

Depressie- en suïcidepreventie in een netwerk van onderwijs en zorg

Een goede mentale gezondheid is essentieel om te presteren in het onderwijs, om adequate sociale relaties aan te gaan en om gezond op te groeien. Maar een goede mentale gezondheid is niet vanzelfsprekend voor iedereen. In dit artikel besteden we aandacht aan depressie en suïcidaliteit bij jongeren, wat de gevolgen zijn, maar vooral hoe STORM als netwerkinterventie van zorg en onderwijs kan bijdragen om klachten te voorkomen en mentale gezondheid te verbeteren. Een ondersteuningscoördinator en een schoolpsycholoog op het voortgezet onderwijs vertellen hoe zij de samenwerking met zorgprofessionals ervaren.

Prevalentie van depressie en suïcidaliteit bij jongeren

Depressie is een van de meest voorkomende psychische aandoeningen bij jongeren. Waar depressie bij kinderen tot 12 nog niet veel voorkomt, is er tijdens de adolescentie een enorme toename van het aantal jongeren dat te maken krijgt met een depressieve stoornis. Naar schatting heeft 8,4% van de 13- en 14-jarigen te maken gehad met een depressie en dat stijgt tot een geschatte 15,4% onder 17- en 18-jarigen (Merikangas et al., 2010). Dit toont aan dat het aantal jongeren dat te maken krijgt met een depressieve stoornis tijdens deze leeftijdsfase enorm groeit. Niet onbelangrijk, naast jongeren met een depressieve stoornis heeft een aanzienlijk deel, een geschatte 21,4%, last van verhoogde depressie symptomen, ook wel subklinische depressie genoemd (Smit, Bohlmeijer en Cuijpers, 2003). Zij voldoen niet aan de criteria voor de classificatie van een depressieve stoornis, maar ervaren wel belemmeringen in hun functioneren, net zoals jongeren die wel voldoen aan de criteria van een depressie. Dit laat zien dat het belangrijk is om in deze fase in te zetten op preventie.

Gelijk met depressiviteit nemen ook suïcidaliteit en het aantal suïcides toe gedurende de adolescentie. Dat jongeren onder de 15 jaar overlijden aan suïcide is vrij zeldzaam, maar dit aantal stijgt gedurende de adolescentie (Gould, Greenberg, Velting en Schaffer, 2003). Voorafgaand aan de stijging van suïcides, neemt ook suïcidaal gedrag toe (Runeson, Beskow en Waern, 1996). Over het algemeen wordt er over suïcidaal gedrag gesproken als er sprake is van suïcidale gedachten, bewuste zelfbeschadiging of suïcidepogingen; belangrijke risicofactoren voor suïcide. Uit onderzoek waarin jongeren in de leeftijd van 14 tot 18 jaar werden gevraagd naar risicovol gedrag in het afgelopen jaar, werd gevonden dat een deel van de jongeren suïcidale gedachten had ervaren, variërend van gedachten aan de dood (16,3%) tot specifieke suïcidale gedachten met serieuze intenties en een plan (8,3%) (Grunbaum et al., 2004). Uit datzelfde onderzoek bleek dat 7,1% van de jongeren daadwerkelijk een suïcidepoging had gedaan. Het aantal jongens dat overlijdt aan suïcide is twee tot vijf keer groter dan meisjes. Echter, meisjes hebben tot drie keer vaker last van suïcidale gedachten en doen ook vaker een suïcidepoging (Carr, 2015). Er wordt hierbij gesproken van een geslachtsparadox, die

mogelijk deels wordt verklaard doordat jongens agressievere methoden gebruiken dan meisjes, die vaker een dodelijke afloop hebben (Schrijvers, Bollen en Sabbe, 2012).

Gevolgen van depressie en suïcidaliteit

Wanneer er op jonge leeftijd sprake is van depressie en suïcidaal gedrag, heeft dat niet alleen consequenties voor dat moment maar er zijn ook negatieve gevolgen voor de langere termijn. Jongeren ontwikkelen moeilijker sociale relaties (Verboom, Sijtsema, Verhulst, Penninx en Ormel, 2014), ze presteren minder op school en vallen vaker uit (Quiroga, Janosz, Bisset en Morin, 2013). Depressie is bovenal een belangrijke risicofactor voor suïcidepogingen en geslaagde suïcides (Bolton, Cox, Afifi Enns, Biennu en Sareen, 2008; Melhem et al., 2019). Depressie wordt gekenmerkt door een sterk recidiverend karakter wanneer het ontstaat tijdens de vroege adolescentie of kindertijd (Thapar, Collishaw, Pine en Thapar, 2012) en het is een van de meest voorkomende comorbiditeiten bij andere psychische stoornissen (Avenevoli, Swendsen, He, Burstein en Merikangas, 2015).

Naast de individuele negatieve gevolgen heeft depressie ook een maatschappelijke impact. Depressie is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van verminderd functioneren en draagt als psychische aandoening significant bij aan de globale ziektelast (World Health Organization, 2013). Daarmee heeft depressie een grote economische impact. Uit een studie uit 2018 bleek dat jaarlijkse maatschappelijke kosten voor families van depressieve jongeren in Nederland bijna 38 miljoen euro bedragen (Bodden, Stikkelbroek en Dirksen, 2018). Een groot deel van deze kosten wordt veroorzaakt door schoolverzuim van de jongeren en werkverzuim van de ouders, maar het grootste deel van de kosten zit in de behandeling van de depressie, namelijk 27 miljoen euro.

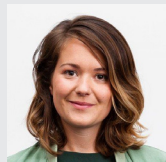
Suïcidale gedachten hebben net als depressieve symptomen een terugkerend karakter en de gevolgen van suïcidale gedachten en gedrag voor het individu komen overeen met de gevolgen van depressie (Kessler, Borges en Walters, 1999). Jongeren met suïcidale gedachten hebben vaker psychische problemen en doen vaker een suïcidepoging (Reinherz, Tanner, Berger, Beardslee en Fitzmaurice, 2006). Echter, suïcidaal gedrag en suïcides hebben ook gevolgen voor de sociale omgeving van de jongere; de impact op familie, vrienden en klasgenoten is enorm. Wanneer jongeren in hun omgeving te maken hebben met suïcidale leeftijdgenoten, is de kans groter dat zij zelf ook te maken

Dr. Sanne Rasing is senior onderzoeker en programma-



leider STORM bij GGZ Oost Brabant en een van de hoofdonderzoekers van STORM. Zij promoveerde op depressie- en angstpreventie bij jongeren en haar onderzoek richt zij zich op depressie- en suïcidepreventie bij jongeren.

Dr. Karlijn de Jonge-Heesen is orthopedagoog en werkt



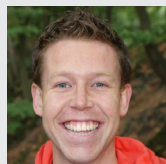
als postdoctoraal onderzoeker bij 113 Zelfmoordpreventie. Zij deed onderzoek naar de effectiviteit van STORM en promoveerde in 2020. Dit onderzoek was de aanleiding tot regionale implementatie van STORM.

Laurie Liefstink, MSc. is orthopedagoog en ondersteu-



ningscoördinator in het regulier voortgezet onderwijs bij het Maaslandcollege in Oss. Zij is sinds de start van het STORM programma in de regio Noordoost-Brabant betrokken vanuit het onderwijs.

Dennis Driessen, MSc. is schoolpsycholoog in het regulier



voortgezet onderwijs bij het Merletcollege in Grave en Mill. Hij is tevens lid van de projectgroep STORM in de regio Land van Cuijk en Noordoost-Brabant.

Dr. Daan Creemers is klinisch psycholoog en directeur



behandelzaken K&J bij GGZ Oost Brabant en een van de hoofdonderzoekers van STORM. Hij promoveerde op het onderwerp depressiepreventie bij jongeren en zijn onderzoek was aanleiding tot de ontwikkeling van STORM.

krijgen met suïcidale gedachten, zelfbeschadiging of ander risicogedrag (Cerel, Roberts en Nilsen, 2005).

Kortgezegd laat het zien dat depressie en suïcidale gedachten en gedrag bij jongeren zowel individuele als maatschappelijke consequenties hebben op korte en op langere termijn. Vroegsignalering en effectieve preventie zijn dus cruciaal in het verminderen van bestaande en voorkomen van ernstigere klachten.

Samenhang tussen depressie en suïcidaliteit

In het stress, kwetsbaarheid en entrapmentmodel (Red.: entrapment = klemzitten) wordt beschreven dat suïcidaal gedrag bestaat uit een suïcidale toestand en factoren die bijdragen aan die toestand (Van Hemert et al., 2012). Individuele kwetsbaarheid wordt bepaald door factoren als erfelijkheid, persoonlijkheid, levensbeschouwing en steunsysteem. Daarnaast zijn er bepaalde stressoren, zoals psychiatrische aandoeningen, psychologische factoren en life-events, die het gedrag laten ontstaan of in stand houden. Wanneer een jongere niet goed om kan gaan met deze situaties, ofwel een niet adequate coping heeft, is het nog lastiger om bestand te zijn tegen deze omstandigheden. De interactie tussen deze factoren kan er bij sommige jongeren toe leiden dat zij te maken krijgen met somberheid of zelfs depressie. Voor jongeren in het bijzonder geldt dat suïcide en suïcidaal gedrag sterk gerelateerd zijn aan depressie. Depressie brengt een hoge mate van uitzichtloosheid en hopeloosheid mee die als risicofactor gezien worden voor suïcidaliteit (Runeson et al., 1996). Suïcidaliteit kan ook weer worden gezien als het resultaat van een interactie tussen verschillende risicofactoren die elkaar ook weer versterken (Carter, Milner, McGill, Pirkis, Kapur en Spittal, 2017; Franklin et al., 2016). De relatie tussen depressie en suïcide bij jongeren wordt bevestigd door het feit dat de toename van suïcides gedurende de adolescentie gelijk op gaat met de stijging in het voorkomen van depressieve stoornissen bij jongeren (Avenevoli et al., 2015; Twenge, Cooper, Joiner, Duffy en Binau, 2019). Dit laat dus zien dat het herkennen en voorkomen van suïcidaal gedrag bij jongeren voor een belangrijk deel bestaat uit vroegsignalering en preventie van depressie (Zalsman et al., 2017).

Preventieprogramma's

Om verhoogde depressieve symptomen en suïcidale gedachten bij jongeren te verminderen en om depressie, suïcidepogingen en suïcides daadwerkelijk te voorkomen moet er al in een vroeg stadium preventief worden ingegrepen. Preventieprogramma's kunnen op verschillende manieren worden aangeboden. Universele preventie wordt aangeboden aan een gehele populatie, bijvoorbeeld aan alle leerlingen van een klas in het voortgezet onderwijs. Daarnaast zijn er twee vormen van gerichte preventie.

Selectieve preventie wordt aangeboden aan jongeren uit een bepaalde risicogroep, bijvoorbeeld leerlingen op een school in een achterstandswijk. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen met een verhoogd risico, bijvoorbeeld jongeren met verhoogde depressieve symptomen (Mrazek en Haggerty, 1994).

Uit onderzoek weten we dat selectieve en geïndiceerde preventieprogramma's depressieve symptomen kunnen verminderen en daarmee het risico op depressie en suïcidaliteit kunnen verminderen (Hetrick et al., 2016; Stockings, Degenhardt, Dobbins Lee, Erskine, Whiteford en Patton, 2016). Uit deze studies bleek ook dat universele preventie minder effect heeft, waarbij de verklaring zou kunnen zijn dat technieken uit de behandeling van depressie, zoals cognitieve gedragstherapie, pas effect hebben zodra iemand genoeg klachten ervaart om iets met de technieken te kunnen doen. Universele preventie zou bijvoorbeeld wel ingezet kunnen worden om bewustwording van mentale gezondheid te vergroten (Klimes-Dougan, Klingbeil en Meller, 2013).

Preventieprogramma's die specifiek gericht zijn op het verminderen of voorkomen van suïcide of suïcidale gedachten bij jongeren zijn steeds vaker onderwerp van onderzoek. Uit een recente meta-analyse bleek dat de helft van de interventies werd uitgevoerd en onderzocht in klinische settings, een derde in onderwijs- of werkgerelateerde settings en het overige deel in de gemeenschap of

Voor jongeren in het bijzonder geldt dat suïcide en suïcidaal gedrag sterk gerelateerd zijn aan depressie

community (Robinson et al., 2018). Uit een meta-analyse specifiek gericht op suïcidepreventie in het onderwijs bleek dat gebruikte programma's vooral bestonden uit universele preventie, screening en geïndiceerde preventie (Gijzen, Rasing, Creemers, Engels en Smit, 2022). Het universele Youth Aware of Mental Health Programme is bijvoorbeeld gericht op het verbeteren van de mentale gezondheid, het versterken van de coping, het verbeteren van hulpzoekend gedrag en het vergroten van de kennis over mentale gezondheidsproblemen (Wasserman et al., 2015). Andere programma's richtten zich op het identificeren van jongeren met een verhoogd risico op suïcide, door middel van screening, of het herkennen van jongeren met problemen door bijvoorbeeld docenten te trainen als gatekeepers, zoals het Signs of Suicide program

(Schilling, Aseltine en James, 2016). Daarnaast wordt er op dit moment in Nederland nog onderzoek gedaan naar een suïcidepreventieprogramma gericht op LHBT-jongeren, waarvan er nog geen resultaten bekend zijn. Samenvattend zouden we kunnen zeggen dat systematische reviews laten zien dat de bestaande universele preventieprogramma's vooral effect hebben in het vergroten van kennis over en veranderen van attitude ten opzichte van suïcidaal gedrag bij jongeren (Cooper, Clements en Holt, 2011). Screening op en vroegsignalering van depressieve klachten en suïcidaal gedrag en geïndiceerde preventie laten juist zien effectief te zijn in het verminderen van risicofactoren, zoals depressieve symptomen of suïcidale gedachten (Katz, Bolton, Katz, Isaak, Tilston-Jones, Sareen, en Swampy Cree Suicide Prevention Team, 2013). De auteurs van verschillende reviews suggereren ook dat de verschillende strategieën gecombineerd moeten worden en als multimodale preventiestrategieën moeten worden aangeboden (Cooper et al., 2011; Gould et al., 2003; Katz et al., 2013). Door suïciden en depressiepreventie te combineren en de programma's en strategieën te richten op zowel het verminderen en identificeren van verhoogde depressieve symptomen als op het vergroten van kennis over mentale gezondheid en bevorderen van hulpzoekend gedrag, kunnen risico's voor suïcide worden weggenomen. De belangrijkste conclusie is dat er naar de effecten van het combineren van programma's nog veel meer onderzoek gedaan moet worden, maar bovenal dat er nog weinig programma's daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt.

Depressie- en suïcidepreventie in de praktijk

Op basis van onderzoek wordt dus gesuggereerd om preventieve strategieën te combineren en lijkt de combinatie van het creëren van een vangnet in de omgeving van jongeren, bevorderen van hulpzoekend gedrag, vroegsignalering en geïndiceerde preventie een veelbelovende aanpak voor jongeren. STORM (Strong Teens and Resilient Minds) is een multimodale aanpak voor een netwerksamenwerking waarin de pijlers worden gevormd door meerdere interventies (De Jonge-Heesen, Rasing, Vermulst, Scholte, Van Ettehoven, Engels en Creemers, 2020; Gijzen, Creemers, Rasing, Smit en Engels, 2018; Hegerl, Heinz, O'Connor en Reich, 2021). In de netwerksamenwerking zijn het

onderwijs, de GGD, de jeugdhulpverlening en de GGZ, en de gemeenten betrokken als partners.

- De eerste pijler van de aanpak is het creëren van awareness over mentale gezondheid. De jongeren ontvangen klassikale lessen met als doel om kennis over mentale gezondheid, psychische problemen en depressie te vergroten, stigma te verminderen en hulpzoekend gedrag te bevorderen (Klimes-Dougan, Klingbeil en Meller, 2013). De lessen zijn dus niet zozeer gericht op het verminderen van klachten, maar juist bewustwording staat centraal.

Een belangrijkste conclusie is bovenal dat er nog weinig programma's daadwerkelijk in de praktijk worden gebruikt

- De tweede pijler is het bevorderen van steun en support rondom de jongeren met als doel om een sociaal vangnet rondom jongeren te creëren. In het onderwijs wordt dat gedaan door mentoren en docenten te trainen tot gatekeeper. Door het systeem van jongeren gevoeliger te maken voor het signaleren van somberheid en suïcidaliteit en de gespreksvaardigheden om zo'n lastig gesprek te voeren te versterken, ontstaat er een vangnet waar jongeren op kunnen terugvallen (Wyman, Brown, Inman, Cross, Schmeelk-Cone, Guo en Pena, 2008).
- De derde pijler is vroegsignalering van depressieve symptomen en suïcidaliteit (Katz et al., 2013). Er wordt een systematische screening uitgevoerd in het voortgezet onderwijs in het kader van het gezondheidsonderzoek door de GGD. Door stoornisspecifieke vragenlijsten voor depressie en suïcidaliteit te gebruiken, kunnen verhoogde klachten eenvoudig worden gesignaleerd. Jongeren die acute suïcidaliteit laten zien, worden binnen 48 uur gezien door een GGD verpleegkundige of arts. Na een inschatting van de ernst worden deze jongeren, in afstemming met hun ouders, direct doorverwezen naar passende hulpverlening, zoals sociale wijkteams, basis- of specialistische GGZ.
- De vierde pijler van de aanpak is het verminderen van de verhoogde depressieve klachten en daarmee het verlagen van het risico om een depressieve stoornis te ontwikkelen. De groep jongeren met verhoogde depressieve klachten beslaat ongeveer 10% van de gehele gescreende groep jongeren en zij komen in aanmerking voor een geïndiceerd depressiepreventieprogramma. Uit meerdere studies is gebleken dat het programma Op Volle Kracht

zorgt voor een afname in depressieve klachten en voor een vermindering van angstklachten (De Jonge-Heesen et al., 2020, De Jonge-Heesen, Rasing, Vermulst, Scholte, Van Ettekoven, Engels en Creemers, 2021, Wijnhoven, Creemers, Vermulst, Scholte en Engels, 2014). Het preventieprogramma wordt aangeboden op alle scholen in de regionale samenwerking; jongeren volgen het programma dus op hun eigen school en daarmee wordt de drempel voor deelname zo klein mogelijk gehouden.

Op dit moment zijn de langetermijneffecten van STORM als netwerksamenwerking nog niet in cijfers uit te drukken. Een enigszins vergelijkbare aanpak, de Nuremberg Alliance Against Depression (nu: European Alliance Against Depression), liet zien dat suïcidepreventie voor volwassenen als netwerkinterventie in een regio van ongeveer 500.000 inwoners erg kansrijk kan zijn. De interventie die in 2001 en 2002 regionaal werd uitgevoerd resulteerde in een daling van 20% in het aantal suïcidepogingen en suïcides (Hegerl, Mergl, Havers, Schmidtke, Lehfeld, Niklewski en Althaus, 2010). Daarom pleiten wij ervoor om effectieve en evidence-based preventie in een netwerksamenwerking grootschalig en modelgetrouw te implementeren. Samenwerking in de keten is noodzakelijk; scholen vormen de basis van de vroegsignalering en de interventies, ketenpartners dragen bij aan vroegsignalering en leveren de professionals voor de interventies, GGZ zorgt voor kennisdeling in de hele keten en gemeenten faciliteren de uitvoering in het netwerk (Van Vugt, Mulder, Bähler, Delespaul, Westen en Kroon, 2018).

Toekomst

In de adolescentie hebben jongeren toenemend risico op verhoogde depressieve symptomen, een depressieve stoornis of suïcidale gedachten. Deze cijfers laten zien dat juist deze periode geschikt is om depressieve symptomen en suïcidale gedachten bij jongeren in een vroeg stadium te verminderen en om depressie, suïcidepogingen en suïcides daadwerkelijk te voorkomen.

Met STORM is er een aanpak om deze preventie regionaal te organiseren en in te richten op het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs. Maar een kritische blik toont ons dat nog niet alle jongeren die in aanmerkingen komen voor de interventies er ook daadwerkelijk gebruik van maken. Daarom werken we de komende jaren aan het

beter aan laten sluiten van het aanbod en met name het beter informeren van de jongeren en hun ouders. Ook biedt het personaliseren van de aanpak mogelijkheden om de effecten te vergroten en het programma beter aan te laten sluiten. Het personaliseren van interventies is erop gericht om risicofactoren en persoonskenmerken te identificeren die voorspellend zijn voor een verschillende respons op de preventieve aanpak; of anders gezegd: welke jongeren beter of slechter reageren op de aanpak en of een andere aanpak mogelijk beter past bij hun persoonlijke profiel (Fournier, DeRubeis, Shelton, Hollon, Amsterdam en Gallop, 2009). Ook weten we dat de bestaande interventies niet één op één gekopieerd kunnen worden naar andere onderwijs-

Juist de adolescentie is geschikt om depressieve symptomen en suïcidale gedachten in een vroeg stadium te verminderen en om depressie, suïcidepogingen en suïcides te voorkomen

vormen, zoals het voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs. Om deze leerlingen wel te kunnen laten profiteren van deze preventieve aanpak wordt er gewerkt aan aanpassingen in en onderzoek naar de effecten van de interventies voor voortgezet speciaal onderwijs en het praktijkonderwijs.

Samenwerking tussen onderwijs en zorg – perspectief vanuit het onderwijs

Het onderwijs volstaat niet enkel met het bijbrengen van kennis, vaardigheden en houdingen aan kinderen en jongeren, maar er ligt er ook een belangrijke taak binnen het onderwijs in het deel worden van bestaande tradities en praktijken en over de vrijheid en verantwoordelijkheid die ermee gepaard gaat. Biesta noemt dit de drie doeldomeinen van het onderwijs, respectievelijk kwalificatie, socialisatie en persoonsvorming (Biesta, 2012). Bewustwording omtrent mentale gezondheid is een belangrijk thema dat binnen al deze drie doeldomeinen van het onderwijs weg te schrijven is. Om na je schoolloopbaan een goede bijdrage te kunnen leveren aan de samenleving is het naast de cognitief-didactische vaardigheden die jongeren op school leren evenzeer zo belangrijk dat jongeren in staat zijn goed voor hun mentaal welzijn te kunnen zorgen. Binnen de multimodale aanpak van STORM vormt het onderwijs niet enkel de vindplaats van jongeren met depressieve symptomen of

suïcidaal gedrag, maar is het ook de plek waar de vier interventies van de aanpak grotendeels worden uitgevoerd. Jongeren brengen een substantieel deel van hun tijd door op school en derhalve kunnen onderwijsprofessionals een belangrijke rol spelen in het signaleren van leerlingen met somberheidsklachten en het minderen van het (acute) risico op suïcide. Door de gatekeepertrainingen krijgen mentoren, docenten en andere medewerkers in de leerlingenzorg handvatten aangeboden hoe ze het gesprek met de jongeren over somberheid kunnen aangaan. Ook vindt er in de training veel kennisoverdracht plaats over depressie, suïcidaliteit en suïcidaal gedrag en wat hierbij risicofactoren en beschermende factoren zijn. Scholen zien het als een voorwaarde voor de ontwikkeling dat de jongere zich gezien, gehoord en veilig voelt op school. Enkel wanneer de jongere goed in zijn vel zit, kan het werkelijke leerpotentieel benut worden. Vroegtijdige signalering en preventief handelen om het mentale welzijn te bevorderen draagt er dan ook aan bij dat leerlingen zich binnen school goed kunnen ontwikkelen. Docenten die de gatekeepertraining hebben gevolgd spreken uit dat zij door de training meer inzicht hebben gekregen in hoe mentaal welzijn van invloed is op de ontwikkeling van de jongeren en daarnaast geven zij aan zich door de training meer bekwaam te voelen het gesprek hierover met de jongere aan te gaan. Mentoren en docenten benoemen in de training vaak dat zij het spannend vinden om met de jongere het gesprek aan te gaan over suïcide-gedachten. Ze geven aan bang te zijn om de jongere op ideeën te brengen. Door het volgen van de training hebben mentoren en docenten meer zicht op de mythen die bestaan over depressie en suïcidaliteit en voelen zij zich meer bekwaam om met een jongere met suïcidale gedachten en/of een depressie in gesprek te gaan en de wanhoop bespreekbaar te maken. Waar mentoren en docenten bij de start van de training soms het gevoel hebben dat de rol van gatekeeper een extra taak is, geven zij aan het einde van de training juist aan dat het een extra 'tool' is die je kunt meenemen en inzetten in gesprekken met jongeren als dat nodig is. Vooral het van betekenis kunnen zijn voor de jongere wordt als een grote meerwaarde gezien. De opzet van de gatekeepertraining waarbij een professional van de GGZ samen met een medewerker van de school het eigen onderwijspersoneel traint, zorgt ervoor dat er een ijzersterke verbinding ontstaat tussen theorie en praktijk. De kennis is en blijft binnen de school aanwezig en vervliegt niet zodra de professional van de GGZ de deur uitloopt, zodat jongeren binnen de veilige setting van hun school kunnen terugvallen op de daar

Referenties

- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J.P., Burstein, M. & Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey—adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44. e32.
- Biesta, G.J.J. (2012). *Goed onderwijs en de cultuur van het meten*. Den Haag: Boom/Lemma.
- Bodden, D.H.M., Stikkelbroek, Y.A.J. & Dirksen, C.D. (2018). Societal burden of adolescent depression, an overview and cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 256-262.
- Bolton, J.M., Cox, B.J., Afifi, T.O., Enns, M.W., Bienvenu, O.J. & Sareen, J. (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: Findings from the baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. *Depression and Anxiety*, 25(6), 477-481.
- Carr, A. (2015). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach (3rd ed.)*. London: Taylor & Francis Ltd.
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M.J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 387-395.
- Cerel, J., Roberts, T.A. & Nilsen, W. J. (2005). Peer suicidal behavior and adolescent risk behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(4), 237-243.
- Cooper, G.D., Clements, P.T. & Holt, K. (2011). A review and application of suicide prevention programs in high school settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 696-702.
- De Jonge-Heesen, K.W., Rasing, S.P., Vermulst, A.A., Scholte, R.H., Van Ettekoven, K.M., Engels, R.C. & Creemers, D.H. (2020). Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. *BMC Medicine*, 18(1), 1-13.
- De Jonge-Heesen, K.W., Rasing, S., Vermulst, A.A., Scholte, R.H., Van Ettekoven, K.M., Engels, R.C. & Creemers, D.H. (2021). Secondary outcomes of implemented depression prevention in adolescents: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 191.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187-232.

aanwezige onderwijsprofessionals. Een andere belangrijke opbrengst van de gatekeepertraining die door het onderwijs ervaren wordt, is dat de onderwijsprofessional weet hoe de zorgroutes binnen school lopen en hoe er indien nodig doorverwezen wordt naar passende hulp.

Voorts vindt binnen de samenwerking tussen GGD en onderwijs tijdens de systematische screening in het kader van het gezondheidsonderzoek door de GGD vroegsignalering van depressieve symptomen en suïcidaliteit plaats. Waarbij vervolgens binnen de samenwerking tussen onderwijs en sociale wijkteams de aanpak wordt uitgevoerd om bij geselecteerde jongeren met verhoogde depressieve klachten het risico om een depressieve stoornis te ontwikkelen te verlagen. Een gedragswetenschapper verbonden aan de onderwijsinstelling verzorgt samen met een jeugdprofessional van het sociale wijkteam het geïndiceerde depressiepreventieprogramma Op Volle Kracht. Deze training vindt op school plaats en dat draagt eraan bij dat jongeren eerder geneigd zijn dit aanbod te accepteren dan wanneer zij daarvoor zouden moeten worden doorverwijzen naar een instelling voor jeugd-GGZ. Er wordt ervaren dat Op Volle Kracht zorgt voor een afname in depressieve klachten en voor een vermindering van angstklachten bij de jongeren, waarmee er in preventieve zin wordt voorkomen dat zij in een later stadium met ernstigere klachten komen te zitten waarbij er een beroep gedaan zou moeten worden op intensievere vormen van behandeling. Op school wordt in preventieve zin voorkomen dat leerlingen als gevolg van depressieve klachten minder goed gaan functioneren (bijvoorbeeld minder goede leerprestaties behalen) wat soms zelfs schooluitval tot gevolg heeft. Voor de school heeft deze interventie het voordeel dat de geselecteerde leerlingen meer veerkracht ontwikkelen bij het omgaan met tegenslagen, waardoor de leerlingen ook op het vlak van hun schoolloopbaan zich beter weten te ontwikkelen. Door de samenwerking tussen het onderwijs en de zorg zijn de zogenoemde lijntjes korter geworden. Leerlingen lopen minder lang rond met ongeziene of onbesproken klachten, onderwijsprofessionals weten beter hoe ze met leerlingen in gesprek kunnen gaan en voelen zich meer op hun gemak om een gesprek met leerlingen aan te gaan over dit lastige onderwerp en zorgprofessionals worden in een eerder stadium betrokken om het erger worden van klachten te voorkomen.

Het eerste deel van dit artikel is reeds gepubliceerd in Remediaal nummer 4 van 2022. In nader overleg met de auteurs is besloten om het artikel integraal te publiceren in dit nummer. Het artikel is ook te downloaden van de website van uitgeverijbetelgeuze.nl met deze link: <https://ap.lc/IE2WG> en uiteraard op www.remediaaldigitaal.nl voor de Remediaal-abonnee met een gebruikersaccount.

Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D. & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 775.

Gijzen, M.W.M., Creemers, D.H.M., Rasing, S.P.A., Smit, F. & Engels, R.C.M.E. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among dutch adolescents: Design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 18*(1), 124.

Gijzen, M.W., Rasing, S.P., Creemers, D.H., Engels, R.C. & Smit, F. (2022). Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 298*, 408-420.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(4), 386-405.

Grunbaum, J.A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., ... Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. Morbidity and Mortality Weekly Report. *Surveillance Summaries (Washington, DC: 2002), 53*(2), 1-96.

Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A. & Reich, H. (2021). The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 760491.

Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G. & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 260*(5), 401-406.

Hetrick, S.E., Yuen, H.P., Bailey, E., Cox, G.R., Templer, K., Rice, S.M., ... Robinson, J. (2017). Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (reframe-it): A randomised controlled trial. *Evidence-based Mental Health, 20*(3), 76-82.

Katz, C., Bolton, S.L., Katz, L.Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J. & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety, 30*(10), 1030-1045.

Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 617-626.

Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D.A. & Meller, S.J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis*, 34(2), 82-97.

Melhem, N.M., Porta, G., Oquendo, M.A., Zelazny, J., Keilp, J.G., Iyengar, S., ... Brent, D.A. (2019). Severity and variability of depression symptoms predicting suicide attempt in high-risk individuals. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 603-613.

Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in us adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (ncs-a). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

Quiroga, C.V., Janosz, M., Bisset, S. & Morin, A.J.S. (2013). Early adolescent depression symptoms and school dropout: Mediating processes involving self-reported academic competence and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 552-560.

Reinherz, H.Z., Tanner, J.L., Berger, S.R., Beardslee, W.R. & Fitzmaurice, G.M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1226-1232.

Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., ... Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 4, 52-91.

Runeson, B.S., Beskow, J. & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(1), 35-42.

Schilling, E.A., Aseltine, R.H. & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17(2), 157-166.

Schrijvers, D.L., Bollen, J. & Sabbe, B.G.C. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19-26.

Stockings, E.A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y.Y., Erskine, H.E., Whiteford, H.A. & Patton, G.C. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(01), 11-26.

Smit, F., Bohlmeijer, E.T. & Cuijpers, W.J.M.J. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie: Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos Institute.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S. & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379(9820), 1056-1067.

Twenge, J.M., Cooper, A.B., Joiner, T.E., Duffy, M.E. & Binau, S.G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185.

Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., De Keijser, J., Verwey, B., Van Boven, C., Hummelen, J.W., ... Van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Vugt, M.D., Mulder, C.L., Bähler, M., Delespaul, P.H., Westen, K. & Kroon, H. (2018). Modelgetrouwheid van flexible assertive community treatment (F-ACT)-teams: resultaten van vijf jaar auditeren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(7), 441-448.

Verboom, C.E., Sijtsema, J.J., Verhulst, F.C., Penninx, B.W.J.H. & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology*, 50(1), 247-257.

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Balazs, J. (2015). School-based suicide prevention programmes: The Seyle cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.

Wijnhoven, L.A., Creemers, D.H., Vermulst, A.A., Scholte, R.H. & Engels, R.C. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 217-228.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.

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(1), 104-115.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... Balazs, J. (2017). Evidence-based national suicide prevention task-force in europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology*, 27(4), 418-421.