

Suïcides in Den Haag, 1987-2007

I. Burger en W.J. Schudel

De GGD Den Haag kent een lange traditie in het bijhouden van suïcidestatistieken. In 1950 legde Dr. N. Speyer als hoofd van de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de toenmalige GG en GD Den Haag samen met de gemeentelijke lijkschouwers de basis voor een registratiesysteem van suïcides in Den Haag. Tot op heden wordt dit systeem gehanteerd, zij het in enigszins aangepaste vorm. In dit bulletin is regelmatig over de uitkomsten van deze registratie gepubliceerd (1)(2)(3). Door 'trends' in het vóórkomen van suïcides in bevolkingsgroepen te volgen trachten we (al dan niet collectieve) situationele factoren op het spoor te komen, die mogelijk aanleiding hebben gegeven tot beëindigen van leven. Mogelijk beïnvloedbare factoren kunnen daarbij aanleiding geven tot nader onderzoek, en worden meegenomen bij een op preventie gerichte benadering van (groepen van) de bevolking. In dit artikel staan de uitkomsten van de Haagse suïcidestatistieken over 1987-2006 centraal, in sommige gevallen aangevuld met cijfers over het jaar 2007. Over de jaren 2002-2007 is niet eerder in het bulletin gepubliceerd.

Methode

De onderzoeksgegevens voor de registratie ontleen de onderzoekers (psychiater en epidemiologisch onderzoeker) aan de verslagen van de lijkschouwers bij *onnatuurlijk* overlijden waarbij sprake kan zijn geweest van een suïcide. Buiten de registratie vallen sterfgevallen waarbij een behandelend arts een verklaring van *natuurlijk* overlijden afgeeft en het overlijden niet in verband is (of kon worden) gebracht met de zelfmoord(poging) van de patiënt. Enige onderrapportage van het feitelijk aantal suïcides kan hiervan het gevolg zijn.

De Haagse suïcidestatistieken omvatten traditiegetrouw alle zelfdodingen die zich hebben voorgedaan binnen de gemeentegrens 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 of haar 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 suïcidestatistieken altijd consequent gevolgd.

Conform de definitie van een suïcide had betrokkene de intentie zichzelf te doden of de intentie zichzelf ernstige schade toe te brengen met de dood als mogelijk gevolg, en is betrokkene aan de gevolgen van deze daad overleden. Die intentie en de dood ten gevolge van deze daad moeten blijken uit de verslaglegging van de lijkschouwer of uit aanvullend verkregen informatie van betrokken arts(en) of politie. Over de jaren 1987 t/m 1993 en 1999 t/m 2001 is voor dit laatste ook gebruik gemaakt van de suïcide-registratie van de politie in Den Haag¹. Gezien het bovenstaande zijn een ongeval of een gewelddadig delict door anderen in de onderhavige registratie - redelijkerwijs - uitgesloten.

Net als in de voorgaande publicaties worden in dit artikel absolute en naar bevolkingsomvang gerelateerde cijfers² (per 100.000 persoonsjaren) gepresenteerd naar leeftijd, geslacht en etnische herkomst. De etnische herkomst is gebaseerd op de achternaam en de geboorteplaats van de overledene (en tot 2002 ook op nationaliteit). De onderzoekers beschikken sinds 2002 in de meeste gevallen ook over informatie van het land van herkomst van de ouders. Hiermee wordt maximaal tegemoet gekomen aan de door Dienst Burgerzaken gehanteerde definitie van etniciteit³. Ook wordt in dit artikel weer stilgestaan

¹ Vanaf 2002 vindt deze registratie niet meer plaats. Vergelijking van beide registraties leidde slechts in een enkel geval tot correctie.

² Bevolking Den Haag periode 2002-2006: gemiddelde van de standstatistieken van de Dienst Burgerzaken van 31-12-2002, 31-12-2004 en 1-1-2007.

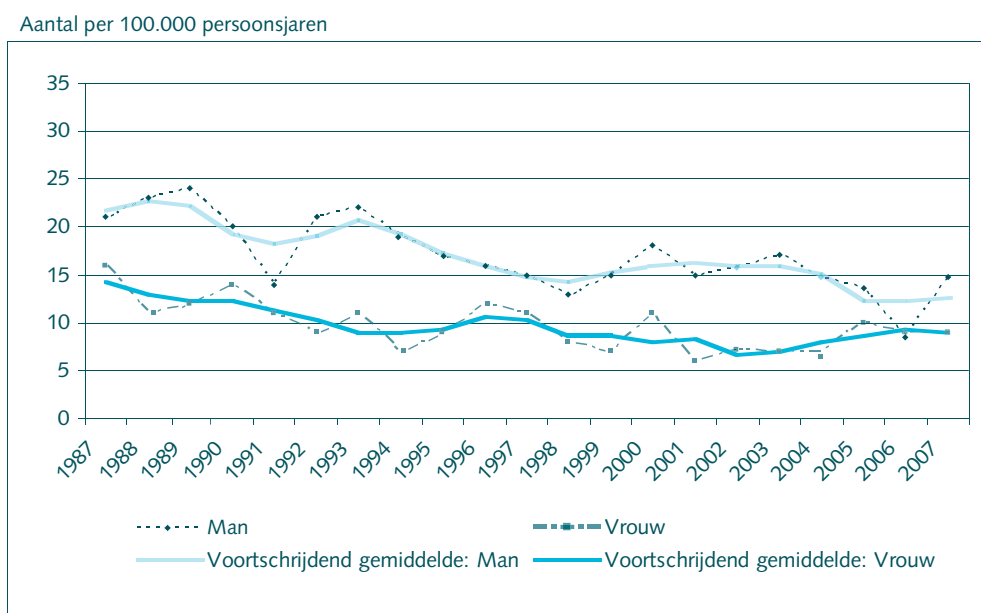
³ Categorie-indeling van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten van 1994 volgens de zogenoemde BiZa systematiek waarbij volgens een vaststaande hiërarchie gebruik wordt gemaakt van het geboorteland van betrokkene, diens moeder en/of diens vader.

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker en prof.dr. W.J. Schudel, emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie, Erasmus Universiteit Rotterdam, beiden werkzaam bij de GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie, Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, Den Haag.

Figuur 1.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren van 15 jarigen en ouder). Den Haag 1987-2007.



bij de gebruikte middelen en methoden en ook nu is gekeken naar het verschil in voorkomen van suïcides naar sociaal-economische status (gebaseerd op de sociaal-economische classificatie van de woonwijk van de overledene⁴).

Resultaten

Geslacht en leeftijd

In de periode 2002-2007 vonden op Haags grondgebied in totaal 257 suïcides plaats; 159 gevallen (62%) betroffen mannen; 98 (38%) waren vrouwen. Per jaar liep het aantal overleden mannen uiteen van 16 tot 32 en het aantal vrouwen van 14 tot 20. De man - vrouw verhouding van 3 : 2 is onveranderd ten opzichte van de bevindingen over 1987-2001 (3). De aantallen suïcides per 100.000 Hagenaars (persoonsjaren van 15 jarigen e.o.) laten sinds 1987 over het algemeen een dalende trend zien, voor de mannen geldt dit wat sterker dan voor de vrouwen (figuur 1). Bij de vrouwen stijgt de incidentie van suïcide de laatste vijf jaar weer licht. Hierdoor nadert de laatste drie jaar de incidentie bij de vrouwen die van de mannen dicht, met een voortschrijdend gemiddelde van 12 per 100.000 mannen en van 9 per 100.000 vrouwen van 15 jaar en ouder in 2006 en in 2007.

Tabel 1 toont over 1987-2006 het absolute aantal suïcides naar leeftijd en geslacht, verdeeld over vier aaneengesloten perioden van vijf jaar. Suïcides bij jongeren onder de 15 jaar hebben zich niet voorgedaan. De afname tussen 1987-1996 en 1997-2006 doet zich het sterkst voor bij de mannen van 65 jaar en ouder. Het aantal suïcides onder hen is tussen beide perioden van tien jaar met ruim de helft afgenomen van 83 naar 34 gevallen. Bij de vrouwen in deze leeftijdsgroep daalt het aantal suïcides ook aanzienlijk en wel met een derde, van 71 (1987-1996) naar 44 gevallen (1997-2006). Behalve bij de 65-plussers zien we tussen beide perioden ook een sterke daling in suïcides onder de 15-34-jarigen (mannen: van 91 naar 65; vrouwen van 58 naar 32). Dit in tegenstelling tot de mannen en vrouwen van 35-54 jaar, onder hen zien we nauwelijks tot geen daling tussen 1987-1996 en 1997-2006.

Figuur 2 toont per vijfjaarsperiode voor mannen en vrouwen afzonderlijk de incidentiecijfers van suïcides voor de leeftijdsgroepen 15-34-jarigen, 35-54-jarigen en de 55-jarigen en ouder. Gerelateerd aan de bevolkingsaantallen, daalt in vrijwel alle onderscheiden leeftijdsgroepen de suïcide-incidentie in

⁴ Achterstandsscore van de 44 Haagse wijken van 2004. Onderzoek Kloek AS&O, 2003.

Tabel 1.

Per leeftijd het aantal suicides in vier vijftiaarsperioden voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001 en 2002-2006.

Leeftijdsklasse	Mannen			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
0-14 jaar	0	0	0	0
15-24 jaar	14	11	7	8
25-34 jaar	37	29	28	22
35-44 jaar	38	38	30	34
45-54 jaar	22	29	34	32
55-64 jaar	30	19	16	19
65-74 jaar	15	21	8	6
75 jaar e.o	27	20	10	10
Totaal	183	167	133	131

Leeftijdsklasse	Vrouwen			
	1987-1991	1992-1996	1997-2001	2002-2006
0-14 jaar	0	0	0	0
15-24 jaar	10	9	5	7
25-34 jaar	25	14	12	8
35-44 jaar	27	10	20	8
45-54 jaar	17	15	15	22
55-64 jaar	8	12	12	10
65-74 jaar	18	10	8	13
75 jaar e.o	21	22	11	12
Totaal	126	92	83	80

Den Haag, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het meest uitgesproken is de daling onder de 55-plussers bij de mannen. De incidentie van ± 15 per 100.000 mannen per jaar van 55 jaar en ouder in 1997-2001 en in 2002-2006 is ± 10 per 100.000 per jaar minder dan in de voorliggende vijftiaarsperiode 1992-1996.

Etnische herkomst

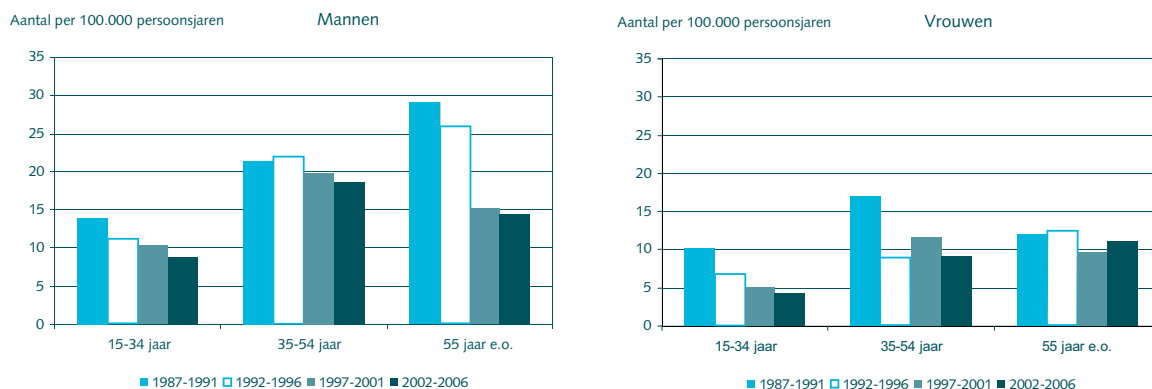
Van de 257 in de jaren 2002-2007 door suïcide overleden personen hadden 81 een niet-Nederlandse herkomst. Ruim een derde (28 personen) van de niet-Nederlanders, de grootste groep, was zelf of (één van) de ouders in Suriname geboren, 19 mannen en 9 vrouwen. Hun aantal varieerde van één (2002) tot acht (2004) per jaar. Verder kwamen in volgorde van omvang 16 mensen uit geïndustrialiseerde landen, 15 uit niet-geïndustrialiseerde landen en 8 uit landen in Zuid-Europa. De aantallen uit Turkije, de Nederlandse Antillen en Marokko waren klein, respectievelijk zes, vijf en drie.

Van de 176 Nederlanders die in Den Haag in 2002-2007 door suïcide overleden, waren twee van de vijf ouder dan 55 jaar. Het percentage 55-plussers onder de 28 Surinamers lag lager (18%). Bij de Surinamers deden de meeste suïcides zich voor onder de 35-54-jarigen (61%). Gerelateerd aan het aantal Haagse Surinamers in die leeftijdsgroep zijn dit er vier per 10.000 35-54-jarige Surinamers per jaar (35-54-jarige autochtone Hagenaars: drie per 10.000).

In tabel 2 staan per etniciteit voor mannen en vrouwen afzonderlijk, de absolute aantallen en de incidentiecijfers van de door suïcide overleden personen in 1987-1996 en 1997-2006. Bij alle naar etniciteit onderscheiden groepen zijn meer mannen dan vrouwen door suïcide overleden. Met uitzondering van de Surinaamse mannen - met in beide tienjaarsperioden een incidentiecijfer voor suïcide van 1,9 per 10.000 - ligt de incidentie van de onderscheiden groepen allochtone Hagenaars duidelijk

Figuur 2.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren) naar leeftijdsgroep in vier vijfaarsperioden voor mannen (links) en vrouwen (rechts). Den Haag 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001 en 2002-2006.



lager dan die van de autochtone Hagenaars. Onder hen is de kans in een jaar te overlijden door suïcide betrekkelijk zeldzaam (minder dan 1 op de 10.000). Bij de Turkse mannen (1987-2006), de Marokkaanse mannen en de groep Overige mannen en vrouwen (1997-2006) is de incidentie ten opzichte van de Nederlandse mannen significant lager.

Sociaal-economisch niveau

Bij 221 Hagenaars die in de periode 2002-2007 door suïcide om het leven kwamen en van wie de postcode in Den Haag bekend was (postcodes van psychiatrische instellingen zijn uitgesloten) is het verschil in vóórkomen van suïcide naar sociaal-economische positie onderzocht. Tussen de groep (N=85) met de minste achterstand (zscore ≤ -5) en de groep (N=99) met de meeste achterstand (zscore ≥ 5) is een beperkt verschil gevonden van respectievelijk 8,5 per 100.000 en 9,8 per 100.000.

Gebruikte middelen en methode en locatie/moment van suïcide

Uit figuur 3 blijkt dat in de twee aaneengesloten vijfaarsperioden 1997-2001 en 2002-2006 vrouwen nog steeds vaker dan mannen voor 'zachte' methoden (medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol, of vergif) van suïcide kiezen (3). Bij de mannen doen zich weinig verschillen voor in methodiek van suïcide tussen beide perioden. Mannen komen vooral door verhangen of verstikking om het leven, in beide perioden de helft van de mannen. Het aandeel vrouwen dat zich via deze weg van het leven berooft neemt tussen 1997-2001 en 2002-2006 toe van 28% naar 45%. Het gebruik van een vuurwapen door vrouwen is zeer zeldzaam.

De mensen die in 2002-2007 kiezen voor een 'zachte' methode (22% van de 257 door suïcide overleden personen) zijn zelden jonger dan 35 jaar: mannen 11% en vrouwen 5%. De etnische herkomst speelt in deze periode bij de keuze van de methode geen duidelijke rol, al kiezen allochtone Nederlanders relatief wat minder vaak dan autochtone Nederlanders voor een 'zachte' methode (allochtonen 16% en autochtonen 25%).

De locatie van suïcide is in verreweg de meeste gevallen in of in de directe omgeving van de eigen woning (2002-2007: 61% in eigen woning en 18% op straat bij eigen woning). In 11% van de gevallen berooft de betrokkene zich van het leven in een min of meer gecontroleerde omgeving (psychiatrisch ziekenhuis, penitentiaire inrichting, verzorgingshuis of andere zorginstantie). Er doen zich in de periode 2002-2007 geen opvallende verschillen voor in de maand van overlijden/vinding. De maanden van de 'donkere' dagen of de dagen dat de 'blaadjes van de bomen vallen' laten geen relatieve toename zien in vóórkomen van suïcide.

Beschouwing

Het (trend)onderzoek in dit artikel beperkt zich net als bij voorgaande studies, tot een beschrijving van tamelijk eenduidige sociaal-demografische kenmerken van de door suïcide overleden personen op Haags grondgebied. Buiten beschouwing blijven de aard van het geestelijke en lichamelijke lijden en/of de sociaal-culturele en economische omstandigheden die tot de keuze van beëindiging van het leven kunnen hebben geleid. Deze zijn vanwege de heterogeniteit veel minder gemakkelijk in alle facetten te bevatten en te systematiseren (1)(2)(3). Daarvoor is uitgebreid

Tabel 2.

Incidentie van suïcides (per 100.000 persoonsjaren 15 jaar en ouder) naar etniciteit in twee tienjaarsperioden voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 1987-1996, 1997-2006.

Etniciteit	Suïcides 1987-1996		Suïcides 1997-2006	
	Absolute aantallen	Incidentie per 100.000 p.j. 15 jaar e.o.	Absolute aantallen	Incidentie per 100.000 p.j. 15 jaar e.o.
Mannen				
Nederlands	282	21,78	187	17,44
Surinaams	24	19,22	31	19,32
Antilliaans	4	19,10	2	5,68
Turks	5	6,29 *	7	6,71 *
Marokkaans	5	8,69	3	3,83 *
Overig	30	14,23	34	9,12 *
Totaal	350	19,57	264	14,48
Vrouwen				
Nederlands	181	12,03	132	11,15
Surinaams	11	8,30	11	6,17
Antiliaans	0	0,00	1	2,68
Turks	1	2,10	3	3,36
Marokkaans	3	8,67	2	3,08
Overig	22	10,08	14	3,51 *
Totaal	218	11,13	163	8,35

* Significant verlaagd in vergelijking tot de Nederlanders ($p < 0.05$)

kwalitatief onderzoek nodig op individueel niveau. De uitkomsten in dit artikel moeten met deze beperking worden beschouwd.

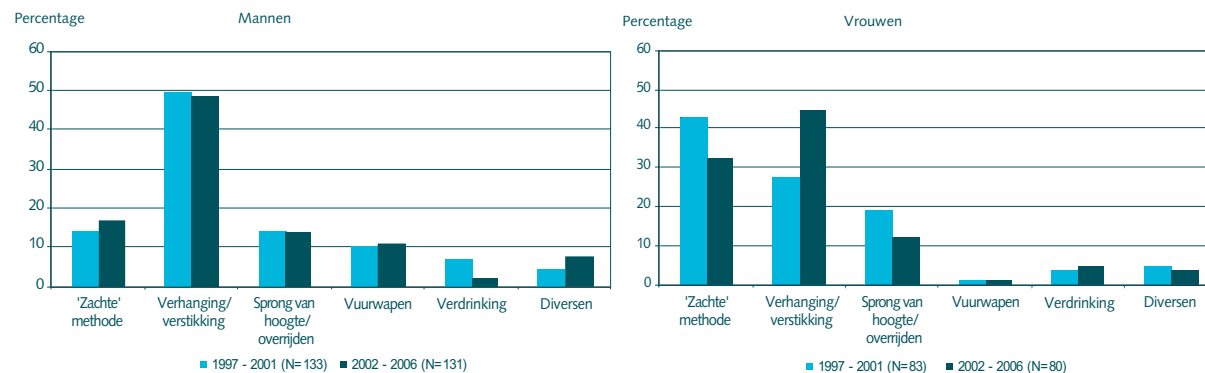
De neerwaartse trend in suïcide-incidentie die herhaaldelijk in dit bulletin is vermeld (1)(2)(3), lijkt zich recent voornamelijk voort te zetten onder de mannen. Bij de vrouwen is de laatste jaren eerder sprake van een lichte toename, met als gevolg dat het aan de bevolkingsaantallen gerelateerde voorkomen van suïcide voor beide geslachten elkaar dicht nadert. De daling in suïcide-incidentie doet zich bij het vergelijken van de vier opeenvolgende onderzoeksperioden van vijf jaar, over het algemeen in alle onderscheiden leeftijdsgroepen voor, maar is - de afgelopen tien jaar weliswaar constant - onder de mannen van 55 jaar en ouder het meest expliciet. De daling in suïcidecijfers onder ouderen is in een eerdere publicatie in verband gebracht met een stijging van euthanasiegevallen (3).

In de periode 1987-2001 blijkt ook in de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder bij beide geslachten - met uitzondering van de mannen in 1994 - sprake van een geleidelijke daling (4)⁵. Vanaf 2001 treedt er landelijk echter juist bij de mannen en niet bij de vrouwen een (hele) lichte toename op. De daling in suïcidecijfers onder ouderen is niet typisch Haags. Het Centraal Bureau voor de Statistiek berekende over de jaren 1986 t/m 2005 voor de leeftijdsgroepen boven de 50 jaar (bij de vrouwen) en boven de 60 jaar (bij de mannen) afnemende aantallen suïcides per 100.000 Nederlanders (4). Bij vergelijkingen met landelijke cijfers dient er echter wel rekening mee te worden gehouden dat een grote stad als Den Haag hogere suïcide-incidentiecijfers kent. Hoogenboezem e.a. stelde voor 1997-2002 vast dat in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag de sterfte door zelfdoding een kwart boven het Nederlandse gemiddelde lag: 11,9 en 9,6 per 100.000 inwoners (5). Ook in gemeenten met een psychiatrisch ziekenhuis is het

⁵ De gegevens over zelfdoding van het Centraal Bureau voor de Statistiek komen tot stand na onderlinge afstemming van de gegevens die zijn ontvangen van de medici (de doodsoorzakenstatistiek) en van politie en rechtbanken (de statistiek van de niet-natuurlijke dood).

Figuur 3.

Gedurende de laatste twee vijftiaarsperioden voor mannen (links) en vrouwen (rechts) de procentuele verdeling van het belangrijkste middel/methode van suïcide. Den Haag 1997-2001 en 2002-2006.



relatieve aantal zelfdodingen over het algemeen hoger dan gemiddeld (5).

Tussen de sociaal-economische positie en het vóórkomen van suïcide is in de onderhavige studie geen relatie van betekenis gevonden. Verschillende malen is in dit bulletin gerapporteerd over, in vergelijking tot hun autochtone leeftijdsgenoten, hogere incidentiecijfers van parasuïcide onder Surinaamse en Turkse meisjes en jonge vrouwen (6)(7)(8). Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat ook de afgelopen tien jaar vrouwen uit deze bevolkingsgroepen ten opzichte van Nederlanders geen verhoogd risico hebben om door suïcide te overlijden en dat zeker bij Turkse vrouwen suïcide zeldzaam is. Ook onder veel andere allochtone groepen in Den Haag ligt de suïcide-incidentie zowel bij mannen als bij vrouwen (significant) lager dan in de groep Nederlanders. Uitzondering hierop zijn de Surinaamse mannen die zich suïcideerden in Den Haag. Gedurende 1987-2006 zijn de suïdecijfers per 100.000 Surinaamse Hagenaars nauwelijks verschillend - vanaf 1997 zelfs iets hoger - in vergelijking tot die van hun Nederlandse geslachtsgenoten in Den Haag. Landelijke analyse van doods-oorzaakverklaringen van arts of lijkschouwer waarin over 1996-2004 de relatie tussen etniciteit en zelfdoding werd onderzocht, bracht ook ten opzichte van autochtone Nederlanders significant lagere suïdecijfers voor Marokkanen en Turken aan het licht, evenals significant verhoogde suïdecijfers voor Surinaamse mannen (9). Als mogelijke verklaring voor de hogere suïdecijfers onder Surinaamse mannen noemen Garssen e.a. de migratie van een collectivistische naar een individualistische maatschappij en de teleurstellingen over de mogelijkheden om in de Nederlandse samenleving een plaats te verwerven

(10). Lagere suïdecijfers bij Marokkanen en Turken kunnen verband houden met het verbod op suïcide onder moslims (11). Het feit dat in Engeland onder immigranten uit islamitische staten lagere suïcide-incidentiecijfers zijn gevonden in vergelijking tot immigranten uit landen met een overwegende Boeddhistische of Hindoeïstische godsdienst is hiermee in overeenstemming (12).

Ten slotte het gebruik van middelen en methode, de locatie en de maand van suïcide in Den Haag (2002-2006) in vergelijking met beschikbare landelijke gegevens (1997-2002) (5). Mannen kiezen vaker dan vrouwen voor een meer gewelddadige manier van zelfdoding. Ongeveer de helft van de mannen die door zelfdoding om het leven komt doet dit door ophanging of verstikking, hierin verschillen de lokale en landelijke cijfers nauwelijks. Van de vrouwen die zich in Den Haag in 2002-2006 van het leven hebben beroofd hanteert 45% ook deze 'harde' methode. Dit is meer dan in de voorafgaande vijf jaar (1997-2001: 28%) en ook meer dan landelijk (34%). Veel minder mannen dan vrouwen kiezen voor het innemen van vergif/medicijnen al dan niet in combinatie met alcohol. Dat is landelijk zo (mannen 15% en vrouwen 27%) en in Den Haag (mannen 18% en vrouwen 32%), maar in de residentie is vergeleken met 1997-2001 het verschil tussen mannen en vrouwen in 2002-2006 wel kleiner geworden.

Ook landelijk is aan het einde van het jaar geen sprake van een hoger aantal suïcidegevallen: gedurende de maanden september, oktober, november en december komt suïcide in Nederland juist minder voor. Bij zowel mannen als vrouwen vindt de helft van alle zelfdodingen in Nederland plaats in het eigen huis, de tuin of schuur. In Den Haag geldt dit voor ruim drie

van de vijf suïcides.

Epidemiologisch onderzoek zoals hier besproken, naar het vóórkomen van suïcidegevallen in Den Haag over een lange tijd is van belang voor het signaleren van risicogroepen. Het kan de alertheid voor het verschijnsel vergroten. Op individueel niveau kan dit onderzoek echter geen handvatten aanreiken voor preventief beleid.

Voor effectieve suïcidepreventie is veel meer nodig, zoals herkenning en bespreekbaarheid van suïcidaliteit, vermindering van beschikbaarheid aan middelen, een goed afgestemde nazorg van mensen na een suïcidepoging, het voorkómen of verminderen van

psychische stoornissen, het aanleren van levensvaardigheden hoe met problemen om te gaan (copingstijlen), het signaleren van probleemgedrag op scholen, zorg aan nabestaanden, lotgenoten hulp voor suïcidale mensen enzovoort. Voor effectieve preventie is het ook van belang om op instellingsniveau de beschikbare kennis en richtlijnen systematisch in de werkwijze te integreren (13)(14). Suïcidaliteit is een complex volksgezondheidsvraagstuk dat vraagt om een veelomvattende (nationale) aanpak. In het beleidsadvies 'Vermindering van suïcidaliteit' van december 2007 uitgebracht aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderstreept het Trimbos instituut nog eens het belang van een regiefunctie voor de (lokale) overheid in deze en zet negen aanbevelingen op een rij om suïcidaliteit in Nederland met 10% te verminderen (zie ter informatie het kader) (14). Over de vele (en unieke) preventieactiviteiten in Den Haag - waaronder het SUNA-project voor jongeren na een suïcidepoging - is in dit bulletin herhaaldelijk gepubliceerd (15)(16)(17)(18) (19).

Negen aanbevelingen ter vermindering van suïcidaliteit

1. Stel streefcijfers voor preventie van suïcidaliteit, zorg voor overheidsregie bij het nemen van maatregelen en realiseer een strategische aanpak met een landelijke en regionale taakverdeling.
2. Verbeter de kwaliteit van zorg bij suïcidepogingen in algemene ziekenhuizen door de richtlijn voor opvang bij suïcidepogingen te actualiseren en onderdeel van beleid te maken, en door kwaliteitseisen aan personeel te stellen.
3. Verbeter herkenning van suïcidaliteit en adequate hulp door professionals, door kennis te vergroten en vaardigheden aan te leren. Maak suïcidaliteit bespreekbaar en leer professionals met het thema om te gaan.
4. Realiseer een landelijke multidisciplinaire richtlijn suïcidaliteit die de bestaande richtlijnen voor beroepsgroepen aanvult en die als basis dient voor lokale protocollen en richtlijnen binnen zorginstellingen.
5. Verbeter kennis en vaardigheden om met suïcidaliteit om te gaan door hiervoor curricula in uiteenlopende opleidingen voor zorgverleners te maken. Ontwikkel procesindicatoren om de voortgang te kunnen volgen.
6. Onderzoek of de toevoeging van suïcidepogingen aan de prestatie-indicatoren in zowel de zorg als de openbare (geestelijke) gezondheidszorg meerwaarde oplevert.
7. Realiseer regionaal een laagdrempelig en flexibel aanbod voor de opvang van en hulp aan nabestaanden (volwassenen en kinderen), en realiseer lotgenotenhulp voor suïcidale mensen. Waarborg de aanpak met procesindicatoren.
8. Realiseer aanvullend onderzoek naar suïcidaliteit waarover relatief weinig bekend is, beschrijf de ziektebelasting van suïcidaliteit en neem diverse uitkomstmaten van suïcidaliteit mee in lopend onderzoek.
9. Breng ethische en juridische vragen en vraagstukken over gedwongen opname en hulp bij suïcide zorgvuldig in kaart.

Literatuur:

1. Schudel WJ. Suïcide in Den Haag: de laatste cijfers. *Epidemiol Bul Grav* 1995; 30 nr. 3: 24-9.
2. Schudel WJ en JM Vroom-Jongerden. Suïcide in Den Haag 1987-1999. *Epidemiol Bul Grav* 2001; 36 nr. 3: 10-4.
3. Schudel WJ. Suïcides in Den Haag, vijftien jaar gevolgd: 1987-2001. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 2: 3-8.
4. Bron gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Suïcidepreventie in Nederland: de stand van zaken. Voordracht door prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof. Amsterdam, maart 2007.
5. Hoogenboezem J en W van den Berg. Recente ontwikkelingen rond zelfdoding in Nederland. *Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland* 2004; 52 nr. 1: 40-8.
6. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr. 3: 18-25.
7. Schudel WJ, Struben HWA en JM Vroom-Jongerden. Suïcidaal gedrag en etnisch-culturele afkomst Den Haag 1987-1993. *Epidemiol Bul Grav* 1998; 33 nr. 4: 7-13.
8. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA en WJ Schudel. Parasuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr. 4: 2-8.
9. Garssen MJ, Hoogenboezem J en AJFM Kerkhof. Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150 nr. 39: 2143-9.
10. Garssen J, Hoogenboezem J en AJFM Kerkhof. Zelfdoding onder Nederlandse Surinamers en etniciteit. *Bevolkingstrends, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland* 2006; 54 nr. 3: 23-8.

11. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research* 2006; 10: 77-97.
12. Lester D. Suicide in emigrants from the Indian sub-continent. *Transcultural Psychiatry* 2000; 37: 243-54.
13. Kerkhof AJFM. Matig beleid inzake suïcidepreventie. Commentaar. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2007; 49 nr 3: 167-8.
14. Bool M, Blekman J, Jong de S. Vermindering van suïcidali-teit. Beleidsadvies aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Trimbo's instituut. Utrecht, december 2007.
15. Krikke H, Nijhuis HGJ en Wesenbeek R. Aan de Grenzen. Suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Bureau Public Health, Gemeente Den Haag 2000.
16. Ferber M. 'Het is een soort praten zonder woorden, juf', achtergronden van zelfbeschadiging. *Epidemiol Bul Grav* 2004; 39 nr. 4: 15-9.
17. Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag en automutilatie bij allochtone jongeren. Project 'Aan de grenzen', enkele nieuwe initiatieven. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr. 2: 22-5.
18. Van Wieringen & Thomas. Grensverleggend? Evaluatie van het project 'Aan de Grenzen': voorkomen van (para)-suïcidaal gedrag en psychosociale problemen bij allochtone jongeren door het versterken van hun identiteitsvorming. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn, juli 2006.
19. Burger I, Ferber M. Preventie van suïcidaal gedrag: recente ontwikkelingen in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 2007; 42 nr. 3: 25-8.