.

Secundaire uitkomstmaten

n.v.t.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Samenvatting

Inleiding: Suïcide is in Nederland, op verkeersongevallen na, de meest voorkomende oorzaak van overlijden onder adolescenten. Een geslaagde suïcidepoging heeft grote psychologische gevolgen met als risico het aanzetten tot suïcide bij nabestaanden. Een suïcidepoging en -gedachten kunnen ook psychosociale en medische consequenties hebben en een symptoom zijn van slecht psychosociaal functioneren. Echter, er is weinig bekend over de prevalentie van suïcidaliteit onder adolescenten in Nederland. Om suïcidaliteit te kunnen herkennen bij adolescenten is een effectief screeningsprogramma en een goed gevalideerd instrument nodig.

Doel: Het doel van het onderzoek is om adolescenten preventief te kunnen screenen op suïcidaliteit in de jeugdgezondheidszorg. Hierdoor kunnen adolescenten sneller en beter verwezen worden naar de juiste hulpverlening.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek wordt nagegaan of het mogelijk is dat een cluster van vragen over suïcidaliteit toepasbaar zijn voor verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg om een risico op suïcidaliteit op te kunnen sporen om een eerste risicotaxatie te maken. Verder wordt er gekeken of er een verband is tussen suïcidaliteit en andere internaliserende en externaliserende problemen.

Methode: Middels enkele vragen over suïcidaliteit wordt in het standaard gezondheidsonderzoek van de jeugdgezondheidszorg nagegaan of er een risico is op suïcidaliteit. Indien dit het geval is, wordt middels aanvullende vragenlijsten (TRF, YSR, CBCL) nagegaan of er een verband is met andere internaliserende en externaliserende problemen. Middels SPSS worden de verkregen data geanalyseerd.

De adolescentie, in Nederland gedefinieerd als de leeftijdsperiode tussen de 10-20 jaar, wordt over het algemeen als een kwetsbare periode gezien. Somatisch mankeert deze jongeren vaak weinig, echter psychosociaal maken zij grote veranderingen door (Junger, Mesman, Meeus, 2003).

De meeste jongeren doorlopen de adolescentie, met de daarbij behorende psychosociale veranderingen, zonder al te veel moeite. Echter, een aantal krijgt te maken met psychosociale problemen. In de literatuur is er geen eenduidige definitie voor het begrip psychosociale problemen. Over het algemeen wordt het onderscheid gemaakt naar internaliserende en externaliserende problemen en middelengebruik. Onder internaliserende problemen worden verstaan *naar binnen gerichte* stoornissen in de stemming. Het gaat hierbij vooral om problemen die nadelig zijn voor de persoon zelf, zoals depressieve gevoelens, suïcidaliteit, angst en eenzaamheid. Externaliserende problemen worden gekenmerkt door gedrag dat naar buiten is gekeerd, zoals agressie, crimineel en oppositioneel gedrag. Deze problemen zijn vooral hinderlijk voor de omgeving.

Bij middelengebruik kan het gaan om verschillende soorten producten als alcohol, sigaretten en drugs. Deze gedragingen worden als aparte groep beschouwd omdat ze zowel gedragingen naar binnen als naar buiten kunnen vertonen (Junger, 2003).

Het is niet bekend wat de prevalentie is van psychosociale problemen onder Nederlandse adolescenten (Junger, 2003). Niet iedereen ervaart of definieert bepaald psychosociaal disfunctioneren als een probleem. Er is echter wel bekend dat psychosociale problemen kunnen ontaarden in suïcidaliteit. Onder suïcidaliteit wordt verstaan het hele spectrum van suïcidale gedachten en suïcideplannen, tot suïcidepogingen en een daadwerkelijk uitgevoerde zelfdoding (Klink, 2007).

Uit het beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit van het Trimbos-instituut (2007) blijkt dat niet-dodelijk suïcidaal gedrag onder jongeren in Nederland relatief vaak voorkomt. Onder twintigers zou suïcide, na verkeersongevallen, de tweede doodsoorzaak zijn. Verder blijkt uit een Nederlands onderzoek uit 2007 onder scholieren van 11 -17 jaar dat 11,2 procent er het afgelopen halve jaar over had gedacht een einde aan het leven te maken, 6,6 procent verwondde zich opzettelijk of deed een suïcidepoging (Bool, Blekman, Jong, 2007).

De suïdecijfers uit zowel het beleidsadvies van het Trimbos-instituut als uit de overige studies naar suïcidaliteit moeten met enige nuance bekeken worden. De vraag is in hoeverre de cijfers onderschat zijn, want zijn alle verkeersongevallen bij adolescenten wel daadwerkelijke verkeersongevallen, hier kunnen tevens geslaagde suïcidepogingen bij zitten.

Wanneer het aantal suïcides in Nederland vergeleken wordt met het aantal suïcides in andere landen dan blijkt uit gegevens van WHO dat Nederland in vergelijking met Europa op de dertigste plaats staat van de vijftig landen (Bool, 2007). Volgens Griez, Honig, van Os en Verhey (2003) fluctueert de jaarlijkse incidentie van suïcide in Europa tussen de 3 en 45 gevallen per 100.000. In Nederland is de officiële incidentie ongeveer 10 op de 100.000 per jaar. Tussen de landen bestaan echter grote demografische verschillen en is de vraag in hoeverre suïdecijfers van verschillende landen met elkaar te vergelijken zijn (Griez, 2003). Ook lijkt het aantal suïcidegevallen per jaar laag te zijn. Echter, een (geslaagde) suïcidepoging heeft niet alleen invloed op de persoon zelf, maar des te meer op diens sociale leefomgeving. De vraag is in hoeverre een suïcidepoging is uit te drukken in een kosten-batenanalyse voor de gezondheidszorg.

Er zijn geen nationale in registraties vastgelegde cijfers beschikbaar over andere vormen van suïcidaliteit, zoals het hebben van suïcidedgedachten, het doen van suïcidepogingen en automutilatie. Registratiecijfers ontbreken onder meer omdat niet alle personen met suïcidaal gedrag in aanraking komen met de hulpverlening en niet (centraal) geregistreerd worden (Klink, 2007). In Nederland is er nog geen nationaal suïcidepreventiebeleid. Vanuit het ministerie van VWS wordt er op aangedrongen om jongeren preventief te gaan screenen middels een nog op te stellen meetinstrument.

De vraag is of in de huidige praktijk van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), de organisatie die preventieve zorg biedt aan kinderen tussen de 0-19 jaar, adolescenten met suïcidaliteit te laat of niet worden opgemerkt. Ligt deze

oorzaak bij het feit dat JGZ-hulpverleners te weinig kennis en middelen hebben om dergelijke adolescenten vroegtijdig te herkennen en eventueel door te verwijzen naar de juiste hulpverlening? Het blijkt dat de psychische problemen die kinderen/jongeren hebben, vaak niet vallen onder de DSM IV criteria, waardoor ze niet de hulp krijgen die nodig is. De American Academy of Pediatrics (2009) dringt erop aan om hulpverleners in de primaire zorg competent te maken in het achterhalen van psychische problemen bij kinderen en adolescenten. Hulpverleners in de primaire zorg hebben een breder bereik en hebben een preventieve functie. Om kinderen/jongeren vroegtijdig op te sporen op mogelijke risico's voor suïcidaliteit wordt nu gebruik gemaakt van een medisch dossier dat vanaf de geboorte wordt bijgehouden, de contactmomenten die op vaste leeftijden plaatsvinden, informatie van scholen en gedragsvragenlijsten. De gedragsvragenlijsten die gebruikt worden zijn de Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Child Behavior Checklist (CBCL), Youth self report (YSR) en de Teachers Report Form (TRF).

In de Verenigde Staten (VS) hebben al verschillende onderzoeken plaats gevonden naar suïcidaliteit en zijn verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld om suïcidaliteit bij adolescenten te kunnen herkennen. Deze instrumenten kennen een grote diversiteit aan psychometrische eigenschappen en toepasbaarheid. Onderzoek heeft aangetoond dat het screenen op suïcidaliteit geen risico's vormt, maar kent wel voordelen in het herkennen van adolescenten die het risico lopen op suïcide (Gould, Marocco, Kleinman (2005). Verschillende onderzoekers hebben aangegeven dat aanvullende vragenlijsten en/of interviews nodig zijn om de mate van suïcidaliteit te kunnen nagaan (Horowitz (2003), Reynolds, Mazza (1999), Shaffer, Scott, Wilcox (2004)).

De laatste jaren wordt er een trend gezien dat de JGZ-verpleegkundigen in Nederland steeds meer adolescenten gaan zien. Verder onderzoek is nodig naar een screeningsinstrument dat gebruikt kan worden door JGZ-verpleegkundigen. Uit de literatuur (Horowitz, 2001) is gebleken dat enkele screeningsvragen over suïcidaliteit toepasbaar zijn om een risicotaxatie op suïcidaliteit te kunnen maken. Echter, zoals eerder aangegeven zijn er voornamelijk in de VS valide en betrouwbare vragenlijsten ontwikkeld om suïcidaliteit te kunnen meten en deze zijn vaak niet in korte tijd af te nemen. Hierdoor zijn de vragenlijsten niet geschikt voor de Nederlandse JGZ. Dit zorgt voor een dilemma. Om tot een vragenlijst over suïcidaliteit te komen die bruikbaar zou zijn in de Nederlandse JGZ zijn de reeds ontwikkelde vragenlijsten bestudeerd op overeenkomsten en verschillen. De overeenkomsten tussen de vragenlijsten zijn in kaart gebracht en op basis hiervan zijn er hoofd- en subvragen geformuleerd. Deze vragen zijn voorgelegd aan experts op het gebied van jeugdgezondheidszorg tijdens expertmeetings. Tevens is er overleg geweest met een expert uit de VS, dr Guy Diamond, associate professor in the School of Medicine at the University of Pennsylvania . Dit heeft uiteindelijk geleidt tot een vragenlijst bestaande vijf hoofd- en vijf subvragen.

Doel van het onderzoek

In dit onderzoek wordt de bruikbaarheid en toepasbaarheid van een vijftal

hoofd- en subvragen over suïcidaliteit bij adolescenten nagegaan. Nagegaan wordt of deze vragen bruikbaar zijn voor de Nederlandse jeugdgezondheidszorg en toepasbaar voor JGZ-verpleegkundigen. Verder wordt er nagegaan of suïcidaliteit een verband heeft met andere internaliserende en externaliserende problemen.

Onderzoeksopzet

Het betreft een kwantitatief cross-sectioneel onderzoek (Polit, Beck, 2008). In een periode van drie maanden zal data verzameld worden bij een bepaald cohort. Het cohort bestaat uit adolescenten in de tweede klas van de middelbare school in de regio Zuid-Limburg. De adolescenten wordt gevraagd een aantal vragenlijsten in te vullen over suïcidaliteit en andere psychosociale problemen

Inschatting van belasting en risico

Ondanks het onderwerp en de doelgroep van het onderzoek, wordt de belasting en het risico van deelname aan het onderzoek als laag gezien. Het betreft een korte vragenlijst over suïcidaliteit die in slecht enkele minuten ingevuld kan worden. Afname van de vragenlijst gebeurt tijdens het standaard gezondheidsonderzoek van de GGD in de tweede klas van de middelbare school. Adolescenten hoeven dus niet extra gezien te worden, waardoor het voor hen geen extra belasting is.

Verder heeft wetenschappelijk onderzoek van Gould, Marocco, Kleinman (2005) aangetoond dat het vragen naar suïcidaliteit niet aanzet tot suïcidaliteit. Zie voor dit artikel onderdeel K5 van het onderzoeksdoosje: Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial.

Contactpersonen

Publiek

Universiteit Maastricht

Postbus 616 (locatie UNS-40 West, sociale geneeskunde)
6200 MD Maastricht
Nederland

Wetenschappelijk

Universiteit Maastricht

Postbus 616 (locatie UNS-40 West, sociale geneeskunde)
6200 MD Maastricht
Nederland

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)

Adolescenten (16-17 jaar)

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

- * Adolescenten in de tweede klas van de middelbare school
- * Adolescenten die in de regio Zuid Limburg een middelbare school bezoeken

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

- * Zwakbegaafde adolescenten
- * Adolescenten die de Nederlandse taal niet goed beheersen
- * Adolescenten die praktijkonderwijs bezoeken
- * Adolescenten met gehoor- of visusproblemen

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Observationeel onderzoek, zonder invasieve metingen

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Preventie

Deelname

Nederland	
Status:	Zal niet starten
Aantal proefpersonen:	500
Type:	Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Afgewezen	
Datum:	26-01-2011
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC academisch ziekenhuis Maastricht/Universiteit Maastricht, METC azM/UM (Maastricht)

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	NL31096.068.10