

Tweede Kamer
Vaste Commissie voor VWS
Voor het Commissiedebat Jeugdbeleid, d.d. 18 juni 2025

5 juni 2025

Betreft: Wat er nodig is voor goede zorg voor jongeren in geval van suïcidale klachten

Geachte leden van de Vaste Commissie voor VWS,

Suicide is doodsoorzaak nr. 1 bij jongeren tussen de 10 en 30 jaar. In tien jaar tijd is het aantal suïcides binnen deze groep met 33% toegenomen^{i ii iii} Een jongere in de gesloten jeugdzorg doorloopt gemiddeld 9,5 verschillende hulptrajecten.^{iv}

1. Zorg voor continuïteit van zorg en schrap suïcidaliteit als exclusie criterium in lijn met [motie Thiadens](#)^v

Suïcidaliteit is een alarmsignaal om zorg te bieden, geen reden om zorg te weigeren. Toch stuiten suïcidale jongeren nog te vaak op dichte deuren. De hulpvraag wordt dan als 'te complex' bestempeld. Een jongere belandt dan in een eindeloze carrousel van verwijzingen. Denk aan een jongere voor wie behandeling voor anorexia pas kan beginnen als suïcidaliteit niet langer aan de orde is. Exclusiecriteria daadwerkelijk schrappen, is een belangrijke voorwaarde om continuïteit van zorg te bieden bij suïcidaliteit.

⇒ **Kan de minister aangeven hoe – met het oog op continuïteit van zorg – uitvoering wordt gegeven aan de motie Thiadens in relatie tot suïcidaliteit als exclusie criterium?**

2. Investeer in kennis over en vaardigheid in veilig en effectief werken met suïcidale cliënten: dat loont
Maar wat maakt dat zorgaanbieders regelmatig geen behandeling starten wanneer suïcidaliteit een rol speelt naast andere klachten? Om juist in zo'n kwetsbare fase de continuïteit van zorg te ondermijnen? Deels blijkt dat zorgprofessionals zich geregeld niet voldoende geëquipeerd voelen om te gaan met suïcidale klachten. Daar is iets aan te doen.

Er zijn bewezen effectieve trainingen en methodieken om professionals toe te rusten om veilig en verantwoord te werken met (complex) suïcidale cliënten. Bijvoorbeeld de zogenaamde eendaagse [Gatekeeperstraining](#). Elke vermeden afwijzing, opname of calamiteit betekent winst – voor zowel de jongere als voor het systeem. Het loont om te investeren in het vergroten van het handelingsperspectief voor professionals, in het bijzonder binnen de generalistische basis-GGZ.

⇒ **Deelt de minister de verwachting dat het veilig en effectief kunnen werken met cliënten met suïcidale klachten een voorwaarde is voor continuïteit van zorg?**

3. Bevorder goed georganiseerde netwerksamenwerking

Essentieel is ook een goed georganiseerd zorgnetwerk dat gezamenlijk verantwoordelijkheid neemt voor effectieve suïcidepreventie bij jongeren. Een netwerk dat naast de specialistische jeugdhulp en jeugd-GGZ ook onderwijs, huisartsen, wijkteams, sportverenigingen en andere schakels in de samenleving verbindt zodat er korte lijnen zijn. Voor verdere verdieping verwijzen we naar de helaas nog onvoldoende geïmplementeerde [Leidraad suïcidepreventie bij jongeren](#).^{vi}

Iedereen kan een signaal oppikken en dus het verschil maken. Ook binnen deze netwerken is scholing in suïcidepreventie nog hard nodig. Zodat professionals weten hoe te handelen bij signalen van suïcidaliteit. Hoe als netwerk een écht vangnet te vormen, van lichte ondersteuning tot intensieve zorg. De overheid heeft hierin een belangrijke regierol vanuit de Wet integrale suïcidepreventie.

⇒ **Hoe kan de minister regie voeren gericht op het bevorderen en versterken van goed georganiseerde netwerksamenwerking?**

Deze drie vragen baseert 113 onder andere op bevindingen uit recente onderzoeken op dit terrein, relevante passages daaruit treft u hierna aan.

Vragen? Bel of mail Vicky Verschoor (06 54 98 55 57, v.verschoor@113.nl) of Femma Pais (vanaf 16 juni weer bereikbaar via: 06 46 909 284, f.pais@113.nl).

Met vriendelijke groet,

Monique Kavelaars

Voorzitter Raad van Bestuur
Stichting 113 Zelfmoordpreventie

Relevante passages uit recente onderzoeken op dit terrein:

Voor continuïteit van zorg (vanuit onderzoeksprotocol suïcidaliteit als contra-indicatie):

- Continuïteit van zorg is cruciaal voor suïcidepreventie (Zalsman et al., 2016), maar blijkt lastig te realiseren. Het rapport Ketenbreed Leren liet zien dat jongeren in de gesloten jeugdzorg gemiddeld 9,5 verschillende hulptrajecten hadden doorlopen. Het merendeel daarvan betreft ambulante hulp, gevolgd door 24-uurszorg, dagbehandeling en gezinsplaatsing (Voor Jeugd en Gezin, 2022).
- Deze jongeren krijgen vaak te maken met meerdere hulpverleners, zelfs binnen één organisatie. Behandeltrajecten worden geregeld afgesloten en elders opnieuw opgestart. Dit gebrek aan stabiliteit kan het gevoel versterken dat zij anderen tot last zijn, of dat niemand hen echt kan helpen. Elke wisseling van hulpverlener vraagt om hernieuwd vertrouwen en het opnieuw vertellen van hun verhaal, wat het hulpverleningsproces bemoeilijkt. Jongeren kunnen hierdoor het vertrouwen in de hulpverlening verliezen. Een langdurige betrokkenheid van één professional kan daarom helpend zijn (Van Luyn & Kerkhof, 2019).
- Een bijkomend knelpunt is de beperkte beschikbaarheid van passende hulp. Jongeren moeten vaak lang wachten tot een instantie of zorgverlener hen in behandeling neemt. Hierdoor lopen de wachttijden verder op, terwijl de jongeren in de tussentijd geen zorg ontvangen, wat hun problematiek vaak verergert. Een andere complicerende factor is dat jongeren met persisterende suïcidaliteit vaak meerdere psychiatrische classificaties hebben, waardoor zij regelmatig worden doorverwezen tussen verschillende behandelprogramma's en zorgaanbieders (Balt et al., 2025).
- Daarnaast zijn de eerste weken na ontslag een risicovolle periode voor jongeren om te overlijden door zelfdoding (Chaudhary et al., 2020), evenals transitiemomenten binnen de zorg. Specifiek voor jongeren verhoogt de overgang van adolescentenpsychiatrie naar volwassenpsychiatrie het risico op suïcidaal gedrag (Toulany et al., 2019).

Relevante aanbevelingen vanuit de Psychosociale Autopsie¹ (2025)

- Zet extra in op (door)ontwikkeling van projecten die gericht zijn op het **gesprek over mentale gezondheid en problemen bij jongeren**
- Creëer in de leefwereld van jongeren meer ruimte voor **offline sociale interacties**, vooral bij jongeren, om sociale vaardigheden en emotionele openheid te versterken.
- Bied op school een **veilige omgeving** aan waarin jongeren fouten kunnen maken zonder blijvende consequenties, zodat de drempel om later hulp te zoeken of gevoelens te delen verlaagd blijft.
- Draag zorg voor een **helder behandelperspectief bij personen met meerdere psychiatrische stoornissen**. Verbeter de continuïteit van zorg bij comorbiditeit.

¹ [Psychosociale autopsie werpt nieuw licht op zelfdoding: inzichten voor betere preventie](#) | 113
[Zelfmoordpreventie](#)

- Draag altijd zorg voor een **warme overdracht en goede samenwerking met passende hulpverleners in het psychosociaal domein**, zoals maatschappelijk werk of schuldhulpverlening, om langdurige ondersteuning te waarborgen.

Daarnaast is speciale aandacht nodig voor hoog risicogroepen zoals **jongeren met autisme, LVB en KOPP-kinderen** die extra hard worden getroffen door psychische problematiek.

- Bied laagdrempelige en toegankelijke begeleiding aan jongeren, met name met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), die de transitie maken van middelbare scholier naar uitwonende student. Deze begeleiding kan op scholen plaatsvinden en zich richten op het versterken van zelfredzaamheid, aangaan van sociale contacten en een gezonde emotieregulatie.

Uit [Stop suïcide onder jongvolwassenen](#) – een verdiepend onderzoek met praktische aanbevelingen (2023):

- Sluit professionele hulpverlening beter aan bij behoeften van jongvolwassenen: jongvolwassenen voelen zich niet altijd gehoord als zij tijdens hun behandeling over hun suïcidale gevoelens vertellen of beginnen hier niet over omdat zij bang zijn voor de procedures die mogelijk zullen volgen. Ze willen graag gezien en gehoord worden, zonder dat direct wordt overgegaan op protocollen en doorverwijzingen. Daarnaast ervaarde een deel van de jongvolwassenen stigma vanuit hulpverleners, bijvoorbeeld na een suïcidepoging, waardoor ze te maken kregen met negatieve of veroordelende reacties. Dergelijke ervaringen verhoogden de drempel om een volgende keer hulp te zoeken.

ⁱ [113 CANS 2024.pdf](#)

ⁱⁱ [CBS](#)-cijfers over suïcidaliteit in 2024:

- Bij mannen en vrouwen tussen 10 en 30 jaar is het zelfdodingscijfer de afgelopen vijftien jaar toegenomen (CBS, 2025).
- Bij jonge vrouwen tussen 10 en 30 jaar is het zelfdodingscijfer niet eerder zo hoog geweest: 5,5 zelfdodingen per 100 duizend in 2024.
- Echter, bij jonge mannen tussen 10 en 30 jaar blijft het aantal zelfdodingen 1,5 keer zo hoog als bij jonge vrouwen: 8,8 zelfdodingen per 100 duizend.
- In absolute aantallen: jaarlijks overlijden gemiddeld 59 jongeren (10-20 jaar) door zelfdoding en 204 jongvolwassenen (20-30 jaar), veel meer dan door verkeersongevallen of kanker.

ⁱⁱⁱ Uit cijfers van de Commissie Actuele Nederlandse Suïcidecijfers blijkt zelfs een stijging van 33% in afgelopen 10 jaar CANS <https://www.113.nl/cans/duidingen>

^{iv} Rapport Ketenbreed Leren

^v De aangenomen [motie Thiadens](#) roept de regering op tot het schrappen van exclusiecriteria bij zorgaanbieders, behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen (nr. 25 424, nr. 744).

^{vi} De [Leidraad suïcidepreventie bij jongeren, Een netwerkbrede werkwijze](#) is tot stand gekomen met professionals vanuit het hele jeugdn netwerk, jongeren en naasten met ervaringskennis en 113 Zelfmoordpreventie. De Leidraad is onderdeel van de Derde Landelijke Agenda Suïcidepreventie.