



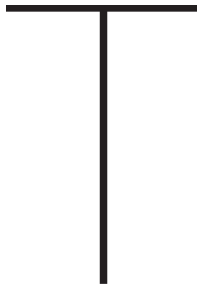
'Het draait hier  
niet om dwang en  
controle, maar  
om nabijheid'



Suicide is doodsoorzaak nummer één onder jongeren in Nederland. In een behandelhuis in Schagen krijgen suïcidale jongeren zoveel mogelijk vrijheid en vertrouwen. Een groot risico of een succesvolle behandelmethode?

*tekst* **Andreas Jonkers** *foto's* **Fenna Jensma**





**Twaalf jaar oud was Suzanna Sharoykin (22)** toen ze voor het eerst dood wilde. Haar grote wens was dierenarts worden, dan moest ze naar een reguliere school. Toch werd ze, vanwege gedragsproblemen, op het speciaal onderwijs geplaatst. “Ik werd daar als anders gezien, ik kon mezelf niet zijn.”

Met haar moeder, waar ze een slechte relatie mee heeft, kon Sharoykin er niet over praten. ‘Ga maar weg’, zei die. Met haar vader boterde het evenmin. “Die kan niet over emoties praten.” Dus liep ze weg, het donker in. Ze wilde niet meer.

Tientallen pogingen deed Sharoykin daarna om uit het leven te stappen. Ze at batterijen, slikte glas, sneed in haar armen, nam een overdosis, vroeg euthanasie aan, probeerde verhangings. “Alles wat je kan bedenken, heb ik wel gedaan”, zegt ze.

De ondersteuning die ze nodig had, kreeg ze niet. “Ik heb in de jeugdzorg gezeten, in instellingen, in de volwassenenpsychiatrie. Als ik daar een poging deed, werd ik met een scheurjurk en scheurdeken in de isoleercel geplaatst. Of ik werd weggestuurd. Zeventien keer moest ik ergens anders heen.”

## NIETS VERBIEDEN

Hulp krijgt Sharoykin nu in een klein behandelhuis in Schagen. Het heeft smalle, donkere gangen, een opgeruimde woonkamer en grote pot pepernoten op de keukentafel. In dit huis wonen vier jongeren van achttien tot en met drieëntwintig jaar die suïcidaal zijn. Voor hen is overdag één, ’s avonds twee en ’s nachts één begeleider aanwezig.

Net als Sharoykin hebben de jongeren vaak een moeilijke en onveilige jeugd gehad. Geregeld uit zich dat nog in agressie en onhandelbaarheid. En ze kampen met gedachten aan de dood en deden al meerdere suïcidepogingen.

Sinds de opening in 2022 is Jonas Stroink de betrokken psychiater en zijn in het behandelhuis acht jongeren behandeld. Na behandeling van minimaal een jaar heeft geen van hen nog een suïcidepoging gedaan – een succes, zij het nog bescheiden.

Misschien nog wel opvallender is de methode die

Stroink en zijn collega’s hanteren. Ze behandelen de vier bewoners door hen juist zo min mogelijk te behandelen. Al zegt Stroink: “Niet minder behandelen, maar anders.”

De jongeren mogen alles in het behandelhuis. Gamen, drinken, zelfs een suïcidepoging is niet verboden. Een behandelaar staat ernaast – echt gebeurd – en vraagt of de jongere zelf het bloed van de vloer wil vegen.

Door niets te verbieden en een band met de jongeren op te bouwen, winnen Stroink en collega’s het vertrouwen terug dat in eerdere ervaringen met zorg verloren is gegaan. Als het vertrouwen terugkeert, is het idee, komt de hulpvraag vanzelf. Stroink: “Je hoeft jongeren niet bij de hand te nemen, ze kunnen heel goed zelf aangeven wat ze nodig hebben.”

## SCHOKKEND SIGNAAL

Autonomiebevorderend beleid, heet deze vorm van geestelijke gezondheidszorg. De patiënt wordt gezien als een competent en autonoom persoon die in crisis verkeert. En de behandelaar als nieuwsgierig en beschikbaar; iemand die naast de patiënt staat. Het beleid wordt pas een paar jaar toegepast en is nog weinig onderzocht.

Deze kijk op geestelijke gezondheidszorg gaat in tegen de ideeën, instructies en intuïties van veel psychologen, psychiaters, artsen, politiemedewerkers en andere hulpverleners, merkt Stroink als hij erover spreekt. Het zet de vanzelfsprekende macht van zorgverleners op het spel.

Verwarrend is dat sommige ggz-instellingen die bevelen autonomiebevorderend beleid te voeren, dat eigenlijk niet doen, aldus Stroink. Ze geven patiënten te weinig of juist te veel regie, houden familie op afstand en behandelen soms amper. Hierdoor komen patiënten geregeld slechter uit de kliniek dan voor een opname.

Bij een meldpunt van ggz-belangenorganisatie Mind kwamen in 2024 over 25 ggz-instellingen uit heel Nederland heftige reacties binnen over hun beleid: ‘Afschuwelijk en mensonterend’, ‘een regelrechte hel’, ‘een angstige en eenzame tijd’, of ‘de ergste tijd van mijn leven’.

Geen goede steekproef, geen representatief onderzoek, wel een schokkend signaal. Het leidde tot de oprichting van een expertisenetwerk begin 2025 – door >>

**Links:** Kinder- en jeugdpsychiater Jonas Stroink voor het behandelhuis in Schagen.

**Foto op pagina 11:** Ggz-verpleegkundige Joya van Haften (links) en Suzanna Sharoykin.

## ‘Even hard gezegd: wij krijgen de jongeren die niemand wil hebben’

>> Mind, GGZ Nederland en andere ggz-organisaties – dat duidelijkere voorwaarden en handleidingen wil opstellen voor autonomiebevorderend beleid. Voor inspiratie wordt naar een nieuwe aanpak van eetstoornissen gekeken, waarbij behandelaars en ervaringsdeskundigen samen de zorg verbeteren.

Autonomiebevorderend beleid zoals in Schagen, vertelt Stroink, vinden de meeste ggz-instellingen vooralsnog spannend. Waarom zou je jongeren die dood willen juist meer zelfstandigheid geven? Hebben die niet zoveel mogelijk bescherming en veiligheid nodig? Moet je dat risico wel nemen? “Veel plekken vinden ons ook gewoon te heftig”, is Sharoykins ervaring.

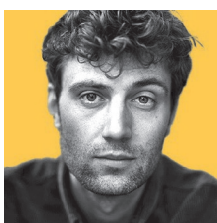
### ONDERLIGGENDE PROBLEMEN

Voor jongeren met ernstige psychische problemen die acuut suïcidaal zijn, is opname vaak wel nodig, legt Stroink uit. Voor de jongeren die in het behandelhuis in Schagen terecht komen, is suïcidaliteit meer een uiting van onderliggende problemen. Ze voelen zich onbegrepen, eenzaam, wanhopig en zien geen uitweg. “Die jongeren hebben juist vertrouwen en autonomie nodig.”

Dus dat geven hij en zijn collega’s in het behandelhuis in Schagen: zo veel mogelijk zelfstandigheid, terwijl ze nauw in contact blijven met de bewoners. Als iemand voor het eerst zelf naar de supermarkt is geweest, geven ze een feestje. “Het draait hier niet om dwang en controle”, zegt Stroink, “maar om nabijheid.”

Autonomiebevorderend beleid is een antwoord op een groeiende vraag. In 2024 overleden 312 Nederlandse jongeren tot dertig jaar aan suïcide. Dat waren er twaalf meer dan in 2023; een stijging die al vijftien jaar langzaam doorgaat.

Hoewel jonge mannen nog altijd de grootste groep vormen, valt vooral de stijging onder jonge vrouwen op. Niet eerder maakten zoveel vrouwen tussen de tien en dertig jaar een eind aan hun leven als in 2024. Meisjes doen ook vaker een suïcidepoging dan jongens. Precieze cijfers zijn er niet, maar geschat wordt dat elk jaar 40.000 mensen een poging tot zelfdoding doen. Waar die bij vijftigplussers vaker fataal is, worden nu de meeste pogingen door jongeren gedaan.



### OVER DE AUTEUR

**Andreas Jonkers** (1990) is journalist en auteur van het boek *En toen vonden ze mijn vader*.

**Boven:** Suzanna Sharoykin (22) op haar kamer in het behandelhuis in Schagen. Ze woont er sinds 2024.

**Onder:** De keuken in het behandelhuis wordt gedeeld door de bewoners.

Voor zelfdoding, of een poging daartoe, is heel moeilijk één oorzaak aan te wijzen. Bij jongeren is er vaak een interne kwetsbaarheid, zoals een trauma of psychische bijzonderheden, gecombineerd met externe stressbronnen. Denk aan prestatiedruk, eenzaamheid, financiële problemen, woningnood, een gebrek aan toekomstperspectief. Suïcidale jongeren zijn vaak schoolverlaters.

Zelfdoding is nu de meest voorkomende doodsoorzaak onder jongeren die psychisch kwetsbaarder worden. Het heeft de afgelopen decennia verkeersongevallen en kanker ingehaald als doodsoorzaak. Renske Gillissen, hoofd onderzoek bij 113 Zelfmoordpreventie: “Dit laat zien: preventie heeft dus zin. Ik ben ervan overtuigd dat het bij suïcide ook zin heeft.”

Volgens Gilissen, ook hoogleraar suïcidepreventie, moet daarvoor nog veel gebeuren. “Onder andere in de zorg. Hier worden naasten nog niet altijd betrokken bij de behandeling, en wordt voor mensen met suïcidaliteit nog te vaak geen veiligheidsplan gemaakt, terwijl dat werkt. In ziekenhuizen krijgen mensen die een poging hebben gedaan fysieke zorg, maar niet altijd mentale nazorg. En op scholen is nog te weinig aandacht voor mentale gezondheid en vaak geen suïcidepreventieprotocol. Terwijl dat allemaal helpt.”

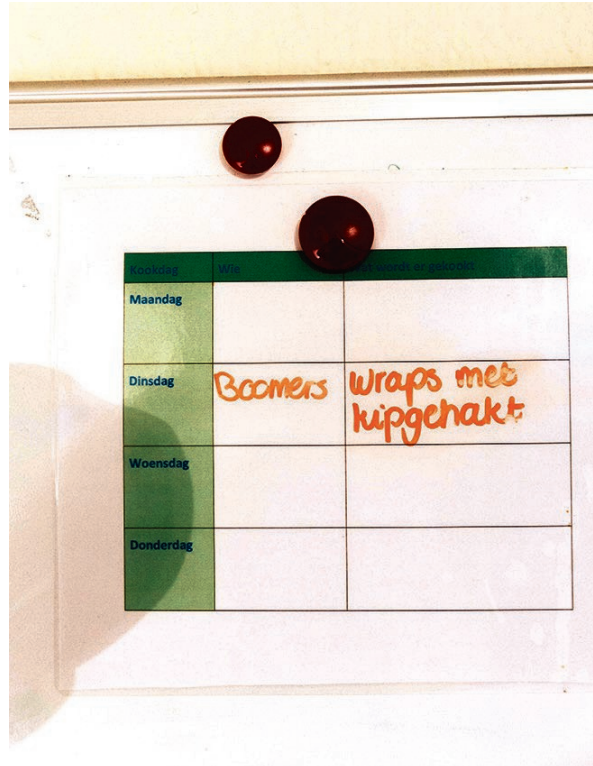
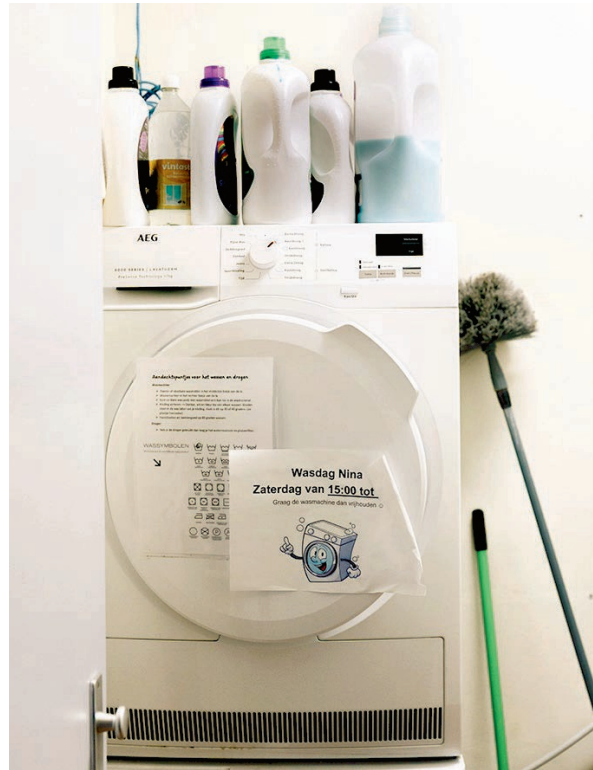
### TABOE

113 Zelfmoordpreventie startte met andere organisaties in 2024 de campagne Samen Minder Suïcide. Uit onderzoek in opdracht van 113 blijkt dat 67 procent van de Nederlanders vindt dat er een taboe is rond suïcide. Mensen vinden het vaak moeilijk om een gesprek aan te gaan als een ander dood wil.

Gilissen: “Ze vinden het eng om te vragen. Wat als iemand ja zegt?” Ze maakte er een handleiding voor: Toon bezorgdheid. Vraag gewoon of iemand aan zelfdoding denkt. Luister, toon begrip, veroordeel niet. En zoek samen hulp.

Hulp zoeken is niet altijd makkelijk. Er is 113 Zelfmoordpreventie, waar je mee kan bellen en chatten als je kampt met gedachten aan zelfdoding. Maar de geestelijke gezondheidszorg is op veel plekken overbelast en kampt vaak met wachtlijsten. Eén op de zeven >>





# ‘Juist als iemand het gevoel heeft serieus genomen te worden, kan dat heel erg helpen’

>> Nederlandse jongeren heeft jeugdzorg nodig, maar er staan meer dan 9000 vacatures open.

Ook is er te weinig overzicht en regie, blijkt uit de jongste inspectierapporten, zeker sinds de decentralisatie van de jeugdzorg in 2015. Vanwege de kosten bepalen gemeenten nu soms zelf welke zorg wordt ingezet voor jongeren, ook als experts andere behandelingen adviseren. De inspectie, september 2025: ‘Kinderen krijgen niet de hulp die ze nodig hebben’.

Jonas Stroink spreekt veel jongeren die geen passende hulp kregen. In het behandelhuis zit nu iemand die anderhalf jaar af en aan in separatie heeft gezeten. Eerder is iemand geholpen die 52 keer werd afgewezen bij andere geestelijke gezondheidsinstellingen, vertelt hij. “Even hard gezegd: wij krijgen de jongeren die niemand wil hebben.”

## ANGST VOOR HET LOSLATEN

Zorgverleners zijn vaak bang voor suicide, is zijn indruk. Jongeren die zeggen dat ze dood willen, krijgen straf, worden weggestuurd, opgesloten zelfs. Maar als ze een suicidepoging doen, krijgen ze extra tijd, extra personeel, extra behandelingen, extra aandacht.

Dat ligt voor de hand, maar helpt die jongeren niet, meent Stroink. “Onbewust leren ze dat een suicidepoging een manier is om behoeften te vervullen. Terwijl we ze juist moeten leren om op andere manieren om hulp te vragen. Om ze autonoom te laten worden, moeten we ze meer autonomie geven.”

Hij kent de angst voor het loslaten, zeker als hulpverlener. “Veel psychiaters hebben iemand gehad die na een gesprek naar de deur liep en zei: ‘Ik weet niet of ik er de volgende keer nog ben.’ De eerste reactie als hulpverlener is dan: paniek. Snel een gedwongen opname. Meer medicijnen geven.”

Stroink probeert hier anders op te reageren. “Jij kent jezelf het beste”, zegt hij dan tegen de cliënt. “Kun je erover nadenken waarom je dit nu pas zegt, terwijl ons gesprek net is afgelopen? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat je dat voortaan eerder doet? Als je hier de volgende keer weer bent, hebben we het erover.”

Stroink is zich uiteraard bewust van de risico's van zijn methode. Met toekomstige bewoners, ouders of

De suïcidale jongeren in het behandelhuis krijgen veel autonomie en vrijheid. Ze kunnen hun leven groten-deels zelf inrichten.

naasten spreekt hij van tevoren de hele behandeling door. Ze hebben het over de mogelijkheden in het huis, de beschikbare hulp, medicatie, de betrokkenheid van hulpverleners.

Op zijn kantoor vertelt hij dat jongeren in het behandelhuis nooit worden weggestuurd en altijd mogen terugkomen. De behandelaars zijn betrouwbaar, zegt hij, eerlijk en voorspelbaar. En vooral: niet bang. “We schrikken niet van een suicidepoging.”

Renske Gilissen denkt dat deze methode vooral werkt voor een bepaalde groep jongeren, waarbij suïcidaliteit een communicatie kan zijn van langdurige problemen. “Juist als iemand het gevoel heeft serieus genomen te worden, kan dat heel erg helpen om eruit te komen. Maar er zijn ook suïcides die acuter zijn, waar helemaal geen suïcidale communicatie of zorg is geweest.”

Stroink krijgt uit het hele land aanmeldingen van jongeren, terwijl de gemeente, fondsen en verzekeraars het behandelhuis betalen. De behandeling is ‘duur’, zegt hij, ‘net zo duur als de gesloten opvang.’ De ggz-instelling waar het huis onder valt, wil ‘vanwege maatwerkafspraken met de verzekeraars’ niet zeggen wat de precieze kosten zijn.

## WACHTLIJSTEN

Voor het behandelhuis staan nu vijftien jongeren op de wachtlijst. Stroink loopt ertegenaan dat hij jongeren die klaar zijn voor de volgende stap, moeilijk ergens anders geplaatst krijgt. Er is een wachtlijst voor begeleid wonen. Er is een wachtlijst voor sociale huurwoningen. Als hij niet al anderhalve baan had, zou hij meerdere behandelhuizen openen, er is ook al interesse uit Drenthe en Almere – o, zijn telefoon gaat.

Het blijkt een ambulanceverpleegkundige. Een achttienjarige cliënt van Stroink heeft last van dwanggedachten en te veel medicijnen genomen; haar ouders hebben 112 gebeld. Ze praten op de achtergrond ook mee: hun dochter moet naar de crisisopvang, zegt haar moeder op luide toon, ‘anders zetten we haar uit huis. Dit is haar schuld.’

Hun dochter gaat binnen een paar dagen naar een jeugdkliniek, herinnert Stroink de ouders. “Ze vindt dat spannend”, denkt Stroink, “en heeft zichzelf hiermee >>

# ‘Ik wil andere mensen vóór zijn. Zodat ze niet het leven krijgen dat ik heb gehad.’

>> geprobeerd te reguleren.” Haar ouders moeten vooral proberen om zichzelf rustig te krijgen, zegt hij. “En het is beter als ze thuis blijft. Als dat niet lukt, kan ze zelf de crisisopvang bellen. Ze doet het heel goed, echt.”

‘Maar wat verwachten jullie dan dat wij doen?’ zegt de moeder.

‘Niks, ik verwacht dat jullie niks doen,’ zegt Stroink, ‘alleen rust en nabijheid bieden.’

## ‘FRUSTREREND’

Ggz-verpleegkundige Joya van Haeften (35) moest heel anders gaan denken toen ze in het behandelhuis in Schagen kwam werken. Ze werkte eerder in een instelling voor intensieve psychiatrie, waar ze gewend was om in te grijpen als dat nodig was. Door bijvoorbeeld een telefoon af te pakken, een deur op slot te doen, een bepaalde behandeling in gang te zetten.

Nu benadrukt ze steeds dat ze beschikbaar is, maar wacht ze tot de bewoners zelf met een vraag komen. “Dat is soms heel frustrerend: ik zie dat er hulp nodig is, maar kan die dan niet geven. Ik heb bijna geen middelen meer hier. Alleen mijn verbale mogelijkheden; alleen mijn mogelijkheden om een band op te bouwen.”

Danique Ridder, ook ggz-verpleegkundige hier, vond het heel lastig om de controle los te laten, vertelt ze. “Zeker als iemand zich snijdt. Eerder werkte ik op de crisisopvang, dan gingen we daar meteen heen, soms met meerdere mensen. Om te helpen, om mogelijke verwondingen te verbinden. Hier moet een bewoner zelf de huisarts bellen.”

Maar weet een suïcidale jongere altijd wat hij of zij nodig heeft? Een paar maanden terug vroeg een bewoner opeens om veel meer medicijnen, vertelt Ridder. “‘Gaan we doen!’, zei Jonas. Maar dat ging helemaal niet goed.” Ze bleef in contact met de jongere in de hoop dat ze die ervoer dat meer medicatie niet werkte. Die vroeg later inderdaad om afbouw.

Ouders vinden het soms heel lastig, merkt Van Haeften, dat begeleiders de bewoners zo vrij laten. “Waarom doen jullie niks? zeggen ze dan. Bewoners vinden het ook soms zwaar, geven ze aan. Jullie laten ons heel diep gaan, tot we zelf een stap vooruit zetten.”

In het behandelhuis in Schagen zijn sinds de opening in 2022 acht jongeren behandeld. Geen van hen heeft in die tijd een suïcidepoging gedaan.

Hulp leren vragen voordat je een suïcidepoging doet, daar draait het hier om. Suzanna Sharoykin vond dat moeilijk toen ze hier kwam wonen, september 2024. “Ik was altijd al gewend om alles zelf op te lossen. Maar dat was nou juist het probleem. Hier heb ik geleerd om het eerder aan te geven. Het gaat even niet zo lekker in mijn hoofd, zeg ik dan, kunnen we even praten?”

Sharoykin is nu ‘ruim een half jaar clean van zelfbeschadiging’, vertelt ze. Ze wil begeleid gaan wonen, daarna naar een eigen appartement. Ze wil meer tijd doorbrengen met haar paard en haar vriend. En ze wil heel graag haar rijbewijs halen, zodat ze als ervaringsdeskundige jongeren door het hele land kan helpen.

Vooraf jongeren die, net als zij toen ze twaalf was, voor het eerst dood willen. “Ik wil andere mensen vóór zijn. Zodat ze niet het leven krijgen dat ik heb gehad. Want veel mensen denken dat een zelfmoordpoging vragen om aandacht is. Maar een zelfmoordpoging is vragen om hulp.”

## GEEN VASTE GESPREKSMOMENTEN

Twee andere bewoners in Schagen vragen nog amper om hulp. Ze willen niet praten en komen weinig hun kamer uit. Van Haeften, Ridder en hun collega's hebben geen vaste gespreksmomenten met de bewoners, tenzij ze daar zelf een voorstel voor doen. Wel eten ze vier keer per week samen in de keuken. Sharoykin heeft boodschappen gedaan en kookt bami vanavond.

Jonas Stroink heeft het meisje nog gebeld, vertelt hij, waar de ambulanceverpleegkundige eerder contact voor zocht. Ze was inderdaad gestrest, omdat ze volgende week naar de jeugdkliniek gaat. Maar ze wil vannacht graag thuisblijven. Voor morgen heeft ze, geheel autonoom, vast een plek in de intensieve opvang gereserveerd. <<

Alle personen in dit verhaal hebben ingestemd met gebruik van hun naam, publicatie en het artikel van tevoren gelezen, zodat ze feedback konden geven. Kamp je met gedachten aan zelfdoding, dan kun je voor hulp bellen en chatten met 113 Zelfmoordpreventie (0800 0113).

Reacties (max. 150 woorden) zijn welkom via [tijdgeestreacties@trouw.nl](mailto:tijdgeestreacties@trouw.nl). Graag naam, woonplaats en telefoonnummer vermelden.

