



GGD
Gemeente Den Haag

Epidemiologisch bulletin

tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag

Jaargang 48, 2013, nummers 1 en 2

Themanummer suïcide en parasuïcide

inhoud

Redactioneel

volksgezondheid

'Het fenomeen suïcide heeft te maken met alle beleidsterreinen',
interview met wethouder Rabin Baldewsingh

epidemiologie

Registratie suïcidaal gedrag in Den Haag, 1987-2010

Resultaten registratie suïcidaal gedrag

Suïcide in de vier grote steden 1969-2011: omvang en trends

volksgezondheid

SuNa-casemanagement Den Haag voor 12-27-jarigen met
suïcidaal gedrag

Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek
van Suïcidaal gedrag

korte berichten

Colofon

maart/juni 2013, 48ste jaargang nrs. 1 en 2

Redactie

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Den Haag
(kernredacteur)
dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Medisch Centrum
Haaglanden, Den Haag
B. van Gent, arts, MHA, Florence Den Haag
M. Lemmink, GGD Zuid-Holland West
mw. dr. I.M. van der Meer, GGD Den Haag
(kernredacteur)
prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Den Haag
(hoofdredacteur)
E. Pieters, Parnassia Bavo Groep
mw. W. van Rijssel (redactiesecretaris/eindredacteur)
L.M.J. Staal, GGD Den Haag (kernredacteur)
mw. K. van der Voorn, STIOM Den Haag
Met medewerking van mw. I. Burger,
epidemiologisch onderzoeker GGD Den Haag

Redactieadres

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn, GGD,
Postbus 12652, 2500 DP Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128
Secretariaat EMG: tel.: (070) 353 72 66,
fax: (070) 353 72 92, e-mail: jessica.roos@denhaag.nl
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij
mw. Roos.
Epidemiologisch Bulletin op internet: [www.denhaag.nl/
home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm](http://www.denhaag.nl/home/bewoners/to/Epidemiologisch-bulletin.htm)

Ontwerp en productie

Gemeente Den Haag,
Intern Dienstencentrum

Uitgave

Dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn,
GGD Den Haag, Directeur Volksgezondheid

Via het bulletin wil de redactie de communicatie aanmoedigen tussen hulpverleners, leidinggevenden, beleidsmedewerkers en onderzoekers in de gezondheid in de regio Den Haag. De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd. Bij wijziging van tenaamstelling en/of adres verzoeken we u het redactiesecretariaat daarvan in kennis te stellen. Voor het bulletin is gebruik gemaakt van milieuvriendelijk papier. Het bulletin verschijnt vier maal per jaar.

ISSN 0921-6219

Inhoud

Redactioneel	1
Volksgezondheid	
‘Het fenomeen suïcide heeft te maken met alle beleidsterreinen’, interview met wethouder Rabin Baldewsingh <i>Wiky van Rijssel</i>	3
Epidemiologie	
Registratie suïcidaal gedrag in Den Haag, 1987 - 2010 Geschiedenis en de belangrijkste resultaten <i>Irene Burger</i>	5
Resultaten registratie suïcidaal gedrag - Haagse parasuïcide-registratie, 1987 - 2010 - Haagse suïcideregistratie, 1987 - 2010 - Suïcide en parasuïcide naar etniciteit, 1987 - 1993, 2002 - 2004 en 2008 - 2010 <i>Irene Burger</i>	12
Suïcide in de vier grote steden 1969 - 2011: omvang en trends <i>Renske Gilissen, Irene Burger</i>	29
Volksgezondheid	
SuNa-casemanagement Den Haag voor 12-27-jarigen met suïcidaal gedrag Verslaglegging over de periode juni 2011 t/m oktober 2012, met casusverslagen <i>Irene Burger, Deanne van de Vlist, Renate Bravaric, Indra Janki en Marion Ferber</i>	35
Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal gedrag <i>Jolien Bueno de Mesquita, Remco de Winter, Bas Verwey, Marieke de Groot</i>	43
Korte Berichten	52

Redactioneel

Waarom zoveel aandacht voor suïcidaal gedrag?

Laatst vroeg een collega epidemioloog van een andere grootstedelijke GGD mij waarom de GGD Den Haag zo veel aandacht besteedt aan suïcides. In kwantitatieve zin is het toch geen belangrijke doodsoorzaak?

Ja, misschien binnen bepaalde leeftijdsgroepen, waar zo weinig sterfte is dat zelfs een relatief 'kleine' doodsoorzaak al snel tot de top-3 doordringt. Maar verder?

Ik moest hem gelijk geven. Maar ik legde uit dat wij zelfdoding niet alleen van belang vinden vanwege de sterftecijfers. De incidentie van zelfdoding is - als topje van de spreekwoordelijke ijsberg - mogelijk een weerslag van psychische en sociale problematiek in de bevolking of binnen bepaalde bevolkingsgroepen. Natuurlijk, er spelen ook andere factoren mee. Een suïcide is volgens veel psychiaters vaak een impulsieve daad. Zo bezien is de incidentie óók een weerslag van de beschikbare mogelijkheid om aan zo'n impuls gevolg te geven. Hoe dan ook, inzicht in het voorkomen van suïcide kan leiden tot preventieve maatregelen. Of het nu gaat om aandacht voor onderliggende psychosociale problemen of om het aanpakken van onveilige situaties (bereikbaarheid van een spoorlijn bijvoorbeeld, of de toegankelijkheid van het dak van een hoog gebouw). En daarom is suïcide beslist een relevant onderwerp, als je het hebt over de preventieve taak van de GGD.

Maar zoals gezegd, het gaat hoogstens om het topje van een ijsberg. Mede om die reden besteedt de GGD ook aandacht aan niet-gelukte pogingen tot zelfdoding. Hulpverleners spreken van een 'tentamen suïcidiï', onderzoekers gebruiken vaak de term 'parasuïcide'. Suïcide en parasuïcide worden gezamenlijk wel aangeduid als 'suïcidaal gedrag'.

'Sommige onderzoekers menen dat er een duidelijke relatie is tussen maatschappelijke problemen zoals de hoogte van het werkloosheidscijfer en de suïcide-incidentie, volgens anderen wordt dit verband meestal niet gevonden'

Het onderwerp is complex. De groepen met verhoogde suïcidecijfers zijn niet dezelfde als de groepen met verhoogde parasuïcide-cijfers. Dit laat al zien dat de metafoor van de ijsberg te simplistisch is. Voorts: sommige onderzoekers menen dat er een duidelijke relatie is tussen maatschappelijke problemen zoals de hoogte van het werkloosheidscijfer en de suïcide-incidentie, terwijl volgens anderen dit verband meestal niet wordt gevonden. Helaas, ook dit themanummer van het Epidemiologisch Bulletin zal dergelijke vragen en paradoxen niet helemaal oplossen. Voor de epidemiologen is het werk kortom nog lang niet afgelopen.

Dit themanummer staat in een lange traditie. De psychiater (en latere hoogleraar in Leiden) dr. N. Speijer - in 1935 gepromoveerd op het onderwerp suïcide - werd in 1950 hoofd van de toenmalige afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de (toen nog) GG en GD 's-Gravenhage. Hij voerde in samenwerking met de gemeentelijk lijkschouwer een suïcideregistratiesysteem in. Inmiddels is het CBS ook een betrouwbare leverancier van suïcidecijfers, zij het dat het aloude GGD-registratiesysteem meer informatie geeft over aanleiding, achtergronden, gehanteerde methoden etc. Een ander verschil is dat de GGD alle suïcides op Haags grondgebied registreert, terwijl het CBS informatie geeft over suïcides van inwoners van Den Haag. Beide benaderingen hebben betekenis voor gemeentelijk beleid. Zo maakt het voor het aanpakken van onveilige situaties natuurlijk niet uit of de zelfdoding een inwoner van Den Haag betrof.

Dit themanummer brengt alle kennis die de GGD heeft verzameld bijeen, met een accent op de periode vanaf 1987. In dat jaar startte de eerste parasuïcide-registratie en werd dus het hele palet van suïcidaal gedrag in beeld gebracht. Het hart van dit nummer wordt gevormd door een blok informatie dat bijna gezien kan worden als een naslagwerk: een serie artikelen over suïcide- en parasuïcide-cijfers in Den Haag gedurende de afgelopen

redactioneel

decennia en een artikel over de ontwikkelingen in de suïcidecijfers in de vier grote steden en in Nederland. De GGD en de gemeente Den Haag hebben zich uiteraard niet beperkt tot cijfermatig onderzoek. Toen de sterk verhoogde parasuïcide-cijfers bekend werden van de Hindostaanse en Turkse meiden en jonge vrouwen, werd verdiepend onderzoek gedaan onder deze bevolkingsgroepen. Ook zijn interventieprojecten opgezet zoals 'Aan de grenzen' (een term die verwijst naar de positie tussen twee werelden) en 'SuNa', een afkorting van Suïcide(poging) Nazorg. Over de twee verdiepende onderzoeken en over beide genoemde projecten is al eerder gerapporteerd in het bulletin. SuNa komt in dit themanummer opnieuw aan bod. De bij wijze van illustratie opgenomen casussen maken duidelijk waar het bij parasuïcide - van jonge mensen - om draait. Juist afgelopen jaar verscheen de richtlijn voor een multidisciplinaire aanpak van suïcidaal gedrag. Dit nummer bevat een zeer lezenswaardig artikel waarin de richtlijn wordt gepresenteerd en toegelicht.

Suïcidaal gedrag is niet een onderwerp waar alleen de GGD veel belangstelling voor heeft. Gezien het maatschappelijk belang besloot de redactie om ook de wethouder van volksgezondheid te vragen of hij bereid was tot een interview. Wethouder Baldewsingh bleek gaarne bereid en geeft in het openingsartikel een, deels ook persoonlijk, beeld van de grote impact die suïcidaal gedrag heeft. Niet alleen in maatschappelijke zin, maar ook voor individuen en gezinnen. Want uiteindelijk gaat het niet om de cijfers, hoe belangrijk ook. Uiteindelijk gaat het om de mensen die - hetzij als hoofdpersoon, hetzij als naaste betrokkene - daadwerkelijk geconfronteerd zijn met (para)suïcidaal gedrag en met de gevolgen daarvan.

Interview met de Haagse wethouder van Volksgezondheid

Het fenomeen suïcidaal gedrag heeft te maken met alle beleidsterreinen

Wiky van Rijssel

De GGD Den Haag is de enige GGD in Nederland die een registratie bijhoudt van het aantal gevallen van suïcide en parasuïcide, respectievelijk vanaf 1952 en 1987. Verderop in dit bulletin staan gedetailleerde gegevens over de groepen mensen die dit betreft (hun leeftijd, geslacht, etnische herkomst). Gemiddeld vonden er de afgelopen twintig jaar ieder jaar 45 gevallen van suïcide plaats op Haags grondgebied. En vonden er in Den Haag jaarlijks zo'n 500 pogingen tot suïcide plaats, de parasuïcides. Het grootste risico op suïcide lopen Nederlandse en Surinaams-Hindostaanse mannen, parasuïcide komt het meest voor bij Turkse en Surinaams-Hindostaanse jonge vrouwen. We spraken over deze gegevens met de Haagse wethouder van Volksgezondheid, Rabin Baldewsingh, met als voornaamste vraag: wat doet de gemeente Den Haag op het terrein van preventie van en nazorg bij suïcide en parasuïcide?

De wethouder, zelf van Surinaams-Hindostaanse afkomst, is niet bepaald verbaasd over de cijfers. 'Bij bepaalde groeperingen in Den Haag, zeker ook bij Hindostanen, komen suïcide en zelfbeschadigend gedrag gewoon heel veel voor. Het lijkt wel bij the way of life te horen, want ook in Suriname en in India komt suïcidaal gedrag erg veel voor. Evenals bij de Turkse bevolkingsgroep. Zelf word ik met enige regelmaat geconfronteerd met iemand die zelfmoord heeft gepleegd of iemand die een poging heeft gedaan. Het is een fenomeen in de stad, dat we heel serieus moeten nemen. Ik vind dat we vanuit het beleid te weinig interventies plegen. Er zijn wel diverse goede initiatieven, maar helaas blijkt het toch te weinig effectief te zijn. Er is het project 'Aan de grenzen' geweest (een project waarbinnen in samenwerking met het onderwijs en de hulpverlening activiteiten werden ontwikkeld, gericht op het versterken van de identiteitsontwikkeling van allochtone vrouwen, WvR). Bij gebrek aan geld is dat gestopt. Er is een Kenniscentrum Suïcide gekomen en sinds 2005 functioneert het project SuNa, dat nazorg biedt bij (een poging tot) suïcide.'

Tijdig signalen opvangen

'Ik ben bij SuNa geweest en ik ben erg blij met dit project. Ze zorgen ervoor dat Haagse jongeren in de leeftijd van 12 tot 27 jaar die een poging doen of die zich beschadigen, de juiste hulp krijgen. De drempel



'Heel belangrijk is dat hulpverleners de signalen opvangen die mensen uitzenden'

Over de auteur:

Wiky van Rijssel werkt onder meer als redactiesecretaris en eindredacteur van het Epidemiologisch Bulletin.

bij SuNa is laag, omdat de mensen van SuNa de jongeren actief opzoeken en dan voor hen aan de slag gaan. De casemanagers leggen het contact met de keten van hulpinstellingen, begeleiden de jongeren en proberen ze weer te socialiseren. Wie een opleiding volgt wordt gestimuleerd die weer op te pakken. Wanneer het gaat om een problematische thuissituatie, dan wordt die in beeld gebracht, indien nodig met hulp van het maatschappelijk werk. SuNa laat de mensen ook niet zomaar weer gaan, maar volgt ze nog een tijd.

Heel belangrijk is dat met name hulpverleners, huisartsen de signalen opvangen die mensen uitzenden. Voor suïcide en parasuïcide zijn de antennes bij de eerstelijnszorg nog onvoldoende uitgestoken. SuNa heeft nu een toolkit ontwikkeld om dit op wijkniveau te verbeteren. Verder werkt men eraan om het onderwerp in het onderwijs bespreekbaar te maken, samen met het Trimbosinstituut worden er trainingen voor leerkrachten opgezet. Van de keten-aanpak heb ik ook de indruk dat die goed geregeld is, gecoördineerd door de GGD, met aansluiting bij de Jutters en de politie. Kortom, ik ben trots op SuNa, de nazorg en begeleiding bij parasuïcide zijn in Den Haag voor jonge mensen behoorlijk goed geregeld. Ik vind dat iets dergelijks er ook voor ouderen zou moeten komen, een 'SuNa plus'. Het is vooral op het gebied van de preventie dat er nog veel moet gebeuren.'

'Is het overdreven te stellen dat deze kinderen met overgewicht ook grote kans lopen een depressie te ontwikkelen? En dat ze daarmee mogelijke slachtoffers van suïcidaal gedrag zijn in de toekomst?'

Preventie over een breed terrein

De wethouder is van mening dat preventie zich bij een onderwerp als suïcidaal gedrag over een breed terrein moet uitstrekken. Als voorbeeld refereert hij aan de campagne die Den Haag het komende jaar voert ter bestrijding van overgewicht: 'Veel suïcidepogingen hebben te maken met het feit dat mensen in een depressie belanden, vanwege medische en sociale redenen. Bijna de helft van de Haagse bevolking heeft overgewicht, waaronder 14.000 kinderen tot 19 jaar. Velen gaan richting obesitas. Veelal betreft dit kinderen in achterstandswijken, die een grote kans lopen om gepest te worden op school, zich niet kunnen concentreren, al op jonge leeftijd hart- en vaatproblemen ontwikkelen. Is het overdreven te stellen dat deze kinderen ook grote kans lopen een

depressie te ontwikkelen? Mogelijk zijn zij de slachtoffers (van suïcidaal gedrag) in de toekomst.'

'Een onderwerp dat zeker ook betrokken moet worden bij de preventie van (para)suïcide is 'problemen in de huiselijke sfeer'. Huiselijk geweld speelt een rol, samen met de oorzaken hiervan. Financiële problemen, alcohol, kinderverwaarlozing en niet te vergeten de generatiekloof, waardoor dochters anders worden behandeld dan zonen. Suïcidaal gedrag als fenomeen heeft te maken met alle beleidsterreinen die je maar kunt bedenken, omdat het te maken heeft met mensen die om de een of andere reden niet kunnen leven zoals zij dat willen.'

'We zijn verantwoordelijk voor het doorgeven van het leven en voor een ieders welbevinden'

Graag mensen met ideeën

Naast laagdrempelige opvang en begeleiding en brede preventie pleit de wethouder voor het bespreekbaar maken van dit zware onderwerp: 'Zelfdoding en de pogingen daartoe zijn een nog grotendeels verborgen verschijnsel, in de taboesfeer. Daarom pleit ik voor een brede maatschappelijke discussie. Heel goed dat het Epidemiologisch Bulletin hier een themanummer aan wijdt, maar dat is niet genoeg om het in beeld te brengen. Wat doe je ermee als beleidmaker, hulpverlener, eerstelijnszorg? Ik zou graag beschikken over een netwerk van partners op dit gebied, met wie ik regelmatig bijeen kan komen. Iets dergelijks doen we met de gezondheidszorg in brede zin. Daar bestaat de coalitie 'Gezond geweten', waar 32 partners uit woningbouwcorporaties, eerstelijnsinstellingen, zorgverzekeraars, het onderwijs etc. regelmatig bij elkaar komen. Met het onderwerp suïcidaal gedrag zou ik ook over zo'n netwerk willen beschikken, om te kijken wat we met elkaar kunnen ontwikkelen. Graag onder regie van de GGD, die zich er op gezette tijden over buigt, ook met regionale partners. Eigenlijk ben ik op zoek naar mensen met ideeën, die mij kunnen inspireren. Ik vind het schrijnend dat we in een beschaafde stad als Den Haag hiermee te maken hebben. Dat moeten we niet accepteren. We zijn verantwoordelijk voor het doorgeven van het leven en voor een ieders welbevinden. Met een project als SuNa ligt Den Haag in de voorlinie, maar er is meer nodig. Ik zet me dus ook het komende jaar weer in om de hulpverlening aan slachtoffers te verbeteren.'

Geschiedenis en de belangrijkste resultaten

Registratie suïcidaal gedrag in Den Haag, 1987 - 2010

Irene Burger

Vanaf 1952 registreert de GGD Den Haag het vóórkomen van suïcide in de stad Den Haag. Vanaf 1987 worden ook de gebeurtenissen van parasuïcide¹ in Den Haag met regelmaat bijgehouden. Onderstaand artikel gaat in op het belang van beide registraties, geeft de belangrijkste bevindingen uit de registraties weer en plaatst die vervolgens naast uitkomsten uit andere studies in binnen- en buitenland. Speciale aandacht is er voor het vóórkomen van suïcide en parasuïcide onder groepen van verschillende etnische herkomst² in Den Haag.

Twee artikelen

De uitkomsten uit de (para)suïcideregistratie staan in dit themanummer over twee artikelen gespreid. Onderhavig artikel beperkt zich tot de belangrijkste uitkomsten van de Haagse (para)suïcideregistratie en plaatst deze in een breder perspectief. Het hierna volgende artikel beschrijft de resultaten in detail en komt de geïnteresseerde lezer vanuit verschillend perspectief tegemoet. Aan de orde komen (geactualiseerde) uitkomsten van het *parasuïcide*-onderzoek onder Hagenaars in Den Haag³. Vervolgens komen de uitkomsten van het *suïcide*onderzoek in Den Haag aan bod, betreffende de perioden 1991-2000 en 2001-2010⁴ (vanwege het veel minder frequente vóórkomen van suïcide is voor (recente) tienjaarsperioden gekozen). Tot slot wordt in dit tweede artikel over de periodes 1987-1993; 2002-2004 en 2008-2010 - de jaren waarover zowel Haagse parasuïcide- als suïcidecijfers beschikbaar zijn - het vóórkomen van parasuïcide en suïcide bij Nederlanders, Surinamers, Turken en Marokkanen in Den Haag belicht.

Suïcidaal gedrag

Suïcidaal gedrag is breder dan suïcidesterfte alleen. Ook een aanslag op zichzelf die *niet* tot de dood heeft geleid

(mislukte suïcide) en zelfbeschadigend gedrag waarvan betrokkene *vooraf* vermoedt dat hij of zij er niet aan zal overlijden vallen onder suïcidaal gedrag. Men spreekt in de laatste twee situaties over *parasuïcide*. In dit themanummer worden - voor het eerst in het epidemiologisch bulletin - onderzoeksresultaten naar het vóórkomen van *parasuïcide* onder Hagenaars *tezamen* met uitkomsten van Haags *suïcide*onderzoek beschreven. Speciale aandacht is er voor het vóórkomen van suïcide en parasuïcide onder groepen van verschillende etnische herkomst in Den Haag.

Suïcide

Sinds 1952 houdt de GGD Den Haag aan de hand van verslagen van lijkschouwers de suïcidetrend in Den Haag nauwlettend in de gaten. Deze veranderde tussen 1952 en 1970 nauwelijks, steeg daarna licht en begin jaren tachtig was er vooral bij mannen van middelbare leeftijd sprake van een versterkte stijging (1). Deze geleidelijke toename in Den Haag werd in verband gebracht met veranderde leefverbanden, zoals kleinere gezinnen, toename van het aantal echtscheidingen, en secularisatie, niet met economische omstandigheden (1). Deze (kortstondige) stijging deed zich ook voor in de andere grootstedelijke gebieden, Amsterdam, Rotterdam

¹ In de hulpverleningspraktijk meestal tentamen suïcide genoemd (TS).

² De etnische groepen worden voor de leesbaarheid naar land van herkomst aangeduid, zoals Surinamers en Turken en niet volgens gemeentelijk beleid gebruik Nederlanders van Surinaamse afkomst en Nederlanders van Turkse afkomst.

³ Over de jaren 1987-1993; 2002-2004 en 2008-2009 zijn eerder uitkomsten uit de Haagse parasuïcideregistratie in dit bulletin gepubliceerd (7-10).

⁴ Over de periode 1987-2007 zijn in dit bulletin voor het laatst suïcidecijfers gepubliceerd uit onderhavig suïcideonderzoek (11).

Over de auteur:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn. E-mail: irene.burger@denhaag.nl.

en Utrecht, zie verderop het artikel van Gilissen e.a. (pagina 29 e.v.) in dit bulletin (2).

Parasuicide

Vanaf 1987 koos de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag ervoor ook het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuicide onder Hagenaars te monitoren. Hoewel de groep mensen die een parasuicide pleegt in het algemeen andere kenmerken kent en vele malen groter is dan de groep die suïcide pleegt, kan een suïcide bij een persoon volgen op één of meer parasuïcides eerder in zijn of haar leven. Prospectief is een gebeurtenis van parasuicide, bij een persoon de sterkste voorspeller van een mogelijke suïcide later in zijn of haar leven (3,4).

Retrospectief heeft ongeveer 30-50% van de groep die overleed na een suïcide, eerder in het leven één of meer keer een parasuicide gepleegd (4-6). Hoewel er grote verschillen zijn in karakteristieken van mensen die parasuicide plegen en mensen die zich door suïcide van het leven beroven, bestaan er ook belangrijke overeenkomsten in motieven en risicogedrag. Goede opvang en nazorg van mensen die een parasuicide hebben gepleegd kan de kwaliteit van hun leven verbeteren.

Goede opvang en nazorg kan mogelijk ook het aantal suïcides in Den Haag terugbrengen (secundaire preventie). Daarvoor is kennis nodig van het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuicide onder Hagenaars en van risicoprofielen van subgroepen van de Haagse bevolking voor parasuicide. Het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuicide kan worden beschouwd als een graadmeter voor de mate van geestelijke gezondheid van groepen mensen, in bijzonder wanneer deze verhoogd is (7). Het is een 'thermometer' die de afdeling Epidemiologie gebruikt in haar missie groepsgebonden geestelijke gezondheidsproblemen in kaart te brengen teneinde die terug te dringen en waar mogelijk te voorkómen. Wordt een verhoogd (para)suïdecijfer in een groep vastgesteld dan maakt dat nadere bestudering van eventuele specifieke risicofactoren binnen die groep noodzakelijk. In drie tijdvakken (1987 - 1993; 2002 - 2004 en 2008 - 2010) is de aard en omvang onderzocht van de groep mensen die na een parasuicide psychiatrische zorg kreeg en/of behandeld/gezien werd in een somatisch ziekenhuis in Den Haag.

De onderzoeksmethode verschilde tussen de perioden - vooral in participerende hulpverlenende instanties -, maar de relatieve uitkomsten tussen groepen in een tijdvak zijn goed vergelijkbaar gebleven.

Beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens

De Haagse (para)suïcide registratie betreft het vóórkomen van suïcide én parasuicide in Den Haag over een lange periode: 1987-2010. De GGD Den Haag is de enige GGD in Nederland die over zo'n lange periode gegevens van beide vormen van suïcidaal gedrag beschikbaar heeft. Suïdecijfers worden landelijk en in vele gemeenten gevolgd op basis van de doodsoorzakenstatistiek door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Ze zijn primair gebaseerd op verslaglegging van de gemeentelijke lijkschouwer (en justitie) die ieder geval van een (vermoeden van) suïcide beoordeelt. Los van enkele misclassificaties geven die een goed beeld van het vóórkomen van suïcide in de tijd (12). Lastiger ligt dit bij gebeurtenissen van parasuicide. Medische nazorg is daarbij niet altijd noodzakelijk en GGZ-hulpverleners worden niet in alle gevallen op de hoogte gesteld van het zelfbeschadigende gedrag van hun cliënt. In de onderhavige studie is dan ook zeker sprake van een onderrapportage omdat de parasuicide-registratie zich - in wisselende samenstelling - beperkte tot algemene ziekenhuizen, ambulancediensten en onderdelen van de GGZ, waardoor gevallen van zelfhulp en huisartsenhulp uitgesloten zijn. Ook is conform de gehanteerde definitie van parasuicide habitueel automutilerend gedrag niet meegenomen in het onderzoek. Vanwege deze redenen beperkt het onderzoek zich tot de wat zwaardere gevallen van parasuicide. Doordat de registratiemethodiek van gebeurtenissen van parasuicide gaande het onderzoek enigszins is aangepast gaat de aandacht vooral uit naar verschillen tussen groepen (in bijzonder naar geslacht, leeftijd en/of etniciteit) in een periode en minder naar trends in de tijd. Is het vanwege het hanteren van verschillende definities en onderzoeksmethoden binnen één gemeente al lastig het voorkomen van parasuicide in de tijd te vergelijken, bij nationale en internationale vergelijkingen van (para)suïdecijfers geldt dit des te meer (12 - 14).

Belang registratie

Sinds de jaren tachtig wordt suïcidaal gedrag wereldwijd onderkend als een serieus gezondheidsprobleem. Er wordt veel onderzoek naar gedaan en het raakt meer en meer uit de taboesfeer. Op nationaal niveau is die aandacht er ook steeds meer, zowel op het terrein van de epidemiologie en de preventie als dat van de nazorg. Zo is in 2006 en in 2011 in Nederland op basis van zelfrapportage een grootschalig landelijk onderzoek gedaan naar suïcidaliteit onder de bevolking (15, 16). In 2007 kwam er een beleidsadvies met het doel

suïcidaliteit onder de bevolking te verminderen (17). Sinds 2010 ligt er een kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit en sinds kort is er een Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van suïcidaal gedrag (18, 19). Deze richtlijn wordt verderop in dit themanummer uitgebreid beschreven (Bueno de Mesquita e.a. pagina 45 e.v.).

Belangrijkste resultaten

Onder jongvolwassenen is suïcide een belangrijke doodsoorzaak: één op de zes à zeven overlijdensgevallen van 15-35-jarigen in Den Haag is het gevolg van suïcide. Op die leeftijd is de kans te overlijden door suïcide het grootst. Dit aandeel is zo groot omdat de natuurlijke sterfttekans op die leeftijd klein is.

Haagse mannen lopen een bijna tweemaal zo groot risico op een suïcide als Haagse vrouwen.

Dat mannen - ongeacht hun leeftijd - meer suïcide plegen dan vrouwen is een bekend fenomeen.

In de WHO/EURO Multicentre Study vonden de onderzoekers in geen enkel Europees land hogere suïcidecijfers onder vrouwen (20).

Suïcide komt ook meer voor op hogere leeftijd, in Den Haag vooral bij mannen vanaf 35 jaar en bij vrouwen vanaf 45 jaar. Hogere suïcidecijfers op oudere leeftijd zijn in veel landen vastgesteld maar vormen zeker geen vast patroon (21). Suïcide beneden de 15 jaar is in Den Haag gelukkig bijzonder zeldzaam, één jongen beroofde zichzelf in 1987-2010 van het leven.

Niet uitgesloten kan worden dat vooral bij suïcide op jonge leeftijd sprake is van een misclassificatie (onderrapportage) wanneer de suïcide is beoordeeld als (verkeers)ongeluk, vanwege het ontbreken van suïcidale uitingen vooraf (bijvoorbeeld afscheidsbrief achtergelaten) (22).

Bij parasuïcide zien we in Den Haag een tegenovergestelde leeftijds- en geslachtsverdeling, een hogere incidentie bij de vrouwen en een hogere incidentie op jongere leeftijd tot circa 55 jaar. De groep met het hoogste risico voor parasuïcide wordt gevormd door de 15-24-jarige Haagse vrouwen. In veel Europese landen zijn deze jonge vrouwen eveneens een risicogroep voor parasuïcide (20).

Bij ruim 90% van de gebeurtenissen van parasuïcide in Den Haag (2008-2010) zijn medicijnen, andere vergiften en/of alcohol gebruikt. Deze 'zachte methode' is bij 30-40% vrouwen die in de periode 1991-2010 suïcide pleegden, fataal geweest. Mannen pleegden suïcide voornamelijk door verhangen/verstikking, een 'harde' methode (1991-2010: bijna 50%). Opvallend is

dat het percentage vrouwen dat deze 'harde' methode (verhangen/verstikking) in 2001-2010 verkoos, dit percentage van de mannen dicht naderde met 45%. In respectievelijk 11% en 10% van de gebeurtenissen van parasuïcide was sprake van snijden/steken of verhangen/verstikken/springen van hoogte/overrijden. Voor deze laatste groep is extra waakzaamheid geboden omdat bij hen, vergeleken met mensen die zichzelf vergiften, snijden of steken, het risico op suïcide later het grootst is, zo bleek uit grootschalig onderzoek in Engeland, in de jaren 2000-2010 (23). Zelfverwonding (snijden/steken) bij 10-18-jarigen verhoogt ook het risico op suïcide later in het leven, zo bleek uit dezelfde cohortstudie in Engeland (24). Surinamers en Turken in Den Haag (2008-2010) kozen minder vaak voor een 'harde methode'. Het drinken van schoonmaakmiddelen (zoals azijnzuur) is onder Surinaamse Hagenaars een relatief - vergeleken met andere bevolkingsgroepen - veel gekozen middel. Vergiftiging met azijnzuur of pesticiden onder Hindostanen is ook vastgesteld in Suriname (25) en India (26, 27).

In Den Haag zagen we alleen in 1987-1993 bij de mannen een significant verhoogd suïdecijfer bij 55-64-jarige Surinamers. Garssen stelde op basis van de landelijke CBS-cijfers over de periode 1996-2005 verhoogde suïdecijfers vast onder Surinaamse mannen (28).

Het landelijke suïciderisico nam bij Hindostaanse Surinaamse mannen toe met de leeftijd, dit in tegenstelling tot bij de Creoolse Surinamers die alleen op jongere leeftijd een verhoogd risico lieten zien. Hindostaanse Surinamers vormen een bevolkingsgroep die aandacht vraagt, zeker gezien verhoogde suïdecijfers in het land van herkomst, Suriname (27) en voorheen India (26).

Significant verhoogde parasuïcide-cijfers zagen we in Den Haag in alle onderzoeksperiodes bij Turkse 15-24-jarige vrouwen. Met uitzondering van de laatste onderzoeksperiode 2008-2010 was deze leeftijdsgroep in Den Haag ook risicovol onder Surinaamse vrouwen. Turkse en Surinaamse vrouwen zijn - weliswaar minder consistent - ook op oudere leeftijd een risicogroep voor parasuïcide. Haagse Turkse en Surinaamse vrouwen blijken echter geen verhoogde risicogroep voor herhaalde parasuïcide of suïcide. Ook leidt parasuïcide onder Turkse en Surinaamse vrouwen minder vaak tot een opname in een somatisch ziekenhuis. Hetgeen duidt op een mogelijk minder ernstig letsel.

Van Bergen vond bij secundaire analyse van zelfgerapporteerde gezondheidsdata in Rotterdam (2003-2006) en Utrecht (1996-2001) eveneens

significant verhoogde parasuicide-cijfers onder Turkse meisjes (29). Datzelfde vond ze bij Hindostaanse meisjes in Rotterdam. En in Londen waar veel 'South Asians' wonen blijken Hindostaanse meisjes en jonge vrouwen ook risicogroep voor parasuicide (30). Hetzelfde geldt voor Turkse adolescenten jonger dan 18 jaar in Duitsland (1980-1997) en Turkse meisjes en jonge vrouwen jonger dan 25 jaar in Basel (1991-1997) (31, 32). Betrouwbare parasuicidecijfers in Turkije waren lange tijd nauwelijks voorhanden. In Turkije wezen signalen wel op een stijgend voorkomen van parasuicide onder (jonge) vrouwen tussen 1999-2001 (33). Recent onderzoek uitgevoerd in 2007-2009 in Hatay in Turkije wees inderdaad uit dat 15-24-jarige Turkse vrouwen ook daar de grootste risicogroep vormen voor parasuicide (34). In Suriname worden überhaupt hoge parasuicide-cijfers gemeten, ongeacht leeftijd en geslacht (35).

De verhoogde Haagse parasuicide-cijfers bij (jonge) Turkse en Surinaamse vrouwen hebben geen relatie met sociaal-economische factoren, noch met psychiatrische ziekten. Ze worden in verband gebracht met psychosociale problematiek die voortvloeit uit het leven tussen culturen, zoals een beperkte autonomie als vrouw; identiteitscrisis; gemis aan verbondenheid en gebondenheid binnen het gezin; miscommunicatie tussen generaties; gebrek aan affectie, het ontbreken van sociale support (van peers); disharmonie in nauwe familieverbanden (36, 37) (29) (38). Vooral dochters van migrantenouders zouden hier veel last van ondervinden (39).

Rijst uiteraard de vraag waarom er geen verhoogde parasuicide-cijfers zijn gevonden onder Marokkaanse jonge vrouwen in Den Haag (en Rotterdam en Utrecht (29)). Mogelijk kunnen deze jonge vrouwen zich in tegenstelling tot de Hindostaanse en Turkse gemeenschap in Nederland, meer vrijheden veroorloven, waardoor ze zich geëmancipeerder kunnen opstellen en bijvoorbeeld de opleiding van hun keuze volgen en zelf hun vrienden uitzoeken. Dit zou volgens Entzinger kunnen wijzen op een culturele verklaring, dus intrinsiek aan één bepaalde cultuur of religie en niet zozeer alleen voortvloeiend uit een botsing tussen culturen (40). Wellicht gaan Marokkanen anders om met levensvragen dan Hindostanen en ook anders dan Turken. De moslimwereld zelf is ook zeer divers naar regio en godsdienstbeleving (taboe op suicide) (41). Een 'cultuur' zelf biedt ook coping-strategieën aan individuen. Suicideonderzoek en suicidepreventie kan

niet los worden gezien van de sociale en culturele 'inbedding' van het individu (42).

Interventies

De Haagse registratie van suicide en parasuicide heeft vooral door de (lange) registratieduur zijn vruchten afgeworpen. Reeds in de jaren negentig leidden de zorgwekkend hoge parasuicide-cijfers onder Turkse en Surinaamse meisjes en jonge vrouwen tot initiatieven in Den Haag om een betere preventie en begeleiding van psychosociale problemen bij jonge allochtone vrouwen te bewerkstelligen. In 2000 is het project 'Aan de Grenzen' gestart. In nauwe samenwerking met het onderwijs, de hulpverlening en allochtone jongeren zijn activiteiten ontwikkeld, gericht op het versterken van de identiteitsontwikkeling van allochtone vrouwen en het verbeteren van hun positie (43, 44).

In 2003 kwam er een Kenniscentrum Suicide en Zelfbeschadiging bij de GGD Den Haag. In 2005 volgde het 'SuNa'-casemanagement dat zich richt op een betere nazorg voor jongeren en jongvolwassenen na een suicidepoging (45).

Verderop in dit epidemiologisch bulletin (pagina 36 e.v.) wordt - geïllustreerd met casusbeschrijvingen - verslag gedaan van de werkwijze en de case- en workload van het SuNa-casemanagement (46).

Samen met de ziekenhuizen, de crisisdienst en de ambulancediensten zet de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag de registratie voort om deze graadmeter voor psychosociale problematiek in de bevolking te behouden.

Beperking van de registratie

Onderhavig registratieonderzoek naar risicogroepen, -factoren en -situaties van suïcidaal gedrag maakt gebruik van de medische verslaglegging van SEH-afdelingen van ziekenhuizen, de crisisdienst en forensisch artsen. Voor het monitoren van suïcidaal gedrag bij groepen in de tijd is die informatie adequaat en van groot belang om kwetsbare (etnische) groepen in een gemeenschap op het spoor te komen. Voor het doorgronden van het fenomeen suïcidaal gedrag zelf is die informatie echter onvoldoende. Daarvoor is meer inzicht nodig in de unieke situatie - herleid naar tijd, plaats en persoon - die heeft geleid tot het suïcidale gedrag. Waarom verlangt de één naar de dood en doet de ander dat in eenzelfde 'uitzichtloze' en 'depressieve' situatie of conditie niet? Behalve wellicht bij ernstig psychiatrische patiënten is voor iemand anders de intrinsieke intentie van een suicidepleger nauwelijks te begrijpen, laat staan te voorspellen.

Bij parasuïcidaal gedrag kan de betrokkene mogelijk achteraf inzicht geven. Bij fataal suïcidaal gedrag is de onderzoeker aangewezen op een heteroanamnese (psychosociale autopsie) met alle beperkingen die daarmee zijn verbonden.

De mogelijk beïnvloedende variabelen bij suïcidaal gedrag beperkten zich in het registratieonderzoek voornamelijk tot sociaal-demografische kenmerken als geslacht, leeftijd, etniciteit en woonlocatie.

Deze reeks kenmerken kan bijvoorbeeld in een ambitieuzere onderzoeksopzet (cross sectioneel onderzoek, een cohortonderzoek in de algemene populatie of een case-control studie in een vooraf afgegrensde populatie) zinvol worden uitgebreid met biochemische, familiale, sociale, psychologische, medische en/of psychiatrische kenmerken al naar gelang de beschikbaarheid van de gegevens en de gekozen onderzoeksopzet. In dat licht doet de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag momenteel binnen de academische werkplaatsen onderzoek naar de (combinatie van) risicofactoren, -situaties en -omstandigheden die een rol speelden bij inwoners van de vier grote steden in Nederland, die de afgelopen tien jaar suïcide pleegden. Behalve de 'vaste' kenmerken die ook in de Haagse registratie in kaart zijn gebracht, zullen andere variabele persoonskenmerken (burgerlijke staat/samenlevingsvorm/huishoudensvorm; opleidingsniveau; beroepsgroep; inkomen; deeltijdfactor; loondienst/zelfstandig; ontslag/failliet; uitkering; verhuizingen) worden meegenomen en vooral de recente veranderingen daarin.

Vanwege het grote aantal variabelen en de omvang van de onderzoekspopulatie is dit een ambitieus project. Suïcide is in (internationaal) onderzoek veelvuldig in verband gebracht met werkloosheid, inkomen, opleiding, alcoholgebruik, geloof, echtscheiding en last but not least recidief suïcidaal gedrag. De uitkomsten waren niet eenduidig doordat de landen dikwijls verschillende verbanden lieten zien (47). Dit maakt de grootschalige suïcidedstudie in de vier grote steden (waaronder Den Haag) in Nederland extra interessant.

Ten slotte richt het registratieonderzoek zich op kwantitatief verzamelde data. Meer en meer gaan er stemmen op (para)suïcideonderzoek (ook) volgens een kwalitatieve dataverzameling en analyse te laten plaatsvinden. Dit omdat niet alle vragen rond suïcidaal gedrag kunnen worden beantwoord met kwantitatief onderzoek (48).

Dankbetuiging

Vele collega's hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de Haagse (para)suïcideregistratie, het commentariëren van de onderzoeksuitkomsten en het schrijven van artikelen. Zonder hun bijdragen waren de artikelen in dit themanummer niet tot stand gekomen. Wij zijn de in de registratie participerende Haagse instanties (spoedeisende hulp en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, 24-uurs psychiatrische dienst, ambulancediensten) zeer erkentelijk voor de intensieve inzet bij de gegevensaanlevering. Dit geldt ook voor de forensische afdeling van de GGD Den Haag en collega-onderzoekers van de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag.

Bij naam noemen wij in alfabetische volgorde: mw. drs. C.A. Bindraban, onderzoeksmedewerker afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, dienst OCW; mw. A. Bos, unithoofd van de SEH-afdeling van het Hagaziekenhuis, locatie Leyenburg, Den Haag; drs. T. Eckhardt, arts, medisch directie adviseur GGD Den Haag, dienst OCW, voorheen, medisch manager Ambulancediensten Haaglanden Den Haag; prof. dr. A.M. van Hemert, psychiater, afdelingshoofd en hoogleraar Psychiatrie Leids Universitair Medisch Centrum; mw. drs. C. van der Linden, klinisch epidemioloog en SEH-verpleegkundige Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde; dhr. S. Post, unit-hoofd SEH-afdeling Hagaziekenhuis locatie Sportlaan; prof. dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, tevens werkzaam geweest bij de afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, dienst OCW; ir. H.W.A. Struben, epidemioloog, hoofd afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, dienst OCW †; mw. J.M. Vroom-Jongerden, voorheen onderzoeksmedewerker, afdeling Epidemiologie GGD Den Haag, dienst OCW; mw. M. van Yperen, praktijkopleider specialistische afdeling (SEH) Bronovo ziekenhuis.

Referenties:

1. Peerbolte D Suïciderfte in Den Haag, 1952 - 1987. GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie. Gemeente Den Haag, 1991.
2. Gilissen R, Burger I. Suïcide in de vier grote steden 1969-2010: omvang en trends. *Epidemiologisch Bulletin* 2013; 48 nr 1/2: 29-34.
3. Suominen K, Isometsa E, Suckas J e.a. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 562-3.
4. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services* 2001; 52: 368-75
5. Hawton K, Arensman E, Wasserman D e.a. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 191-4.
6. Comtois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Service* 2002; 53: 1138-44.
7. Schudel WJ, Struben HWA. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 1997; 32 nr 3: 18-25.
8. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiologisch Bulletin* 1998; 33 nr 4: 7-13.
9. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA, Schudel WJ. Parasuïcides in Den Haag, meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiologisch Bulletin* 2005; 40 nr 4: 2-8.
10. Burger I, Linden C van der, Bos A e.a. Vóórkomsten van parasuïcides in Den Haag. Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009. *Epidemiologisch Bulletin* 2010; 45 nr 4: 1-11.
11. Burger I en Schudel WJ. Suïcides in Den Haag, 1987-2007. *Epidemiologisch Bulletin* 2008; 43 nr 1: 2-9.
12. Garssen J, Hoogenboezem J. Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht. *Bevolkingstrends* 2007; 73-83.
13. Rockett IRH, Kapusta ND, Bhandan R. Suicide Misclassification in an International Context: Revisitation and Update. *Suicidology On Line* 2011; 2: 48-61.
14. Leo de D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of Suïcidal Behavior. *Crisis* 2006; 27 nr. 1: 4-15.
15. Have M ten, Graaf de R, Dorsselaar S van e.a. Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' NEMESIS. Trimbos-instituut. Utrecht, 2006.
16. Have M ten, Dorsselaar S, Tuithof M, Graaf de R. Nieuwe gegevens over suïcidaliteit in de bevolking: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' NEMESIS. Trimbos-instituut. Utrecht, 2011.
17. Bool M, Blekman J, Jong S de e.a. Vermindering van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Trimbos-Instituut, Utrecht 2007.
18. Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit. Aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Trimbos-instituut, Utrecht 2010.
19. Hemert AM van, Kerkhof AJFM, Keijsers J de e.a. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. NVvP /NIP/Trimbos-instituut. Utrecht
20. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Leo D de e.a. Suïcidal Behaviour in Europe: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suïcidal Behaviour. Hogrefe & Huber Publishers, Göttingen, Germany, 2004.
21. Shah A. The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *Int Psychogeriatr* 2007; 19 nr 6: 1141-52.
22. Hawton K, Sanders KEA, O'Conner RC. Suicide I. Self harm and suicide in adolescents. www.thelancet.com 2012; 379 nr 23: 2373-82.
23. Bergen H, Hawton K, Waters K, e.a. How do methods of non-fatal self harm relate to eventual suicide? *J Affective Disorders* 2012; 136: 526-533.
24. Hawton K, Bergen H, Kapur N e.a. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 1469.
25. Vries de RRP, Sitalsing AD, Schipperheyn JJ e.a. Klinische aspecten van azijnzuurintoxicatie. *Ned T Geneeskunde* 1977; 121 nr 21: 862-6.
26. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L e.a. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. www.thelancet.com 2012; 379 nr 23: 2343-51.
27. Spijker BAJ van, Graafsma T, Dullaart HIA e.a. Impulsive but Fatal Self-Poisoning with Pesticides Among South Asians in Nickerie, Suriname: an Exploratory Autopsy Study. *Crisis* 2009; 30 nr 2: 102-5.
28. Garssen MJ, Hoogenboezem J, Kerkhof AJFM. Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers naar etniciteit. *Tijd voor Psychiatrie* 2007; 49 nr 6: 373-381.
29. Bergen D van. Suïcidal Behavior of Young Migrant Women in The Netherlands: a Comparative Study of Minority and Majority Women. Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam, 2009.
30. Bhugra D. Suïcidal Behavior in South Asians in the UK. *Crisis* 2002; 23 nr 3: 108-113.
31. Razum O, Zeeb H. Suïcidsterblichkeit unter Türkinnen en Türken in Deutschland. *Der Nevenarzt* 2004; 11: 1092-8.
32. Yilmaz AT, Riecher-Rössler A. Attempted Suicide in Immigrants from Turkey: a Comparison with Swiss Suicide Attempters. *Psychopathology* 2012; juli 31.

33. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry* 2003; 48 nr 5: 324-329.
34. Turhan E, Inandi T, Aslan M e.a. Epidemiology of Attempted Suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences* 2011; 16 nr 4: 347-52.
35. Graafsma T, Kerkhof AJFM, Gibson D e.a. High Rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. *Crisis* 2006; 27 nr 2: 77-81.
36. Salverda E. Laat me los, hou me vast: verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, maart 2004.
37. Salverda E. Wel en wee: Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, april 2010.
38. Ozdel O, Varma G, Atesci FC e.a. Characteristics of Suicidal Behavior in a Turkish Sample. *Crisis* 2009; 30 nr 2: 90-3.
39. Leeuwen N van, Rodgers R, Régner I e.a. *Transcultural Psychiatry* 2010; 47: 812-32.
40. Entzinger HB, Mackenbach JP. Verborgene verklaringen voor etnische verschillen in suïcidaal gedrag. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150 nr 39: 2131-2.
41. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 77-97.
42. Colucci E, Lester D (editors) and Hjelmeland H, Ben Park B.C. *Suicide and Culture: understanding the Context*. Hogrefe Publishing . U.S.A Cambridge 2013.
43. Krikke H, Nijhuis HGJ, Wesenbeek R. Aan de Grenzen. Suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Bureau Public Health, reeks maatschappelijke gezondheidszorg Den Haag, nr 1, september 2000.
44. Van Wieringen & Thomas. 'Grensverleggend?' Voorkomen van (para)suïcidaal gedrag en psychosociale problemen bij allochtone jongeren door het versterken van hun identiteitsvorming. Evaluatie van het project 'Aan de grenzen'. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. Gemeente Den Haag, november 2006.
45. Burger I, Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag. Recente ontwikkelingen in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 2007; 42 nr 3: 25-8.
46. Burger I. 'SuNa-casemanagement Den Haag' werkt outreachend voor 12-27-jarigen met suïcidaal gedrag: Verslaglegging over de periode juni 2011 t/m oktober 2012 met casusverslagen. *Epidemiologisch Bulletin* 2013; 48 nr 1/2: 35-42.
47. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 204-10.
48. Hjelmeland H, Knizek BI. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2010; 40, 1: 74-80.

Resultaten registratie suïcidaal gedrag

Irene Burger

In drie gedeelten wordt hieronder nader ingegaan op de uitkomsten van de (para)suïcideregistratie, - drie perioden voor parasuïcide en vanwege de kleinere aantallen, twee langere perioden voor suïcide. Hoe hangt parasuïcide respectievelijk suïcide samen met factoren als geslacht, leeftijd, sociaal-economische status en etniciteit? Welke methoden gebruikten de mensen en wat was de aanleiding? Het laatste stuk belicht suïcidaal gedrag en de verschillen naar etniciteit in Den Haag. In het bijzonder de verschillen tussen Nederlanders aan de ene kant en Surinamers, Turken en Marokkanen aan de andere.

Uitkomsten 1987 - 1993, 2002 - 2004, 2008 - 2010 vergeleken en geactualiseerd Haagse parasuïcide-registratie, 1987 - 2010

Opzet parasuïcide-registratie en de veranderingen daarin

In de periode 1987 - 1993 participeerden in de parasuïcide-registratie vrijwel alle Haagse ambulante en klinische instellingen die nazorg verleenden aan parasuïcide-patiënten¹. De GGD Den Haag kreeg over die jaren bijna 7.000 meldingen van parasuïcide binnen, die betrekking hadden op circa 4.450 gebeurtenissen van parasuïcide gepleegd door ruim 3.300 individuen, waaronder bijna 6% niet-Hagenaars (1). Dikwijls werd dus eenzelfde incident door meer dan één instantie gemeld. Dit maakte de kans op onderrapportage klein, maar het project bleek te omvangrijk met een te ingewikkelde infrastructuur om dit nog langer in stand te houden. In de periode 2002 - 2004 is gekozen voor een minder prestigieuze opzet door alleen gebruik te maken van registratie van de acute psychiatrische dienst (Crisisdienst) en registratie van psychiaters werkzaam op opname-afdelingen van de Haagse somatische ziekenhuizen (2). In theorie zou dit een volledige registratie moeten opleveren van unieke gebeurtenissen van parasuïcide (zonder dubbele meldingen). Immers, (spoed)verwijzingen vanwege suïcidaliteit, naar GGZ-instellingen verlopen via de Crisisdienst. En bij opname in een somatisch ziekenhuis krijgt een suïcidale patiënt een consult van de psychiater van het

ziekenhuis. Komt iemand die parasuïcide heeft gepleegd uitsluitend op de spoedeisende hulp (SEH)-afdeling van een somatisch ziekenhuis dan vindt - volgens protocol - eveneens een consult plaats van de Crisisdienst. In de praktijk echter wachten patiënten in laatstgenoemde situatie niet altijd de komst van de Crisisdienst af, of wordt de Crisisdienst in weinig urgente situaties of bij bekende patiënten niet opgeroepen. Daarmee kunnen gebeurtenissen van parasuïcide worden gemist. In de periode 2008 - 2010 is voor een tussenvorm gekozen (3). Enerzijds moest de registratie niet te kwetsbaar worden en anderzijds niet onnodig veel instanties laten registreren. Vanaf 2008 participeren de Crisisdienst, alle SEH-afdelingen van Haagse somatische ziekenhuizen en de ambulancediensten. In de laatste twee periodes beperkte de registratie zich tot Hagenaars die zich melden bij de deelnemende instanties. In alle onderzoeksperiodes vulden medewerkers van de participerende instanties of een registratieformulier in dat speciaal voor de parasuïcide registratie was ontworpen, of konden de gegevens uit de reguliere registratie worden aan-geleverd. Vanuit de afdeling Epidemiologie van de GGD was er intensief contact met de deelnemende instanties, in de periode 2008 - 2010 is ook tussentijds feedback gegeven op de resultaten.

¹ Spoedeisende Hulpafdelingen en PAAZ-afdelingen van drie van de vier somatische ziekenhuizen, twee van de drie psychiatrische ziekenhuizen, acute psychiatrische dienst (huidige Crisisdienst) ambulancediensten, RIAGG's en Crisiscentrum.

Over de auteur:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn.
E-mail: irene.burger@denhaag.nl.

Definities

De volgende definitie is gebruikt voor een gebeurtenis van parasuicide: 'Een daad zonder dodelijke afloop, waarbij een individu uit eigen vrije wil niet-habitueel gedrag vertoont dat zonder interventie van derden inwendige of uitwendige schade aan diens lichaam toebrengt en dat bedoeld is om door de betrokkene gewenste veranderingen te bewerkstelligen door middel van actuele of te verwachten lichamelijke gevolgen (4). Habituele automutilatie valt buiten deze definitie. Dubbele meldingen en herhaalde parasuicides (recidives) zijn opgemerkt op basis van gegevens over het geslacht, de geboortedatum, letters van de achternaam (vrouwen: meisjesnaam) en de etnisch-culturele herkomst. Recidives die zich zeer kort achtereenvolgend voordeden zijn als één gebeurtenis van parasuicide geregistreerd (tussen de onderzoeksperiodes variërend tussen de 3 en 7 dagen). De presentatie van de resultaten vindt behalve in absolute aantallen of procentuele verhoudingen ook plaats in aan bevolkingsomvang gerelateerde cijfers (per 100.000 personen per jaar²).

Parasuicide-cijfers 1987-1993, 2002-2004 en 2008-2010

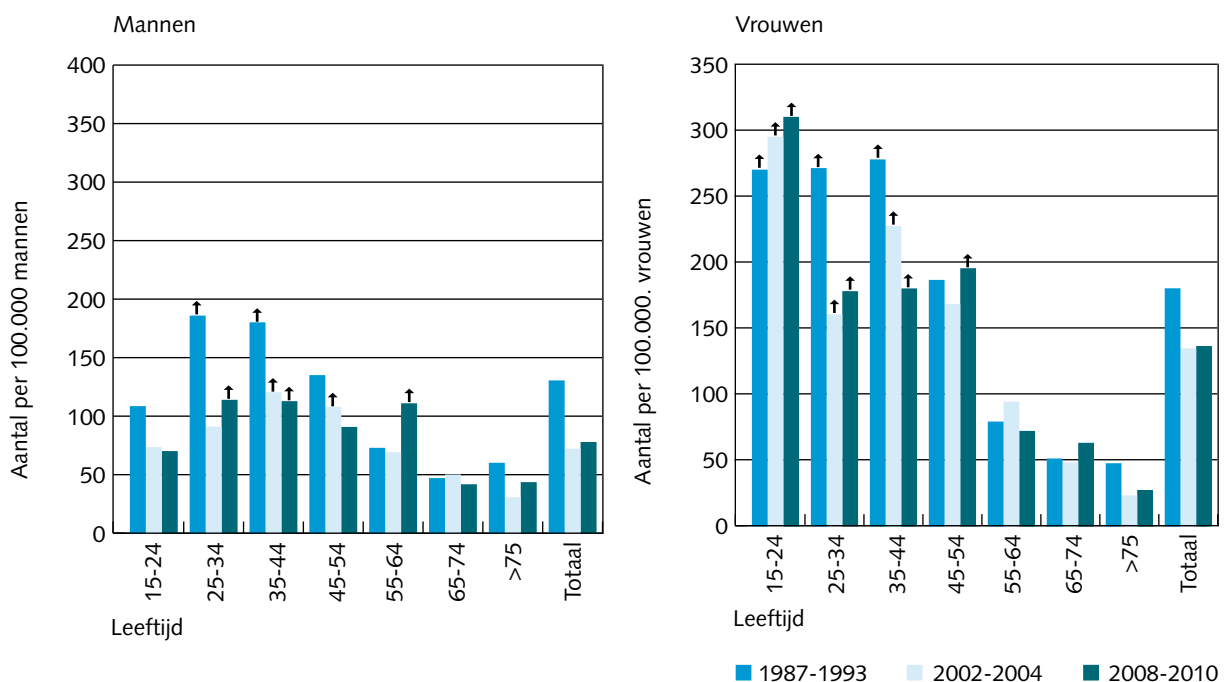
Leeftijd en geslacht

Tussen de onderzoeksperiodes 1987-1993, 2002-2004 en 2008-2010 verschilde de opzet van het parasuicide-onderzoek dus enigszins. Dat kan invloed hebben gehad op de incidentie in een periode. Zo is het mogelijk dat de hogere incidentiecijfers onder 25-44-jarigen in 1987-1993 (zie figuur 1) hun oorzaak vinden in de deelname van de Riagg in 1987-1993. Echter het verschil in incidentie tussen bevolkingsgroepen, bijvoorbeeld mannen en vrouwen en diverse leeftijdsgroepen binnen een periode is wel betekenisvol. In figuur 1 zijn de aantallen gebeurtenissen van parasuicide per 100.000 inwoners van 15 jaar e.o. per jaar naar leeftijd en geslacht weergegeven voor alle drie de periodes. In alle drie de periodes is tot het 55ste levensjaar de incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij vrouwen hoger dan bij mannen (figuur 1).

Figuur 1.

Voor mannen (links) en vrouwen (rechts) de incidentie van gebeurtenissen van parasuicide (per 100.000 inwoners 15 jaar e.o. per jaar) naar leeftijdsklasse. Den Haag 1987-1993, 2002-2004 en 2008-2010.

† = significant verhoogd t.o.v. de totale groep mannen respectievelijk vrouwen in de desbetreffende periode ($p < .05$) (6).



² De bevolkingsaantallen in de desbetreffende jaren zijn gebaseerd op de standstatistieken van de Gemeentelijke Basis Administratie van Den Haag.

Tabel 1.

Aantal parasuïcides (gebeurtenissen) naar etniciteit en leeftijd voor mannen en vrouwen.
Den Haag 2008-2010.

Leeftijd in jaren	Ned.		Sur.		Ant.		Tur.		Mar.		Ov.		Onb.		Tot.	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
10-14	0	5	0	1	1	0	0	5	0	0	0	0	0	1	1	12
15-19	12	59	5	19	0	1	1	22	1	2	7	18	1	2	27	123
20-24	18	55	4	18	1	6	5	25	1	21	5	29	0	2	34	156
25-34	57	93	27	28	4	2	10	25	8	17	22	41	2	2	130	208
35-44	85	85	14	38	1	3	6	27	5	4	26	47	1	0	138	204
45-54	68	127	12	24	3	3	1	8	1	2	5	20	0	1	90	185
55-64	74	33	8	11	0	0	1	1	1	1	2	9	1	1	87	56
65-74	18	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	18	31
>= 75	10	16	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	14	17
Onb.	1										1	1				
Totaal	343	499	70	139	10	15	24	113	17	47	72	171	5	9	541	993

Het relatieve risico (RR³) op een gebeurtenis van parasuïcide (vrouw:man) is voor alle leeftijden samen in 1987-1993, 2002-2004 en 2008-2010 respectievelijk 1,38, 1,89 en 1,78. Vrouwen lopen bijna anderhalf tot twee keer zo groot risico op een gebeurtenis van parasuïcide en dat verschil is in de laatste twee onderzoeksperiodes duidelijk toegenomen.

Een significant verhoogde incidentie van een gebeurtenis van parasuïcide bij mannen zien we in 1987-1993 in de leeftijdsgroep 25-44 jaar (figuur 1). In 2002-2004 was dit het geval bij de 35-54-jarige mannen en in 2008-2010 bij de 25-44-jarige en 55-64-jarige mannen. Onder mannelijke 65-plussers zien we in alle onderzoeksperiodes een verlaagde incidentie.

Bij de vrouwen is het beeld zeer consistent. In alle drie de weergegeven leeftijdsgroepen van 15-44-jarige vrouwen is - in vergelijking tot de incidentie van alle vrouwen in dezelfde periode - de parasuïcide-incidentie significant verhoogd. In de laatste onderzoeksperiode 2008-2010 is er ook sprake van een significant verhoogde incidentie in de iets oudere groep van 45-54-jarigen. Onder 55-plussers is de incidentie gedurende alle onderzoeksperiodes significant verlaagd.

In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op de karakteristieken van de gebeurtenissen van

parasuïcide die zich hebben voorgedaan in de meest recente periode 2008-2010⁴.

Geactualiseerde parasuïcide-cijfers 2008-2010

Leeftijd en geslacht

In 2008-2010 zijn 2.077 meldingen gedaan over Hagenaars die na een gebeurtenis van parasuïcide een SEH-afdeling van een algemeen ziekenhuis hebben geconsulteerd (waarna soms opname volgde) en/of gezien zijn door de Crisisdienst. Dit betrof 1.534 gebeurtenissen van parasuïcide bij 1.203 personen. In tabel 1 staan de absolute aantallen gebeurtenissen van parasuïcide naar geslacht, leeftijd en etniciteit.

Etniciteit

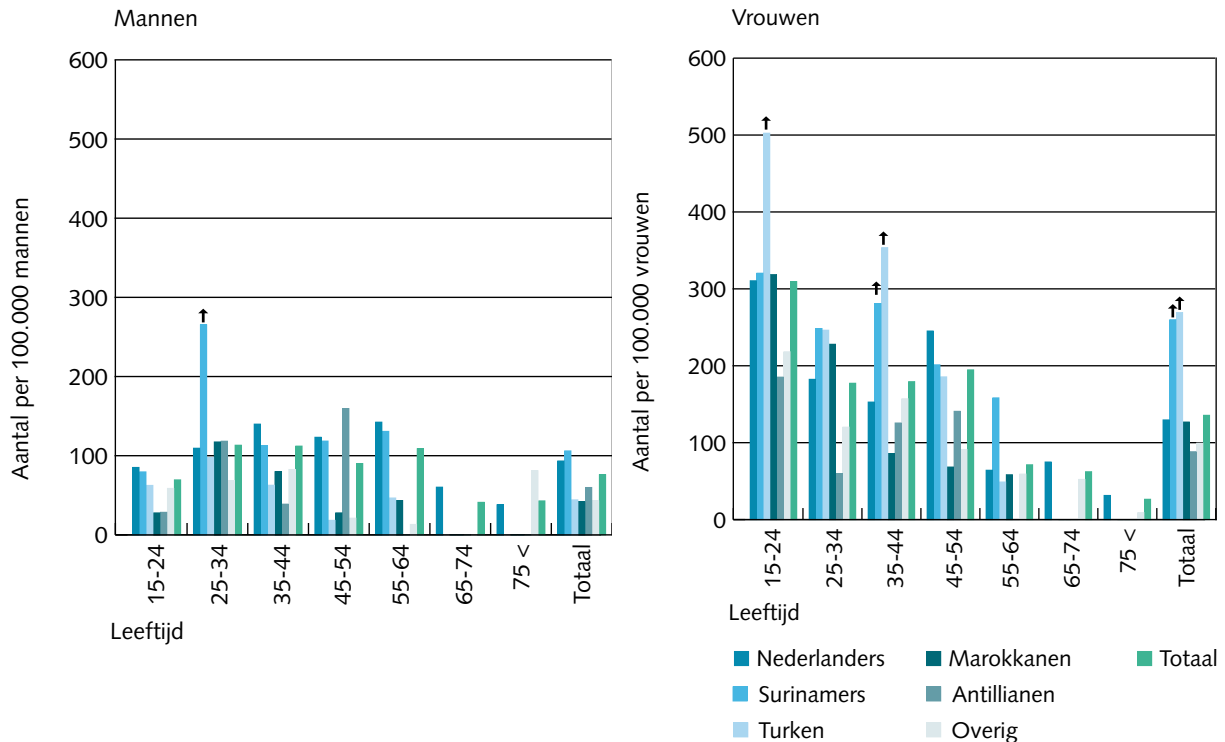
Van de 1.534 gebeurtenissen van parasuïcide die zich voordeden in de periode 2008-2010, ging het in 842 gevallen om Nederlanders en in 678 gevallen om niet-Nederlanders (in 14 gevallen was de etniciteit onbekend = 0,9%) (zie tabel 1). In laatstgenoemde groep betrof het in 209 gevallen Surinamers, 137 gevallen Turken, 64 gevallen Marokkanen, 25 gevallen Antillianen en 243 gebeurtenissen van parasuïcide behoorde tot de groep 'Overigen' (66 uit geïndustrialiseerde landen, 144 uit niet-geïndustrialiseerde landen en 33 uit Zuid-Europa). Twaalf meisjes en één jongen waren nog geen vijftien jaar, waaronder vijf Nederlanders en vijf Turken.

³ Het relatieve risico (RR) is een verhouding (quotient) tussen twee (absolute) risico's. Het absolute risico is het aantal keren dat parasuïcide zich voordoet in een groep gedeeld door de totale omvang van die groep.

⁴ Over voorgaande periodes is eerder uitgebreid gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin (1-3)(5).

Figuur 2.

Aantal gebeurtenissen van parasuicide per 100.000 mannen (links) en vrouwen (rechts) per jaar (15 jaar e.o.) naar leeftijd en naar etniciteit. Den Haag 2008-2010. ↑ = significant verhoogd t.o.v. de Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten ($p < .05$) (6).



Figuur 2 geeft voor mannen en vrouwen naar leeftijd de incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij verschillende etnische groepen.

Vergeleken met hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten (= referentiegroep) zien we bij de mannen een significant verhoogde incidentie bij 25-34-jarige Surinamers (265 per 100.000 per jaar versus 109 per 100.000 per jaar). Bij de vrouwen zien we een significant verhoogde incidentie bij de 15-24-jarige Turkse vrouwen (502 per 100.000 per jaar versus 310 per 100.000 per jaar), de 35-44-jarige Turkse vrouwen (354 per 100.000 per jaar versus 153 per 100.000 per jaar) en de 35-44-jarige Surinaamse vrouwen (281 per 100.000 per jaar versus 153 per 100.000 per jaar). De incidentie is gebaseerd op gebeurtenissen van parasuicide. Een verhoogde incidentie van gebeurtenissen van parasuicide in het bijzonder in een relatief kleine groep kan veroorzaakt zijn door veelvuldig recidief gedrag.

Bij de 25-34-jarige Surinaamse mannen tellen we 27 parasuicides (zie tabel 1) gepleegd door 18 Surinamers. Veelvuldige recidieven bij een

enkeling zijn verantwoordelijk geweest voor de verhoging. Duidelijk anders ligt dit bij 15-24-jarige Turkse vrouwen (47 gebeurtenissen door 45 personen) en de 35-44-jarige Turkse vrouwen (27 gebeurtenissen door 26 personen). De 35-44-jarige Surinaamse vrouwen nemen een tussenpositie in (38 gebeurtenissen en 33 personen).

Metode van parasuicide

In tegenstelling tot bij een suïcide kiest men bij een suïcidepoging vooral voor een 'zachte methode'. Gebruik van medicijnen en vergiften al dan niet gecombineerd met alcohol, komt verreweg het meeste voor: in 93 % van de gebeurtenissen (tabel 2). In 11 % van de gevallen verwondde de persoon zichzelf met een scherp voorwerp, Surinamers kozen hier het minst vaak voor (7 %). In 10 % van de gebeurtenissen van parasuicide overleefde betrokkene een 'harde methode' als verhangen, verstikken, sprong van hoogte en zich laten overrijden. Alleen bij Surinamers en Turken lag het percentage lager dat voor een 'harde' methode koos: respectievelijk 7 % en 5 %. Bij 33 van de gebeurtenissen (2 %) was sprake van inname van schoonmaakmiddelen (aceton, allesreiniger, bleek-

Tabel 2.

Gekozen methode (combinaties mogelijk) van parasuicides (gebeurtenissen). Den Haag 2008 - 2010.⁵

Methoden	Aantal (N=1.534)	Percentage
Medicijnen	1.117	73
Medicijnen, onbekend wel/niet voorgeschreven	439	40
Voorgeschreven medicijnen	462	41
Niet voorgeschreven medicijnen	216	19
Alcohol, expliciet genoemd	121	8
Andere vergiften, waarschijnlijk in veel gevallen alcohol	191	12
Snijden/steken	164	11
Verhangen/verstikken	72	5
Overrijden	46	3
Springen van hoogte	33	2
Anders	39	3
Drugs	17	1
Verdrinken	12	1
Onbekend	54	4

middel, schoonmaakazijn, wasverzachter, ontvetter of spiritus). In 13 gevallen was dit een Surinamer (5 keer azijnzuur), in 10 gevallen een Nederlander, in 4 gevallen een Marokkaan (1 keer azijnzuur), 2 keer een Antilliaan, 1 keer een Turk en 3 keer etniciteit 'Overig'. Hoewel inname van schoonmaakmiddelen valt onder de 'zachte' methode kan deze inname zeer ernstig inwendig letsel veroorzaken.

Dat geldt bijvoorbeeld bij chloor en azijn(zuur) essence. Van dit laatste middel is bekend dat

Surinamers dit middel relatief vaak kiezen (7).

Aanleiding

Op de SEH-afdeling van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH), locatie Westeinde is in de jaren 2008-2010 inzage verkregen in de aanleiding van de parasuicide (Bij 402 van de 449 consultaties op het MCH was deze bekend: 89,5 %). Psychosociale problemen binnen de relatie en/of de familie bleken bij een derde van de gevallen de aanleiding (tabel 3).

Tabel 3.

Aanleiding van de gebeurtenis van parasuicide. Den Haag, patiënten van het Medisch Centrum Haaglanden 2008 - 2010.

Aanleiding	Aantal	Percentage
Psychosociale problemen (binnen relatie/familie)	152	33,9
Psychiatrische problematiek (o.a. borderline, verslaafd, in behandeling GGZ)	100	22,3
'Depressief' (somber, doodswens, recidive parasuicide)	78	17,4
Traumatische ervaring (verlies, rouw, mishandeling, Post Traumatisch Stress Syndroom)	29	6,5
Impulsieve parasuicide (geen doodswens)	13	2,9
Lichamelijk ziek (terminaal, ernstig lichamelijk lijden)	9	2,0
Seksueel misbruik	9	2,0
Minderwaardigheidsgevoelens	4	0,9
Verblijfsproblemen in Nederland (o.a. dreiging tot uitzetting)	4	0,9
Identiteitsproblemen (homoseksualiteit)	3	0,7
Onbekend	47	10,5
Totaal	449	100,0

⁵ Omdat soms meer dan één methode is gekozen, tellen de aantallen op tot meer dan 1.534 en de percentages tot meer dan 100%.

Nederlanders noemden dit het minst (24%), Marokkanen en Turken het meest (respectievelijk 55 % en 48%). Er is in tabel 3 onderscheid gemaakt tussen expliciet vermelde psychiatrische problematiek en 'depressiviteit'. Onduidelijk is of bij 'depressiviteit' echt sprake was van psychiatrische problematiek. Te samen speelde dit bij 40 % van de gebeurtenissen. Psychiatrische problematiek werd vooral genoemd bij Nederlanders (32%; mannen 27 % en vrouwen 36 %) en Surinamers (21%; mannen 32 % en vrouwen 16 %) en nauwelijks bij Turken (5%; mannen 0 % en vrouwen 7 %) en Marokkanen (6%; mannen 0 % en vrouwen 7 %). 'Depressiviteit' echter werd juist het meest vermeld bij Turken (26 %) en Marokkanen (20 %). Een traumatische ervaring stond bij 6,5 % vermeld.

Advies/behandeling/nazorg

Per gebeurtenis van parasuicide (N=1.534) is gekeken welke zorg en/of nazorgadvies de patiënt na een parasuicide van de registrerende instanties heeft gekregen. De snelheid (het moment) van registratie is daarbij bepalend geweest. Zo was 9,8 % van de patiënten op de SEH-afdeling 'somaïsch vrijgegeven' maar wachtte de patiënt ten tijde van de registratie nog op consultatie van de Crisisdienst. 25 % van de patiënten had ten tijde van de registratie inmiddels het advies gekregen tot (her)opname in een psychiatrisch ziekenhuis en 22,9 % voor (her)behandeling in de GGZ. Bij 24 % was vanwege ernstig lichameïlijk letsel of het risico daarop (eerst) opname in een somaïsch ziekenhuis noodzakelijk. Bij 7,4 % was de patiënt naar een niet GGZ-instantie verwezen (zoals huisarts, SuNa). Bij de overigen beperkte de informatie zich tot behandeling/advies van de registrerende instantie (5,8 %), betrof de bemoeienis uitsluitend het vervoer (3,1 %), was patiënt voortijdig weggelopen (0,8 %) of was al duidelijk dat geen verdere (na)zorg noodzakelijk was (1,2 %).

Ondanks dat de feitelijke opname- en verwijzingspercentages mogelijk iets anders liggen (doordat op het moment van registratie de beslissing nog niet was genomen) dan hierboven beschreven, zien we dat het aandeel Marokkanen (14%), Turken (18 %) en Surinamers (20 %) bij wie na een parasuicide opname in een somaïsch ziekenhuis noodzakelijk werd gevonden, kleiner is dan het aandeel Nederlanders (27 %). Bij opname/verwijzing naar de GGZ zien we naar etniciteit geringe verschillen.

Recidieven

In de onderzoeksperiode 2008-2010 hebben 1.041 personen (86,5 %) één parasuicide gepleegd. 8,6 % deed twee pogingen en 4,8 % drie of meer. Geen van de kleine groep Antillianen heeft opnieuw een poging ondernomen gedurende de periode 2008-2010. Ook onder Turken zien we weinig recidieven (5,5 %), evenmin is dit hoog bij de Surinamers (9,9 %). Rekeninghoudend met de relatief korte registratieperiode van drie jaar treffen we het hoogste percentage recidieven aan bij Nederlanders (17,6 %). 29 % van de recidieven vindt plaats binnen een maand; 45 % tussen een maand en een half jaar en 26 % na een half jaar.

Verhouding tussen suicide en parasuicide

Tot slot is nagegaan hoe de aantallen parasuicides en suicides zich tot elkaar verhouden. Een fatale suicide (poging) is ten opzichte van alle gebeurtenissen van parasuicide een zeldzaamheid. De ratio suicide/parasuicide is onder Nederlandse mannen het hoogst (0,2) en onder Turken het laagst (mannen: 0 en vrouwen 0,01), zie tabel 4. Overall is de ratio bij vrouwen veel lager.

Tabel 4.

Ratio suicide/parasuicide voor de Nederlanders, Surinamers, Turken en Marokkanen naar geslacht. Den Haag 2008-2010.

Etnische herkomst	Mannen Ratio: suicide/parasuicide	Vrouwen Ratio: suicide/parasuicide
Nederlands	0,2	0,06
Surinaams	0,08	0,03
Turks	0	0,01
Marokkaans	0,05	0,02
Totaal	0,16	0,04

Suicide na een parasuicide

Van de groep die in de parasuicide-registratieperiode 2002-2004 en/of in de periode 2008-2010 een poging tot suicide heeft gedaan kon worden nagegaan of ze vóór 2011 een suicide hadden gepleegd. 29 van de 1.220 personen uit 2002-2004 zijn voor 2011 overleden door suicide en 10 van de 1.203 personen uit de periode 2008-2010. Uiteraard is voor diegenen die in de periode 2008-2010 niet fataal suïcidaal gedrag

hebben vertoond, de termijn waarbinnen de suicide zich kan hebben voltrokken korter en navenant het aantal lager. Eén persoon had zowel in 2002-2004 als in 2008-2010 één of meer pogingen ondernomen. In totaal waren 38 personen overleden door suicide (22 mannen en 16 vrouwen). Het merendeel van de 38 overledenen was Nederlands (79%), op afstand gevolgd door de groep etniciteit 'Overig' (16%) en verder één Surinamer en één Antilliaan.

Uitkomsten 1991-2000 en 2001-2010 vergeleken en geactualiseerd Haagse suïcideregistratie, 1987-2010

Opzet suïcideregistratie, veranderingen daarin en gehanteerde definitie

De registratie van suïcides in Den Haag (periodes 1991-2000 en 2001-2010) is slechts beperkt aan verandering onderhevig geweest. Altijd is gebruik gemaakt van bestaande semi-gestructureerde handgeschreven verslagen van de gemeentelijke lijkschouwers in Den Haag. Gedurende enkele jaren (1991-1993 en 1999-2001) waren ook suïcidecijfers beschikbaar van de politie. Slechts in een enkel geval bleek correctie na aanvullende politiegegevens noodzakelijk. De aandacht van de politie richtte zich op de mogelijke betrokkenheid van derden (misdrijf, moord). Suïcides die een arts niet als zodanig herkent en waarbij de arts een verklaring van natuurlijk overlijden afgeeft, vallen buiten deze registratie. Dit zal vooral het geval zijn wanneer de dood van betrokkene pas na geruime tijd optreedt na zelfvergiftiging of verwonding. Ook aan een auto-ongeval kan een suicide ten grondslag liggen. Onderrapportage is in deze situaties het gevolg. Anderzijds kunnen ogenschijnlijke suïcides tot een overrapportage leiden, vooral bij voorafgaand suïcidaal gedrag (overdosis drugs, val van hoogte en bij sensatie gericht gedrag (8)). De Haagse suicide-statistiek omvatten alle zelfdodingen binnen de gemeentegrenzen van Den Haag. De locatie van de (poging tot) zelfdoding is daarbij leidend, niet de locatie van overlijden. Dientengevolge wordt een niet-Hagenaar die zich in de zee bij Scheveningen verdrinkt wel meegeteld. En een niet-Hagenaar die voorbij de Haagse gemeentegrens voor de trein springt, naar een Haags ziekenhuis wordt

vervoerd en daar aan de gevolgen van zijn verwondingen overlijdt, niet. Dit laatste geldt eveneens voor ingezetenen van Den Haag die zich buiten Den Haag suïcideren. Dit inclusie criterium is in de Haagse suïcide-statistiek sinds 1950 altijd consequent gevolgd.

Voor de gemeente is het van belang te weten hoeveel mensen zich suïcideren in hun gemeente.

De volgende definitie is gebruikt voor een gebeurtenis van suicide:

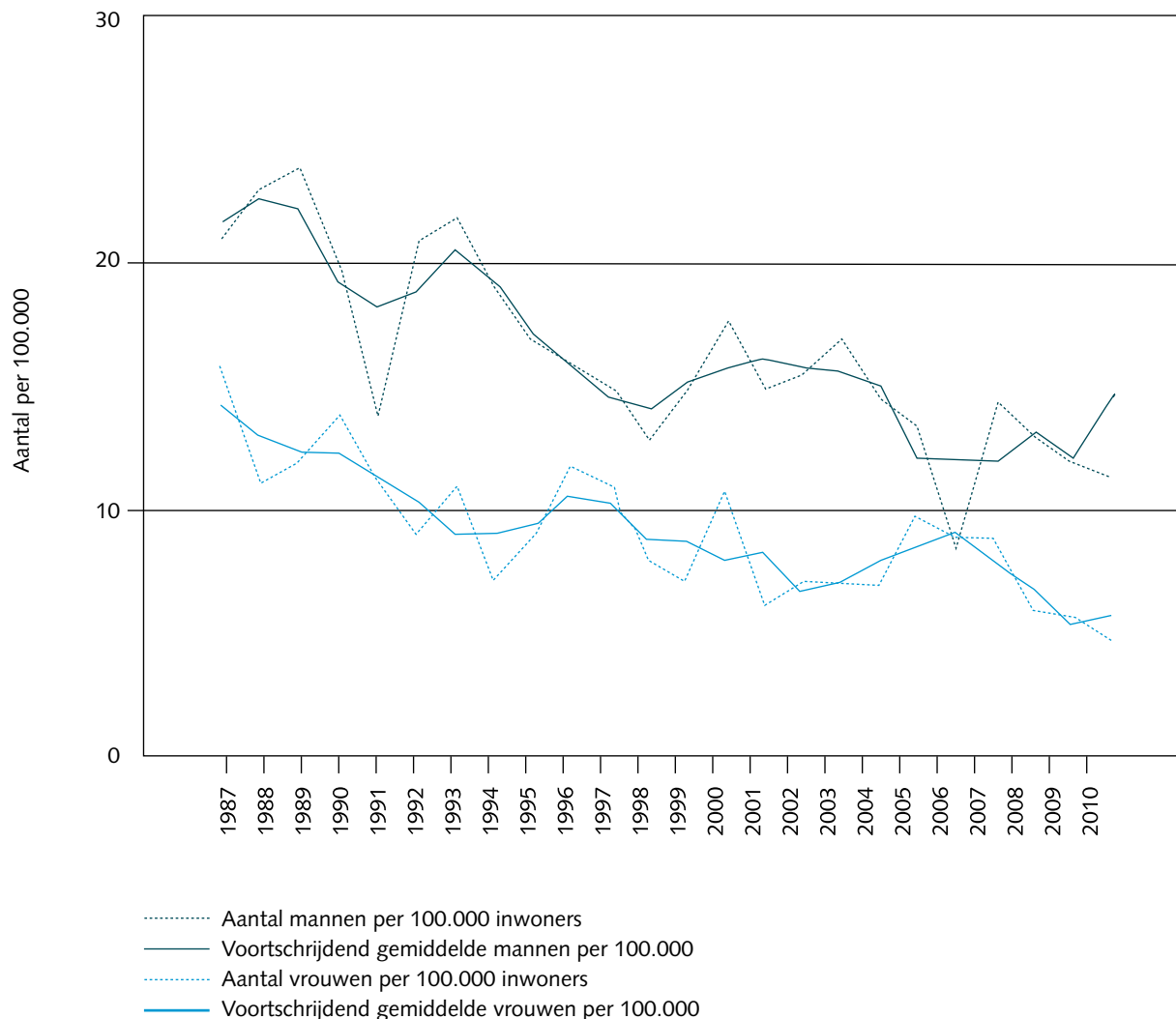
Betrokkene had de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstige schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, en betrokkene is aan de gevolgen van deze daad overleden.

De presentatie van de resultaten vindt behalve in absolute aantallen of procentuele verhoudingen ook plaats in aan bevolkingsomvang gerelateerde cijfers (per 100.000 personen per jaar⁶). Aangezien het vóórkomen van suicide en parasuicide leeftijdsgebonden is, is gekozen voor leeftijdsspecifieke incidentiecijfers. Zoals internationaal geadviseerd, wordt de suicide-incidentie gepresenteerd voor de bevolking van 15 jaar en ouder (8). Onder de 15 jaar is suicide gelukkig zeer zeldzaam, waarbij de mogelijkheid van onjuiste classificering bovendien groot is. Het is immers de vraag of jongeren van die leeftijd zich bewust zijn van hun suïcidale handeling en bewust voor de dood kiezen, ofwel volgens de definitie van suicide, de intentie hebben zichzelf te doden of dat risico niet uit de weg gaan (8).

⁶ De bevolkingsaantallen in de desbetreffende jaren zijn gebaseerd op de standstatistiek van de Gemeentelijke Basis Administratie van Den Haag.

Figuur 3.

Suicide-incidentie (per 100.000 inwoners van 15 jaar e.o. per jaar). Den Haag 1987-2010.



Suïcidetrend 1987-2010

Gedurende de jaren 1987 tot en met 2010 zien we zowel bij de mannen als bij de vrouwen in Den Haag een duidelijk dalende - weliswaar fluctuerende - trend in suicide-incidentie per 100.000 per jaar voor inwoners van 15 jaar en ouder (figuur 3). Bij de mannen daalde de suicide-incidentie van 21,0 per 100.000 in 1987 naar 11,6 per 100.000 in 2010 en bij de vrouwen van 16,0 in 1987 naar 4,8 in 2010. Het sterk wisselende absolute aantal suicides per jaar (van 16 in 2006 tot 43 in 1989 bij de mannen en van 12 in 2001 tot 32 in 1987 bij de vrouwen) rechtvaardigt de berekening van een voortschrijdend gemiddelde (drie-jaars periode), zie figuur 3. De toenadering van het suicide-incidentiecijfer bij mannen en vrouwen in de periode 2005 en 2007 waar eerder in dit bulletin melding van werd gemaakt (9), heeft zich niet voortgezet.

Suicide 1991-2000 en 2001-2010

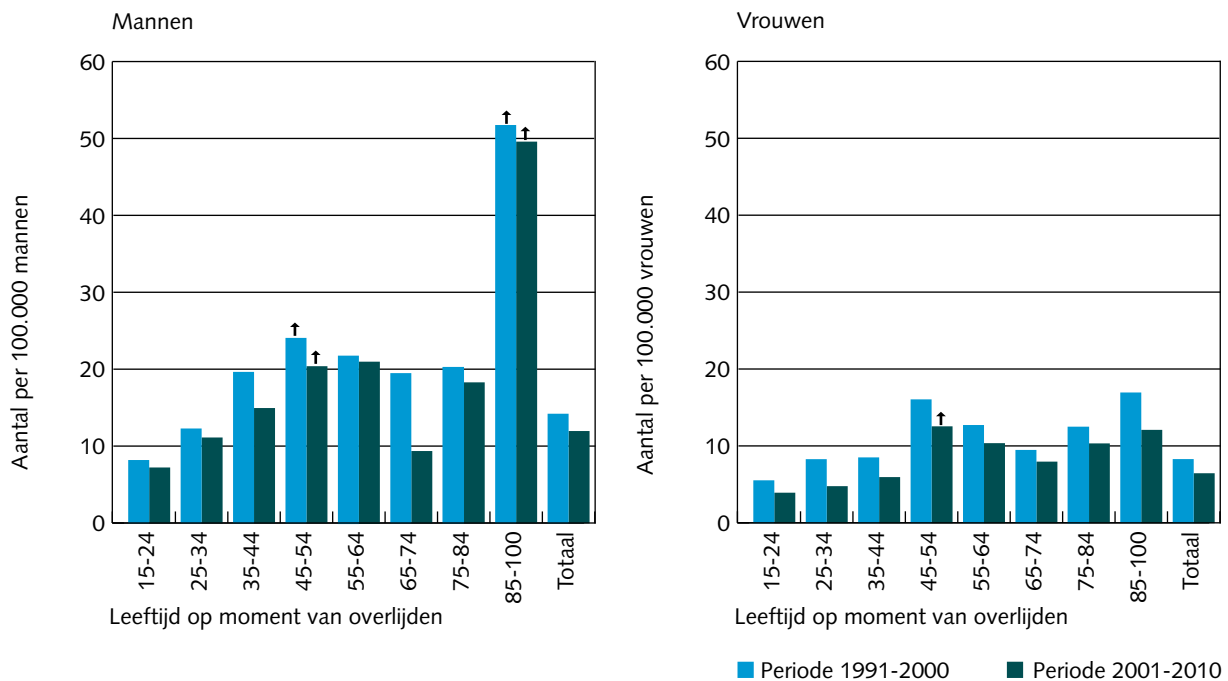
Suicide is (gelukkig) een zeldzame gebeurtenis. Tussen de jaren zien we grote fluctuaties in de incidentie van suicide zowel bij de mannen als bij de vrouwen. Wanneer nog verder onderscheid wordt gemaakt naar leeftijdsgroepen en etniciteit is het zinvoller veranderingen in Den Haag over een tijdvak (veel) langer dan een jaar te beschouwen. Gekozen is over twee tijdvakken van tien jaar (1991-2000 en 2001-2010) veranderingen in vóórkomen van suicide te presenteren naar geslacht, leeftijd, etniciteit, sociaal-economische status en naar methode van suicide en vindplaats.

Leeftijd en geslacht

Voor de perioden 1991-2000 en 2001-2010 staan de leeftijdspecifieke incidentiecijfers in figuur 4. In de periode 1991-2000 vonden binnen de

Figuur 4.

Voor mannen (links) en vrouwen (rechts) de suïcide-incidentie (per 100.000 inwoners van 15-jaar e.o. per jaar) naar leeftijdsklasse. Den Haag 1991-2000 en 2001-2010. † = significant verhoogd t.o.v. de totale groep in de desbetreffende periode ($p < .05$) (6).



gemeentegrenzen van Den Haag in totaal 484 suïcides (300 mannen en 184 vrouwen) plaats en in de periode 2001-2010 was dit gedaald naar 423 (273 mannen en 150 vrouwen). In beide periodes is in alle leeftijdsclassen de suïcide-incidentie bij mannen hoger dan bij vrouwen. Het relatieve risico (RR) op suïcide tussen mannen en vrouwen is over alle leeftijden gemiddeld in 1991-2000 en 2001-2010 respectievelijk 1,73 en 1,88. Dit betekent dat mannen in Den Haag een bijna tweemaal zo groot risico liepen op een suïcide dan vrouwen in Den Haag en dat dat verschil iets is toegenomen tussen beide onderzoeksperiodes. Suïcide is een fenomeen dat zich vooral bij mannen vanaf 35 jaar en bij vrouwen vanaf 45 jaar manifesteert. Hoogbejaarde mannen ouder dan 85 jaar laten een opvallend hoog suïcide-incidentiecijfer zien. Deels wordt dit veroorzaakt door het geringe aantal mannen dat deze hoogbejaarde leeftijd bereikt. Ten opzichte van de totale groep mannen of vrouwen zien we in beide periodes significant verhoogde suïcide-incidenties bij de 45-64-jarige en 85-100-jarige mannen en gedurende 2001-2010 bij de 45-54-jarige vrouwen. Met uitzondering van de 45-54-jarige vrouwen zien we in alle leeftijdsgroepen een (lichte) daling van de suïcide-incidentie in 2001-2010 ten opzichte van 1991-2000.

De opvallendste daling is bij de mannen in de leeftijdscategorie 65-74-jaar.

Etniciteit

Verderop in dit artikel wordt de suïcide-incidentie bij Surinamers, Turken, Marokkanen en Nederlanders gepresenteerd en over diverse periodes vergeleken met de incidentie van gebeurtenissen van parasuïcide bij dezelfde etnische groepen. Deze paragraaf staat stil bij de absolute en procentuele aantallen suïcides en beschrijft de etniciteit van mensen die op Haags grondgebied suïcide hebben gepleegd in de periodes 1991-2000 en 2001-2010 (tabel 5). Het overgrote deel van de mensen die gedurende 1991-2000 en 2001-2010 in Den Haag suïcide pleegden is Nederlands (ongeveer 3 van de 4 suïcides). Bij de vrouwen zien we vooral in de periode 1991-2000 een iets hoger aandeel Nederlanders (81,5%). Zowel bij de mannen als de vrouwen neemt het aantal en aandeel Nederlanders tussen beide periodes iets af. Van de niet-Nederlandse mannen is de grootste groep Surinaams, in beide periodes bijna 10% van het totale aantal suïcides. Van de niet-Nederlandse vrouwen zijn de Surinamers in 2001-2010 ook de grootste groep geworden (8,7% van het totaal). Het aantal suïcides gepleegd door mensen afkomstig uit de Nederlandse Antillen, Turkije,

Tabel 5.

Absoluut aantal en percentage suicides naar etniciteit voor mannen en vrouwen. Den Haag, 1991 - 2000 en 2001 - 2010.

		1991 - 2000		2001 - 2010	
		Abs.	%	Abs.	%
Man	Suriname	29	9,7	27	9,9
	Antillen	4	1,3	3	1,1
	Turkije	5	1,7	6	2,2
	Marokko	6	2,0	3	1,1
	Zuid-Europa	6	2,0	9	3,3
	Overig niet-geïndustrialiseerde landen	9	3,0	14	5,1
	Overig geïndustrialiseerde landen	17	5,7	15	5,5
	Nederland	223	74,3	196	71,8
	Onbekend	1	0,3	0	0
	Totaal	300	100,0	273	100,0
Vrouw	Suriname	9	4,9	13	8,7
	Antillen	0	0	2	1,3
	Turkije	2	1,1	3	2,0
	Marokko	4	2,2	2	1,3
	Zuid-Europa	0	0	3	2,0
	Overig niet-geïndustrialiseerde landen	5	2,7	3	2,0
	Overig geïndustrialiseerde landen	14	7,6	11	7,3
	Nederland	150	81,5	113	75,3
	Totaal	184	100,0	150	100,0

Marokko en Zuid-Europa is in absolute zin gering, zowel bij de mannen als de vrouwen. Mensen uit de groepen overig geïndustrialiseerde en overig niet-geïndustrialiseerde landen nemen een tussenpositie in.

Het aandeel vrouwen afkomstig uit geïndustrialiseerde landen dat suicide pleegde is hoger (1991 - 2000: 7,6 en 2001 - 2010: 7,3 % van het totale aantal suicides) in vergelijking tot de mannen uit deze landen (1991 - 2000: 5,7 en 2001 - 2010: 5,5 %). In tegenstelling tot mensen uit geïndustrialiseerde landen (vooral de buurlanden van Nederland en Indonesië) beperkt de leeftijd van de mannen uit niet-geïndustrialiseerde landen die in Den Haag door suicide om het leven kwamen, zich tot de 15 - 54-jarigen. Vijf van de 23 mannen uit niet-geïndustrialiseerde landen kwamen uit India.

Sociaal-economische status

Er is gekeken of de sociaal-economische status (SES) een factor van betekenis zou kunnen zijn in de keuze

een einde aan het leven te maken. Op individueel niveau is hier geen informatie over beschikbaar, maar doordat vanaf 2002 de postcode (waarmee de woonwijk kan worden vastgesteld) van het woonadres van de overledenen is geregistreerd kan de SES (achterstand-score) van de woonwijk hiervoor worden gebruikt (postcodes van psychiatrische instellingen zijn hierin niet meegenomen)⁷. De suicide-incidentie in de periode 2002 - 2010 voor de groep die woont in wijken met de minste achterstand is 64,7 per 100.000 per jaar en voor de groep met de meeste achterstand 73,7 per 100.000 per jaar (middengroep 72,7 per 100.000 per jaar). Het risico op suicide in de wijken met de meeste achterstand is iets hoger dan in de wijken met de minste achterstand (relatieve risico: 1,13).

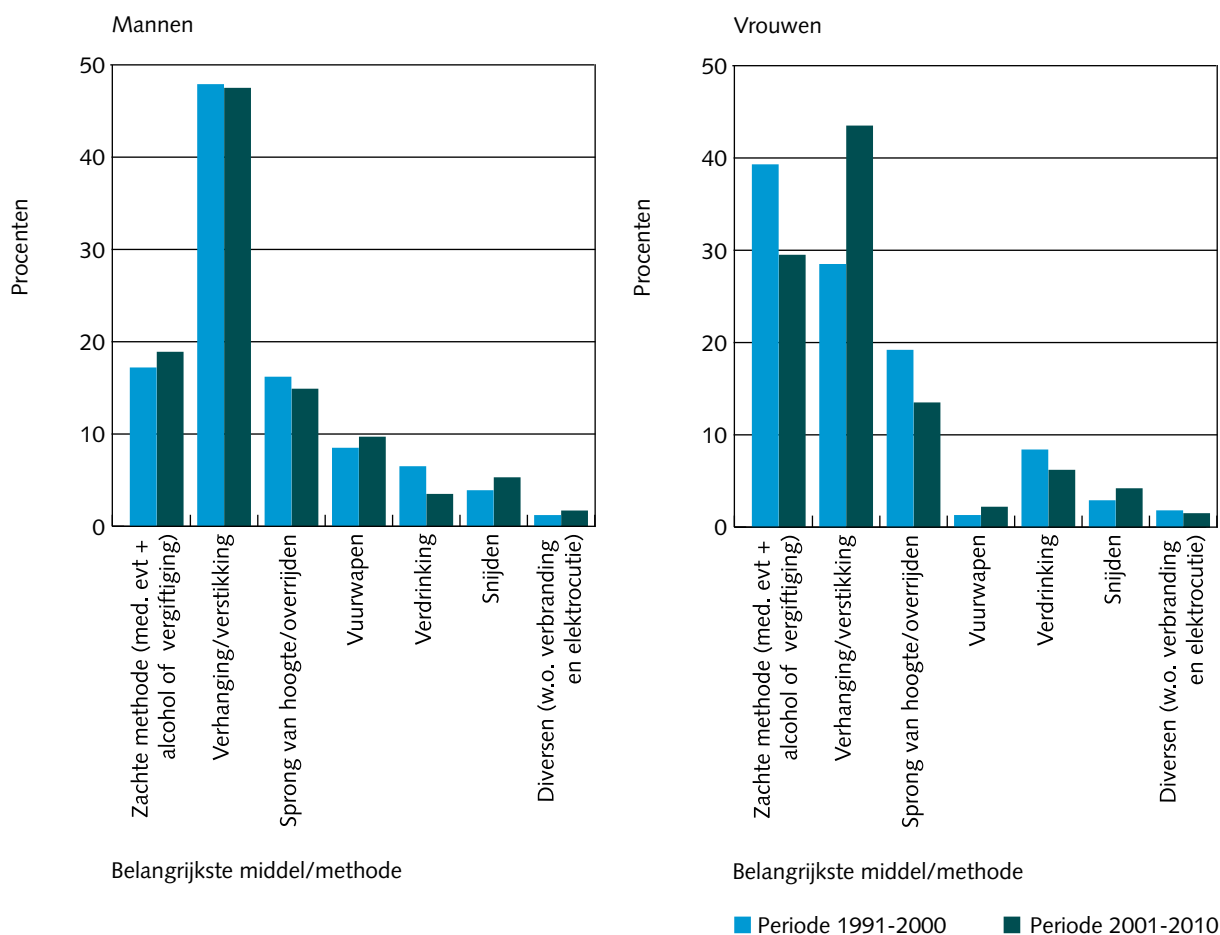
Metode van suicide

In figuur 5 is de procentuele verdeling van de wijze van suicide weergegeven, waarbij wederom onderscheid is gemaakt tussen de jaren 1991 - 2000 en 2001 - 2010.

⁷ Parameters als het percentage etnische minderheden, gemiddelde inkomen van een wijk en percentage langdurig werklozen e.d. bepalen de mate van achterstand. De wijken zijn hierop in drie categorieën verdeeld: wijken met de minste achterstand (hoogste SES); wijken met de meeste achterstand (laagste SES) en een middengroep.

Figuur 5.

Procentuele verdeling van het belangrijkste middel/methode van suicide voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1991-2000 en 2001-2010.



Vrouwen kiezen meer dan mannen voor zachte methoden (medicijnen eventueel gecombineerd met alcohol of andere vormen van vergif).

In de periode 1991-2000 is dit ruim twee keer zoveel (17% bij de mannen en 39,1% bij de vrouwen).

In de periode 2001-2010 is dit bij de vrouwen flink gedaald (van 39,1% naar 29,3%). Bijna de helft van de mannen (ruim 47%) kiest onveranderd voor de 'harde' methodiek van verhanging/verstikking. Opvallend is dat bij de vrouwen deze methode in de meest recente periode 2001-2010 veel vaker is gekozen dan de periode ervoor (stijging van 28,3 naar 43,3%). Een aandeel dat bijna vergelijkbaar is met dat van de mannen.

Nadere analyse leert dat vooral bij de vrouwen van niet-Nederlandse herkomst deze methode verhoudingsgewijs vaker wordt gekozen en dat dit zich vooral in de periode 2001-2010 manifesteerde (1991-2000: Nederlandse vrouwen 25% en niet-Nederlandse vrouwen 44%; 2001-2010: Nederlandse

vrouwen 36% en niet-Nederlandse vrouwen 66%).

Dit kan een deel van de toename verklaren. Ongeveer één op de zes mannen of vrouwen kiest de harde methode van overrijden of springen van grote hoogte. Gebruik van een vuurwapen blijft voor vrouwen zeer zeldzaam.

Voor dood door verdrinking kiezen vrouwen echter iets vaker dan mannen. Dat alles geldt voor beide onderzoeksperiodes.

Met het stijgen van de leeftijd neemt het aandeel dat kiest voor een zachte methode duidelijk toe (periode 1991-2010, zie figuur 6).

De beschikbaarheid van medicijnen zal daarbij een rol hebben gespeeld. Dientengevolge kiest men met het ouder worden minder voor de harde methode verhanging/verstikking en springen van een hoogte of voor een rijdend voertuig. Het aandeel dat kiest voor suicide door middel van verdrinking is onder ouderen wat groter.

Vindlocatie

Vanaf 2002 is de vindlocatie van de overledene geregistreerd. De locatie van suïcide/vinding was in meerderheid van de gevallen de eigen woning (mannen: 57 %; vrouwen: 67 %). Op afstand gevolgd door 'op straat', meestal bij de eigen woning (mannen: 17 % en vrouwen: 12,3 %). In psychiatrische instellingen, penitentiaire inrichtingen en in zorg-, verpleeginstellingen overleed respectievelijk 5,5 %, 2,3 % en 4,2 % na een suïcide in 2002-2010.

Aandeel suïcide in de totale sterfte

In de perioden 1991-2000 en 2001-2010 was suïcide de doodsoorzaak van ongeveer 1 % van de totale sterfte. Dit aandeel in de totale sterfte is echter sterk afhankelijk van de leeftijd en het geslacht van de overledenen. In figuur 7 is per leeftijd het percentage van de totale

sterfte dat na een suïcide overleed weergegeven voor de perioden 1991-2000 en 2001-2010. Onder 15-34-jarigen is het percentage van de totale sterfte dat door een suïcide om het leven komt het hoogst, variërend tussen 14 en 23 %. Op die leeftijd is de kans te overlijden op natuurlijke wijze na een ziekte gering. Ondanks dat suïcide minder bij vrouwen dan bij mannen voorkomt, zien we vooral bij de 15-24-jarige vrouwen een hoger aandeel van de totale sterfte dat na een suïcide overlijdt dan bij de 15-24-jarige mannen. Mogelijk dat andere niet-natuurlijke sterfte bij jonge mannen, zoals door verkeersongelukken, daarvoor verantwoordelijk is. Met het ouder worden neemt suïcide in betekenis binnen de totale sterfte geleidelijk af om na het 65ste levensjaar onder de 1 % uit te komen.

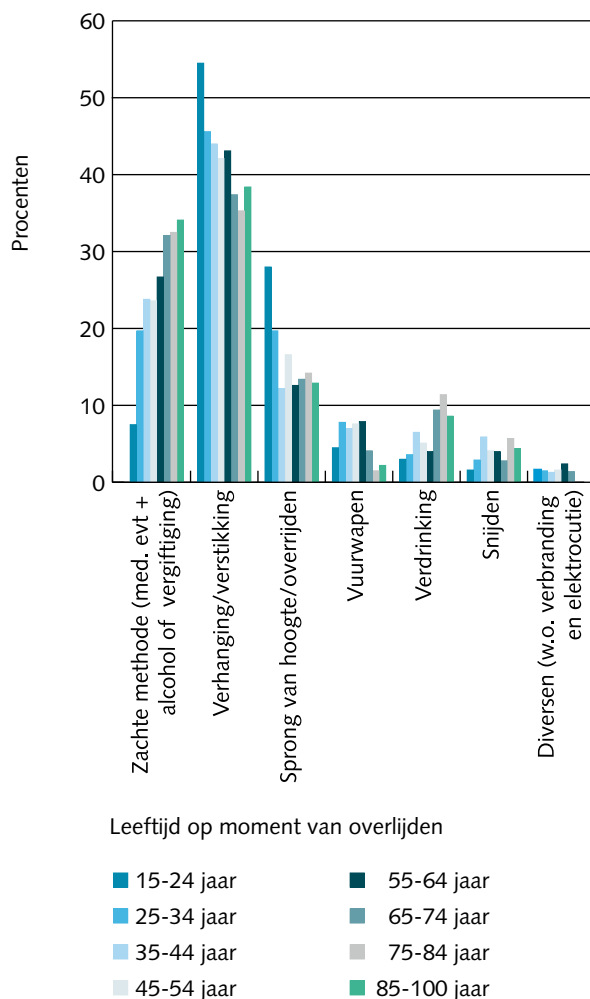
'Haagse' suïcides

Zoals eerder vermeld in dit artikel omvatten onderhavige suïcidestatistieken alle zelfdodingen die binnen de gemeentegrenzen van Den Haag plaatsvonden: de niet-Hagenaar die een fatale suïcide(poging) deed binnen de gemeentegrens van Den Haag, is meegenomen en de Hagenaar die buiten Den Haag de suïcidale handeling pleegde, niet. Decennia lang is hier ten behoeve van de vergelijkbaarheid voor gekozen. Schudel schreef hierover in 1995: 'Van méér dan een (waarschijnlijk redelijke) benadering van de werkelijkheid mag dan ook niet worden gesproken' (10). Inmiddels beschikken we over gegevens om de mate van benadering van de werkelijkheid nader in beeld te brengen. Sinds 2002 onderscheiden we de aantallen suïcides gepleegd door niet-Hagenaars in Den Haag. En van het Centraal Bureau voor de Statistiek hebben we onlangs gegevens ontvangen over de aantallen Hagenaars die buiten Den Haag een fatale suïcide (poging) hebben gedaan. In figuur 8 zijn deze aantallen suïcides gedurende de jaren 2002-2010 naar leeftijdscategorie voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven. Het blijkt dat in het bijzonder in de leeftijdsgroep 35-44-jarigen de groep 'Hagenaars buiten Den Haag suïcide gepleegd' groter is dan de groep 'Niet-Hagenaars in Den Haag suïcide gepleegd'.

Dit betekent dat vooral in deze leeftijdscategorie de suïcide-incidentiecijfers een lichte onderrapportage laten zien. Immers voor een correcte incidentieberekening voor het vóórkomen van suïcide dienen *alle* Hagenaars meegenomen te worden die zich in een zekere tijd en plaats suïcideerden. Gezien vanuit een risico/preventie perspectief is het zeker zinvol alle suïcides die plaatsvonden binnen de gemeentegrenzen van Den Haag (ook te monitoren, zoals in onderhavig onderzoek is gedaan.

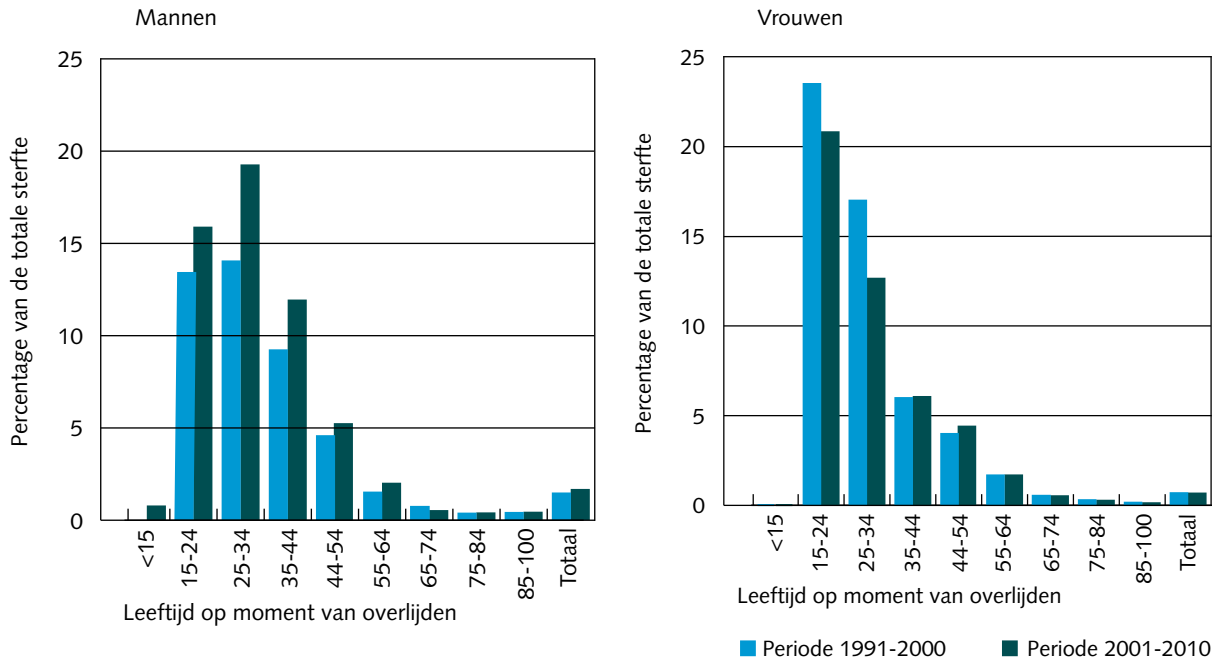
Figuur 6.

Per leeftijdsklasse de procentuele verdeling van het belangrijkste middel/methode van suïcide. Den Haag 1991-2010.

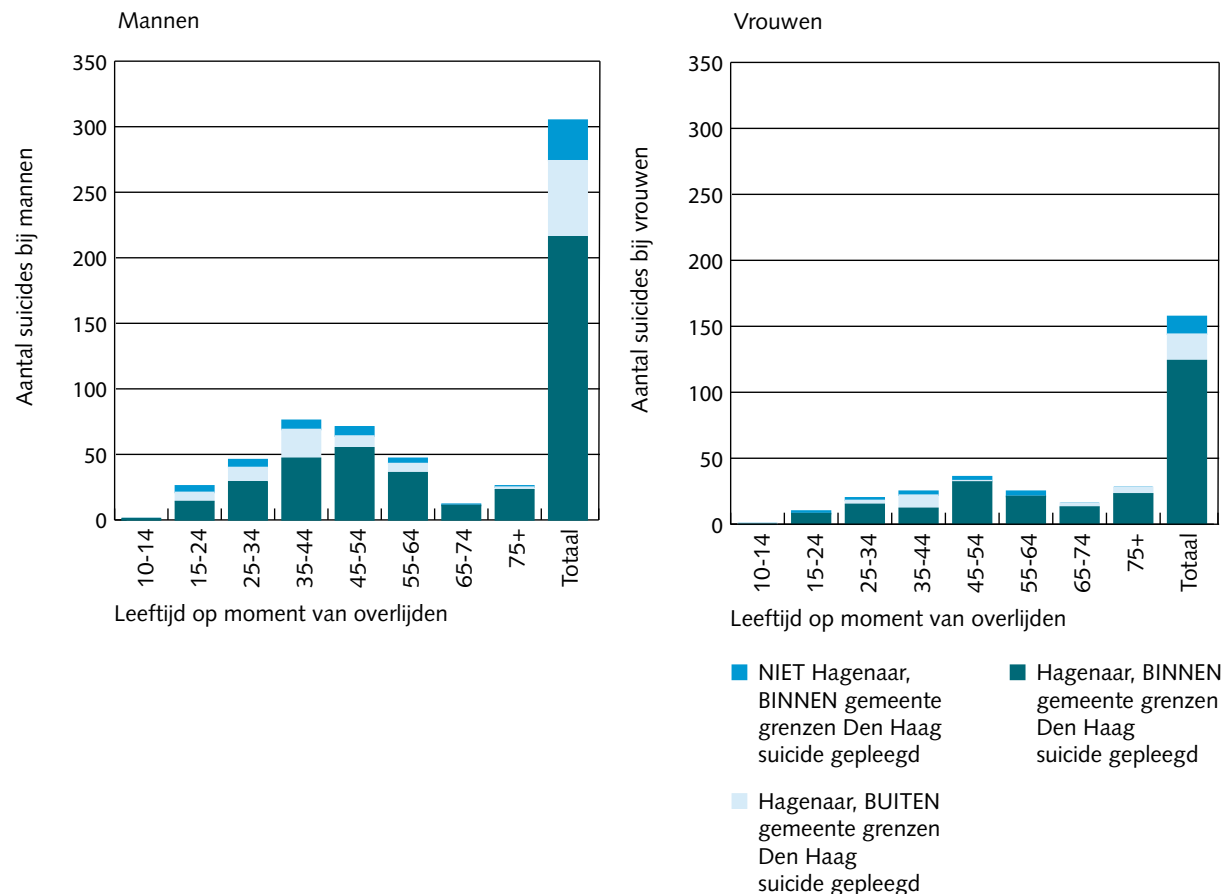


Figuur 7.

Percentage suicides als aandeel in de totale sterfte per leeftijdsgroep voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1991-2000 en 2001-2010.

**Figuur 8.**

Voor mannen (links) en vrouwen (rechts) per leeftijdsgroep de aantallen suicides binnen en buiten Den Haag door wel/geen Hagenaar. Den Haag 2002-2010.



Uitkomsten van de Haagse suïcide- en parasuïcide-registratie

Suïcide en parasuïcide naar etniciteit 1987 - 1993, 2002 - 2004 en 2008 - 2010

Het laatste deel van dit artikel belicht suïcidaal gedrag en de verschillen naar etniciteit in Den Haag. De interesse gaat hierbij uit naar verschillen tussen de Nederlanders enerzijds en de drie belangrijkste etnische groepen in Den Haag voor suïcidaal gedrag, de Surinamers, de Turken en de Marokkanen anderzijds⁸. De verschillen naar etniciteit worden gepresenteerd voor mannen en vrouwen en onderscheiden naar leeftijd. Over drie perioden (1987 - 1993, 2002 - 2004 en 2008 - 2010) beschikken we in Den Haag zowel over gegevens over het vóórkomen van parasuïcide (figuur 1) als over het vóórkomen van suïcide (tabel 1). Dit maakt veranderingen in incidentiescijfers van (para)suïcide over een langere tijd inzichtelijk. In de parasuïcide-registratie 1987 - 1993 verzorgden registrerende hulpverleners de opgave van de etniciteit. In de suïcideregistratie is de etnische herkomst lange tijd gebaseerd op de achternaam, de geboorteplaats en de nationaliteit van de overledene. Vanaf 2002 is zowel in de suïcide als in de parasuïcide-registratie getracht maximaal tegemoet te komen aan de door Dienst Burgerzaken gehanteerde definitie van etniciteit⁹ door waar nodig en mogelijk de geboortelanden van betrokkene en diens ouders in de categorisering van etniciteit mee te nemen¹⁰.

Mannen

In vergelijking tot de Nederlandse mannen vinden we bij de Surinaamse mannen in 1987 - 1993 een significant verhoogde incidentie van parasuïcides onder 15 - 24-jarigen (221 per 100.000 per jaar; RR: 2,0) en in 2008 - 2010 onder 25 - 34-jarigen (265 per 100.000 per jaar; RR: 2,4) (6). In 2008 - 2010 was de verhoogde incidentie veroorzaakt door recidieven bij één persoon. Bij de Surinaamse mannen is de incidentie van suïcide in 1987 - 1993 verhoogd onder 55 - 64-jarigen (131 per 100.000 per jaar; RR: 4,5). Vijf van de bijna vier duizend 55 - 64-jarige Surinaamse mannen had zich in die periode van het leven beroofd.

Vrouwen

Een in de tijd consistent beeld vinden we bij de Surinaamse en Turkse (jonge) vrouwen ten aanzien van

gebeurtenissen van parasuïcide (figuur 9). In vergelijking tot de Nederlandse vrouwen is de incidentie van parasuïcide bij 15 - 24-jarige Surinaamse vrouwen significant verhoogd in 1987 - 1993 en 2002 - 2004 (respectievelijk 693 per 100.000 en 421 per 100.000 per jaar; RR: 3,3 en 1,7). Bij de 25 - 34-jarige Surinaamse vrouwen is dit alleen in 1987 - 1993 (430 per 100.000 per jaar; RR: 1,5) het geval en bij de 35 - 44-jarige Surinaamse vrouwen zowel in 1987 - 1993 als in 2008 - 2010 (455 en 281 per 100.000 per jaar; RR: 1,5 en 1,8). Turkse jonge vrouwen in de leeftijd van 15 - 24 jaar laten in *alle* drie onderzoeksperiodes significant verhoogde incidentiescijfers zien van gebeurtenissen van parasuïcide (465, 545 en 502 per 100.000 per jaar; RR: 2,2, 2,2, 1,6). In de laatste twee perioden is die ook hoger dan bij hun Surinaamse leeftijdgenoten. In 2008 - 2010 zien we bij Turkse vrouwen in de leeftijd van 35 - 44 jaar ook een significant verhoogd parasuïcide-cijfer vergeleken met hun Nederlandse leeftijdgenoten (354 per 100.000 per jaar; RR: 2,3). In geen van de onderzoeksperiodes zijn significant verhoogde suïdecijfers gevonden bij Turkse en Surinaamse vrouwen, ook het aantal recidive parasuïcides is bij deze vrouwen gering. Vooral bij Turkse vrouwen is suïcide een zeldzaamheid (tabel 6).

De verhoogde incidenties in deze groepen Turkse en Surinaamse vrouwen kunnen *niet* worden verklaard door een gemiddeld lagere sociaal-economische status (3). Uit de registratie (2008 - 2010) en een kwalitatieve studie onder jonge Surinaamse en Turkse meiden blijkt dat oorzaken van het verhoogde suïcidale gedrag vooral liggen op het gebied van psychologische en sociale problemen in de relatie/het gezin, beperking van vrijheden, culturele vervreemding, depressieve gevoelens en verminderd welzijn (11)(12). In tegenstelling tot de Nederlandse vrouwen gaat suïcidaal gedrag minder (Surinaamse vrouwen) tot niet (Turkse vrouwen) gepaard met psychische ziekten, zie eerder in dit artikel. In vergelijking tot de Nederlandse vrouwen hebben de Turkse en Surinaamse vrouwen een laag risico voor recidive parasuïcides en fatale suïcides.

⁸ Ook in dit artikel geldt dat door verschil in registratietechniek van gevallen van parasuïcide de verschillen tussen de bevolkingsgroepen in een tijdsperiode van betekenis zijn en minder de verschillen in incidentie tussen de periodes.

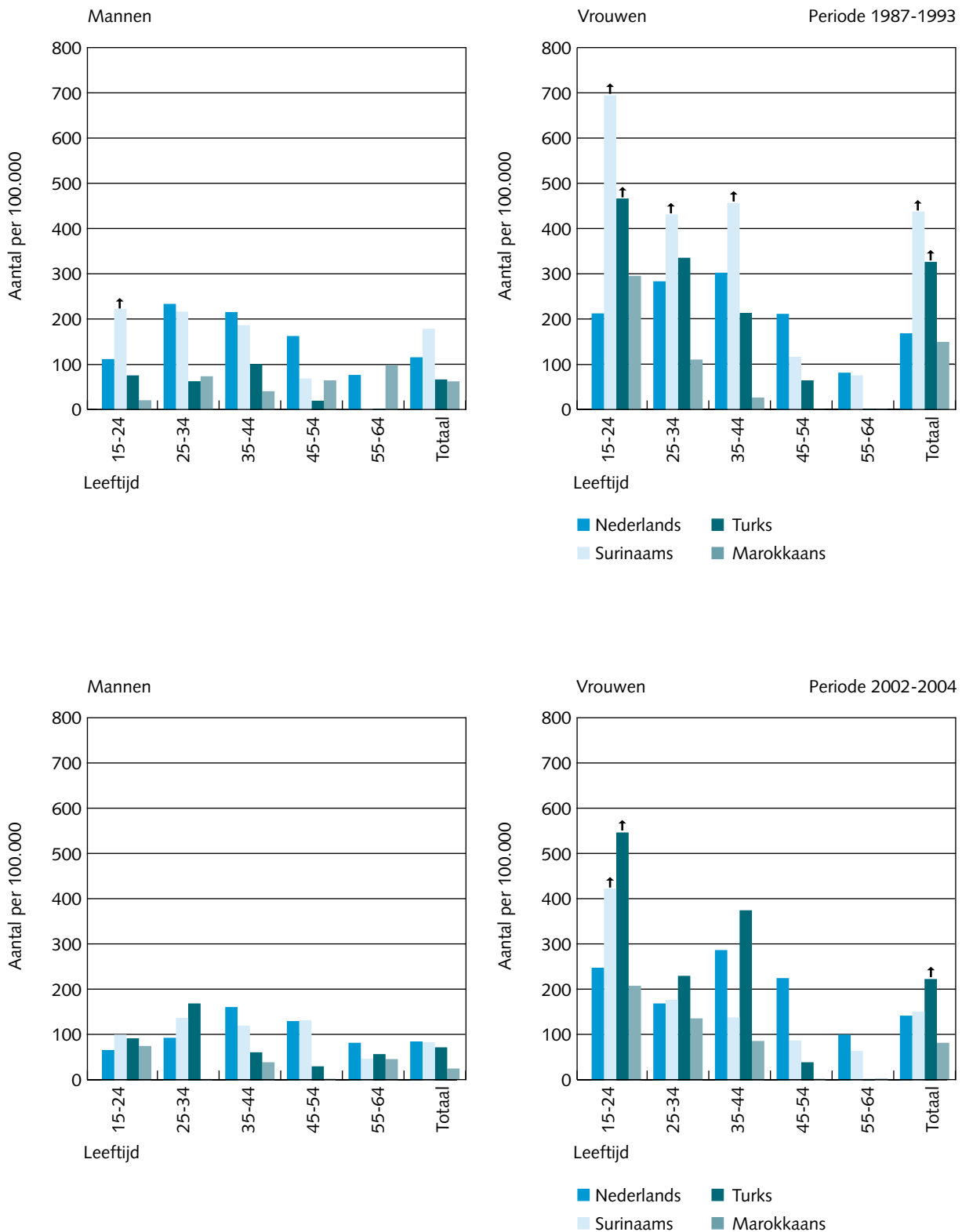
⁹ Categorie-indeling van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten van 1994 volgens de zogenoemde BiZa-systematiek.

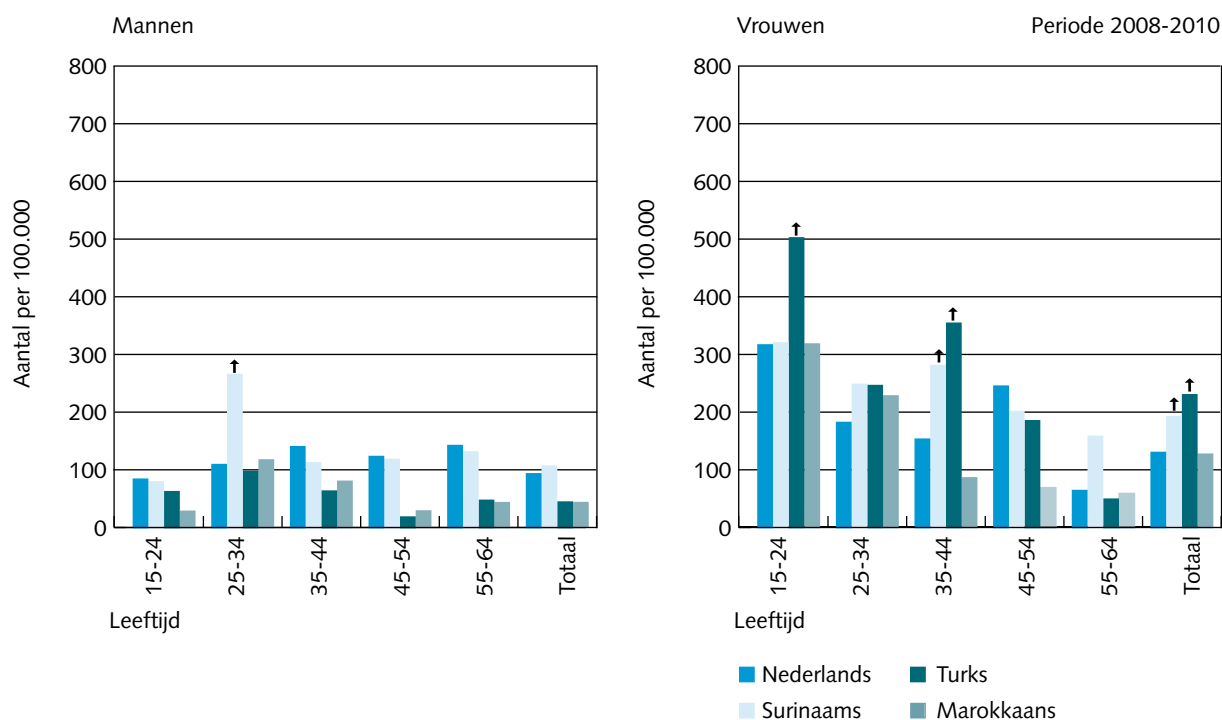
¹⁰ In de hiërarchie van de geboortelanden is de VNG-systematiek gevolgd, waarbij niet-Nederland voorgaat op Nederland, niet-westers prevaleert boven westers en in volgorde van belangrijkheid achtereenvolgens het geboorteland van betrokkene wordt bekeken en daarna dat van de moeder respectievelijk de vader.

Figuur 9.

Per etniciteitsgroep en leeftijdsgroep het aantal parasuïcides per 100.000 Hagenaars (15 jaar en ouder) per jaar voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1987-1993, 2002-2004, 2008-2010.

↑ = significant verhoogd t.o.v. de Nederlandse groep mannen respectievelijk vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep en periode ($p < .05$) (6).





Tabel 6.

Per etniciteitsgroep en leeftijdsgroep het aantal suicides per 100.000 Hagenaars (15 jaar en ouder) per jaar voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1987-1993, 2002-2004, 2008-2010.

Leeftijdsgroep	Mannen				Vrouwen			
	Nederlands	Surinaams	Turks	Marokkaans	Nederlands	Surinaams	Turks	Marokkaans
	1987-1993				1987-1993			
15-24	8	12	6	0	5	12	0	12
25-34	20	16	0	9	13	15	0	0
35-44	26	11	22	26	17	6	0	25
45-54	21	56	0	0	18	23	0	0
55-64	29	131 ¹¹	0	0	8	0	0	0
Alle leeftijden	22	23	6	8	12	11	0	9
	2002-2004				2002-2004			
15-24	8	18	0	0	3	0	0	14
25-34	15	8	0	0	3	8	0	0
35-44	29	50	12	0	2	0	0	0
45-54	27	24	0	36	15	0	0	0
55-64	24	67	0	0	8	0	0	0
Alle leeftijden	17	21	2	3	8	1	0	3
	2008-2010				2008-2010			
15-24	14	0	0	0	3	9	0	0
25-34	10	10	0	0	6	9	10	0
35-44	21	16	0	16	7	0	0	0
45-54	33	20	0	0	14	8	0	34
55-64	27	16	0	0	20	14	0	0
Alle leeftijden	18	9	0	2	8	6	2	3

¹¹ Significant verhoogd t.o.v. de Nederlanden ($p < .05$) (6).

Referenties:

1. Schudel WJ, Struben HWA. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiologisch Bulletin* 1997; 32 nr 3: 18-25.
2. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA, Schudel WJ. Parasuicides in Den Haag, meldingen in de jaren 2000 -2004. *Epidemiologisch Bulletin* 2005; 40 nr 4: 2-8.
3. Burger I. Vóórkomen van parasuicides in Den Haag. Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009. *Epidemiologisch Bulletin* 2010; 45 nr 4: 1-11.
4. International Classification of Diseases - 10. Wereldgezondheidsorganisatie. Kopenhagen, 2006.
5. Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiologisch Bulletin* 1998; 33 nr 4: 7-13.
6. JL Fleiss *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Division of Biostatistics, School of Public Health, Columbia University. John Wiley & Sons New York 1981: 14.
7. Graafsma T, Kerkhof AJFM, Gibson D, Badloe R, Beek L.M van de (2006). High rates of suicide and attempted suicide using pesticides in Nickerie, Suriname, South America. *Crisis*, 27(2): 77-81.
8. Rogers JR, Lester D. *Understanding Suicide: Why We Don't and How we Might*. Hogrefe Publishing USA 2010: 7-8.
9. Burger I, Schudel WJ. Suicides in Den Haag, 1987-2007. *Epidemiologisch Bulletin* 2008; 43 nr 1: 2-9.
10. Schudel WJ. Suicides in Den Haag, De laatste cijfers. *Epidemiologisch Bulletin* 1995, 30 nr 3: 25.
11. Salverda E. Laat me los, hou me vast: verslag van een kwalitatief onderzoek naar het psychisch welbevinden van dertig Haagse meisjes van Hindostaanse afkomst. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, maart 2004.
12. Salverda E. Wel en wee: Turks-Nederlandse meisjes aan het woord over hun leven. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, GGD, afdeling Epidemiologie. Den Haag, april 2010.

Suïcide in de vier grote steden 1969 - 2011: omvang en trends¹

Renske Gilissen, Irene Burger

In 2011 vonden in Nederland 1.647 suïcides² plaats (1). Sinds 2007 is er in Nederland sprake van een jaarlijkse toename van het aantal mensen dat overlijdt door suïcide. Het aantal suïcides blijkt al voor het vierde jaar op rij te zijn gestegen. Ook in de rest van Europa neemt het aantal suïcides de laatste vier jaar toe. De economische crisis wordt genoemd als mogelijke oorzaak van de toename (2). Dit artikel verschaft inzicht in het aantal suïcides gepleegd door inwoners van de vier grote steden (G4: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht), gedurende de periode 1969 tot en met 2011, en beschrijft trends in het aantal suïcides. De suïcidecijfers en -trends van de G4 (als geheel en per grote stad afzonderlijk) worden vergeleken met de landelijke cijfers.

Methode

Voor dit onderzoek zijn de gegevens over het aantal suïcides, naar 5-jaars leeftijdsklasse en geslacht, verkregen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2012). Het betreft suïcidegegevens over de jaren 1969 tot en met 2011 van mensen die op het moment van overlijden na een suïcide waren ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA) van de steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam of Utrecht. Regel is dat iedereen die minimaal vier maanden rechtmatig in Nederland verblijft, zich inschrijft in de basisadministratie van de gemeente waar hij of zij woont. De suïcide hoeft niet in de woongemeente plaats te hebben gevonden. In dit artikel worden voor Nederland, voor de G4 samen, en per grote stad afzonderlijk, voor mannen en vrouwen absolute en aan bevolkingsomvang gerelateerde suïcidegegevens gepresenteerd. Ook is voor zowel mannen als vrouwen de Standardized Mortality Ratio (SMR³) berekend, die vergelijking mogelijk maakt tussen bevolkingsgroepen met een verschillende leeftijdsopbouw. De gegevens van de Nederlandse bevolking

zijn gebruikt ter vergelijking (vormen de referentiepopulatie). De gemiddelde trends over de tijd en bijbehorende 95 % - betrouwbaarheidsintervallen zijn berekend met poissonregressie (3).

Resultaten

Absoluut aantal suïcides

In de periode 1969 tot en met 2011 vonden jaarlijks gemiddeld 252 suïcides plaats door ingezetenen van de G4 (tabel 1). Dit is gemiddeld 16 % van het totale aantal suïcides in diezelfde periode in de Nederlandse bevolking (gemiddeld 1.539 suïcides per jaar, range 1.169 - 1.902). Binnen de G4 vonden de meeste suïcides plaats onder inwoners uit Amsterdam (gemiddeld 102 suïcides per jaar, range 65 - 159) en vonden de minste suïcides plaats onder inwoners uit Utrecht (gemiddeld 28 suïcides per jaar, range 14 - 43). Het absolute aantal suïcides is onder mannen 1,5 tot 2 keer hoger dan onder vrouwen.

Aantal suïcides per 100.000 inwoners

Figuur 1 toont voor mannen (links) en vrouwen (rechts), voor Nederland en de G4 als geheel, het vijf-

¹ Dit onderzoek is uitgevoerd door de GGD Den Haag d.m.v. 'Klein maar Fijn' financiering van G4-USER (Urban Social Exclusion Research), de Academische Werkplaats OGGZ van de G4. G4-USER is een samenwerkingsverband van de GGD'en van Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en GG&GD Utrecht, en de universiteiten VUMC/InGeest, LUMC, ErasmusMC en UMC St Radboud www.g4-user.nl.

² Suïcide: Betrokkene had de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstige schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, waarbij betrokkene aan de gevolgen van deze daad is overleden.

³ De SMR (Standardized Mortality Ratio) geeft de verhouding weer tussen de sterfte in de onderzoekspopulatie (in dit geval Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht) en die van de referentie populatie (Nederland). Een SMR van 110 in een stad wijst op een 10 % hogere sterfte dan de landelijke referentie.

Over de auteurs:

Mw. dr. R. Gilissen, epidemiologisch onderzoeker en mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, beiden werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag, dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn. E-mail: renske.gilissen@denhaag.nl.

Tabel 1.

Jaarlijks gemiddelde van het absoluut aantal suicides naar geslacht. G4 en Nederland, 1969-2011.

Aantal suicides	Nederland		G4		Amsterdam	
	gem.*	Range	gem.	Range	gem.	Range
Mannen	991	(722 - 1.160)	159	(110 - 221)	64	(38 - 105)
Vrouwen	549	(410 - 742)	92	(54 - 133)	38	(19 - 59)
Totaal (man en vrouw)	1.539	(1.169 - 1.902)	252	(182 - 341)	102	(65 - 159)

	Den Haag		Rotterdam		Utrecht	
	gem.*	Range	gem.	Range	gem.	Range
Mannen	36	(19 - 52)	43	(25 - 66)	17	(11 - 27)
Vrouwen	23	(11 - 44)	20	(8 - 34)	11	(1 - 21)
Totaal (man en vrouw)	58	(38 - 91)	63	(41 - 82)	28	(14 - 43)

* Door afronding van gemiddelden wijkt de optelsom van het aantal mannen en vrouwen af van het totaal.
Gegevensbron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

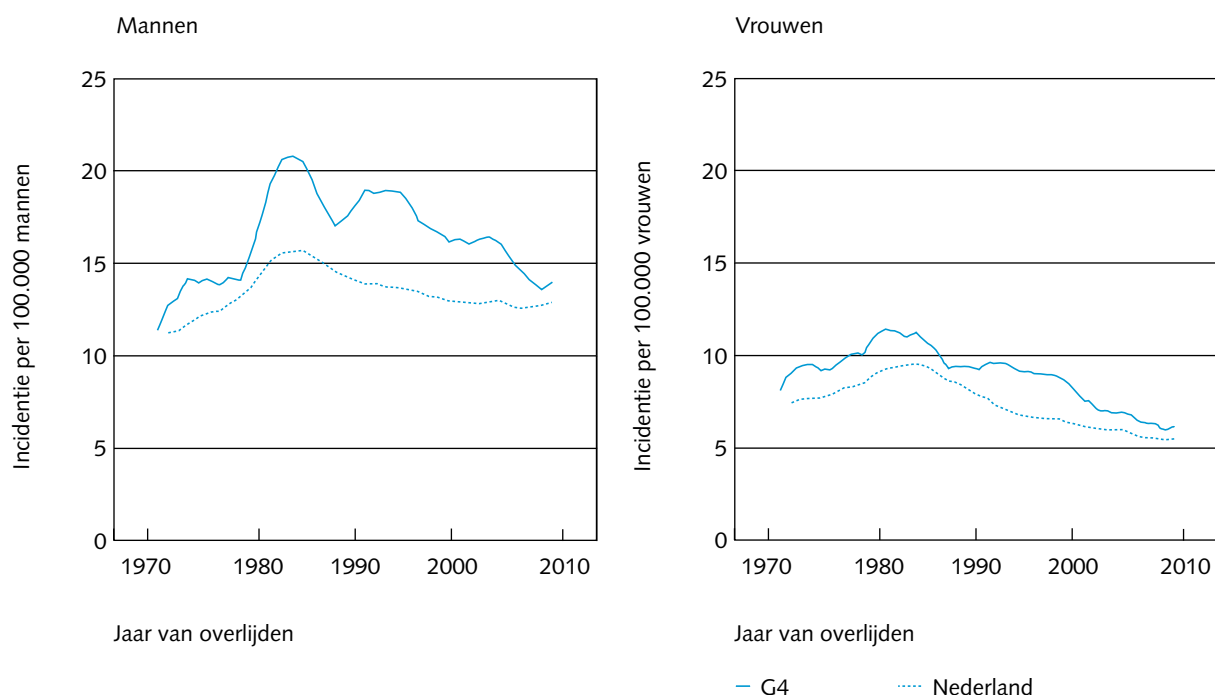
jaars voortschrijdend gemiddelde van de incidentie van suicide over 1969 tot en met 2011. De gemiddelde incidentie van suicide is in de onderzoeksperiode in Nederland bij mannen 13,3 per 100.000 per jaar, bij vrouwen 7,3. Het gemiddeld aantal suicides per jaar per 100.000 inwoners ligt in de

G4, met 16,1 voor mannen en 8,8 voor vrouwen, 21% boven het Nederlandse gemiddelde. De man-vrouw verhouding is 1,8:1,0.

Figuren 2 toont voor de periode 1969-2011 het vijf-jaars voortschrijdend gemiddelde van de incidentie van suicide voor Nederland, Amsterdam,

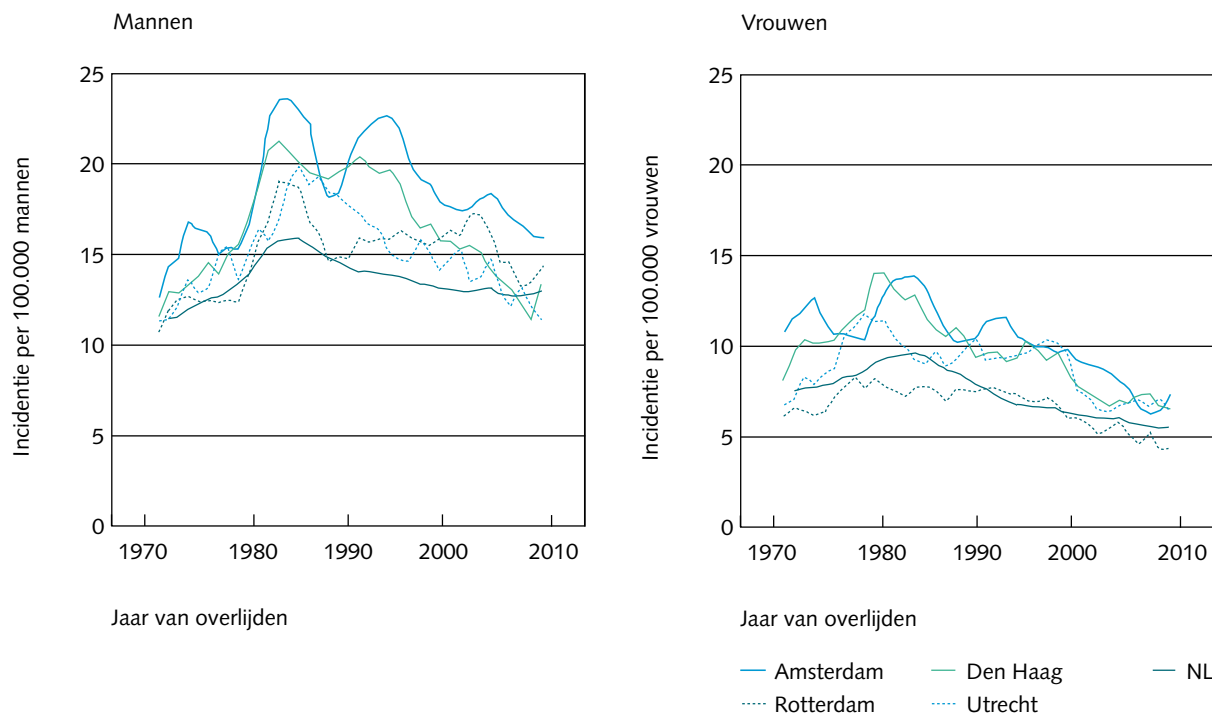
Figuur 1.

5-jaars voortschrijdend gemiddelde van de incidentie van suicide (per 100.000 inwoners per jaar) voor mannen (links) en vrouwen (rechts). G4 en Nederland, 1969-2011.



Figuur 2.

5-Jaars voortschrijdend gemiddelde van de incidentie van suïcide (per 100.000 inwoners per jaar) voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Vier grote steden en Nederland, 1969-2011.



Den Haag, Rotterdam en Utrecht.

De incidentie van suïcide is bij inwoners uit Amsterdam en in mindere mate in Den Haag verhoogd vergeleken met Nederland en de andere grote steden, zowel bij mannen als vrouwen. Het suïcidecijfer voor Rotterdamse vrouwen ligt consistent laag in vergelijking met de andere grote steden. Utrechtse vrouwen lijken een tussenpositie in te nemen.

SMR

Ook na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw (SMR-berekening), komt suïcide vaker voor onder inwoners van de G4 in vergelijking tot de gehele Nederlandse bevolking (tabel 2). De SMR van suïcide onder ingezetenen van de G4 is met 121 significant hoger dan de landelijke referentie van 100. Binnen de G4 is de SMR van suïcide het hoogst onder Amsterdamse mannen (SMR=135) en vrouwen (SMR=139). Ook bij Haagse mannen en vrouwen, Rotterdamse mannen en Utrechtse vrouwen is de SMR significant hoger dan de landelijke referentie. De uitzondering hierop vormen Rotterdamse vrouwen; de SMR onder Rotterdamse vrouwen (SMR=92) is significant lager dan onder

vrouwen uit de andere drie grote steden. De SMR van suïcide onder Utrechtse mannen verschilt niet significant met de landelijke referentie.

Stijging en daling

Het vóórkomen van suïcide fluctueert in de tijd (figuren 1 en 2). Landelijk nam vanaf 1969 het aantal suïcides per 100.000 inwoners toe en bereikte zijn hoogste niveau in 1984; sinds dat jaar werd het laagste niveau bereikt in 2007. De vier grote steden volgen dit patroon in grote lijnen. Vanaf 1984 tot en met 2011 zien we een significant dalende trend bij mannen en vrouwen. De daling in Nederland was gemiddeld 0,7% per jaar bij mannen en was sterker bij vrouwen (gemiddeld 2,1% per jaar, tabel 3). Ten opzichte van deze landelijke daling zien we bij mannen uit de G4 in deze periode een twee keer zo sterke daling (1,4%). Bij vrouwen daalde de suïcide-incidentie in de G4 net zo sterk als landelijk (2,1%). Van de vier grote steden daalde de jaarlijkse suïcide-incidentie bij mannen het sterkst in Den Haag en Utrecht, met respectievelijk 1,8% en 2,1% per jaar. Rotterdamse mannen vertonen gedurende 1984-2011 geen significante verandering. Bij vrouwen daalde de jaarlijkse suïcide-incidentie van

Tabel 2.

Standardized mortality ratio (SMR), G4 en Nederland, 1988-2010*.

SMR	Nederland	G4 gem.	Amsterdam gem.	Den Haag gem.	Rotterdam gem.	Utrecht gem.
Mannen	100	121 ^a	135 ^a	117 ^a	113 ^a	107
Vrouwen	100	121 ^a	139 ^a	123 ^a	92 ^b	133 ^a

De gegevens zijn gestandaardiseerd met de Nederlandse bevolking als referentie.

^a Statistisch significant hoger dan Nederlandse bevolking (p<.05)^b Statistisch significant lager dan andere grote steden (p<.05).

*Periode van 1988 tot en met 2010 wegens niet-beschikbare populatiegegevens per leeftijdsklasse in de jaren voor 1988 en het jaar 2011. Statistische betrouwbaarheidsintervallen zijn zo klein zijn dat de afronding een grotere fout oplevert.

Gegevensbron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

Tabel 3.

Gemiddelde trend per jaar in het aantal suicides per 100.000 inwoners vanaf 1984 ('de piek') tot en met 2011, voor mannen en vrouwen in Nederland en de G4.

Gemiddelde jaarlijkse daling	Nederland		G4		Amsterdam	
	%	95 %-BI*	%	95 %-BI	%	95 %-BI
Mannen	-0,7	(-0,9/-0,6)	-1,4	(-1,7/-1,0)	-1,4	(-1,9/-0,8)
Vrouwen	-2,1	(-2,3/-1,9)	-2,1	(-2,6/-1,6)	-2,1	(-2,9/-1,4)

Gemiddelde jaarlijkse daling	Den Haag		Rotterdam		Utrecht	
	%	95 %-BI	%	95 %-BI	%	95 %-BI
Mannen	-1,8	(-2,6/-1,1)	-0,6 ^{ns}	(-1,3/+0,1)	-2,1	(-3,2/-1,0)
Vrouwen	-2,3	(-3,3/-1,2)	-2,1	(-3,2/-1,1)	-1,7	(-3,1/-0,4)

^{ns} Niet significant (p >.05)

*95% - BI betekent 95% betrouwbaarheidsinterval.

Gegevensbron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

de vier grote steden, het minst sterk in Utrecht (1,7 %).

Het aantal suicides per 100.000 Nederlandse mannen is gedaald van 16,3 in 1984 naar 13,8 in 2011. In dezelfde periode is de suicide-incidentie bij Nederlandse vrouwen gedaald van 10,2 naar 6,1. Tabel 4 toont vanaf 'de piek' in 1984 de gemiddelde landelijke trend per jaar voor kortere perioden (zeven jaar). In Nederland was de jaarlijkse daling zowel bij mannen als bij vrouwen het sterkst in de periode van 1984 tot en met 1990.

De sterkte van de daling is sindsdien afgenomen. Gekeken naar deze 7-jaars perioden, is van 1991 - 2004 het aantal suicides per 100.000 inwoners veelal niet significant veranderd.

In de afgelopen zeven jaar, van 2005 tot en met 2011, is de suicide-incidentie bij mannen significant

gestegen.

Conclusies en discussie

Door inwoners van de G4 zijn in de periode 1969 tot en met 2011 jaarlijks gemiddeld 252 suicides gepleegd. Het exacte aantal suicides ligt mogelijk hoger dan de gegevens in dit artikel laten zien; vermoedelijk is er sprake van onderregistratie.

Bij een onnatuurlijke dood is de intentie niet altijd duidelijk en zal een suicide niet altijd herkend en als zodanig geregistreerd worden. Een eenzijdig ongeval of een overdosis drugs bijvoorbeeld zou een suicide, een ongeluk of moord kunnen zijn. Bij dit onderzoek wordt aangenomen dat de mate van onderregistratie niet is veranderd over de jaren (4). De gegevens betreffen het 'aantal suicides door inwoners van een gemeente', die kunnen verschillen van het 'aantal suicides in een gemeente' (5).

Suicide komt in het algemeen vaker voor onder

Tabel 4.

Gemiddelde trend per jaar vanaf 1984 ('de piek') per 7-jaars perioden.*

Gemiddelde jaarlijkse trend Nederland			
		%	95 %-BI**
1984 - 1990	Mannen	-2,5	(-3,7/-1,4)
	Vrouwen	-3,3	(-4,8/-1,9)
1991 - 1997	Mannen	-0,6 ^{ns}	(-1,7/+0,6)
	Vrouwen	-1,9	(-3,5/-0,3)
1998 - 2004	Mannen	-0,2 ^{ns}	(-1,4/+0,9)
	Vrouwen	-1,4 ^{ns}	(-3,1/+0,3)
2005 - 2011	Mannen	1,2	(+0,1/+2,3)
	Vrouwen	0,3 ^{ns}	(-1,4/+2,0)

* Weergave per stad is niet mogelijk wegens te kleine aantallen.

** 95% -BI betekent 95% betrouwbaarheidsinterval.

^{ns} Niet significant ($p > .05$)

Gegevensbron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.

inwoners van de G4 in vergelijking tot de gehele Nederlandse bevolking. Het gemiddeld aantal suïcides over 1969 - 2011 per jaar per 100.000 inwoners ligt voor de G4 met 16,1 voor mannen en 8,8 voor vrouwen, 21 % boven het Nederlandse gemiddelde. Met uitzondering van Rotterdamse vrouwen, komt suïcide dus vaker voor onder inwoners van de sterkst verstedelijkte gemeenten van Nederland. In absolute cijfers vinden binnen de G4 de meeste suïcides plaats onder inwoners uit Amsterdam en de minste onder inwoners uit Utrecht. Na correctie voor populatieomvang en verschillen in leeftijdsopbouw (SMR), is onder vrouwen de SMR relatief hoog in Amsterdam en ook in Utrecht en opvallend laag in Rotterdam. Onder mannen is de SMR van suïcide met name hoog in Amsterdam. Bij Utrechtse mannen komt (in tegenstelling tot de andere drie grote steden) suïcide niet significant vaker voor dan de landelijke referentie.

Omdat de SMR corrigeert voor verschillen in populatieomvang en leeftijdsopbouw, moeten de gevonden verschillen tussen de steden worden verklaard uit een verschillende verdeling van andere risicofactoren, zoals de verdeling van alleenstaanden, werklozen, laag betaalden, etnische groepen, et cetera, tussen de gemeenten. De risicofactoren zijn op basis van de huidige gegevens niet te onderscheiden. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke risicofactoren, -situaties en -omstandigheden de gevonden verschillen tussen gemeenten verklaren.

Het incidentiecijfer van suïcide fluctueert in de tijd. In het algemeen zien we zowel landelijk als in de G4 een piek rond het jaar 1984 en sinds 1984 tot en met 2011 een significant dalende trend voor mannen en vrouwen. Het aantal suïcides per 100.000 Nederlandse mannen is gedaald van 16,3 in 1984 naar 13,8 in 2011. In dezelfde periode is het aandeel suïcides bij Nederlandse vrouwen gedaald van 10,2 naar 6,1. Bij mannen uit de G4 is de suïcide-incidentie twee keer zo sterk gedaald als bij Nederlandse mannen. Bij Haagse en Utrechtse mannen is het incidentiecijfer het sterkst gedaald. In Rotterdam zien we geen verandering van de suïcide-incidentie bij mannen. Bij vrouwen is de jaarlijkse suïcide-incidentie sterker gedaald dan bij mannen. De sterkere daling bij vrouwen geldt zowel voor vrouwen uit de Nederlandse bevolking als vrouwen uit de G4 als geheel. Alleen bij Utrechtse vrouwen daalde de jaarlijkse suïcide-incidentie minder sterk.

Over het geheel zien we vanaf 1984 tot en met 2011 dus een dalende trend. Verklaringen voor de dalende trend sinds 1984 zijn op basis van dit onderzoek niet te geven. Mogelijke verklaringen zijn bijvoorbeeld (een combinatie van) verbeterde levensomstandigheden, verbeterde psychiatrische zorg, meer openheid om over suïcidaliteit te praten, of een toename in het aantal verzoeken om euthanasie (6-8). Een sterkere stijging van het percentage immigranten uit islamitische staten in de grote stad, ten opzichte van het percentage in Nederland als geheel, zou een deel van de sterkere daling in de G4 kunnen verklaren. Zo blijkt het suïcidecijfer lager voor Marokkanen en Turken dan voor autochtone Nederlanders (9-11).

De dalende trend zet zich sinds 1991 minder sterk voort en alleen bij vrouwen. De afgelopen jaren is er bij mannen zelfs sprake van een stijging in de suïcide-incidentie; van 2005 tot en met 2011 is de incidentie bij mannen significant toegenomen met gemiddeld 1,2 % per jaar. Opgemerkt moet worden dat in 2007 het aantal suïcides per 100.000 inwoners met 11,7 bij Nederlandse mannen en 5,0 bij Nederlandse vrouwen veel lager was dan in andere jaren. Als incidenties erg laag zijn, is er minder ruimte om nog verder te dalen. Uit internationaal onderzoek (12) blijkt dat suïcide kan samenhangen met de economische crisis.

Of de recente toename van suïcide bij mannen in ons land inderdaad te maken heeft met de huidige economische recessie is niet bekend.

Deze samenhang zal in 2013 door de afdeling Epidemiologie van de GGD Den Haag worden onderzocht in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Er is nadrukkelijk *geen sprake* van een 'recordaantal zelfdodingen in Nederland', waarover onlangs werd gerapporteerd (13). Gerelateerd aan de bevolkingsomvang is het niveau in 2010 en 2011 inderdaad hoger dan in 2007, maar ongeveer gelijk aan dat van 1995 - 2005 en (een stuk) lager dan de jaren ervoor. Preventie van suïcide hoort tot de volksgezondheidsprioriteiten van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Om het aantal suïcides (verder) terug te dringen moet het beleid, naast gegevens over het aantal suïcides, kunnen beschikken over kennis van belangrijke beïnvloedende factoren voor suïcide. Alleen die kennis kan concrete aanknopingspunten bieden voor suïcidepreventie.

Referenties:

1. Centraal Bureau voor de Statistiek, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3668-wm.htm>.
2. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124 - 125.
3. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. Poisson Regression Analysis. In: *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*; 1988; 497 - 512.
4. Garssen J, Hoogenboezem J. Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht. In: CBS. *Bevolkingstrends*. 4e kwartaal. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2007; 73 - 83.
5. Burger I. Resultaten registratie suïcidaal gedrag nader beschouwd. *Epidemiol Bul Grav* 2013; 48 nr 1/2: 12 - 28.
6. Bool M., Majo C., Smit F. Daling in suïcide in Nederland 2007: Verkenning van achtergronden en verklaringen. Trimbos-Instituut, Utrecht, 2009.
7. Van Hemert AM, de Kruif M. Dalende incidentie van zelfdoding en veranderde methoden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153 B384, 1 - 6.
8. Schudel WJ, Vroom-Jorgerden JM. The Elderly and their self-determined death in the Netherlands: A brief update. In: Diego de Leo; *Suicide and Euthanasia in Older Adults, A Transcultural Journey*; Hogrefe & Huber Publishers; 2001; 214 - 216.
9. Garssen MJ, Hoogenboezem J, Kerkhof AJFM. Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150 nr. 39: 2143 - 2149.
10. Burger I, Schudel WJ. Suicides in Den Haag, 1987 - 2007. *Epidemiol Bul* 2008; 43 nr.1: 2 - 9.
11. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 77 - 97.
12. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124 - 125.
13. http://www.rtl.nl/components/actueel/rtlnieuws/2012/07_juli/09/binnenland/nog_nooit_zoveel_zelfmoorden_in_nederland.xml.

Verslaglegging over de periode juni 2011 t/m oktober 2012, met casusverslagen

SuNa-casemanagement Den Haag voor 12 - 27-jarigen met suïcidaal gedrag

Irene Burger, Deanne van de Vlist, Renate Bravaric, Indra Janki en Marion Ferber

Om herhaling van suïcidaal gedrag te voorkomen is goede nazorg belangrijk, zeker wanneer het zelfbeschadigende gedrag zich al op jonge leeftijd manifesteert. Hulp zoeken en vinden blijkt vooral voor jongeren en jongvolwassenen lastig; drempels zijn vaak hoog, het aanbod onduidelijk en schaamtegevoelens groot. De GGD Den Haag initieerde om die reden in 2005 het zogenoemde SuNa-casemanagement (SuNa staat voor nazorg na zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag). Het SuNa-casemanagement richt zich op jongeren in de leeftijd van 12 tot 27 jaar die zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag vertonen. Dit is ook een leeftijdsgroep waarin suïcidaal gedrag veelvuldig voorkomt. Het werk van SuNa draagt een outreachend karakter, wat betekent dat men actief en ongevraagd contact legt met de doelgroep, met het doel passende hulp op gang te brengen.

De afgelopen anderhalf jaar is er veel aandacht besteed aan de SuNa-registratie, in 2013 zal deze verder worden aangescherpt en aangevuld. In dit artikel leest u - aangaande de periode 1 juni 2011 t/m 31 oktober 2012 - over de aard en omvang van het werk van de SuNa-casemanagers in kwantitatieve zin. In aparte kaders bij het artikel wordt hun werk inzichtelijk gemaakt aan de hand van kwalitatieve casusbeschrijvingen.

Inleiding

Het team van SuNa-casemanagers is in dienst van de GGD Den Haag en maakt - sinds kort - onderdeel uit van de productgroep Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (1,2 fte). Verpleegkundigen (en artsen) van spoedeisendehulp-afdelingen (SEH-afdelingen) in Den Haag rapporteren aan het SuNa-casemanagement alle consultaties op de SEH van 12 - 27-jarigen die naar de SEH-afdeling komen (of worden vervoerd) voor medische zorg na zelfbeschadiging of suïcidale gedragingen.

Dat kan licht letsel zijn zoals oppervlakkige krasverwondingen (een vorm van automutilatie) maar ook zeer zwaar letsel, bijvoorbeeld opgelopen na een niet-fatale sprong van een hoogte (mislukte suïcide). 90 % van de aanmeldingen komt van de Haagse SEH-afdelingen. De overige 10 % is afkomstig van de 24-uurs Psychiatrische Spoeddienst (Crisisdienst) in Den Haag of van een andere instantie die bekend is met het werk van het SuNa-casemanagement en die SuNa-bemoeienis noodzakelijk acht.

Na een melding van zelfbeschadigend/suïcidaal

gedrag van een 12 - 27-jarige probeert een SuNa-casemanager zo snel mogelijk in contact te komen met de (familie van de) jongere. In dit contact wordt de ernst van de situatie beoordeeld en bekeken wat eventueel nodig is. Soms ontvangt de jongere al hulp of wordt die binnenkort verwacht. Dan kan een rol op afstand voldoende zijn om therapietrouw te bewerkstelligen. In andere situaties is juist het stimuleren van passende hulp een belangrijke taak voor het SuNa-casemanagement. In noodsituaties (spoedplaatsingen), bij een noodzakelijke 'warme' overdracht (waarbij een SuNa-casemanager bijvoorbeeld meegaat op gesprek) en bij 'onvrede' over de geboden professionele hulp zijn goede ingangen nodig bij de professionele (GGZ)-hulpverleners. Goed contact met de ketenpartners is van essentieel belang.

Hiertoe wordt er in Den Haag zeer nauw en enthousiast samengewerkt met GGZ-instellingen als PsyQ, Parnassia, De Jutters en met Bureau Jeugdzorg en de ambulancediensten. Deze jarenlange samenwerking werpt vruchten af. Zorgafspraken kunnen steeds gemakkelijker worden gemaakt, in

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, werkzaam bij de afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag; mw. D. van de Vlist, SuNa-casemanager; mw. R. Bravaric, SuNa-casemanager; mw. I. Janki, SuNa-casemanager; mw. M. Ferber, projectleider SuNa-casemanagement; allen werkzaam bij de GGD Den Haag, dienst Onderwijs Cultuur en Welzijn. Email: irene.burger@denhaag.nl.

SuNa in de praktijk

Jasmina, 18 jaar

Een arts van de Afdeling Spoedeisende Hulp geeft aan de SuNa-casemanagers naam en geboortedatum door van een meisje dat 's nachts is opgenomen op de Intensive Care (IC). Het gaat om de 17-jarige Jasmina die een overdosis medicatie heeft ingenomen na een ruzie thuis. Omdat zij nu op de IC ligt wacht de casemanager een paar dagen met bellen. Na vijf dagen neemt ze contact op en Jasmina is nu in staat haar te woord te staan.

Het blijkt niet goed met haar te gaan. Jasmina is de oudste dochter thuis en heeft twee broertjes voor wie ze moet zorgen. Hierdoor kan ze vaak niet naar school, wat ze wél heel graag wil. Haar vader is weinig thuis en bemoeit zich niet veel met het gezin. Haar moeder is wel lief, maar kan de kinderen eigenlijk niet goed aan waardoor er veel verantwoordelijkheid ligt op Jasmina's schouders. Op de dag van de zelfmoordpoging barstte de bom: Jasmina heeft een vriendje, en daar was haar moeder achter gekomen. Er ontstond een grote ruzie. Dat deed Jasmina in haar wanhoop besluiten een zelfmoordpoging te doen. Dit alles vertelt Jasmina tijdens het eerste contact aan de telefoon. Een week na het eerste telefoontje staat de casemanager bij Jasmina voor de deur. Zij woont in een jaren dertig portiekwoning in een grauwe buitenwijk van de stad. Bij binnenkomst valt het op dat er niets op vloer ligt in het kleine flatje, er staat een kapotte bank en er zijn veel mensen. Er hangt een grote televisie aan de muur die hard aanstaat. De broertjes van Jasmina zijn thuis en lopen half aangekleed door het huis, uit een andere kamer steekt een jongeman zijn hoofd om de deur om te kijken wie er is.

Jasmina zelf zit in een hoekje van de kamer naast haar moeder, die een nog jonge opzichtig opgemaakte vrouw blijkt te zijn. Al gauw wordt het de casemanager duidelijk dat zij met de moeder niet veel verder zal komen. Wat haar betreft is er niet veel aan de hand. Wat Jasmina gedaan heeft was in haar ogen zeker geen zelfmoordpoging, maar een roep om aandacht. Je moet er maar niet te veel over praten, vindt ze. Tijdens het gesprek checkt moeder regelmatig haar Blackberry. Dan staat ze op en zegt dat ze nog een afspraak heeft en loopt de kamer uit. Jasmina heeft niet veel gezegd. Ze is een klein, tener meisje met een verdrietige uitdrukking op haar gezicht.

De casemanager neemt haar mee naar buiten, weg van het lawaaiige huis. Eenmaal buiten vertelt ze dat ze erg ongelukkig is. Maar eigenlijk wil ze helemaal niet dood. Ze heeft spijt van de poging, en weet niet hoe het nou verder moet. Ze is erg open, daardoor kan de casemanager verder vragen. Heeft ze zichzelf wel eens beschadigd?

Jasmina trekt zwijgend de mouw van haar jas omhoog. In haar arm staan diverse littekens, sommige nog heel vers. 'Ik doe dit al jaren', fluistert ze. 'Niemand weet dat ik dit doe, ik schaam me er voor. Maar als ik het doe is het een opluchting, het lucht meer op dan huilen'.

Langzaam wordt een aantal dingen duidelijk. Haar moeder heeft contacten met verschillende mannen, mannen die ook wel eens aan Jasmina zitten. Dit gebeurt al sinds haar zevende jaar. Haar vader ziet ze zelden of nooit en als ze hem ziet is hij dronken of agressief. De twee broertjes van vier en vijf jaar oud zijn beiden van andere vaders. De casemanager belooft Jasmina er alles aan te gaan doen om haar uit deze benarde positie te halen en geeft haar telefoonnummer en emailadres zodat Jasmina in ieder geval contact kan opnemen. Omdat de problemen het hele gezin betreffen betreft de casemanager het AMK bij de hulpverlening (Advies & Meldpunt Kindermishandeling). Het AMK besluit een onderzoek in te stellen daar het niet alleen om Jasmina gaat, maar ook om haar twee jongere broertjes. Daarnaast, omdat Jasmina snel hulp nodig heeft, krijgt Jasmina gesprekken bij een psycholoog zodat die haar kan leren om te gaan met haar problemen. Ook de school wordt benaderd zodat ook vanuit die hoek hulp wordt geboden.

Binnen een week heeft de casemanager een intakegesprek geregeld voor Jasmina. Omdat Jasmina aangegeven heeft dat ze het heel eng vindt, gaat de casemanager mee naar het gesprek. De school van Jasmina toont zich welwillend. Zij blijkt een gemotiveerde leerlinge van het ROC te zijn en men wil graag meedenken over hoe haar te kunnen helpen. De school zal de casemanager op de hoogte houden of Jasmina naar school komt en hoe het met haar gaat. Met de ingeschakelde hulpverlener van de GGZ-instelling blijkt het goed te klikken, Jasmina komt trouw op haar afspraken. Zelf spreekt de casemanager Jasmina wekelijks op een vast tijdstip om te vernemen hoe het gaat.

het bijzonder wanneer versnelde toeleiding noodzakelijk is.

Na een periode van wisseling van SuNa-casemanagers is er sinds juni 2011 bij de GGD Den Haag een vast team van drie (parttime) SuNa-casemanagers in dienst die meer en meer geprotocolleerd registreren.

Afstemming en uniforme registratie vragen veel tijd, zeker in geval van outreachend werk dat ad hoc op een (verslechterende) situatie van een cliënt inspeelt en niet volgens vaststaande richtlijnen verloopt. De afgelopen anderhalf jaar is er veel aandacht aan de SuNa-registratie besteed en in 2013 zal deze verder worden aangescherpt en aangevuld¹.

Sociaal-demografische kenmerken

Bij een melding van in de meeste gevallen dus een SEH-afdeling, wordt het geslacht, de leeftijd en het telefoonnummer van de cliënt doorgegeven. Richtlijn is dat dit met toestemming van de cliënt gebeurt. De overgrote meerderheid van de 259 inschrijvingen betrof meisjes of jonge vrouwen: 83 % was vrouw, 17 % man. Automutilatie en niet-fataal suïcidaal gedrag komen ook bij vrouwen het meeste voor (1,2). Haagse vrouwen in de leeftijd van 15 - 24-jaar liepen in 2008 - 2010 in vergelijking tot mannen een ruim vier keer zo groot risico op een gebeurtenis van parasuicide (3). Bij automutilatie is het verschil tussen meisjes en jongens minder groot (4).

Het SuNa-casemanagement richt zich op 12 - 27-jarigen². De groep van 20-24-jarigen is het grootst (47 %: 123 jongeren), gevolgd door de 15 - 19-jarigen (36 %: 96 jongeren).

De SuNa-casemanagers is gevraagd de etnische herkomst te registreren op basis van het geboorteland van de jongere en/of van zijn of haar ouder(s), dit alles conform de VNG-systematiek³. Van de groep waarvan de etnische herkomst bekend (77 %) werd⁴, was bijna de helft Nederlands (92 jongeren), 17 % Turks (35 jongeren), 12 % Surinaams (24 jongeren), 8 % Marokkaans (17 jongeren) en

3 % Antilliaans (5 jongeren). Er kwamen 24 jongeren of hun ouder(s) uit andere niet-westerse landen en zes uit westerse landen buiten Nederland.

Deze procentuele verdeling naar etniciteit van SuNa-cliënten komt in grote lijnen overeen met het voorkomen van parasuïcidaal gedrag onder etnische groepen in Den Haag (3).

Het merendeel van de 206 SuNa-cliënten van wie het adres bekend was, woonde in stadsdeel Centrum (36 %), op afstand gevolgd door stadsdeel Escamp (13 %), Laak (9 %), Segbroek (7 %) en Loosduinen, Scheveningen of Haagse Hout (alle drie ruim 3 %). Uit de Vinex-wijk Leidschenveen-Ypenburg kwamen vier jongeren (2 %). Bijna één op de vier (23 %) SuNa-cliënten woonde niet in Den Haag. Tweederde van hen woonde in Haaglanden of het Westland en de anderen elders in Zuid-Holland of (ver) daarbuiten (tien cliënten). In dat laatste geval waren ze meestal in een Haagse GGZ-instelling opgenomen.

Methode en aanleiding van zelfbeschadigend/suïcidaal gedrag

Van de gevallen waarin de methode geregistreerd en dus bekend is (N=200) blijkt 71,5 % (ook) een overdosis medicijnen te hebben ingenomen, of ander vergif (7,5 %). 7 % van de jongeren heeft zichzelf beschadigd door krassen of andere ondiepe verwondingen (automutilatie). Ernstiger letsel met diepe verwondingen deed zich voor bij 14 % van de SuNa-jongeren. Enkele jongeren (2 %) hadden een poging gedaan zichzelf te laten overrijden of op te hangen. Overmatig alcoholgebruik speelde bij 4 % een rol van betekenis en 3,5 % vertoonde suïcidaal gedrag anders dan hierboven beschreven.

Wanneer het SuNa-casemanagement contact legt met een jongere van wie een melding van zelfbeschadigend/suïcidaal gedrag is binnengekomen, probeert de SuNa-casemanager de aanleiding zo snel mogelijk te achterhalen. Van 208 jongeren (80 %) is de aanleiding geregistreerd. In tabel 1 staan

¹ Eerder verscheen er een SuNa-verslag in 2006 en 2009 (1) (2).

² De leeftijdsgrenzen zijn op financieel-juridische gronden gekozen (voor outreaching bemoeienis bij jongeren jonger dan 12 jaar is bijvoorbeeld toestemming van de ouders nodig).

³ In de VNG-systematiek gaat een geboorteland buiten Nederland voor op Nederland, niet-westers prevaleert boven westers. En in volgorde van belangrijkheid wordt achtereenvolgens het geboorteland van betrokkene bekeken en daarna dat van de moeder respectievelijk de vader.

⁴ Van ruim een vijfde kon vooral vanwege het uitblijven van contact met de jongere, de etniciteit niet worden vastgesteld. Dit kan verschillende oorzaken hebben, het telefoonnummer is niet correct of is alweer veranderd; de cliënt woont en verblijft niet meer in (de regio van) Den Haag of de cliënt is zo kort geleden ingeschreven dat nog geen contact heeft plaatsgevonden waarin dit gespreksonderwerp was. Bij de beschrijving van volgende kenmerken mist informatie bij 20-25 % van de cliënten.

De moeder van Jasmina heeft in het begin nogal wat weerstand tegen de hulp die wordt aangeboden. Na verloop van tijd geeft ze echter te kennen toch blij te zijn met het hulpproces dat in gang is gezet door het AMK. Er komt nu regelmatig iemand van Jeugdzorg die de kleine jongens in de gaten houdt, aandacht geeft aan de moeder en vooral Jasmina ondersteunt in de opvoeding.

Met haar vriendje heeft Jasmina het nu uitgemaakt. Ze is er erg verdrietig van, maar wil nu eerst aan zichzelf werken voordat ze aan een nieuwe relatie begint. De relatie met haar moeder is wat verbeterd, moeder beseft dat het echt heel slecht ging met Jasmina en zij is ook al een keer mee geweest op gesprek bij de GGZ. Naar aanleiding van dat

gesprek is de moeder zelf ook hulp gaan zoeken. Zeven maanden na het eerste gesprek heeft Jasmina besloten om op zichzelf te gaan wonen om rust te krijgen en afstand te creëren. Met behulp van de GGZ en bemiddeling van de casemanager is het gelukt om woonruimte te vinden. Ze woont nu onder begeleiding op kamers. SuNa is positief gestemd over de ontwikkelingen die Jasmina doormaakt. Zij is er nog niet, maar het team verwacht dat het gaat lukken om haar leven weer op de rails te krijgen. De therapie valt Jasmina heel zwaar, en ze heeft een schooljaar over moeten doen. Toch is ze optimistisch over de toekomst. Ze wil het anders en is op de goede weg. De casemanager heeft er alle vertrouwen in dat het haar gaat lukken.

Brenda, 23 jaar

Brenda komt met grote regelmaat in beeld. Ze beschadigt zichzelf. Brenda krijgt intensieve hulp van de GGZ en wordt met grote regelmaat opgenomen. Brenda snijdt zichzelf. Vaak ernstig, regelmatig moet ze gehecht worden. Ze wisselt regelmatig van Spoedeisende Hulp maar iedereen kent haar inmiddels. Brenda snijdt zichzelf omdat ze niet meer anders kan. Er is zoveel verdriet, zo veel ellende in haar leven dat ze geen andere mogelijkheid meer ziet dan zichzelf heel veel pijn te doen.

Naast het snijden onderneemt ze regelmatig een zelfmoordpoging. Soms weet ze het niet meer, gebeuren de dingen in dissociatieve toestand. En soms is ze psychotisch. Maar meestal is ze vooral heel erg verdrietig. Toeleiden naar zorg hoeft niet meer, ze heeft alle hulp die er beschikbaar is. Toch heeft SuNa regelmatig even contact met haar. Al is het maar om haar een vriendelijk woord te geven of even te troosten. Bij Brenda staat: regelmatig contactmoment en eventueel mee naar het ziekenhuis.

Louise, 21 jaar

Louise is net ontslagen uit het ziekenhuis, ze is nog herstellend van het azijnzuur dat ze heeft gedronken nadat haar vriend het had uitgemaakt. Ze heeft spijt van haar daad en is erg geschrokken van de pijn. Het was haar eerste poging. Ze wilde niet dood, maar haar hoofd zat vol. Ze wilde rust en dat de gedachten stopten. Ze heeft er geen problemen mee te praten over de relatie die net verbroken is. Het was met een getrouwde man, die uiteindelijk niet voor haar koos. Het is dezelfde man waarmee ze lachend op de grote hartvormige foto aan de muur staat. Van die foto kan ze nog niet echt afscheid nemen. Naast het verdriet van haar verbroken relatie heeft zij nog een aantal andere problemen.

Louise is als kind vanuit Suriname meegegeven aan een oom, als ware het zijn eigen kind. Ze mist haar eigen ouders die ze al heel lang niet heeft gezien. Ze heeft problemen op haar werk. Het schoonmaakwerk dat zij doet is lichamelijk voor haar te zwaar, waardoor zij zich regelmatig ziek meldt. Ook heeft ze een kleine schuld opgebouwd.

De casemanager heeft de maanden hierna regelmatig gesprekken met Louise een besteedt ook aandacht aan een aantal praktische zaken. Via een afdeling van Maatschappelijk Werk wordt gezocht naar werk dat beter bij haar past. Met hulp van de inzet van Stichting MEE (een stichting die hulp biedt aan mensen met een beperking) worden de financiën van Louise op orde gebracht. Ook wordt voor Louise een 'maatje' geregeld met wie zij leuke dingen kan doen.

Na een aantal maanden gaat de casemanager voor de laatste keer bij haar op huisbezoek. Louise vertelt dat het goed met haar gaat, dat ze met plezier naar haar nieuwe werk gaat. De schuld die ze had is inmiddels afgelost en ze kan nu sparen voor een reis naar Suriname. Ze heeft geen sombere gedachten meer en verheugt zich er op haar ouders weer te ontmoeten. De casemanager merkt op dat de foto van haar en haar ex-vriend van de muur is verdwenen.

Tabel 1.

Aanleiding (combinaties mogelijk) van het zelfbeschadigende/suïcidale gedrag in percentages van het aantal SuNa-jongeren van wie dit bekend was.
Den Haag, 1 juni 2011 t/m 31 oktober 2012.*

Aanleiding (combinaties mogelijk)	Aantal	% **
Problematische gezinssituatie	67	32,2
Relatieproblematiek	62	29,8
Psychiatrische ziekte	57	27,4
Geringe zelfacceptatie	27	13,0
Interculturele problematiek	12	5,8
Traumatisch ervaring	7	3,4
Financiële problematiek	7	3,4
Identiteitsproblemen	3	1,4
Seksueel misbruik	3	1,4
Multiple problematiek (meer dan vier combinaties)	7	3,4
Anders	19	9,1
Totaal aantal jongeren	208	

* Excl. 51 SuNa-jongeren van wie op 1 november 2012 geen aanleiding bekend was.

** Doordat combinaties mogelijk zijn is de som van de percentages in deze kolom hoger dan 100 %

problemen die bij deze 208 jongeren aanleiding zijn geweest voor het zelfbeschadigende/suïcidale gedrag.

Bij eenderde was sprake van een problematische gezinssituatie⁵, waarbij de jongere geen andere uitweg meer zag dan zichzelf letsel toebrengen.

Ook relatieproblemen (29,8 %) en psychiatrische ziekten (27,4 %) bleken hierbij al dan niet in combinatie vaak een rol van betekenis te spelen.

Een geringe zelfacceptatie (12,9 %) is eveneens een regelmatig terugkerende oorzaak om zichzelf lichamelijke schade toe te brengen.

Psychiatrische ziekten werden vooral bij Nederlandse SuNa-jongeren genoteerd (31,3 %), Bij Turkse, Marokkaanse en Surinaamse SuNa-jongeren was dit beduidend minder (respectievelijk 14,3 %, 6,7 % en 5,9 %). Interculturele problematiek stond bij Turkse jongeren bovengemiddeld vermeld: 14 % van de Turkse SuNa-jongeren (gemiddeld 5,8 %).

Een gebrek aan sociale support, depressieve gevoelens en geringe zelfacceptatie zijn in het bijzonder bij 15-24-jarigen risicofactoren om zichzelf te beschadigen en/of suïcidaal gedrag te vertonen (5).

Inschrijvingen en intensiteit van de bemoeienis

In de periode 1 juni 2011 t/m 31 oktober 2012 stonden 259 cliënten voor een korte of langere periode ingeschreven bij het SuNa-casemanagement. 49 van de 259 cliënten (19 %) waren al voor 1 juni 2011 ingeschreven; 179 cliënten (69 %) zijn in de registratieperiode uitgeschreven en 80 cliënten (31 %) stonden op 31 oktober 2012 nog ingeschreven. De toename van de caseload tussen 1 juni 2011 en 31 oktober 2012 kan worden toegeschreven aan de wisseling van casemanagers en uitbreiding van de formatie.

In beginsel is afgesproken dat de SuNa-casemanagers hun cliënten zes maanden volgen. 45 % van de 80 SuNa-jongeren die op 31 oktober 2012 nog niet waren uitgeschreven, stonden langer dan zes maanden ingeschreven. Van de 179 SuNa-jongeren die wel waren uitgeschreven was dit slechts bij 40 % na zes maanden gedaan. Een constructief uitschrijf beleid na zes maanden blijkt dus in de praktijk lastig. De intensiteit van de bemoeienis met of ten behoeve van SuNa-jongeren loopt sterk uiteen.

Bij twee SuNa-jongeren had de inschrijving kort voor 31 oktober 2012 plaatsgevonden en was nog geen bemoeienis gestart. Datzelfde gold voor twee SuNa-jongeren die enkele maanden geleden waren ingeschreven. Elf jongeren waren uitsluitend in- en uitgeschreven, bij hen stond geen nadere actie vermeld. Mogelijk ontbraken in beide groepen essentiële contactgegevens en waren de twee SuNa-jongeren nog niet uitgeschreven.

Tegenover deze 'nul acties' staat één SuNa-cliënt voor wie een kleine honderd acties nodig zijn geweest, van telefoontjes (50x), casusoverleg met hulpverlening (23x); face-to-face contacten met cliënt of direct betrokkenen (22x) tot diverse sms-jes en e-mails . In totaal hebben voor de 259 SuNa-jongeren die tussen 1 juni 2011 en 31 oktober 2012 stonden ingeschreven, 335 face-to-face cliëntcontacten (meest huisbezoeken) plaatsgevonden, 275 contacten met de hulpverlening, 70 collegiale voortgangsgesprekken, 37 face-to-face-contacten met familie en vrienden,

⁵ Zoals beperkte vrijheden, spanningen door slechte verhoudingen en/of psycho-sociale problematiek (alcoholmisbruik; geweld; werkloosheid) in het gezin.

Rob, 21 jaar

Rob wordt door de Spoedeisende Hulp bij SuNa aangemeld. Hij heeft een suïcidepoging gedaan door een flinke dosis medicatie in te nemen. Hoewel hij zelf naar de Eerste Hulp is gekomen, geeft hij daar aan dat hij absoluut niets met hulpverleners te maken wil hebben. Hij wil dus ook niet zijn telefoonnummer geven. Toch zet de casemanager hem in het systeem.

Twee weken later komt er weer een melding van de Spoedeisende Hulp. Het gaat om dezelfde jongeman. Dit keer krijgt de casemanager wel een nummer en een adres. De telefoon wordt niet opgenomen.

Omdat deze jongen nog niet bekend is bij SuNa gaan er dit keer twee casemanagers op huisbezoek. Ze treffen een oudere man aan, die vertelt dat Rob zijn pleegzoon is. Maar hij woont daar niet meer. Rob is als baby bij hem en zijn vrouw in huis gekomen. Zijn moeder kon niet voor hem zorgen en zijn vader is onbekend. Hij is liefdevol opgevangen in het pleeggezin maar vertoonde al vroeg gedragsproblemen.

In de vroege puberteit werd het zo erg dat Rob is overgeplaatst naar een opvanghuis voor moeilijk opvoedbare kinderen. En van daaruit is hij overgeplaatst naar een gesloten jeugdinstelling. Nu is Rob terug in Den Haag maar het gaat helemaal niet goed. Hij liegt, bedriegt, steelt en vecht. Hij heeft grote schulden en loopt op alle gebieden vast. Op dit moment woont hij in een huis van een vriend maar daar heeft hij slaande ruzie gekregen met een huisgenote. Hierop heeft hij zijn tweede zelfmoordpoging gedaan.

Rob is bij verschillende instanties aangemeld, vooral op het gebied van maatschappelijk werk. Maar er is nog niets van de grond gekomen. Volgens de pleegvader is Rob geen slechte jongen, hij is alleen ziek.

De casemanagers maken een stappenplan. Maatschappelijk werk als hulp is waarschijnlijk te licht voor deze jongen. Ze nemen de verschillende opties door zodat ze Rob in het kennismakingsgesprek al wat te bieden hebben. Op het adres dat zijn pleegvader heeft opgegeven wordt

niet opengedaan, ook de telefoon wordt niet opgenomen.

De volgende dag komt er een alarmerend telefoontje van zijn pleegmoeder. Rob heeft gisteravond sms-jes verstuurd waar in stond dat hij een eind aan zijn leven ging maken.

De casemanagers doen een vooraanmelding bij de crisisdienst van de GGZ en gaan weer naar het woonadres.

Rob is thuis, een slaperige jongeman staat in de deuropening met een grauwe deken om zich heen gewikkeld. De casemanagers leggen uit wie ze zijn en mogen binnenkomen.

Het wordt al snel duidelijk dat dit een doorgewinterde jongere is, die goed weet hoe het werkt in hulpverlenersland. Hij geeft toe in het verleden sociaal wenselijke antwoorden te hebben gegeven op alle onderzoeksvragen die hem gesteld werden. Hierdoor is het onduidelijk wat er nou precies aan de hand is met Rob.

De casemanagers brengen samen met Rob zijn praktische problemen in kaart en zetten die in volgorde van belangrijkheid. Hierna benaderen ze de instanties waar Rob bekend is en beoordelen ze bij welke GGZ hulpverlening Rob het best op zijn plaats is.

Alles wordt met Rob besproken en hierbij krijgt hij heel duidelijk te horen dat hij ook zelf in actie moet komen. En dat doet hij!

Binnen een maand is zijn zorgverzekering geregeld en is hij bereid om op intake te komen bij PSYQ. Ook komt hij voor het eerst van zijn leven afspraken bij het JIT (Jeugd Interventie Team) na. Hij begint te beseffen dat als hij zelf niets doet, er ook niets gebeurt.

Mede door de duidelijkheid waarmee de casemanagers te werk zijn gegaan is hij tot dit besef gekomen.

Inmiddels is Rob in zorg en stukje bij beetje begint alles te lopen. Hij is druk op zoek naar woonruimte en denkt na over een opleiding. Hij wil in de toekomst graag als beveiligger gaan werken. Omdat Rob nu de juiste zorg krijgt wordt hij bij SUNA uitgeschreven.

(Vervolg op pagina 42)

32 sms-jes, 28 e-mailcontacten en niet minder dan 650 telefonische contacten.

Wel/niet in zorg

De SuNa-casemanagers behandelen niet, maar begeleiden en volgen. Ze leggen en onderhouden contact met de SuNa-cliënten om in goed vertrouwen hun (problematische) situatie te volgen en om behandeling - indien nodig - te adviseren en te faciliteren. Dit laatste door bruggen te bouwen naar de reguliere hulpverlening. Regelmatig zijn SuNa-cliënten al in behandeling bij een GGZ-instelling of heeft Jeugdzorg al bemoeienis op het moment van aanmelding bij het SuNa-casemanagement.

In de loop van 2012 is getracht de mate waarin de jongeren in behandeling zijn ten tijde van de SuNa-bemoeienis in kaart te brengen. Bij ruim de helft is dit gelukt. Van de 142 SuNa-jongeren over wie deze informatie beschikbaar is, waren 66 jongeren (47%) in behandeling en 76 jongeren (53%) - nog - niet. Belangrijk is ook te weten in hoeverre ze ten tijde van de SuNa-aanmelding al in zorg waren. Bij bijna een kwart was dit het geval, bij de anderen was geen behandeling bekend, dus mogelijk waren ze niet in zorg, of wel, maar was onbekend waar dat was. De registratie vraagt op dit punt verbetering.

Betekenis SuNa-casemanagement en kwaliteitslag SuNa-registratie

Bovenstaande informatie over de aard en omvang van SuNa-cliënten is van groot belang voor de omvang en typering van de werkzaamheden van het SuNa-casemanagement, maar zegt nog weinig over het *effect* van de SuNa-bemoeienis zelf. Daarvoor is meer kennis nodig, bijvoorbeeld over de inhoud van de contacten, de situaties van contactverlies en de kenmerken van de groep die niet of nauwelijks kan worden bereikt. Ervaringen van hulpverleners die SuNa-cliënten *in zorg* hebben zijn daarbij van belang, evenals de mening van de SuNa-jongeren zelf. Dit laatste - zo bleek uit een proef afgelopen jaar - is lastig in kaart te brengen. De bereikbaarheid en de bereidheid tot deelname bij SuNa-jongeren bleek daarvoor te gering. Aan de SuNa-casemanagers is gevraagd om te registreren welke belemmeringen dan wel successen *zij* hebben ervaren in contact met de groep uitgeschreven SuNa-jongeren (N=179)⁶. De casemanagers concluderen dat bijna de helft van de SuNa-cliënten zich gesteund voelt door SuNa.

Bij eenderde staat dat er (ook) sprake was van goede samenwerking met de hulpverlening waar de jongere zijn of haar voordeel mee deed en waardoor 'deuren sneller open' gingen. Anderzijds noemen de casemanagers bij ruim tweevijfde van de SuNa-jongeren dat er sprake was van een 'discrepantie tussen vraag en aanbod', waaronder zij ook verstonden het 'niet in contact kunnen komen met de SuNa-jongere'. Voor een groot deel is dit dezelfde groep waarbij bij veel kenmerken en vragen (circa 20-25%) informatie ontbreekt.

Diverse - wisselende - oorzaken kunnen daaraan ten grondslag liggen. Informatie kan pas worden verzameld wanneer het contact met de jongere of diens omgeving is gelukt, verder contact volgt en het vertrouwen is gewekt. De reden(en) van het ontbreken van gegevens (woont te ver weg, weigert contact, is niet te bereiken, verkeerd telefoonnummer, wijst contact af, vergeten te registreren enz. enz.) zullen ook met ingang van volgend jaar aandacht krijgen bij de registratie van (het uitblijven van) acties van het SuNa-casemanagement. Hetzelfde geldt voor de inhoudelijke voortgang van de cliëntencontacten.

Referenties:

1. Van Wieringen & Thomas. Grensverleggend? Voorkomen van (para) suïcidaal gedrag en psychosociale problemen bij allochtone jongeren door het versterken van hun identiteitsvorming. Evaluatie van het project 'Aan de Grenzen'. Dienst Onderwijs en Cultuur, Den Haag november 2006.
2. Burger I. SuNa-evaluatie 2008 op basis van de casus-verslaglegging van de SuNa-casemanagers. GGD Den Haag, maart 2009.
3. Burger I. Resultaten registratie suïcidaal gedrag Epidemiologisch Bulletin 2013; 48 nr 1/2: 12-28.
4. Bun CJR, Kraan van der EG, Looij-Jansen van de PM. Zelfbeschadiging bij middelbare scholieren: prevalenties, risicogroepen en risicofactoren.
5. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. J Youth Adolescence 2010; 39: 233-42.

⁶ Bij 21 SuNa-jongeren (11,7%) was hierover geen informatie beschikbaar.

Nora, 19 jaar

Nora is een Marokkaans meisje, dat werd aangemeld bij SuNa nadat ze een overdosis medicijnen had geslikt. Dit was niet haar eerste poging. Nora zegt 'stemmen te horen'. Ze heeft wekelijks overleg met haar psychiater en regelmatig ook met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. SuNa spreekt haar eveneens wekelijks, soms telefonisch maar vandaag komt ze langs. Ze is boos, ze komt van de apotheek. De psychiater zou een recept faxen maar dat bleek niet te zijn aangekomen, waarna ze scheldend de apotheek heeft verlaten.

Gisteren ging het ook mis, in de supermarkt had ze een caissière geslagen omdat ze dacht dat ze door haar werd uitgelachen. De politie is er bijgekomen

en er is een aanklacht tegen haar ingediend.

Tijdens het gesprek geeft ze aan de medicijnen niet meer te willen innemen, ze wil niet meer terug naar de apotheek en de psychiater wil ze ook niet meer zien.

De casemanager luistert naar haar en als Nora na een half uurtje gekalmeerd is neemt de casemanager zelf contact op met de psychiater en de apotheek, zodat het recept alsnog wordt gefaxt. Dan laat Nora blijken spijt te hebben van het incident met de caissière en oppert zij excuses aan te bieden, wat de casemanager een goed idee vindt. De casemanager verzoekt haar echter eerst langs de apotheek te gaan waar haar medicijnen klaarliggen. Voor volgende week wordt een belafpraak ingepland.

Jeffrey, 19 jaar

Na de zoveelste belpoging krijgt de casemanager contact met Jeffrey. Het is alweer een aantal weken geleden dat Jeffrey, een Nederlandse jongen, bij SuNa werd aangemeld nadat hij medicijnen had ingenomen. Aanleiding was een ruzie thuis. Hij klinkt wat slaperig. Hij wil liever niet praten door de telefoon. Eigenlijk wil hij helemaal niet praten: 'ik ben niet gek mevrouw, ik wil geen psycholoog'.

De casemanager legt uit dat zij geen psycholoog is, maar dat ze hem wil spreken om te kijken hoe het met hem gaat. Uiteindelijk lukt het om een afspraak te maken voor de volgende dag, op een terras. Op het afgesproken moment zit hij al op het terras te wachten. Een blonde jongen met een stoere zonnebril. Hij stelt zich voor. Het blijkt een verlegen jongen te zijn die om de minuut zijn mobieltje checkt. Na een aarzelend begin is hij bereid zijn verhaal te vertellen.

Na een ruzie thuis met zijn moeder, waarbij hij te horen had gekregen dat er geen plaats meer voor hem was, nam hij alle paracetamol tabletten in die in huis waren te vinden. 'Misschien is het wel voor iedereen beter als ik er niet meer ben' vertelt hij. De problemen zijn begonnen nadat zijn moeder is gaan samenwonen met haar nieuwe vriend. Niets was meer goed wat Jeffrey deed. Op school gingen zijn prestaties achteruit.

De kokopleiding, waar hij enthousiast aan was begonnen, moest hij afbreken omdat hij teveel verzuimde.

Jeffrey zegt dat het best goed met hem gaat, hij woont in bij een vriend en leeft van de studie-financiering die nog steeds op zijn rekening wordt gestort. Af en toe leent hij geld van vrienden, want het is nog niet gelukt om werk te vinden. Hoe hij de toekomst ziet? 'Best wel relaxed: beetje werken, beetje uitgaan en misschien terug naar school'. De casemanager biedt aan om hem in contact te brengen met het JIT (Jeugd Interventie Team), die hem kunnen helpen met een aantal praktische zaken.

Dan komt er een sms-je binnen. Ineens moet Jeffrey weg, hij heeft een afspraak met een goede vriend. Hij belooft contact te houden en zijn mobiel op te nemen als de casemanager belt. Of dat hij een sms stuurt en de casemanager hem terugbelt, want hij heeft niet altijd beltegoed.

Hierna heeft Jeffrey nooit meer gebeld of een sms gestuurd. Zijn telefoon is na een maand afgesloten en een vast adres heeft hij niet. De casemanager is nog langs zijn huisadres geweest in de hoop zijn moeder te kunnen spreken. Het huis was verlaten, er stonden wat oude meubels op de stoep, die waren achtergelaten voor het grof vuil.

De casemanager kan alleen maar hopen dat het goed gaat met Jeffrey.

Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek Suïcidaal gedrag

Jolien Bueno de Mesquita, Remco de Winter, Bas Verwey en Marieke de Groot

In 2012 is de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van suïcidaal gedrag gepresenteerd. De richtlijn bevat in de praktijk effectief gebleken aanbevelingen over hoe om te gaan met suïcidaal gedrag. Veel aandacht is er voor het maken van contact met de betreffende persoon, het creëren van veiligheid, het bewerkstelligen van continuïteit van zorg en het betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. In onderstaand artikel worden de verschillende thema's uit de richtlijn toegelicht.

Inleiding

Suïcidaal gedrag vormt een aanzienlijk gezondheidszorgprobleem voor patiënten, professionals en instellingen in zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. De artikelen van Burger en Gilissen eerder in dit themanummer geven inzicht in de omvang van dit probleem.

Dankzij een politieke lobby door de Ivonne van de Venstichting (1), een initiatief van nabestaanden, wetenschappers en medici, is na 2003 de aandacht voor suïcidepreventie sterk toegenomen en werd het een speerpunt van onder andere het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In 2007 werd in een beleidsadvies het doel geformuleerd het aantal suïcides met 5 % per jaar te verminderen (2). Deze afname van het aantal suïcides zou moeten worden bereikt doordat hulpverleners in staat zijn om suïcidedrag bij hun cliënten sneller te signaleren en bespreekbaar te maken.

In 2009 werd in opdracht van het ministerie van VWS een landelijke multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag ontwikkeld, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en ondersteund door het Trimbos Instituut. De richtlijn kwam tot stand met een subsidie vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) (3). Begin 2012 werd de richtlijn officieel gepresenteerd.

De richtlijn bestaat uit vier componenten: de visie op suïcidaal gedrag, algemene principes voor de omgang met suïcidaal gedrag, en diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ook wordt aandacht besteed aan het professionele handelen na een suïcide. Deze componenten staan centraal in dit artikel.

Visie op suïcidaal gedrag

In de richtlijn wordt de term 'suïcidaal gedrag' gedefinieerd als het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om zichzelf te doden, met inbegrip van zowel handelingen als gedachten (3). De richtlijn sluit aan bij het internationaal gebruikte begrip suicidal behaviour.

De intentie van suïcidaal gedrag is zelden eenduidig en kan wat betreft ernst variëren in de tijd, waarbij de wens om te sterven naast, tegenover of volgend op de wens om te leven kan staan. Suïcidaal gedrag kan diverse achtergronden hebben, zoals een uitgesproken wens om te sterven, of een gevoel of overtuiging het leven niet langer aan te kunnen. Dikwijls is suïcidaal gedrag een manier om te willen ontsnappen uit een ondraaglijke situatie, of komt het voort uit angst om de controle te verliezen. Suïcidaal gedrag kan ook een manier zijn om de ander iets duidelijk te maken of om het denken te stoppen. Suïcidaal gedrag kan impulsief en zonder veel voorafgaand overwegen optreden. Vaak is er sprake van een wanhoopsdaad, een onvrije keuze waarbij de patiënt zich gedreven voelt door de

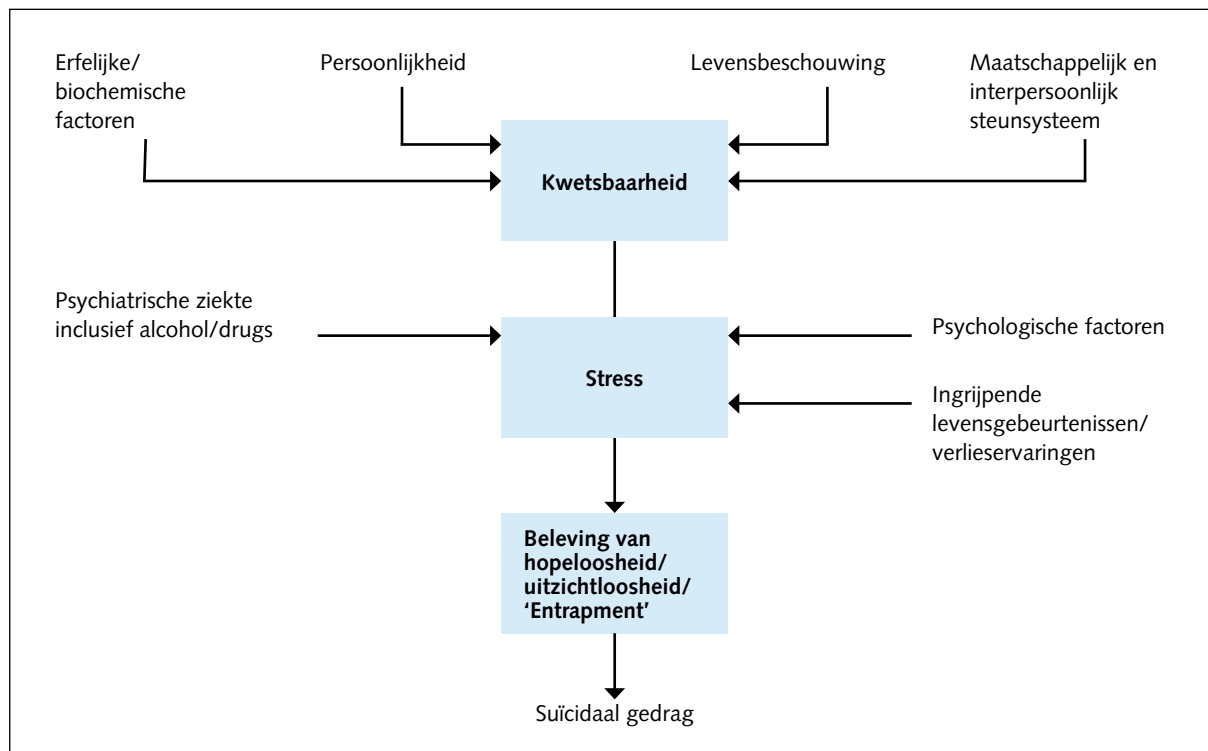
Over de auteurs:

Dr. J. M. Bueno de Mesquita is psychiater in opleiding en pleitbezorger voor de preventie van suïcide en suïcidaal gedrag in de Haagstreek, Parnassia Groep; dr. R. F. P. de Winter is als psychiater en afdelingshoofd-zorg, Bureau 24-uurszorg ('Crisisdienst') werkzaam bij de Parnassia Groep en is de Nederlandse vertegenwoordiger voor de International Association for Suicide Prevention (IASP); dr. B. Verwey is werkzaam als psychiater in het ziekenhuis Rijnstate te Arnhem en lid van de werkgroep voor de Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal Gedrag (MRBDSG); dr. M. H. de Groot is senior onderzoeker aan de VU (Amsterdam), zij heeft een praktijk voor advies, informatie & training rond suïcidepreventie in Garmerwolde en is lid van de werkgroep voor de MRBDSG.
E-mail: r.dewinter@parnassia.nl

Figuur 1.

Geïntegreerd model van stress, kwetsbaarheid en entrapment (3).

De achterliggende factoren van suïcidaal gedrag zijn in de richtlijn (3) geordend in een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid (4) en entrapment (5).



omstandigheden en/of onmacht (3).

Elke vorm van suïcidaal gedrag betekent een verhoogd risico op suïcide. Daarom moeten hulpverleners dit gedrag - hoe ambivalent of ogenschijnlijk onschuldig ook - altijd serieus nemen. Na een suïcidepoging waarbij de kans op overlijden groot was, is het suïciderisico extra verhoogd. Maar ook een relatief onschuldige poging kan riskant zijn, vooral als de patiënt de gevolgen niet goed heeft (kunnen) overzien.

Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een unieke combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren. Suïcidaal gedrag hangt samen met een groot aantal risico- en beschermende factoren (zie tabel 1). Er zijn echter geen instrumenten die het optreden van suïcide met enige betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Om inzicht te krijgen in risico- en beschermende factoren voor suïcide beveelt de richtlijn aan om gebruik te maken van een geïntegreerd model van stress-kwetsbaarheid (4) en entrapment (5) (zie figuur 1). Dit model geeft inzicht

in langdurende factoren die de individuele kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag verhogen of verlagen, in samenhang met bevorderende of onderhoudende stressfactoren. Behalve de verhoogde gevoeligheid voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag en stressfactoren, is er sprake van een cognitieve toestand die heeft geleid tot de beleving van de situatie als onoplosbaar, oneindig en ondraaglijk en de gedachte dat hieraan alleen valt te ontkomen door te sterven. Deze toestand wordt aangeduid met 'entrapment': in een val opgesloten zitten.

Kenmerken van 'entrapment' zijn tunneldenken, catastrofaal denken, zwart-wit denken of overgeneraliseren, en concentratiestoornissen. Dit kan de mogelijkheid om contact te maken met een suïcidale patiënt negatief beïnvloeden, waardoor een juiste beoordeling van wat een suïcidale patiënt zegt kan worden belemmerd. In dit kader is het van belang te beseffen dat de aanwezigheid van één of meer psychiatrische stoornis(sen) als stressfactor een substantiële rol speelt bij het ontstaan van suïcidaal gedrag. Uit psychologische autopsie studies is

Tabel 1.*Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren (3).***Algemeen:**

- Suïcidepoging
- Letaliteit van de poging
- Suïcidegedachten, intentie, plannen
- Beschikbaarheid van een middel
- Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag

Persoonskenmerken:

- Leeftijd (ouder)
- Geslacht (man)

Psychiatrische aandoeningen

- Stemmingsstoornis
- Angststoornis
- Schizofrenie of psychotische stoornis
- Intoxicatie (alcohol en/of drugs)
- Verslaving
- Eetstoornis
- Persoonlijkheidsstoornis
- Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling
- Slaapstoornis (bij ouderen)
- Suïcide in de familie

Psychologische factoren

- Wanhoop
- Negatief denken
- Denken een last te zijn voor anderen
- Angst
- Agitatie en/of agressie
- Impulsiviteit
- Gebeurtenissen en verlies
- Verlieservaringen
- Ingrijpende gebeurtenissen (onder andere huiselijk geweld, seksueel misbruik, verwaarlozing)
- Lichamelijke ziekte, pijn
- Werkloosheid
- Detentie
- Overig
- Onvoldoende contact bij onderzoek (te weinig informatie)

Beschermende factoren (selectie)

- Goede sociale steun
- Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen
- Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap
- Goede therapeutische relatie

gebleken dat bij minimaal 90 % van de suïcides sprake was van psychiatrische (co)morbiditeit, vooral stemmingsstoornissen al dan niet in combinatie met alcoholmisbruik. Ook de beschikbaarheid van middelen om suïcide mee te plegen verhoogt het suïciderisico. Zo ligt in de Verenigde Staten het gebruik van vuurwapens bij suïcide veel hoger dan in Nederland (6). Verondersteld wordt dat dit het gevolg is van het verschil in de beschikbaarheid van vuurwapens tussen Nederland en de Verenigde Staten.

Algemene principes voor de omgang met suïcidaal gedrag

Het herkennen van suïcidaal gedrag en het uitvoeren van een oriënterend onderzoek worden gezien als basisvaardigheden waarover alle artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten in de gezondheidszorg moeten beschikken. Specialistische vaardigheden zijn het onderzoek naar de etiologie en pathogenese van het suïcidale gedrag, en de indicatiestelling voor behandeling. Deze dienen te worden uitgevoerd door een deskundige die daartoe bevoegd en bekwaam is. De beoordeling van de mate

waarin de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarderen (wilsbekwaamheid) en de mate waarin deze in staat is om te beslissen over noodzakelijke medische behandeling, is voorbehouden aan artsen. Voor zover de professionele bevoegdheden niet zijn geregeld in de Wet BOPZ (dwangopname) en de Wet BIG (onder andere voorschrijven van medicatie), zijn deze bevoegdheden vastgelegd in het professioneel statuut van de instelling waar de deskundige werkt. Dit statuut is maatgevend.

De richtlijn geeft aan dat in elke situatie waarin sprake is van suïcidaal gedrag, een suïcidepoging of een sterk vermoeden, hier onderzoek naar gedaan dient te worden door een professional. Zoals bij uitingen van wanhoop, na een ernstige verlieservaring of een ingrijpende (traumatische) gebeurtenis, bij onverwachte veranderingen van de toestand van de patiënt, bij een gebrek aan verbetering en bij verslechtering van het klinische beeld van een psychiatrische stoornis.

Omdat het ontstaan van suïcidaal gedrag voor elk individu wordt veroorzaakt door een unieke

combinatie van factoren beveelt de richtlijn aan om dit complex van factoren systematisch te onderzoeken. Hiertoe is het noodzakelijk om contact te maken met de suïcidale patiënt, zodat deze zijn suïcidedachten kan bespreken. Dit klinkt vanzelfsprekender dan het is. De praktijk laat zien dat bij een deel van de suïcidegevallen er voorafgaand geen signalen zijn opgemerkt. Verbeterde kennis bij hulpverleners over risicofactoren voor suïcide kan ertoe leiden dat een verhoogde kans op suïcidaal gedrag eerder wordt herkend en dat professionals dit gedrag sneller en doeltreffender bespreekbaar kunnen maken. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden. Nascholing en intervisie zijn daarom essentieel voor alle professionals die betrokken zijn bij personen met een kans op suïcidaal gedrag.

Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag

Basisvoorwaarden zorg

De richtlijn behandelt vier onderwerpen die verband houden met het specifieke van suïcidaal gedrag, namelijk de dreiging dat iemand zich van het leven zal beroven. Het zijn basisvoorwaarden voor goede zorg, voor iedere voorwaarde worden aanbevelingen gedaan.

Contact maken

Om een goed beeld te krijgen van de suïcidale toestand en het unieke complex van factoren dat tot het gedrag heeft geleid is een goed contact tussen patiënt en professional onontbeerlijk. Een positieve werkrelatie bevordert de validiteit en betrouwbaarheid

van de verzamelde informatie. Het contact kan bemoeilijkt worden door de toestand van de patiënt, maar zeker ook door de houding van de professional. Diens eigen visie ten aanzien van suïcidaal gedrag en de emoties die daarbij worden gewekt, kunnen zijn of haar houding beïnvloeden. Bij onvoldoende coöperatie van de patiënt of twijfel aan de wilsbekwaamheid kan de veiligheid in gevaar komen en dient een psychiater te worden geconsulteerd. Professionals, die regelmatig met suïcidale patiënten te maken hebben, wordt naast nascholing intervisie geadviseerd.

Organiseren van veiligheid

Suïcidaal gedrag brengt soms acuut gevaar met zich mee; voor de patiënt zelf en/of voor zijn omgeving. Directe organisatie van veiligheid is dan van belang. Het inschakelen van hulpdiensten (politie, beveiligingspersoneel) en indien mogelijk het betrekken van omstanders en naasten wordt sterk aanbevolen. Ook bij langer durende en chronische suïcidale toestanden maakt zorg voor de veiligheid een belangrijk deel uit van de omgang met het gedrag. De richtlijn beveelt aan om veiligheidsplannen te maken voor patiënten met suïcidaal gedrag.

Continuïteit van zorg

Veiligheid en continuïteit van zorg hangen nauw met elkaar samen. Onderzoek laat zien dat transitie-momenten in de zorg (overplaatsing, wisseling van behandelaar, ontslag uit een klinische setting) een verhoogd suïciderisico met zich meebrengen. Van belang is oog te hebben voor de rol van de verschillende betrokken professionals zoals de

Tabel 2.

Schematisch overzicht van het diagnostisch proces bij suïcidaal gedrag (3).

Doelen

- Inschatten van de prognose van suïcide
- Indicatiestelling voor zorg
- Organiseren van zorg
- Bepaal stress- en kwetsbaarheidsfactoren
- Betrek naasten bij het onderzoek
- Formuleer de structuurdiagnose
- Bepaal de indicatie voor verdere zorg

Vorbereiden

- Organiseer veiligheid
- Verzamel voorinformatie
- Organiseer de setting

Onderzoek

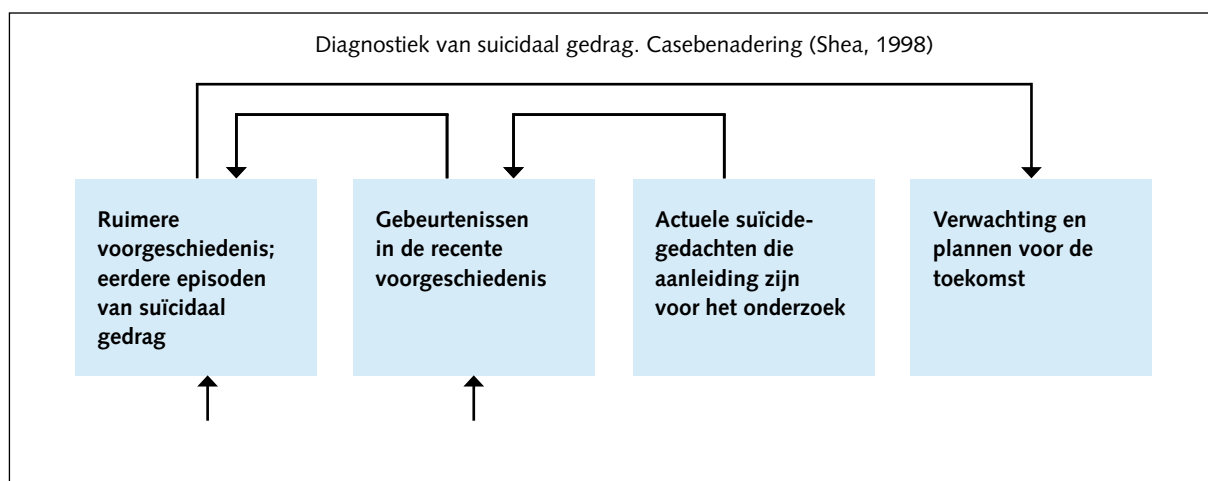
- Contact maken
- Bepaal de suïcidale toestand (CASE-benadering, Shea et al)

Afronden

- Maak een plan met de patiënt (op schrift):
 - Organiseer veiligheid
 - Betrek naasten bij de diagnostiek
 - Maak afspraken over vervolg; wat als... ?
- Bepaal de noodzaak van vervolgonderzoek
- Organiseer de verdere zorg actief
- Rapporteer

Figuur 2.

CASE-benadering van Shea (8).



Spoedeisende Hulp van het algemeen ziekenhuis, de huisarts, de Crisisdienst van GGZ-instellingen. In crisissituaties gaat in deze zorgketen soms veel mis. In het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij Suïcidaliteit, waarnaar de richtlijn verwijst, wordt systematisch beschreven hoe continuïteit van zorg voor suïcidaal gedrag in de multidisciplinaire keten van zorg op regionaal niveau kan worden georganiseerd (7).

Het betrekken van naasten bij diagnostiek en behandeling

In de richtlijn is er nadrukkelijk voor gekozen om te spreken van een 'bondgenootschap' tussen professionals, patiënt en naasten om suïcidaal gedrag te beoordelen en te behandelen. Naasten beschikken vaak over relevante informatie en kunnen naar draagkracht helpen bij het organiseren van veiligheid. De rol van naasten bij de behandeling kan betekenisvol zijn door het (aan)bieden van steun en contact en het signaleren van veranderingen in de (suïcidale) toestand.

Systematisch onderzoek van de suïcidale toestand en indicatiestelling

Het diagnostische proces bij suïcidaal gedrag richt zich op het inschatten van de prognose, de noodzakelijke zorg en organisatie van deze zorg (zie tabel 2). Daarnaast wordt beoordeeld in welke mate de patiënt geacht mag worden zijn belangen te overzien en te waarden.

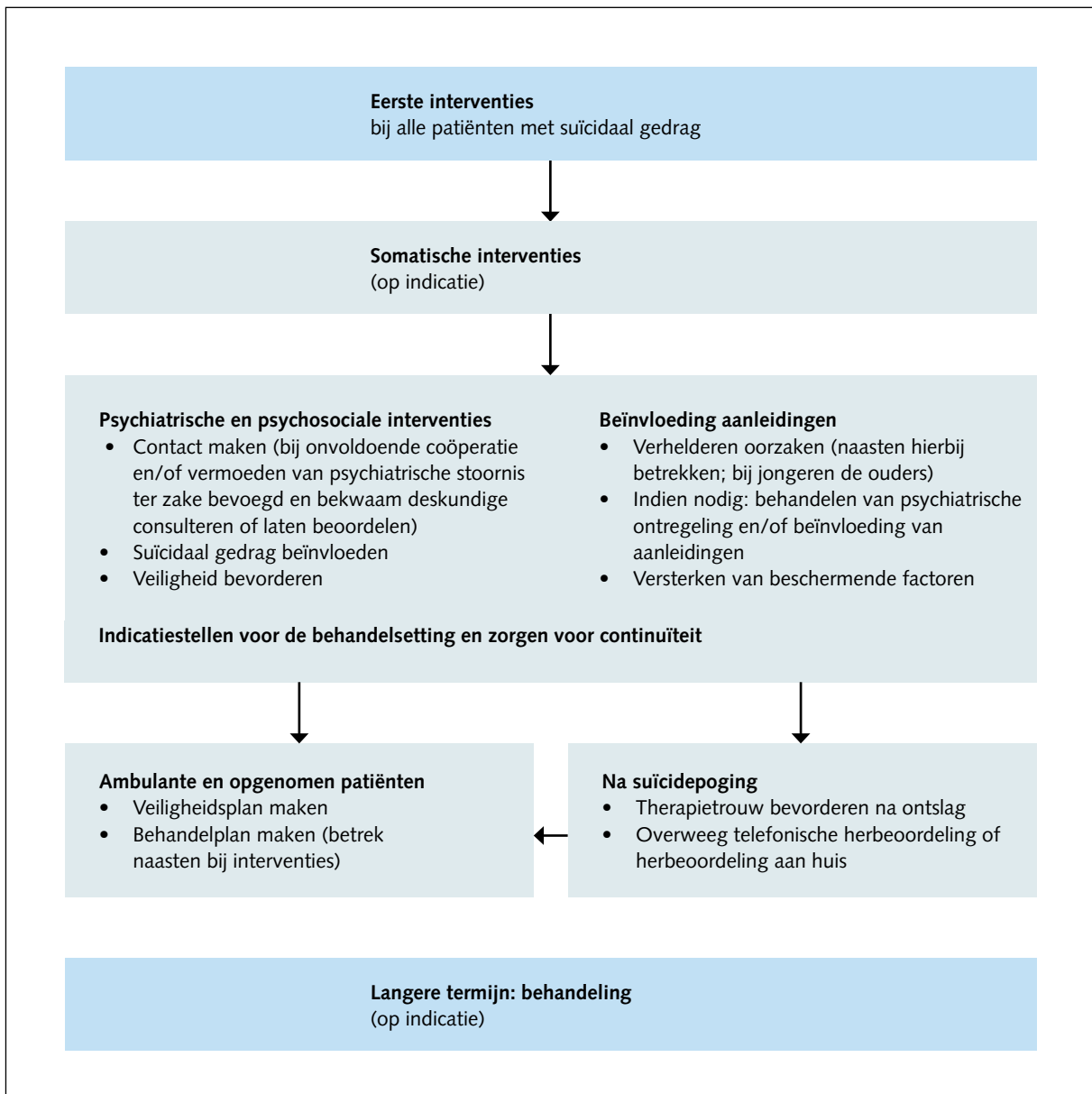
De richtlijn ontmoedigt het gebruik van instrumenten om de suïcidale toestand te beoordelen, omdat hiervoor geen wetenschappelijke basis bestaat. Aanbevolen wordt om voor diagnostiek van suïcidale

uitspraken gebruik te maken van de CASE-benadering (Clinical Assessment of Suïcidal Episodes) (8). Met deze methode wordt de huidige suïcidale toestand onderzocht en wordt nagegaan wat de aanleiding was tot het ontstaan van de huidige toestand. Daarna wordt navraag gedaan naar eventuele eerdere suïcidale episoden en de aanleiding daarvan en ten slotte wordt gevraagd naar de kijk van de patiënt (en eventuele naasten) op de toekomst (zie figuur 2). Met deze methode wordt nagegaan of er sprake is van een langdurende kwetsbaarheid voor suïcide, van stressfactoren die bij de patiënt tot de huidige toestand hebben geleid en van eventuele gebeurtenissen die in het verleden tot suïcidaal gedrag hebben geleid. De visie van de patiënt op de toekomst biedt aanknopingspunten voor een inschatting van de mate van wanhoop; hoe wanhopiger de patiënt, hoe hoger het suïciderisico op de korte en langere termijn (9).

De bevindingen worden samengevat in een structuurdiagnose waarin in ieder geval de huidige suïcidale toestand, de relevante stress- en kwetsbaarheidsfactoren, hypothesen over de etiologie (ontstaansvoorwaarden) en pathogenese (ontstaanswijze) van het suïcidale gedrag en een inschatting van de mate van wilsbekwaamheid wordt beschreven.

Behandeling van suïcidaal gedrag

Op basis van de structuurdiagnose maakt de professional met de patiënt en diens naasten een inschatting van de prognose van het suïcidale gedrag en bepaalt deze de indicatie voor interventies. In de

Figuur 3.*Interventies bij suïcidaal gedrag op korte en lange termijn (3).*

richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen eerste interventies en interventies voor de langere termijn (figuur 3). De centrale vragen bij de eerste interventies zijn: wat moet er nu gebeuren (o.a. somatische interventies), hoe realiseer ik dit en in welke setting? Hierop volgen de psychiatrische en psychosociale interventies, die gericht zijn op beïnvloeding van de oorzakelijke factoren, organiseren van veiligheid, indicatiestelling van de behandelsetting en organiseren van continuïteit van zorg. Als de patiënt na een suïcidepoging niet wordt opgenomen, wordt een

spoedige herbeoordeling aanbevolen.

De behandeling op de langere termijn richt zich op twee aspecten: behandeling van het suïcidale gedrag zelf, en behandeling van stress- en kwetsbaarheidsfactoren. Onderzoek laat zien dat alleen van lithium-carbonaat en clozapine is aangetoond dat zij suïcidaal gedrag bij patiënten met bipolaire stoornissen respectievelijk schizofrenie, verminderen (10).

De oplossingsgerichte- en cognitieve psychotherapie zijn effectieve psychotherapeutische interventies voor het verminderen van de ernst van het suïcidale

gedrag. Psychiatrische stoornissen worden behandeld volgens de geldende richtlijnen. Verschillende vormen van psychotherapie verminderen suïcidaal gedrag bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Professioneel handelen na suïcide

Het handelen van professionals na suïcide of na een ernstige suïcidepoging wordt in de richtlijn beschreven in drie fasen (11): direct na de suïcide, de middellange termijn (tot zes weken na suïcide) en de lange termijn (enkele weken of maanden erna; zie tabel 3). In de eerste fase is het informeren van naasten en betrokken professionals het belangrijkste aandachtspunt. Daarna volgt de fase van het reconstrueren van de suïcide en het rapporteren en analyseren van de bevindingen. Dit laatste is belangrijk voor het interne systeem van leren en verbeteren van de zorg voor suïcidale patiënten. In de weken en maanden na de suïcide staat het organiseren van opvang voor nabestaanden centraal. Verder kan suïcidaal gedrag bij professionals heftige emotionele reacties oproepen, waarvoor gerichte interventie van belang is.

Tot slot

In de richtlijn wordt gesteld dat het bij de preventie van suïcides en suïcidaal gedrag gaat om een ingewikkelde interactie tussen maatschappelijke factoren, beschikbaarheid van middelen en het functioneren van de gezondheidszorg. Een zorgprofessional die handvatten heeft en weet hoe zorgvuldig te handelen bij suïcidaal gedrag, is van grote waarde in deze interactie. De richtlijn zelf is een zinvolle en aanvullende praktische handreiking voor het professioneel handelen bij suïcidaal gedrag. De toepassing van richtlijnen is echter niet vanzelfsprekend. Ter bevordering van de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn in de geestelijke gezondheidszorg wordt onderzoek verricht aan de Vrije Universiteit met de Pitstop-suïcidestudy, een onderzoek naar het effect van een train-de-trainers-model (12). De resultaten van dit onderzoek worden verwacht in 2013. De Multidisciplinaire Richtlijn Behandeling en Diagnostiek van Suïcidaal Gedrag is online te vinden onder www.ggzrichtlijnen.nl.

Tabel 3.

Taken van de professional na suïcide of een ernstige suïcidepoging (1).

Taken	Toelichting (binnen richtlijn of naar literatuur)
<p>Direct na de suïcide</p> <p>Informeren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie/eventuele naasten • Eindverantwoordelijken van de instelling • Eventuele medepatiënten • Leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars • Huisarts van de patiënt • Rapporteren <p>Opvang organiseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor familie en eventuele andere naasten. • Voor eventuele medepatiënten • Onderzoek medepatiënten op de aanwezigheid van suïcidaal gedrag • Voor leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Houd het dossier beschikbaar voor evaluatie • Zorg voor veiligheid en continuïteit • Verzamel persoonlijke bezittingen van de patiënt <ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Zorg voor veiligheid • Zie paragraaf 4.1, Schema voor diagnostiek • Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of de geestelijk verzorger bij de zorg • Overweeg het (laten) bijwonen van de uitvaart door leden van het multidisciplinaire team

Tabel 3 (vervolg)

Taken	Toelichting (binnen richtlijn of naar literatuur)
<p>Middellange termijn (binnen zes weken na de suïcide)</p> <p>Reconstrueren van de suïcide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met familie en andere naasten • Met leden van het multidisciplinaire team en/of medebehandelaars • Rapporteer <p>Rapporteren voor het interne systeem van leren en verbeteren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Betrek eventueel de huisarts van de patiënt en/of geestelijk verzorger bij de zorg • Zie Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (GGZ Nederland, 2011): www.ggz nederland.nl/kwaliteit-vanzorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf
<p>Melden van de suïcide bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een Bopz-maatregel van kracht was • er sprake was van beperkende middelen, waaronder een verblijf in een penitentiaire inrichting, een forensisch-psychiatrische kliniek of een justitiële jeugdinstelling • de instelling van mening is dat de suïcide samenhangt met tekortkomende zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Door de Raad van Bestuur • De meldingsvoorwaarden gelden ook bij suïcidepogingen met ernstig letsel • Zie www.igz.nl > Melden > Melden als zorgaanbieder > Format melding suïcide en suïcidepoging met ernstig letsel aan de inspectie
<p>Lange termijn (binnen enkele weken of maanden na de suïcide)</p> <p>Consolideren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiseer opvang en/of zorg voor nabestaanden met een expliciete hulpvraag en/of een verhoogd risico van suïcidaal gedrag en/of problemen in de verliesverwerking • Implementeer eventuele verbeteringen in de zorg voor suïcidale patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zie De Groot & De Keijser, 2010 (11) • Zie paragraaf 5, Schema voor behandeling. • Betrek eventueel de huisarts of geestelijk verzorger bij de zorg • Verwijs naasten naar www.113online.nl • Verwijs kinderen en jongeren naar www.survivalkid.nl. • Zie Handreiking uniforme meldingsroute bij suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel (GGZ Nederland, 2011): www.ggz nederland.nl/kwaliteit-vanzorg/suicidepreventie/handreiking-suicide-02-05-2011-def.pdf

Referenties:

1. Kerkhof AJFM, Arensman E, Neeleman J, De Wilde E. Suïcide en suïcidepreventie in Nederland. Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie. Amsterdam: Ivonne van de Ven Stichting/Depressiestichting, 2003.
2. Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Actualisering van het Advies inzake Suïcide Gezondheidsraad 1986. 2007. Utrecht, Trimbos Instituut.
3. Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, Keijser J de, Verwey B e.a. Multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
4. Goldney D. Suicide Prevention: a practical approach. Oxford: Oxford University Press, 2008.
5. Williams JMG, Pollock LR. The psychology of suicidal behaviour. In Hawton K, Heeringen K van, eds. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, p. 79-94. Chichester: John Wiley & Sons, 2000.
6. Hawton K, Heeringen K van. Suicide. Lancet 2009; 393: 1372-81.
7. Hermens M, Wetten H van, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Keten zorg bij suïcidaliteit. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
8. Shea S. Psychiatric Interviewing, the art of understanding. Philadelphia: Saunders Company, 1998.
9. Kuo WH, Gallo JJ, Eaton WW. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A 13-year community-based study. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol. 2004; 39: 497-501.
10. Verwey B, Winter RFP de, Hemert AM van. De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Psyfar submitted, 2013.
11. De Groot MH, Keijser J de. De opvang van nabestaanden na een suïcide. In Kerkhof A, Van Luyn B, eds. Suïcidepreventie in de praktijk, Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2010.
12. Beurs D de, Groot MH de, Keijser J de, Verwey B, Mokkenstorm J, Twisk J e.a. Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments: Cluster RCT study protocol of an e-learning supported Train the Trainer program. BMC Trails 2012 (in druk).

Korte berichten

Trainingen

Training 'Suïcidaal en zelf-beschadigend gedrag' bij jongeren

Zelfbeschadigend gedrag komt onder jongeren regelmatig voor: 1,6% van de 14-17-jarige jongens en 3,6% van de 14-17-jarige meisjes in Nederland beschadigt zichzelf wel eens door te snijden, branden, krassen, hoofdbonken, innemen van giftige stoffen teveel medicijnen of springen van een hoogte (1). Ook volwassenen verwonden zichzelf. Lang niet alle zelfverwondingen raken bekend bij de hulpverlening, veel mensen houden het ook geheim uit schaamte. In de psychiatrie komt zelfbeschadiging nog vaker voor: er zijn schattingen van wel meer dan 30% van de patiënten. Voorafgaand aan de zelfbeschadiging worstelen veel mensen met heftige gevoelens van isolement, boosheid, verdriet of vervreemding. Hulpverleners die in de GGZ werken krijgen veel te maken met zelfbeschadiging en/of suïcidaliteit. Zo iets kan tegenstrijdige emoties oproepen, van boosheid en frustratie tot medeleven en (over)bezorgdheid, veelal gepaard met gevoelens van machteloosheid. Kennis over de achtergronden en mechanismen van zelfbeschadigend gedrag kan helpen om patiënten met dit gedrag te begrijpen en beter te kunnen helpen. Hiervoor is een training opgezet. Het is een praktijkgerichte training, waarin cursisten leren signalen van zelfbeschadigend gedrag te herkennen en jongeren die zichzelf beschadigen en/of

suïcidaal gedrag vertonen, te begeleiden. Belangrijke vaardigheden en valkuilen komen aan bod. Na de training ontvangen de deelnemers een certificaat. Met dit certificaat kan de Materialenbox van de GGD Den Haag (gratis) worden geleend. Deze materialenbox is ontwikkeld door de GGD Den Haag i.s.m. deskundigen in Nederland en België. Het ontwikkelen van de training en de Materialenbox is mogelijk gemaakt door Stichting Kinderpostzegels.

Trainers: Nienke Kool (GGZ Palier) en Marion Ferber (GGD Den Haag).

Locatie en aanmelden: Trimbos instituut in Utrecht (www.trimbos.nl).

Informatie: Marion Ferber, (070) 353 52 66.

I. Madge N, Hewitt A, Hawton K e.a. Deliberate self-harm within an international community sample of Young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 667-77.

Training 'Levensreddend handelen' GGZ Palier en GGD Den Haag hebben i.s.m. een SEH-verpleegkundige en een politiefunctionaris van de politie Den Haag een training 'Levensreddend handelen' ontwikkeld in geval van ernstig zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag en na zelfdoding. Onder levensreddend handelen wordt in dit kader verstaan: alle handelingen die er toe bijdragen om in een situatie van ernstige zelfbeschadiging of suïcidaal gedrag adequate hulp te bieden,

zoals alarmeren, veiligheid, EHBO en reanimeren.

Tijdens deze training staan twee aspecten centraal: wat doet het met jou als hulpverlener als je te maken krijgt met ernstig/fataal suïcidaal gedrag én hoe moet je handelen in een dergelijke situatie. Deelnemers krijgen (praktische) handvatten om snel en doeltreffend te kunnen handelen.

Trainers: Nienke Kool (GGZ Palier) en Marion Ferber (GGD Den Haag).

Locatie en aanmelden: Trimbos instituut in Utrecht (www.trimbos.nl).

Informatie: Marion Ferber, marion.ferber@denhaag.nl (070) 353 52 66.

Cursussen

Lobbyen en netwerken

Leer hoe u invloed uit kunt oefenen in de public en occupational health met lobbyen. Hoe maakt u een lobbyplan, bepaalt u de timing van uw actie en maakt u optimaal gebruik van wisselende netwerken?

Doelgroep: professionals in de public en occupational health.

Data: woensdag 15 en 29 mei 2013

Kosten: €770

Locatie: Utrecht

Link: www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=488

Weerstand begrijpen en ombuigen

U leert weerstand herkennen in uw advisering of bij veranderingsprocessen. Daarnaast ontwikkelt u een breed repertoire om stagnaties door weerstand om te buigen.

Doelgroep: professionals in de publieke- en bedrijfsgezondheid die geregeld adviseren of als projectmanager of leidinggevende betrokken zijn bij het invoeren van vernieuwingen en veranderingen.
Data: dinsdag 18 en woensdag 19 juni 2013
Kosten: € 770
Locatie: Utrecht
Link: www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=517

Training Adviesvaardigheden

U leert aan de hand van theorie en praktisch oefenen uw adviesvaardigheden te versterken.
Doelgroep: professionals in de publieke gezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg die een adviserende rol hebben bij beleid en/of uitvoering.
Data: dinsdag 7 en 21 mei en 25 juni 2013
Kosten: € 1.360
Locatie: Utrecht
Link: <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=214>

E-health interventies en kwaliteit

Online interventies zijn 'booming'. Maar zijn ze ook bewezen effectief? Met een concrete casus krijgt u inzicht in de mogelijkheden om e-interventies in te zetten in uw eigen primaire werkproces in de public of occupational health.
Doelgroep: de professional in de public of occupational health
Data: donderdag 13 juni 2013
Kosten: € 425
Locatie: Utrecht
Link: www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=767

Inlichtingen over alle cursussen bij NSPOH, telefoon (020) 409 70 00, e-mail info@nspoh.nl.

Aangiften infectieziekten

Meldingen tijdens het hele jaar 2012, voor de stad Den Haag

De hieronder besproken cijfers en analyse zijn gebaseerd op de gegevens van Osiris, de database van het RIVM waarin alle aangifteplichtige meldingen geregistreerd worden, en op gegevens van ons elektronisch patiëntendossier, het programma HP Zone. Het totale aantal meldingen van aangifteplichtige infectieziekten in 2012 is bijna gelijk aan het aantal gemeld in 2011 (528 resp. 531, exclusief de meldingen van TBC). Deze cijfers verhullen echter enkele belangrijke verschuivingen in de gemelde infectieziekten. Zo was er in 2012 een stevige ook landelijke stijging van het aantal gevallen van kinkhoest (stijging van > 50 %).

Tegelijk waren er in 2012 een kwart minder meldingen van hepatitis B en is er minder bof gemeld wegens het uitblijven van een uitbraak in een school, zoals in 2011. Door het afschaffen van de meldingsplicht voor de nieuwe influenza A H1N1 (de pandemische griep van 2009) werden deze niet meer gemeld in 2012.

Meldingen tijdens het vierde kwartaal van 2012, voor de stad Den Haag

In dit rapport worden de gegevens van het 4de kwartaal besproken. Het aantal meldingsplichtige infectieziekten, door de GGD Den Haag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het vierde kwartaal 2012 gemeld (95, exclusief de meldingen van TBC), is lager dan het aantal in dezelfde periode in 2011 (124, idem). Belangrijkste reden voor deze daling is de afname van het aantal meldingen van chronische hepatitis B en van kinkhoest.

Hieronder volgen commentaren op de gemelde infectieziekten.

Bof

Twee mannelijke patiënten en een vrouwelijke patiënt met een leeftijd van 23 en 27 jaar werden gemeld. Deze patiënten waren besmet via transmissie van bof binnen het kantoor van een buitenlands bedrijf.

Buiktyfus

Een 27-jarige man had de besmetting zeer waarschijnlijk opgelopen tijdens een reis in India. Onbekend is of hij voor de reis was gevaccineerd tegen deze ziekte.

Hepatitis A

Een 56-jarige man is gemeld die in Nederland was besmet. Uitgebreid onderzoek naar de besmettingsbron heeft geen resultaat opgeleverd.

Hepatitis B

Drie patiënten met acute hepatitis B, waarschijnlijk opgelopen na onveilig seksueel contact, werden gemeld. Het aantal patiënten met chronische hepatitis B (33) was dit kwartaal lager dan tijdens dezelfde periode in 2011 (53). Voor deze daling kan geen oorzaak worden gegeven. Mannen zijn meer vertegenwoordigd dan vrouwen. Meestal gaat het om personen afkomstig van landen waar de ziekte veel voorkomt. Vaak bestaat het vermoeden dat de ziekte via de moeder of in het gezin is opgelopen.

Invasieve groep A-streptokokkeninfectie (GAS)

Infectie met deze bacterie kan leiden tot zeer ernstige ziektebeelden, waaronder bloedvergiftiging met orgaanfalen (toxic shock syndroom) of

uitgebreide zeer moeilijk te behandelen infecties van het onderhuidse weefsel (fasciitis necroticans). Eén 61-jarige patiënte met het ziektebeeld fasciitis necroticans werd gemeld. De daarvoor in aanmerking komende contacten van deze patiënte hebben preventief antibiotica gekregen.

Invasieve pneumokokkenziekte (bij kinderen)

Kinderen tot en met 5 jaar met deze aandoening moeten gemeld worden bij de GGD om de werking van het vaccin dat hiertegen in het Rijksvaccinatieprogramma gegeven wordt te volgen. De twee zuigelingen die werden gemeld waren ziek geworden van een bacteriestam waartegen het vaccin van het Rijksvaccinatieprogramma niet beschermt.

Kinkhoest

Het aantal gemelde gevallen van kinkhoest (38) was lager dan het aantal van dezelfde periode in 2011 (50). In 2012 heeft landelijk een belangrijke stijging plaatsgevonden van deze ziekte die in tegenstelling tot andere jaren al in het voorjaar is ingezet. Hoewel de meeste patiënten ouder dan 5 jaar waren werden toch 3 jongere patiëntjes gemeld. De patiënten onder de leeftijd van 18 jaar waren allemaal gevaccineerd tegen kinkhoest.

Legionellose

Met deze longziekte werd een oudere vrouw gemeld die in Nederland was besmet. De besmettingsbron is niet aangetoond.

Malaria

Er werden 2 vrouwen en 1 man gemeld. Allen waren besmet in Afrika. De patiënten zijn afkomstig uit Afrika en besmet doordat zij geen profylaxe hebben geslikt tegen malaria.

Psittacose

Eén patiënte met deze ziekte die kan leiden tot een longontsteking, werd gemeld. Zij was besmet door haar eigen vogels.

Shigellose (bacillaire dysenterie)

Vijf volwassen vrouwen en 1 man met deze ziekte werden gemeld. Zij waren op 1 na allen in het buitenland besmet. De besmettingsbron van de patiënt die in Nederland was besmet, is niet aangetoond.

Voedselinfecties

Naar aanleiding van een etentje hebben 9 personen gastro-enteritis opgelopen. Bij 1 van hen is salmonella vastgesteld. De besmettingsbron was waarschijnlijk een chocolademousse bereid met rauwe eieren. Een andere uitbraak betrof 38 medewerkers van een groot bedrijf, die naar aanleiding van een buffet buikgriep hadden op-

gelopen. De verwekker is niet door laboratoriumonderzoek vastgesteld, maar waarschijnlijk is de uitbraak veroorzaakt door het norovirus. Naast deze twee in Den Haag begonnen uitbraken van voedselinfectie, was er de in juli begonnen landelijke uitbraak van voedselinfectie veroorzaakt door een salmonellabacterie van het type Thompson. De bron van de besmetting, gerookte zalm, lag in een bedrijf in Griekenland dat de zalm bewerkte, die vervolgens in Nederland op de markt kwam. In Den Haag zijn tijdens het vierde kwartaal nog 11 bevestigde gevallen van ziekte door deze bacterie gemeld. Voor zover bekend zijn deze personen besmet nog in de periode voordat de besmette zalm uit de rekken is gehaald. Vanwege het landelijk karakter is dit niet gemeld als een voedselinfectie in Den Haag.

Infectieziekten gemeld door instellingen

In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de meldingen door instellingen in het vierde kwartaal 2012. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD. Het aantal meldingen uit

Infectieziekten, gemeld door instellingen in de stad Den Haag, vierde kwartaal 2012.

Aandoening 2012	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Verpleeg- en verzorgingshuis	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag	1	2			3
Luchtweginfectie	2				2
Maag-darm aandoening	2		4	1	7
Vlekjesziekten	2	1			3
Eindtotaal	7	3	4	1	15

instellingen (15) was lager dan het aantal meldingen in dezelfde periode in 2011 (21).

De uitbraken van maag-darm aandoening (gastro-enteritis) betroffen allemaal buikgriep waarbij in de 4 uitbraken in de verpleeg- en verzorgingshuizen het norovirus is aangetoond. De uitbraak in het ziekenhuis is veroorzaakt door het rotavirus. In de kinderdagverblijven is geen onderzoek verricht naar de verwekker van de gastro-enteritis. De gemelde huiduitslag betrof 2 maal ringworm en 1 maal krentenbaard.

Twee meldingen van vlekjes-ziekten betroffen waterpokken, de verwekker van de derde melding is niet achterhaald. De twee uitbraken van luchtweg-infectie in de kinderopvang zijn veroorzaakt door het respiratoir syncytiaal virus (RSV).

Meldingen tijdens het vierde kwartaal 2012 voor de regio Zuid-Holland West

Invasieve GAS

Er was een melding van een invasieve Groep A Streptokok. De patiënt had een fasciitis necroticans.

Hepatitis B

Er zijn 11 meldingen van hepatitis B geweest waaronder 3 acute hepatitis B infecties.

Een patiënt heeft de ziekte zeer waarschijnlijk na een onveilig MSM contact opgelopen;

1 patiënt heeft de ziekte waarschijnlijk door een heteroseksueel contact in het buitenland opgelopen en van 1 patiënt is de bron niet achterhaald.

Kinkhoest

Er zijn 65 meldingen van kinkhoest geweest. Het aantal meldingen in het laatste kwartaal is weer terug op het niveau van eerste kwartaal 2012.

Legionellose

Er is 1 patiënt met legionellose gemeld. De patiënt heeft de legionella-bacterie waarschijnlijk in Turkije opgelopen.

Leptospirose

Er is 1 patiënt met leptospirose gemeld. De patiënt heeft veel contact met oppervlaktewater, zowel in Nederland als in het buitenland.

Malaria

Er zijn 2 patiënten gemeld met malaria veroorzaakt door de Plasmodium falciparum. De patiënten waren in Ouagadougou (Burkina Faso) en in Papoea (Indonesië) geweest. De ene patiënt had geen profylaxe ingenomen. De andere patiënt had malariaprofylaxe ingenomen die

niet wordt geadviseerd door de LCR.

Meningokokkose

Er zijn 3 patiënten met meningokokkose gemeld. Een patiënt is een volwassen man bij wie een type B is gevonden. De tweede patiënt is een kind waarbij groep C is gevonden. Het kind was nog te jong om gevaccineerd te zijn. De derde patiënt is ook een kind en al wel gevaccineerd, maar deze besmetting betrof een type B.

Shigellose

In het 4e kwartaal zijn er 10 meldingen van shigellose geweest. Het betrof 4 meldingen van *S. sonnei*, 5 meldingen van *S. flexneri* en 1 melding van *S. boydii*. De patiënten waren in Maleisië, India, Mozambique, Egypte en Kameroen geweest. De andere patiënten hadden de ziekte in Nederland opgelopen. Een duidelijk bron voor de besmettingen in Nederland is niet gevonden.

STEC

Er is 8 maal een Shiga-toxine producerende E-Coli gemeld. Er was geen sprake van een cluster. Een specifieke voedsel-bron is niet gevonden.

Infectieziekten, gemeld door instellingen in de regio Zuid-Holland West, in het jaar 2012.

Aandoening	School	Kinderopvang	AWBZ	
			zorginstelling	Eindtotaal
Huiduitslag (ringworm en impetigo)	7	9	0	16
Maagdarmaandoening	0	7	23	30
Influenza/influenza-achtig beeld	5	2	5	12
Vlekjesziekten	6	31	1	38
Anders	2	0	1	3
Eindtotaal	20	49	30	99

*Infectieziekten gemeld door instellingen
in 2012*

De tabel op pagina 55 geeft een overzicht van de meldingen uit instellingen uit de regio Zuid-Holland West, voor het hele jaar 2012. Deze instellingen behoren tot de instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen en ouderen en zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet publieke Gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden.

Aan deze rubriek werkten mee:

E.J.M. de Coster

K.B. Yap

E.M. Huisman

Overzicht aangiften infectieziekten regio Haaglanden

Ziekte	Het vierde kwartaal 2012			Voorgaande 4 kwartalen				t/m het destbetreffende kwartaal vergeleken met dezelfde periode in het voorgaande jaar	
	GGD Den Haag 4e kw. 2012	GGD-Zuid Holl.West 4e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 4e kw. 2011	Tot. regio Haaglanden 1e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 2e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 3e kw. 2012	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw 2012	Tot. regio Haaglanden 1e t/m 4e kw 2011
A-ziekten	Nieuwe Influenza A (H1N1)								
B-ziekten	6	10	16	7	8	15	8	47	37
	1		1						3
					1			1	
	4		4		2		4	10	7
	36	11	47	66	53	48	45	193	254
							1	1	5
	38	65	103	95	119	238	291	751	319
	1	1	2	1	1	2	5	10	17
									4
		3	3	3		2	3	8	7
				1	1		3	4	8
	13		13	34	22	25**	24	84	103
	2		2		3	1	3	9	6
	1	1	2		3			5	13
C-ziekten		8	8	12	11	20	24	63	51
							2	2	
	3	2	5	8	1	2	14	22	29
	1	1	2	2		2		4	4
						1		1	
	3		3	2	16	12		31	57
				3	1	2	4	7	3
	2		2	1	2	1		5	8
					1			1	2
									3
	111	102	213	235	245	371	431	1259	976

*) Inclusief dragers.

**) Dit aantal is een schatting. Door problemen met de computer kon dit keer het exacte aantal niet worden achterhaald.

De GGD Den Haag doet opgave over de gemeente Den Haag en de GGD Zuid-Holland West over de gemeenten Rijswijk, Leidschendam-Voorburg, Wassenaar, Zoetermeer, Delft, Pijnacker-Nootdorp, Midden-Delfland en Westland.



Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van de GGD Den Haag. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen die signaleren welke gezondheidsproblemen er spelen in een grote stad als Den Haag en wat voor beleid er wordt gevoerd om die het hoofd te bieden.

Geïnteresseerden krijgen het blad *kostenloos* toegestuurd.*

• **Hierbij geef ik mij op als abonnee van het Epidemiologisch Bulletin:**

Naam/organisatie: /

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik ben abonnee van het Epidemiologisch Bulletin.**

Mijn oude adres was:

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Mijn nieuwe adres is:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

• **Ik wil het Epidemiologisch Bulletin niet langer ontvangen:**

Naam:

Straat:

Postcode/stad: /

* **Stuur deze bon aan: zie achterkant**

Gemeente Den Haag, Dienst OCW/VG&Z/Epi, Antwoordnummer 13034, 2501 VG Den Haag



Gemeente Den Haag
Dienst OCW/VG&Z/Epi
Antwoordnummer 13034
2501 VG Den Haag