

Suïcidepreventie onder jongeren: Van acute zorg naar maatschappelijke verantwoordelijkheid

tbv rondetafelgesprek over het terugdringen van suïcide onder jongeren op 11 maart 2026

Auteur: Dr DN Baden – SEH-arts

Verzoek: De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal verzoekt om de volgende vragen te beantwoorden: Wat is uw rol binnen dit veld en welke ervaring heeft met dit onderwerp? Op welke manieren bent u nu in staat om ondersteuning te bieden? Zijn er specifieke veranderingen die u daarin zou willen aanbrengen? Wat denkt u dat concreet nodig is om suïcides onder jongeren te verminderen?

Als SEH-arts heb ik vaak het gevoel dat ik aan het einde van een reeks gebeurtenissen sta wanneer ik een jongere na een zelfmoordpoging op de spoedeisende hulp zie. Een reeks waarbij de persoon geen andere uitweg zag dan zijn of haar leven te beëindigen. Maar ook het einde van een keten waarin verdriet, trauma, spanningen, eenzaamheid, niet gehoorde hulpkretten en stigma een grote rol spelen. De SEH kan ook het begin zijn van een keten van herstel – mits er ook stappen worden gezet. Suïcidaliteit is complex en vraagt ook om een integrale aanpak, zowel in de acute zorg als in de samenleving. Vanuit mijn dagelijks werk op de SEH, het onderzoek waar ik bij betrokken ben en de scholingen die ik geef, zou ik drie concrete aanbevelingen willen doen, waarvan ik denk dat die elkaar versterken en bijdragen aan het verminderen van suïcide onder jongeren:

1. Health in All Policies - de factoren die gezondheid bepalen, hebben ook een grote invloed op mentale gezondheid.
2. Verantwoordelijkheid nemen in de geestelijke gezondheidszorg.
3. Structurele domein-overstijgende scholing in de acute zorg.

Health in All Policies: Bestaanszekerheid, toegang tot onderwijs, goede huisvesting en een veilige sociale omgeving zijn essentiële factoren voor (mentale) gezondheid – en dus voor suïcidepreventie. Veel jongeren die op de SEH komen, hebben een jeugd vol tegenslagen achter de rug, met ouders en anderen in hun omgeving die zelf ook worstelen. Suïcidepreventie begint niet op het moment dat iemand geen uitweg meer ziet, maar juist in het voorkomen dat jongeren in die positie terechtkomen.

Aanvullend hierop toont onderzoek naar psychologische basisbehoeften (autonomie, competentie, verbondenheid en rechtvaardigheid) aan dat het niet vervullen hiervan het risico op suïcidaliteit verhoogt – zowel direct als indirect - via angst, depressie en

verminderde zingeving. Juist het wel vervullen van deze behoeften werkt beschermend, vooral bij kwetsbare jongeren¹. Ook wordt er een positief effect gezien als de psychologische basisbehoeften van de ouders zijn vervuld, net zoals dat het niet vervuld zijn een negatieve invloed heeft². Dit onderstreept het belang van een omgeving – thuis, op school en in de zorg – die jongeren ondersteunt.

Wat nodig is:

- Beleid voeren waarin jongeren zich erkend voelen en wat kansen biedt door structureel te investeren in alle factoren van brede gezondheid en basisbehoeften.

Verantwoordelijkheid nemen in de geestelijke gezondheidszorg: In de lichamelijke gezondheidszorg is het ondenkbaar dat een patiënt met bijvoorbeeld een complex hartprobleem van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Toch gebeurt dit in de GGZ regelmatig: jongeren in crisis worden terugverwezen naar de huisarts, behandelaars wijzen patiënten af omdat ze ‘te complex’ zijn zonder zorg te dragen voor een alternatief, en wachtlijsten worden genormaliseerd. Tegelijk werken er elke dag vele professionals in de GGZ die zich keihard inzetten voor hun patiënten. De ‘schuld’ ligt dan ook niet bij de individuele zorgverlener, maar bij een systeem wat deze manier van werken toestaat. Dit systeem blijft echter ook voorbestaan door een Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd die onmachtig is om te handhaven door onvoldoende capaciteit, bij zorgverzekeraars die zich te vaak verschuilen achter de marktwerking en een NZA die de toegang tot zorg niet kan borgen. Maar vooral bij een maatschappij waarin we mentale gezondheidszorg minder serieus nemen dan lichamelijke gezondheidszorg.

Wat nodig is:

- Heldere protocollen voor de verantwoordelijkheid bij doorverwijzing en voor de behandeling in de wachttijd binnen de GGZ - met duidelijke escalatiemogelijkheid en handhaving hierop.

Structurele scholing: Bijna alle professionals die werken in de acute zorg, en zeker op de SEH, worden elke vier jaar geschoold in de opvang van multitrauma-patiënten – een groep van 5.500 patiënten per jaar in heel Nederland. Deze structurele trainingen zorgen ervoor dat professionals in de acute zorg elkaar begrijpen, dezelfde procedures volgen en nieuwe inzichten snel worden verspreid. Er is een goed werkende keten voor de acute zorg en de overleving van patiënten na deze grote ongelukken is sinds de verplichte scholing dan ook in de afgelopen jaren blijven verbeteren.

¹ Nieto-Casado, F. J., Vansteenkiste, M., Brenning, K., Oliva, A., Rodríguez-Meirinhos, A., & Antolín-Suárez, L. (2024). Basic psychological needs and suicidal ideation: testing an integrative model in referred and non-referred adolescents. *Current Psychology*, 43, 6438–6449. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04816-6>

² Li, J., Liao, J., Chen, S., & Guo, C. (2025). The Mediating Role of Basic Psychological Needs and Meaning in Life in Adolescent Suicidal Ideation. *Behavioral Sciences*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.3390/bs15010014>

Maar voor de opvang en eerste behandeling van de ruim 16.000 mensen die jaarlijks na een suïcidepoging op de SEH belanden, is er geen structurele scholing. Ook in de opleidingseisen is de aandacht voor psychische ontregeling en suïcide beperkt – een ambulanceverpleegkundige krijgt 4 uur psychiatrie tijdens zijn opleiding en alhoewel in de opleiding voor SEH-verpleegkundige en SEH-arts er aandacht is voor de mensen met acute verwardheid of suïcidaliteit, is dit niet veel meer. Laat staan voor de vele andere specialismen die werken in de acute zorg. Dit terwijl ook voor patiënten na een suïcidepoging het belangrijk is dat er een keten van hulpverleners is - die de patiënt en elkaar begrijpen – samenwerken en hetzelfde doel nastreven.

Wat nodig is:

- Normen voor structurele scholing in de gehele acute zorg keten, met aandacht voor:
 - o De omgang met en een eerste opvang van patiënten met acute suïcidaliteit en mentale problemen: zonder oordeel, met begrip en met handvaten voor het eigen ongemak.
 - o Ketensamenwerking, waarin elke schakel niet een probleem doorschuift, maar juist zijn rol neemt – hoe klein die ook soms is.
 - o Betrek ervaringsdeskundigen in scholing – zodat onder andere de verhalen van de patiënten in een andere situatie – na herstel - meer bekend worden in de acute zorg.

Van acute zorg naar maatschappelijke verantwoordelijkheid

Suïcidepreventie is geen zorgtaak alleen. Het vraagt om een samenleving die jongeren ondersteunt en erkent. Als SEH-arts zie ik dagelijks de gevolgen van een systeem dat te laat ingrijpt. Met deze drie aanbevelingen – een integrale aanpak, duidelijke verantwoordelijkheden in de GGZ, en structurele scholing – kunnen we jongeren écht helpen.