

Vóórkomen van parasuïcides in Den Haag

Op basis van instellingsregistratie in de jaren 2008-2009

I. Burger, C. van der Linden, A. Bos, T. Eckhardt, S. Post, M. van Yperen en A.M. van Hemert

Traditiegetrouw volgt de GGD Den Haag nauwlettend de trend in suïcidaal gedrag van Hagenaars. Dit betreft mensen die zich binnen de gemeentegrenzen van Den Haag van het leven hebben beroofd, of Hagenaars die zichzelf (niet-fataal) letsel hebben toegebracht: respectievelijk gevallen van suïcide en gebeurtenissen van parasuïcide. Over het voorkomen van suïcide en parasuïcide is herhaaldelijk gepubliceerd in het Epidemiologisch Bulletin (1-5). Een meer dan gemiddeld vóórkomen van verschijningsvormen van suïcidaal gedrag in bevolkingsgroepen kan duiden op (collectief) onwelbevinden en/of psychische ongezondheid binnen deze subgroepen. Onderstaand artikel beschrijft de resultaten uit het Parasuïcide Registratieproject Den Haag, de registratie van gebeurtenissen van parasuïcide die zich onder Hagenaars hebben voorgedaan tussen 1 januari 2008 en 31 december 2009, en vergelijkt deze met voorgaande onderzoeksjaren.

Voorgeschiedenis

Aan de onderhavige registratieperiode binnen het Parasuïcide Registratieproject Den Haag zijn twee registratieperioden voorafgegaan, respectievelijk 1987-1993 (2-3) en 2000-2004 (4-5). De werkwijze en deelnemende instanties verschilden enigszins, ook met de onderhavige registratie, maar de relatieve uitkomsten tussen bevolkingsgroepen zijn goed vergelijkbaar.

De bevindingen over 1987-1993 toonden indertijd aan dat vooral 15-24-jarige Surinaamse vrouwen en in iets mindere mate 15-24-jarige Turkse vrouwen en 15-19-jarige Marokkaanse meisjes vaker dan hun van oorsprong Nederlandse leeftijdsgenotes overgingen tot een parasuïcidale handeling. De cijfers over 2002-2004 lieten een lichte verschuiving zien in deze uitkomsten. De meisjes en jonge vrouwen van Surinaamse afkomst in de leeftijd van 15-24 jaar voerden niet langer de statistieken aan in negatieve zin, hun plaats was ingenomen door leeftijdsgenotes van Turkse afkomst.

De Turkse meisjes en jonge vrouwen deden in vergelijking tot hun autochtone leeftijdsgenotes in

2002-2004 ruim twee keer zo vaak (545 per 100.000 per jaar versus 246 per 100.000 per jaar) een parasuïcide, de 15-24-jarige Surinaamse meisjes bijna twee maal zo vaak (421 per 100.000 per jaar). Beide verschillen duiden statistisch niet op toeval. Naar aanleiding van deze uitkomsten heeft de afdeling Epidemiologie uitgebreid kwalitatief vervolgonderzoek gedaan naar mogelijke emotionele en/of psychosociale oorzaken van het verhoogde voorkomen van parasuïcide onder 15-24-jarige Surinaamse en Turkse vrouwen. In twee in de tijd gescheiden onderzoeken bleek zowel bij de Turkse als bij de Surinaamse respondenten de belangrijkste bedreiging voor hun welbevinden het gebrek aan vrijheid in combinatie met een afstandelijke of verstoorde relatie met hun ouders, die een autoritaire opvoedingsstijl hanteerden, vol wantrouwen en controle (6-7).

Methode

Gedurende 2002-2004 participeerden in de registratie uitsluitend het bureau 24-uurszorg van - toen nog - Parnassia en de ziekenhuisopnameafdelingen van de algemene ziekenhuizen. In theorie zou dit een

Over de auteurs:

Mw. I. Burger, epidemiologisch onderzoeker, werkzaam op afdeling Epidemiologie, GGD Den Haag; mw. C. van der Linden, klinisch-epidemioloog en nurse practitioner, werkzaam op de SEH-afdeling van het Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde in Den Haag; mevr. A. Bos, unithoofd van de SEH-afdeling van het Hagaziekenhuis, locatie Leyenburg in Den Haag; T. Eckhardt, arts, werkzaam als medisch manager ambulancezorg Haaglanden; S. Post, unithoofd van de SEH-afdeling van het Hagaziekenhuis, locatie Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis in Den Haag; mw. M. Yperen, waarnemend unithoofd en praktijkopleider van de SEH-afdeling Bronovo in Den Haag; prof. dr. A.M. van Hemert, psychiater en epidemioloog, hoofd van het bureau 24-uurszorg Parnassia Bavo groep voor Den Haag e.o. en werkzaam bij de afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum. E-mail: irene.burger@denhaag.nl.

volledige registratie moeten opleveren (exclusief uiteraard diegenen die na een parasuicide geen medische hulp krijgen of alleen gezien worden door de huisarts). Het protocol voorziet er namelijk in dat iemand die parasuicide pleegt en niet hoeft te worden opgenomen, op de spoedeisende hulp (SEH)-afdeling een consult krijgt van de crisisdienst (de crisisdienst registreert). Pas daarna wordt de patiënt 'vrij' gegeven. En is een opname in het algemene ziekenhuis geïndiceerd dan krijgt de patiënt een consult van de dienstdoende psychiater van het algemene ziekenhuis (deze psychiater registreert). In de praktijk echter verlaten patiënten de SEH-afdeling regelmatig voordat de crisisdienst hen heeft beoordeeld. Behalve dat deze registratiemethode kwetsbaar is, blijkt die uit ervaring dus ook niet helemaal compleet.

Voor de onderhavige registratieperiode 2008-2009 is daarom aan meer instanties en afdelingen gevraagd te participeren, zoals dit ook gebeurde in de jaren 1987-1993 (2-3). Dit zijn:

- Parnassia Bavo Groep, bureau 24-uurszorg ('crisisdienst');
- Medisch Centrum Haaglanden (MCH), SEH-afdeling van de locatie Westeinde;
- Hagaziekenhuizen, SEH-afdelingen van de locaties Leyenburg, Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis;
- Ziekenhuis Bronovo, SEH-afdeling;
- Ambulancediensten in Haaglanden (vanaf 1 april 2008).

Het meedoen van al deze instellingen betekent dat patiënten na een parasuicide dus meermalen (door verschillende instanties) kunnen worden gemeld. Dat maakt de kans dat een patiënt wordt gemist aanzienlijk kleiner. Ook geeft het inzicht in welke instanties bij een gebeurtenis van parasuicide zijn betrokken. Dubbele meldingen en herhaalde suïcidepogingen (recidives) worden opgemerkt op basis van gegevens over het geslacht, de geboortedatum, ten minste de eerste vier letters van de achternaam (bij vrouwen de meisjesnaam) en de etnisch-culturele afkomst¹. In het onderzoek zijn meldingen die binnen vier dagen plaatsvonden bij éénzelfde persoon beschouwd als één gebeurtenis oftewel episode van parasuicide. De aangeleverde

gegevenssets omvatten naast de datum van parasuicide en bovengenoemde gegevens van de patiënt, informatie over de woonlocatie, de wijze van uitvoering van het suïcidale gedrag en het beleid/de nazorg die noodzakelijk werd geacht. Van het MCH Westeinde waren ook gegevens beschikbaar over de aanleiding tot de parasuïcidale handeling. De crisisdienst informeerde ook over de verwijzer en de aard van het contact. De elektronisch aangeleverde gegevens van Parnassia Bavo Groep, bureau 24-uurszorg, waren afkomstig uit hun reguliere registratiesysteem en zijn kort na het verstrijken van het kalenderjaar aangeleverd. De administratieve medewerkers en/of hulpverleners van de SEH-afdelingen van de algemene ziekenhuizen vulden een speciaal voor het project ontwikkeld registratieformulier in, dat de onderzoeker maandelijks ophaalde. Bij opvallende daling trok de onderzoeker 'aan de bel' en werd er intern nog eens extra geattendeerd op de registratie. De ambulanceverpleegkundigen hadden een meldingsformulier in de wagen met een zo beperkt mogelijk aantal vragen (zo min mogelijke tijdsbelasting), dat door de medisch manager van de ambulancezorg aan de hand van het 'rittenformulier' werd aangevuld, in aanwezigheid van de onderzoeker.

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 de actuele of te verwachten lichamelijke gevolgen (8).

Met de keuze van deelnemende instanties en deze gevolgde werkwijze is getracht zoveel mogelijk onderrapportage van gebeurtenissen van parasuicide in Den Haag te voorkómen. Een tijdsperiode van twee jaar, 2008 en 2009, is beperkt. De resultaten die in dit artikel zijn beschreven moeten daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat toevulsfluctuaties in aantallen *binnen* subpopulaties de uitkomsten kunnen hebben beïnvloed. Echter, vanwege de omstandigheid dat er over eerdere tijdsperiodes vergelijkbare gegevens beschikbaar zijn

¹ De etnisch-culturele afkomst is vastgesteld op basis van zelfrapportage en indien deze informatie niet voorhanden was op basis van het geboorteland van betrokkene en van diens ouder(s), dit laatste in geval cliënt in Nederland was geboren. In sommige gevallen zijn de gegevens over de geboortelands ontleend aan de Gemeentelijke Basis Administratie. In de hiërarchie van de geboortelands 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 van de moeder respectievelijk de vader.

kunnen de uitkomsten wel betekenis krijgen naar aard en omvang *tussen* subgroepen van de Haagse bevolking.

De methode van onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsings Commissie Zuidwest Holland (ref. 2007-1131).

Resultaten parasuïcideregistratie 2008-2009

Aantallen meldingen en gebeurtenissen

De deelnemende instanties hebben in 2008-2009 gezamenlijk 1.400 keer een melding gedaan van een gebeurtenis van parasuïcide bij Hagenaars (geen automutilatie). De 1.400 meldingen hadden betrekking op 1.034 gebeurtenissen van parasuïcide bij 832 personen.

De meeste meldingen kwamen van de crisisdienst: 600 meldingen. MCH, locatie Westeinde meldde 350 keer (345 gebeurtenissen), het Hagaziekenhuis, locaties Leyenburg, Rode Kruis en Julianakinderziekenhuis 236 keer (230 gebeurtenissen), het ziekenhuis Bronovo 74 keer (71 gebeurtenissen) en de ambulancediensten in Haaglanden (vanaf 1 april 2008) 140 keer (136 gebeurtenissen). 53 Keer heeft één instantie een gebeurtenis van parasuïcide (over een episode van drie dagen) meer dan één keer gemeld. 42% Van de gebeurtenissen van parasuïcide gemeld door het MCH zijn ook gemeld door de crisisdienst, deze combinatie is bij het Hagaziekenhuis 23% en bij het ziekenhuis Bronovo 29%. Omdat het protocol bij een gebeurtenis van parasuïcide gezien op de SEH-afdeling in principe consultatie van de crisisdienst voorschrijft lijkt hier sprake te zijn van enige onder-rapportage. Ook het soms sterk fluctuerend aantal meldingen in de tijd bij instanties doet enige onder-rapportage vermoeden. Dat de registratie 'moet leven' onder de hulpverleners blijkt door de duidelijke stijging van het aantal meldingen na 'een klinische les' over parasuïcide.

Uiteraard hangt het aantal consultaties vanwege parasuïcide op een SEH-afdeling af van de bevolkingsdichtheid en -samenstelling in het verzorgingsgebied van het desbetreffende ziekenhuis. Vergelijken we bijvoorbeeld het Bronovo ziekenhuis met het MCH, locatie Westeinde, dan ligt het Bronovo ziekenhuis in een gebied met een veel lagere bevolkingsdichtheid, met beduidend meer welgestelden en veel minder bewoners afkomstig uit niet-westerse landen. Dat verklaart waarom het

Bronovo ziekenhuis beduidend minder meldingen heeft gedaan dan het MCH, locatie Westeinde. De crisisdienst krijgt de meeste consultatieverzoeken van de algemene ziekenhuizen (60%)². Vanwege een crisissituatie van een verbalisant of patiënt verzochten de politie en de huisarts om respectievelijk 15% en 12% consultaties van de crisisdienst. Het resterende gedeelte (13%) vond plaats na melding van andere crisisdiensten, de ambulancedienst, de ambulante GGZ, de GGD of 'anderszins'. 87% Van de psychiatrische beoordelingen vindt (ter plekke) in aanwezigheid van de patiënt plaats (face-to-face).

721 Personen hebben één keer een parasuïcide gepleegd in 2008-2009 en 111 personen twee of meer keer, de recidivisten. Driekwart van de 111 recidivisten heeft twee pogingen ondernomen, 13% twee of drie keer, 8% vier of vijf keer, 4% zes tot tien keer en 1% 19 keer (een Nederlandse man van in de zestig). Bij 30% van de herhaalde pogingen vonden deze plaats binnen een maand en bij 60% binnen drie maanden. Bij de overige 10% was dit langer.

Acht mensen die in 2008-2009 zijn geregistreerd vanwege een gebeurtenis van parasuïcide hebben zich in 2008 of 2009 gesuïcideerd (0,8% van de gebeurtenissen van parasuïcide). Het betreft vier mannen (drie Nederlanders en één Antilliaan) en vier vrouwen (drie Nederlandse en een Amerikaanse), op één na allen ouder dan 35 jaar.

Leeftijd, geslacht en etniciteit

In tabel 1 zijn de absolute aantallen gebeurtenissen van parasuïcide naar leeftijd, geslacht en etniciteit weergegeven. In de verslagperiode werden 581 parasuïcides geteld bij Nederlanders. In de groep niet-Nederlanders waren er 144 Surinamer, 98 Turk, 37 Marokkaan, 16 Antilliaan en 152 behoorde tot de divers samengestelde groep 'Overigen'. Bij slechts zes gevallen (0,5%) bleef de etniciteit onbekend. Binnen alle bevolkingsgroepen doen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging. Negen meisjes waren nog geen vijftien jaar (vier Nederlandse, vier Turkse en één Surinaamse). Boven de 64 jaar worden de gebeurtenissen van parasuïcide zeldzamer (50 personen).

In figuur 1 zijn voor leeftijd en geslacht het aantal parasuïcides per 100.000 Hagenaars per jaar onderscheiden (de incidentie), zodat rekening is

² Bij circa twee van de vijf van deze aanvragen van het algemeen ziekenhuis voor een crisisconsult werd in de registratie geen melding aangetroffen van een SEH-afdeling.

Tabel 1.

Aantal parasuïcides (gebeurtenissen) naar etniciteit en leeftijd voor mannen en vrouwen. Den Haag 2008-2009.

Leeftijd in jaren	Nederlands		Surinaams		Antilliaans		Turks		Marokkaans		Overig		Onbekend		Totaal	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
10-14	0	4	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	9
15-19	10	39	3	13	0	1	1	16	1	1	2	11	0	1	17	82
20-24	12	37	4	16	1	3	4	20	1	13	3	12	0	2	25	103
25-34	33	72	19	22	2	2	6	17	4	10	16	24	1	1	81	148
35-44	55	67	8	27	1	2	4	19	3	3	21	36	1	0	93	154
45-54	46	88	6	15	2	2	1	4	0	0	4	12	0	0	59	121
55-64	45	24	5	5	0	0	1	1	1	0	2	4	0	0	54	34
65-74	13	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	13	18
>=75	7	11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	11
Onb.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1
Totaal	222	358	45	99	6	10	17	81	10	27	50	102	2	4	352	681

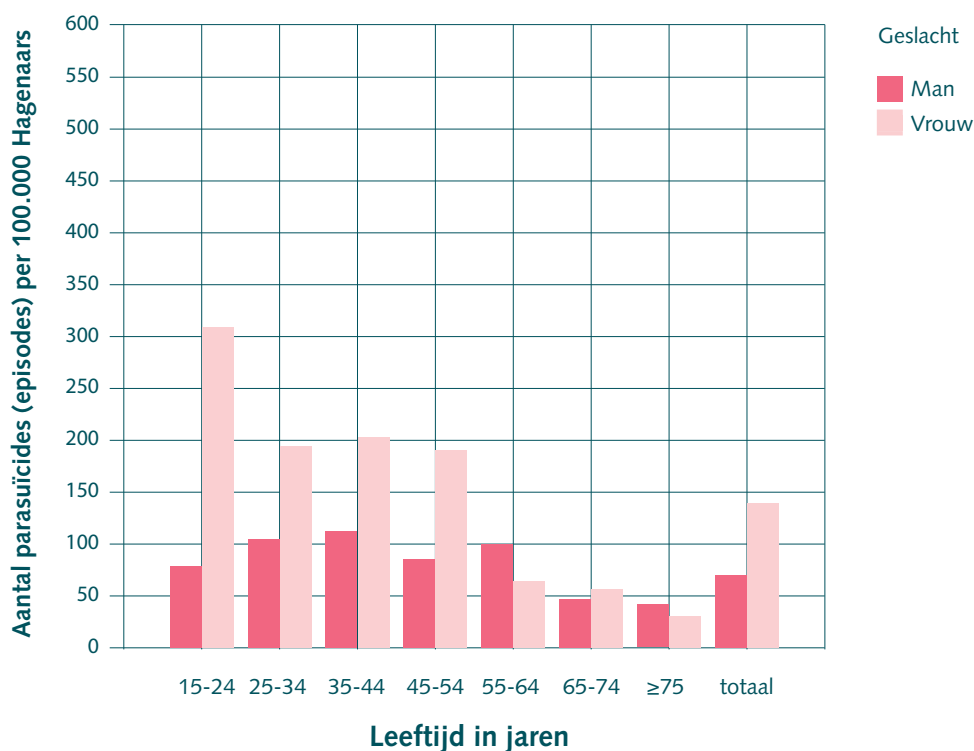
Opmerking: van één Nederlander was het geslacht onbekend.

gehouden met het bevolkingsaantal in de desbetreffende groep. Met uitzondering van de leeftijdsgroep 55-64-jarigen en 75-plussers zijn de incidenties van gebeurtenissen van parasuïcide bij

vrouwen hoger dan bij mannen. In de leeftijdsgroep 15-24-jarigen is de hogere incidentie bij de vrouwen het meest uitgesproken: ruim vier keer zo hoog in vergelijking tot de mannen. Ook over de jaren 1987-

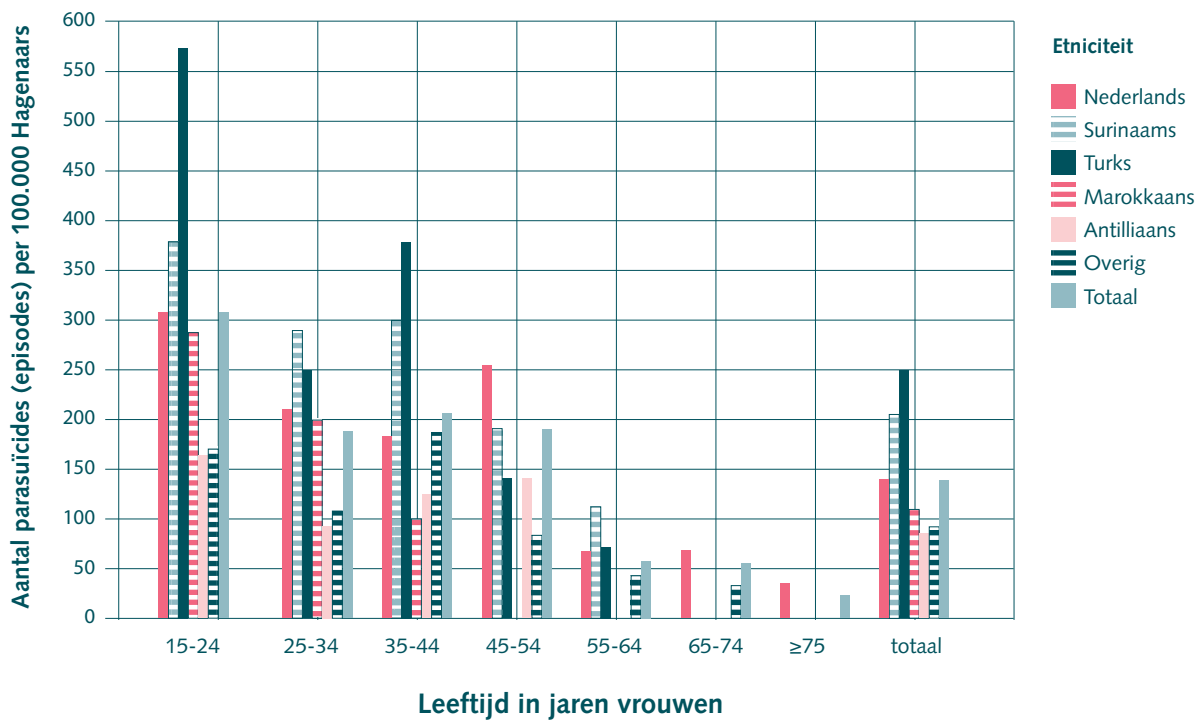
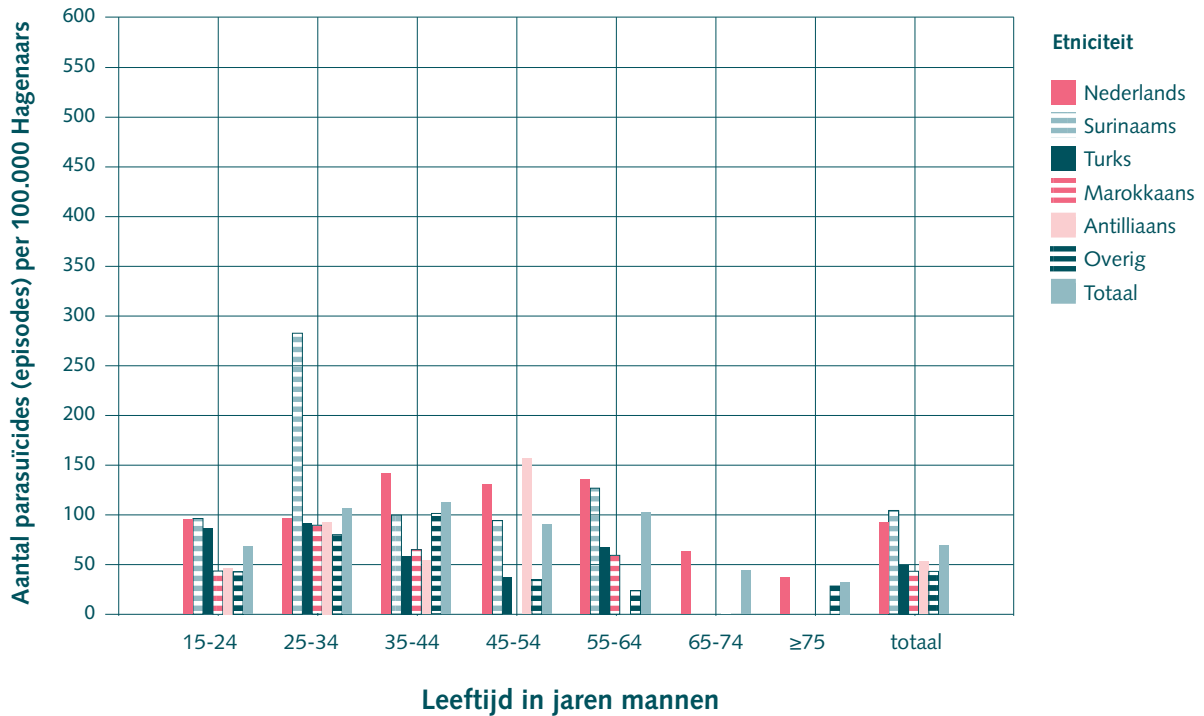
Figuur 1.

Aantal parasuïcides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar e.o.) per jaar naar leeftijd naar geslacht. Den Haag 2008-2009.



Figuur 2.

Aantal parasuicides (episodes) per 100.000 Hagenaars (15 jaar e.o.) per jaar naar leeftijd en etnische groep voor mannen (boven) en vrouwen (onder). Den Haag 2008-2009.



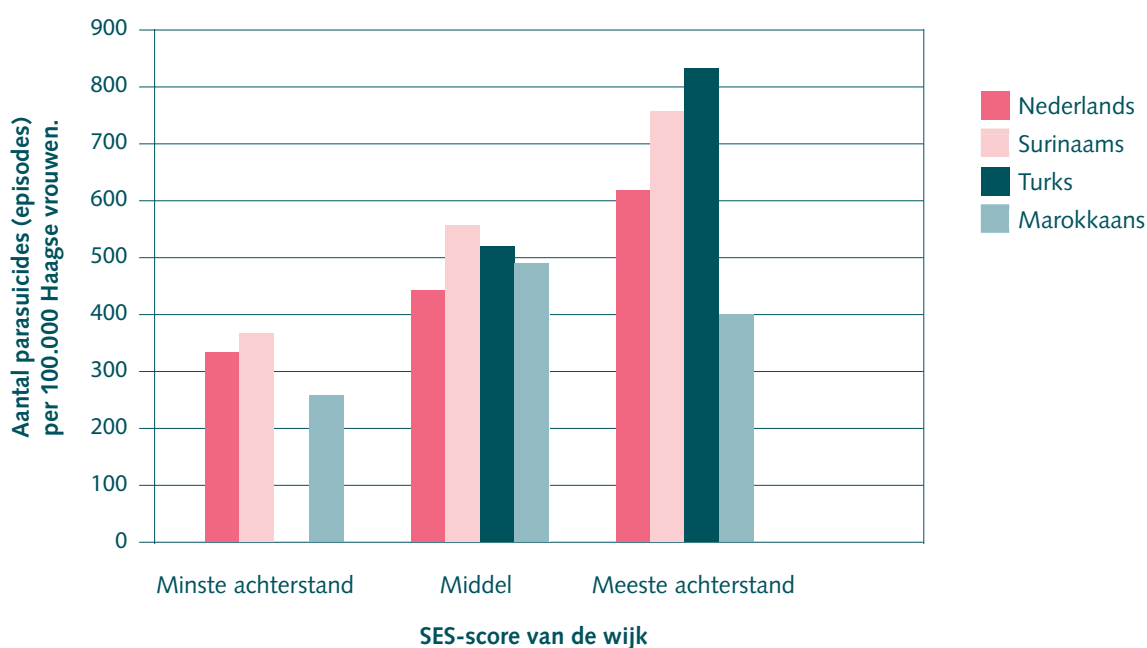
1993 en 2002-2003 constateerden de onderzoekers dergelijke verschillen in incidentie tussen de geslachten.

Figuur 2 toont voor mannen en vrouwen afzonderlijk weergegeven naar leeftijd de incidentie bij de autochtone Nederlanders, de Surinamers, de Turken, de Marokkanen, de Antillianen en de groep 'Overige' niet-Nederlanders. In de onderscheiden leeftijdsgroepen beneden de 55 jaar zien we bij alle etnische groepen dat de incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij vrouwen die bij mannen (vrijwel altijd ruim) overstijgt (bovenste figuur vergeleken met de onderste figuur). Vergeleken met hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten (=referentiegroep) zien we bij de mannen een significant verhoogde incidentie bij 25-34-jarige Surinamers (279 per 100.000 per jaar versus 94 per 100.000 per jaar) en bij de vrouwen - evenals in de periode 2002-2003 - een significant verhoogde incidentie bij de 15-24-jarige Turkse vrouwen (575 per 100.000 per jaar versus 310 per 100.000 per jaar) en nu ook significant bij 35-44-jarige Turkse vrouwen (375 per 100.000 versus 180 per 100.000 per jaar). In tegenstelling tot de eerdere onderzoeksperiodes 1987-1993 en 2002-2003/4 (2-5) zien we geen significant verhoogde incidentie bij de Surinaamse 15-24-jarige vrouwen.

Uit tabel 1 blijkt dat het bij de 15-24-jarige Turkse vrouwen en de 35-44-jarige Turkse vrouwen respectievelijk om 36 en 19 gebeurtenissen van parasuicide gaat. Dit zijn respectievelijk 35 Turkse vrouwen in de leeftijd van 15-24 jaar en 18 Turkse vrouwen in de leeftijd van 35-44 jaar die gedurende 2008-2009 op basis van de registratie één of meer parasuicides pleegden. Het aantal recidives is bij beide groepen Turkse vrouwen zeer beperkt. De hogere incidentie van gebeurtenissen van parasuicide bij deze groepen Turkse vrouwen kan dus niet zijn veroorzaakt doordat één of enkele vrouwen veelvuldig parasuïcidaal gedrag vertoonden. In de vorige onderzoeksperiode deden zich meer recidives voor bij de 35-44-jarige Turkse vrouwen. Toen zagen we een verhoogde maar niet significant verhoogde incidentie. Bij de 25-34-jarige Surinaamse mannen tellen we 19 gebeurtenissen en 14 personen. Dit aantal recidieven is (mede) verantwoordelijk voor het significant verhoogd voorkomen van parasuicide in deze groep. De naar herkomstland divers samengestelde groep 'Overigen' laat in geen van de onderscheiden subgroepen een bovengemiddeld verhoogd voorkomen zien, in sommige subgroepen naar leeftijd- en geslacht zien we zelfs een significant verlaagde incidentie.

Figuur 3.

Bij 15-44-jarige vrouwen het aantal parasuicides (episodes) per 100.000 Hagenaars per jaar naar SES per etnische groep. Den Haag 2008-2009.



Tabel 2.

Gezonden methode (combinaties mogelijk) van parasuïcides (gebeurtenissen). Den Haag 2008-2009.

Methode	Aantal (N=1034)	Percentage
Medicijnen	779	81
Medicijnen, onbekend wel/niet voorgeschreven	327	37
Voorgeschreven medicijnen	318	31
Niet voorgeschreven medicijnen	134	13
Alcohol, expliciet genoemd	121	12
Snijden/steken	104	10
Andere vergiften, waarschijnlijk in veel gevallen alcohol	96	9
Verhangen/verstikken	46	4
Overrijden	36	3
Springen van hoogte	26	2
Anders	22	2
Drugs	17	2
Verdrinken	9	1
Onbekend	11	1

Achterstandscore van de wijk

Bij iedere gebeurtenis van parasuïcide is de postcode van het woon- of verblijfadres van de patiënt genoteerd. Is de postcode bekend dan is ook de wijk bekend waar de patiënt woont of verblijft. Aan elke wijk heeft de gemeente een achterstandsscore (Sociaal Economische Status: SES) toegekend (DHIC/Onderzoek Kloek AS&O 2008/9). Parameters als percentage werklozen in de wijk, aantal uitkeringsgerechtigden en percentage etnische minderheden, zijn hierin meegenomen. De achterstandscore is vervolgens in drie categorieën verdeeld: de wijken met de laagste SES (≥ 5); met de hoogste SES (≤ -5) en 'gemiddelde' SES (vanaf -5 tot 5).

Ten tijde van de gebeurtenis van parasuïcide woonde of verbleef 19% in een wijk met de hoogste SES, 48% in de wijk met de laagste SES. 27% woonde in een wijk met een gemiddelde SES. Bij de overige 6% was de wijk te klein om een achterstandscore toe te kennen of was de postcode onbekend. Bijna de helft **woont of verblijft** in een wijk met een relatief lage SES. Dit hoeft niet te betekenen dat de desbetreffende persoon ook zelf een lage SES heeft. Omdat een gebeurtenis van parasuïcide meer bij (jonge) vrouwen dan bij mannen voorkomt en daarbij de etniciteit een belangrijk onderscheidend kenmerk is, is in de volgende figuur alleen het aantal parasuïcides weergegeven per 100.000 15-44-jarige vrouwen en per SES-categorie gecontroleerd voor vier (etnische) bevolkingsgroepen. Met uitzondering van de Marokkaanse vrouwen zien we een duidelijk

verband met de SES van de woonwijk. Per 100.000 Nederlandse, Turkse en Surinaamse vrouwen komen de meeste gebeurtenissen van parasuïcide voor in wijken met de meeste achterstand.

Middel/methode

Van vrijwel alle gebeurtenissen van parasuïcide is de methode bekend, het gebruikte middel en/of de wijze waarop tot zelfbeschadigend gedrag is overgegaan. Bij vier van de vijf gebeurtenissen van parasuïcide was sprake van medicijngebruik (tabel 2). Voor zover dat bekend was nam de man of vrouw vaker medicijnen in die voorgeschreven waren. In bijna de helft van de gevallen van medicijngebruik was dit echter niet bekend. In 10% van de gevallen bracht men zichzelf verwondingen toe met een scherp voorwerp. Pogingen tot verhangen of verstikken, zich laten overrijden of ergens tegenaan rijden, springen van een hoogte en poging tot verdrinken komen veel sporadischer voor. Circa een zesde van de pogingen ging gepaard met het gebruik van bewustzijnsverlagende of -verruimende middelen (veelal alcohol). In de categorie 'Andere vergiften' werd zes keer spiritus genoemd (vijf Nederlanders en één groep 'Overig'), vijf keer chloor (twee Surinamers, één Nederlandse, één Antilliaanse, één groep 'Overig'), vier maal azijnzuur (drie Surinamers en één Marokkaanse), twee maal aceton (één Nederlandse en één groep 'Overig'), twee maal bleekmiddel (één Surinamer en één Marokkaan), één keer ontvetter (Marokkaanse), één keer wasverzachter (Turkse) en

één keer zeep (Nederlandse).

Het 'drinken' van vergiften kwam bij de Turkse patiënten nauwelijks voor. Daarentegen zien we dat het percentage Turken dat zich verwondt met een scherp voorwerp vrijwel gelijk is aan het percentage Nederlanders dat zichzelf verwondt: respectievelijk 11% en 10%. Dat percentage ligt bij de Surinamers en Marokkanen beduidend lager, beide 3%.

Aanleiding

Van patiënten die zich hadden gewend tot de SEH-afdeling van het MCH, locatie Westeinde (N=350) was in veel gevallen (92%) informatie over de aanleiding van de parasuicide beschikbaar. Bij ruim dertig procent van de gebeurtenissen (bij Turken ruim de helft) bleek sprake te zijn van problematiek in de relationele sfeer met vriend/partner of binnen het gezin en/of de familie. Bij een kwart (bij Nederlanders bijna tweevijfde) waren psychiatrische klachten (bijvoorbeeld borderline, verslaving) genoteerd en was in veel gevallen de patiënt bekend bij de geestelijke gezondheidszorg. Bij 19% van de consulten was geen directe aanleiding bekend, de patiënt was somber, depressief en had ook vaak een doodswens. Een traumatische ervaring (verlies, rouw, mishandeling, post traumatisch stress syndroom) stond bij 7% vermeld. Verder werden beschreven: seksueel misbruik (in 2% van de gevallen); ernstig lichamelijk lijden (2%); verblijfsproblemen in Nederland (1%), zoals dreiging met uitzetting; identiteitsproblemen, zoals homoseksualiteit en minderwaardigheidsgevoelens (2%). Bij 1% was expliciet sprake van een impulsieve parasuicide.

Beleid, nazorg en vervoer

Alle registrerende instanties hebben informatie verstrekt over de nazorg of het advies na behandeling

of consultatie van een suïcidale patiënt. De uitkomsten worden voor iedere instantie apart weergegeven. Immers het hulpaanbod van een SEH-afdeling, de crisisdienst en de ambulancezorg zijn verschillend en dientengevolge ook de mogelijkheden van nazorg en advies. Ook de SEH-afdelingen van de algemene ziekenhuizen zijn onderscheiden om zo eventuele verschillen in registratie en/of beleid inzichtelijk te kunnen maken (tabel 3).

Op basis van de informatie op de registratie-formulieren riep het MCH Westeinde in 71% van de gevallen consultatie in van de crisisdienst of, bij opname, van een psychiater in het ziekenhuis. Dat is beduidend meer dan in het Haga ziekenhuis en het Bronovo ziekenhuis stond genoteerd (beide 35%). Bij het MCH, locatie Westeinde, was in 21% van de gevallen opname noodzakelijk vanwege parasuïcidaal gedrag. Dit percentage was in het Hagaziekenhuis en het Bronovo ziekenhuis beduidend hoger (respectievelijk 54% en 40%). In 20% van de gebeurtenissen werd de patiënt op de SEH van het MCH, locatie Westeinde (terug)verwezen naar de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg (Hagaziekenhuis 12% en Bronovo ziekenhuis 7%). Naar de huisarts werd 0-3% verwezen en 1-4% verliet de SEH voortijdig zonder verdere behandeling of advies af te wachten. Ten slotte lag het percentage waarbij 'geen verdere zorg' ingevuld was eveneens ver uiteen tussen de ziekenhuizen (2-24%). Het is onduidelijk in hoeverre bovenstaande uitkomsten een uiting zijn van verschillen in registratie, van beleid of van verschillen in consultpopulatie. Nader overleg hierover is geïndiceerd.

De psychiatrische beoordeling van de crisisdienst (600 consultaties) resulteerde in de meeste gevallen in een GGZ-opname of het in gang zetten van spoedzorg binnen de GGZ (respectievelijk 36 en 34%). In de

Tabel 3.

Beleid, nazorg na consultatie van een SEH-afdeling in Den Haag (combinaties mogelijk). Den Haag, 2008-2009.

Beleid/nazorg na gebeurtenis van parasuicide	MCH, locatie Westeinde	Hagaziekenhuis, locatie Rode Kruis en Leyenburg	Bronovo
Psychiatrisch consult aangevraagd	71%	35%	35%
Opname algemeen ziekenhuis	21%	54%	40%
GGZ (incl. ambulante)	20%	12%	7%
Huisarts	3%	2%	-
Hulp geweigerd	4%	2%	1%
Geen verder behandeling nodig	2%	13%	24%
	N=350	N=236	N=74

overige gevallen was wel zorg nodig maar geen spoedeisende zorg (17%) of was het beleid 'afwachten' (13%). Dit laatste is vaak het geval bij patiënten die nog niet somatisch vrij gegeven zijn. In een vervolcontact wordt dan het beleid bepaald.

Wanneer de ambulancedienst werd opgeroepen bij een suïcidale patiënt vervoerde deze de patiënt in 90% van de gevallen naar een SEH-afdeling van een algemeen ziekenhuis. Twaalf patiënten (9%) liet de ambulancedienst ter plaatse (vier van hen waren jonger dan 25 jaar). Twee patiënten werden naar een psychiatrisch ziekenhuis vervoerd en twee naar een andere locatie.

Beschouwing

Traditie

Den Haag is de enige gemeente in Nederland die de laatste decennia het vóórkomen van gebeurtenissen van parasuicide zo nauwlettend in de tijd bewaakt. Sinds halverwege de jaren tachtig analyseert de GGD Den Haag - met enkele onderbrekingen - gebeurtenissen van parasuicide. Dit monitoren dient als signalering van mogelijke risicogroepen voor parasuicide binnen de gemeente. Een grote stad als Den Haag met zijn multicultureel samengestelde populatie maakt dit ook zinvol. Er wonen aanzienlijke aantallen Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Hagenaars en andere Hagenaars die van oorsprong geen Nederlandse afkomst hebben. Door de grotere aantallen bestaat er minder kans op toevalfluctuaties zodat mogelijke problematiek tussen bevolkingsgroepen ook daadwerkelijk onderscheiden kan worden.

In de tijd is de opzet en wijze van registratie van de gebeurtenissen van parasuicide in Den Haag enigszins verschillend geweest, maar in essentie bleven ze hetzelfde. De uitkomsten van de verschillende tijdperiodes kunnen zinvol met elkaar worden vergeleken, wellicht niet in absolute zin maar - naar aangenomen mag worden - wel in relatieve zin (tussen bevolkingsgroepen). De uitkomsten over 2008-2009 duiden er mogelijk op dat er sprake is geweest van enige onderrapportage³, maar de kans dat een subgroep systematisch is ondergerapporteerd is niet bijzonder groot. Zo is het percentage meldingen van Nederlanders door ziekenhuizen afzonderlijk zeker niet lager dan op grond van de bevolkingssamenstelling van het verzorgingsgebied van het ziekenhuis

mocht worden 'verwacht'.

In de registratie zijn niet alle gebeurtenissen van parasuicide meegenomen. Gevallen waarbij geen medische hulp is ingeroepen of waarbij alleen de huisarts is geraadpleegd, vielen deze en eerdere jaren van onderzoek buiten de registratie.

Samenwerking

Om het monitoren mogelijk te maken hadden de onderzoekers de medewerking nodig van medewerkers van instanties die (eerste) hulp bieden aan suïcidale patiënten. Voor de SEH-afdelingen en de ambulancedienst waren aparte registratieformulieren vervaardigd, die met de hand moesten worden ingevuld. Bij de crisisdienst voldeed hun reguliere registratie. Uiteraard zijn handmatige (extra!) registraties kwetsbaar voor onderrapportage. De aandacht verslapt (bij drukte) gemakkelijk. Het raakt ook op de achtergrond wanneer het lang (ten minste twee jaar) duurt voordat men zinvol op de hoogte kan worden gebracht van de resultaten. Over een kortere tijdspanne kunnen de uitkomsten echter sneller aan het toeval worden toegeschreven. Zodra in de reguliere verpleegkundige/medische verslaglegging verplicht en gemakkelijk reproduceerbaar, melding wordt gedaan van een gebeurtenis van parasuicide en de etnische herkomst daarbij als een vast gegeven wordt opgenomen, dan wel gemakkelijk kan worden getraceerd, is handmatige registratie overbodig. Dit zou behalve minder werk waarschijnlijk ook een kwaliteitsverbetering betekenen.

Meer aandacht voor suïcidaal gedrag

De aandacht voor suïcidepreventie en verbetering van nazorg bij suïcidaal gedrag is vooral landelijk de laatste jaren sterk toegenomen (9). Den Haag kende al enige jaren het SuNa-project waarin jongeren na een parasuicide door casemanagers werden 'gevolgd', gesteund en gestimuleerd om (professionele) hulp in te roepen teneinde een recidive te voorkomen (10). Dit jaar stelde het Trimbos-instituut een geïntegreerde regionale aanpak voor suïcidepreventie op (11) en schreef daarbij een praktisch document 'Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit' om afspraken te maken tussen spoedeisende hulp, huisartsen, acute en consultatieve psychiatrie, teneinde de zorg voor suïcidale mensen te verbeteren (12). De werkwijze bij de GGD Amsterdam, de GGZ,

³ Bijvoorbeeld de crisisdienst heeft als verwijzer een algemeen ziekenhuis geregistreerd maar geen van de algemene ziekenhuizen heeft een melding gedaan van de desbetreffende gebeurtenis van parasuicide. Door de opzet van de registratie over 2008-2009 worden gebeurtenissen meestal door verschillende instanties gemeld. Dit verkleint de kans op onderrapportage.

GGD en de verslavingszorg in West Friesland en GGZ Friesland dienden als voorbeeld. Het rapport van het Trimbos instituut volgt op de rapportage van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne over suïcidepreventie bij GGD'en in opdracht van GGZ Nederland (13). Bij suïcidepreventie wordt in de documenten behalve aan de geestelijke gezondheidszorg een grote rol toebedacht aan de GGD'en.

Het merendeel van de huidige activiteiten blijken practice based en nog niet evidence based, wat een uitdaging voor de toekomst wordt genoemd. Het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid besteedde in juni j.l. een geheel (thema)nummer aan suïcidepreventie. En onlangs verscheen het boek 'Suïcidepreventie in de praktijk', een handleiding voor hulpverleners in het contact met suïcidale cliënten (14). Het is toe te juichen dat suïcidepreventie en -nazorg meer en meer aandacht krijgen. Het taboe dat er bij velen op rustte wordt langzaam doorbroken. Getuige ook internet websites als www.113Online.nl voor mensen in geestelijke nood, om suïcide en zelfbeschadigend gedrag te voorkomen. Oog voor specifieke noden van migrantengroepen is daarbij onontbeerlijk.

Conclusie

Evenals in 2002-2004 laten de uitkomsten over de jaren 2008-2009 onder 15-24-jarige Turkse (jonge) vrouwen ten opzichte van hun Nederlandse leeftijd- en geslachtsgenoten een significant verhoogde incidentie zien van parasuïcidale handelingen (5). De incidentie onder deze groep jonge Turkse vrouwen is evenals in 2002-2004 hoger dan die onder Surinaamse jonge vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep. De relatieve aantallen bij de 15-24-jarige Surinaamse vrouwen in Den Haag zijn nog wel bovengemiddeld maar niet meer significant verschillend van die van hun Nederlandse leeftijdgenoten. Nieuw in 2008-2009 is dat we bij oudere Turkse vrouwen (wel jonger dan 45 jaar) nu ook een significant verhoogd incidentiecijfer zien. Dat geldt ook voor de Surinaamse mannen in de leeftijd van 25-34 jaar. Deze laatste uitkomst is enigszins beïnvloed door een hoger aantal recidives. Onder Marokkaanse (jonge) vrouwen komt parasuïcidaal gedrag niet bovengemiddeld voor, net als in de periode 2002-2004 (5). In de jaren 1987-1993 was dit wel enigszins het geval voor de jonge groep 15-19-jarige Marokkaanse vrouwen (3-4). Ook uit ander onderzoek komt naar voren dat Turkse en Surinaamse jongeren risicogroepen vormen voor suïcidaal gedrag. Zo bleek uit onderzoek onder

jongeren in Utrecht (1996-2001) dat 12-18-jarigen van Turkse afkomst vaker aan zelfmoord dachten dan Nederlandse en Marokkaanse jongeren in dezelfde leeftijdsgroep (15). En uit recenter onderzoek in Rotterdam (2003-2006) komt naar voren dat op basis van zelfrapportage Turkse 14-16-jarige meisjes (significant) vaker dan Nederlandse meisjes een poging tot zelfdoding deden, maar minder vaak dan hun Hindostaanse leeftijdgenoten. De Marokkaanse meisjes lieten (significant) lagere cijfers zien dan hun Nederlandse leeftijdgenoten (15).

De bevinding dat de kans op een recidive parasuicide groter is kort na een gebeurtenis van parasuicide is al eerder vastgesteld (2).

De uitkomst bij de Turkse vrouwen en in mindere mate de Surinaamse jonge vrouwen vraagt (opnieuw) om aandacht. Deze vrouwen wonen merendeels in wijken met een relatief ongunstiger sociaal-economische status, wat een risicofactor vormt voor parasuicide (15). Er is naar aanleiding van de uitkomsten uit vorige trendonderzoeken (1987-1993 en 2002-2004) uitgebreid (kwalitatief) vervolgonderzoek gedaan naar mogelijke emotionele en/of psychosociale problemen bij Surinaamse en Turkse (jonge) vrouwen (6-7)(15). Dit is zowel in Den Haag uitgevoerd (zie paragraaf voorgeschiedenis) (6-7) als daarbuiten (15). Vergaande onvrijheid en wantrouwen van hun ouders noemden de scholieren die aan één van de onderzoeken meededen, een belangrijke factor voor onwelbevinden (6-7). Het gemis aan verbondenheid en gebondenheid binnen het gezin, de beperkte autonomie en een ondergeschikte rol die hun eigenwaarde afzwakt zijn factoren die speelden bij migrantenvrouwen die een parasuïcidepoging hadden ondernomen (15). Onderzoek onder 144 Turken in Turkije (2006-2007) die na een parasuicide waren opgenomen, leert dat allen een voorgeschiedenis van migratie binnen Turkije kenden (16). Het ontbreken van goede sociale support, gebrek aan harmonie in familieverband en een lage sociaal-economische status waren eveneens terugkerende factoren. Ook in het onderhavige onderzoek werd psycho-sociale problematiek in de relationele sfeer door Turken vaker genoemd als aanleiding voor hun suïcidale handeling.

Het is belangrijk dat mentoren, zorgcoördinatoren op scholen en huisartsen oog hebben voor de mogelijke onmacht van deze jonge Turkse en Surinaamse vrouwen wanneer ze te zeer knel komen te zitten tussen eigen ontplooiingswensen en beperkingen

thuis. Gelukkig leidt het suïcidale gedrag van deze migrantenvrouwen zeer zelden tot een fatale suïcide (5).

In tegenstelling tot de Turkse vrouwen en Surinaamse meisjes en jonge vrouwen zijn de incidentiecijfers van parasuïcide onder jonge Marokkaanse Haagse vrouwen in 2008-2009 niet verhoogd. In 2002-2004 was dit evenmin het geval. Het hoogste incidentiecijfer zien we onder de 15-24-jarige Marokkaanse meisjes en jonge vrouwen en dat is vrijwel gelijk aan het incidentiecijfer onder hun Nederlandse leeftijdsgenoten. Mogelijk dat sociaal-culturele patronen hiervoor verantwoordelijk zijn of dat suïcidaal gedrag minder tot uiting komt in probleemsituaties bij Marokkaanse vrouwen.

Referenties:

1. Burger I en WJ Schudel. Suïcides in Den Haag, 1987-2007. *Epidemiol Bul Grav* 2008; 43 nr 1: 2-9.
2. Schudel WJ en HWA Struben. Suïcidaal gedrag in Den Haag. *Epidemiol Bul Grav* 1997; 32 nr 3: 8-25.
3. 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.
4. Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA en WJ Schudel. Parsuïcides in Den Haag: meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bul Grav* 2005; 40 nr 4: 2-8.
5. Burger I, AM van Hemert, WJ Schudel en B Middelkoop. Suïcidal Behavior in Four Ethnic Groups in The Hague, 2002-2004. *Crisis* 2009; 30 nr 2: 63-7.
6. 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.
7. 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.
8. International Classification of Diseases-10. Wereldgezondheidsorganisatie. Kopenhagen.
9. Bool M, Blekman J, Jong S de e.a. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake suïcide, gezondheidsraad 1986. Trimbos Instituut. Utrecht, december 2007.
10. Burger I. SuNa-evaluatie 2008, op basis van de casusverslaglegging van de SuNa-casemanagers. Dienst Onderwijs, Cultuur en Welzijn. GGD Den Haag, afdeling Epidemiologie, maart 2008.
11. Romijn G en M. Bool. Regionale aanpak van suïcidepreventie: een kader voor opzet en voorbeelden. Trimbos-instituut. Utrecht, 2010.
12. Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suïcidaliteit: aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Trimbos-instituut. Utrecht, 2010.
13. Suïcidepreventie: aangrijpingspunten voor de publieke gezondheidszorg. RIVM, Centrum voor Gezond Leven. Bilthoven, 2010.
14. Kerkhof A en B van Luyn (red.). Suïcidepreventie in de praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, maart 2010.
15. Bergen DD van. Suïcidal Behavior of Young Migrant Women in The Netherlands: a Comparative Study of Minority and Majority Women. Proefschrift. Vrije Universiteit, faculteit der Sociale Wetenschappen, Amsterdam, 2009.
16. Ozdel O, Varma G, Atesci FC e.a. Characteristics of Suïcidal Behavior in a Turkish Sample. *Crisis* 2009; 30 nr. 2: 90-3.

Dankwoord:

Het Parasuïcide Registratieproject Den Haag had geen kans van slagen gebad zonder de intensieve en consciëntieuze inzet van medewerkers van Parnassia Bavo groep, de SEH-afdelingen van de ziekenhuizen en de ambulancezorg. Wij danken hen hartelijk voor hun inzet bij de gegevensaanlevering.