

De relatie van medisch & juridisch handelen bij suïcidaal gedrag.

Studiemiddag over suïcidaliteit, 27 november Rotterdamse BOPZ advocaten

Remco de Winter, Leiden november 2014

Dr. Remco F.P. de Winter is psychiater en regio opleider volwassenen psychiatrie voor de Parnassia Groep in Noord Holland. Tot juni 2014 was hij stage coördinator sociale en spoedeisende psychiatrie en hoofd-zorg van het hoofd Bureau 24-uurszorg ('crisisdienst') van de Parnassia Groep Haaglanden. Daarvoor was hij bijna 7 jaar het afdelingshoofd van de acute gesloten opnameafdeling (het KCAP) van de Parnassia groep in Den Haag.

Verder is hij als senior onderzoeker verbonden aan de faculteit Psychologie en Pedagogiek van de Vrije Universiteit Amsterdam.

Hij is sinds 2011 de Nederlandse vertegenwoordiger voor de [International Association for Suicide Prevention \(IASP\)](#);

Remco is sinds 2011 lid van de Commissie Wetenschappelijke activiteiten (CWA) binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en organiseert mede het landelijke meerdaagse psychiatercongres.

Verder is hij redacteur bij het tijdschrift *Accredidact* en het *Epidemiologisch Bulletin*.

Remco promoveerde in 2009 bij de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Leiden op het onderwerp dimensionele diagnostiek van depressie en verrichtte aansluitend onderzoek op het gebied van de acute psychiatrie en suïcidaliteit. ([proefschrift klikken](#)).

In 2012 is Remco door de orde van medisch specialisten en Mednet verkozen binnen de top 3 van psychiaters in Nederland.

Voor publicatie en voordrachtenlijst:
<http://suicidaliteit.nl/publicaties-2.html>

I) Introductie

Suicide is een van de gruwelijkste wijzen van sterven voor naasten en hulpverleners. Er is vaak veel schaamte, schuldgevoel en boosheid bij nabestaanden. Er zijn vaak veel onbeantwoorde vragen en het onderwerp blijft vaak lang of zelfs voor altijd een taboe. Iedere suicide treft een groot aantal mensen en er is ook bijna niemand die geen suicide in zijn directe nabijheid heeft meegemaakt.

Zelfdoding wordt sinds mensenheugenis gezien als een daad die indruist tegen God en de natuur. Bij een groot aantal religies (oa het katholicisme, de Islam) leidt suicide volgens de leer naar de hel.

Suicide was zelfs in sommige landen tot in de 20^e eeuw wettelijk verboden. Een paradoxale maatregel; want wie kan immers voor de rechter verschijnen wegens een geslaagde suicide? Wat ermee wordt aangeduid is een geslaagde suicide, een poging die heeft geresulteerd in de dood. Suicidepogingen die niet resulteerden in de dood waren vrijwel nooit strafbaar; het was het daadwerkelijke overlijden dat dit tot een misdaad maakte (MacDonald 1995). Dit had echter wel een belangrijke consequentie voor nabestaanden, immers niet alleen was een geliefde gestorven maar ook had deze nog eens een misdaad begaan. De term zelfmoord is in dit licht ook een ongelukkige stigmatiserende term want in het woord zit immers een misdaad gesloten. De term suicide of zelfdoding heeft een neutralere lading.

In de wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) neemt suïcidaal gedrag een voorname plaats in. In de Geneeskundige verklaring voor een last tot inbewaringstelling als bedoeld in artikel 20, eerste lid, staat onder punt 5 van de gevaar criteria "het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen".

II) Cijfers

In Nederland neemt het aantal suicides de laatste jaren toe. In 2007 was het suicide cijfer 1353 en dit aantal is in 5 jaar tijd met bijna 30% gestegen naar 1753 zelfdodingen in 2012 (Aleman & Denys 2014, CBS 2014).

Het cijfer over 2013 wordt overigens pas in december 2014 verwacht , maar het lijkt er naar uit te zien dat het nog meer is gestegen.

Suïcide staat in Nederland op de 2^e plaats als niet-natuurlijke doodsoorzaak (tabel 1)

Tabel 1 niet-natuurlijke doodsoorzaken in Nederland (jaar 2012)

	Totaal	percentage
Totaal	6333	100%
Vallen	2795	41.1%
Suïcide	<u>1753</u>	<u>27.7%</u>
Verkeer	684	10.8%
Stikken	117	1.8%
Moord	145	2.3%
Verdrinken	81	1.3%
Vergiftiging	138	2.2%
Verbranden	32	0,5%
Object/dier	54	0,9%
Ongespecificeerde factoren	534	8.4%

Ophanging is in Nederland de meest gebruikte methode voor suïcide (de Winter & Kerkhof 2012) (tabel 2). De voorkeur voor de methode wisselt per land. In China is bijvoorbeeld het innemen van pesticiden de meest gebruikte methode terwijl in de Verenigde staten het gebruik van een vuurwapen het meest gebruikte middel voor suïcide is.

Tabel 2 suïcide methoden in Nederland gedurende 2012

Suïcide methode	Aantal	%
Totaal	1753	100%
Verhanging	709	40.4%
Medicatie/alcohol/drugs	319	18.2%
Voor een trein	188	10.7%
Springen van hoogte	135	7.7%
Verdrinken	125	7.1%
Vuurwapen	97	5.5%
Plastic zak (helium?)	98	5.6%
Rest	82	4.7%

Wereldwijd staat suïcide op de 14^e plaats als doodsoorzaak (O'Connor & Nock 2014). Het onderwerp heeft de laatste jaren meer aandacht gekregen en er is 2 jaar geleden in Nederland een richtlijn over suïcidaal gedrag verschenen (van Hemert ea 2012, de Bueno Mesquita e.a. 2013). Deze richtlijn is te vinden op www.ggzrichtlijnen.nl.

Er zijn allerlei redenen voor de toename van het aantal suïcides. Er lijkt een toename van stress in de samenleving plaats te vinden, mede veroorzaakt door de gevolgen van verminderde economische omstandigheden. Meer stress kan weer meer psychiatrische problematiek luxeren (Reeves ea 2014, Rihmer ea 2013). Het valt echter niet uit te sluiten dat ook andere factoren een cumulatief effect hebben op deze toename. Voorbeelden hiervoor zijn; een verminderde toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maar ook het beter toegankelijk zijn van voorbeelden vanuit online mediabronnen voor "milde" suïcide methoden. Ook kunnen wellicht sociale media op internet een rol spelen.

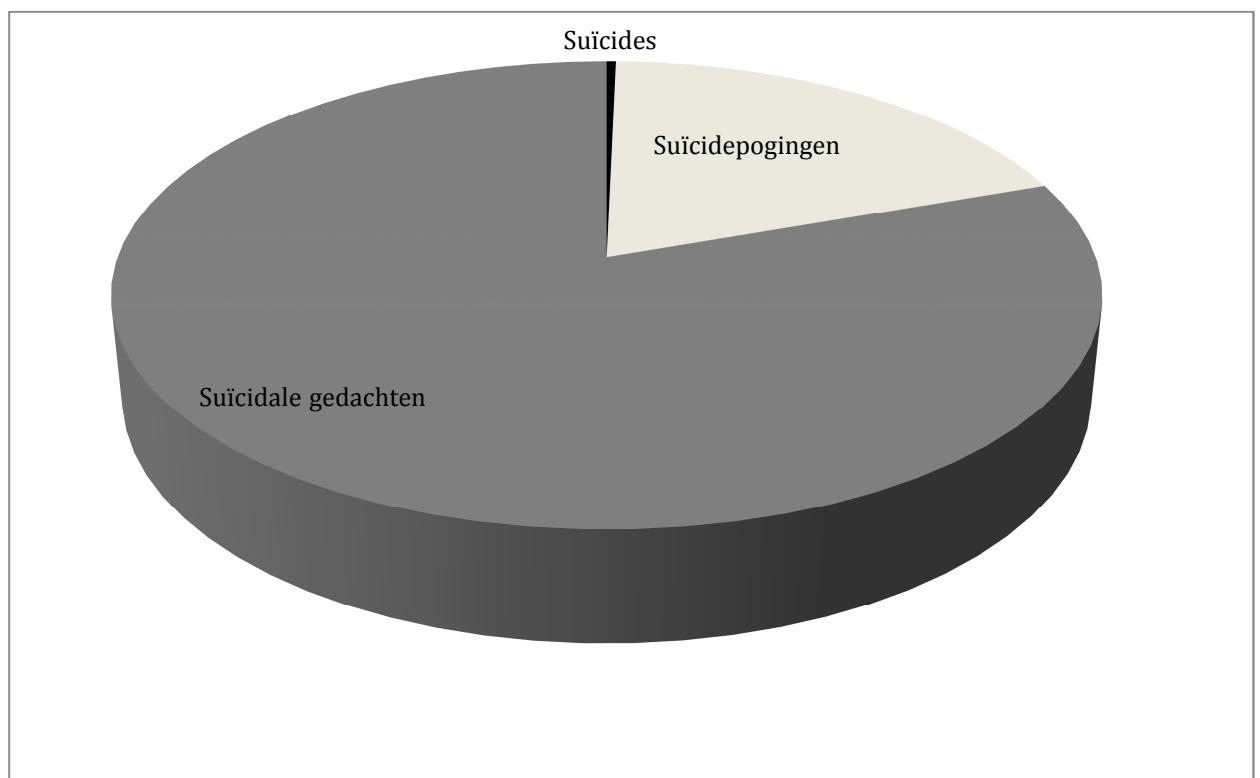
Suïcide heeft vele gezichten en de oorzaak is niet altijd even duidelijk. Het kan gaan om een man van middelbare leeftijd die net heeft vernomen dat hij besmet is met HIV en de consequenties daarvan overziet; een alcoholist die in beschonken toestand een poging doet nadat hij ruzie heeft gehad met zijn dochter. Een ondernemer die net failliet is gegaan. Een succesvolle studente van wie niemand iets heeft zien aankomen en waarbij het motief totaal afwezig lijkt te zijn. Een psychiatrische patiënt die al vele malen een suïcidepoging heeft verricht.'

Er lijkt maar een klein aantal mensen te zijn welke de daad weloverwogen doen en er wordt dan ook verondersteld dat de meeste suïcides 'impulsief' zijn.

De zelfgekozen dood is in strijd met onze ingebakken overlevingsdrift. Er zijn geen goede cijfers beschikbaar maar er wordt geschat dat 40% van de mensen gedurende het leven een keer gedachten rondom een zelfgekozen dood heeft (Nock ea 2008). Het kan dan gaan om een korte gedachte die daarna nooit meer zal terugkomen. Er zijn echter ook mensen die, hoe hoog de stress, de wanhoop en het klem zitten gedurende het leven ook is, nooit suïcidale gedachten krijgen.

Suïcide is uiteindelijk een zeldzame uitkomst van suïcidaal gedrag (Figuur 1) . Er zijn per jaar in Nederland ongeveer 450.000 mensen die suïcidale gedachten hebben en 96.000 die een poging doen. Mannen suïcideren zich overigens 2 maal vaker dan vrouwen, daarentegen doen vrouwen vaker een poging.

Figuur 1: Suïcidaal gedrag in Nederland



Er zijn grote verschillen in de wereld; zo hebben "de Baltische staten" en Groenland de hoogste suïcide cijfers (31-83/100.000), Nepal en Haïti hebben de

laagste cijfers (0-0.1/100.000). Aangezien er in diverse landen een gebrekkige registratie plaatsvindt moeten sommige van deze cijfers gerelativeerd worden (WHO 2014). Nederland heeft een goede registratie en heeft een ratio van 8.3-12.5/100.000 over de laatste 30 jaar (Wikipedia 2014, CBS 2014, de Winter & Kerkhof 2012)

Bij suïcide is ophanging de meest voorkomende methode (zie tabel 2). In tabel 2 worden onder kopje “rest” onder andere de suïcides middels pesticiden en snijwonden opgenomen

Suïcide komt bij diverse psychiatrische stoornissen voor en het kan gezien worden als een fenomeen dat ook de psychiatrische ziekten overstijgt (van Hemert ea 2012). Er wordt gesuggereerd dat depressie en de bipolaire stoornis de hoogste incidentie van suïcide heeft. Er zijn echter ook patiënten met zeer ernstige depressie die nooit suïcidaal zijn. Suïcidaal gedrag komt ook voor bij schizofrenie (en andere psychotische stoornissen), persoonlijkheidsstoornissen, aanpassingsstoornissen, verslavingsproblematiek etc. Daarnaast is er bij een suïcide veelvuldig sprake van psychiatrische comorbiditeit.

Verder kan er ook suïcidaal gedrag gezien worden bij omstandigheden die buiten de primaire scoop van de GGZ ligt. Het blijft een interessante discussie of suïcidaal gedrag per definitie altijd behandeld kan worden binnen de GGZ. De GGZ is echter wel de exclusieve tak van gezondheidszorg waar de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag plaatsvindt en thuishoort.

III) Suïcidaal gedrag en de GGZ

We hebben uiteindelijk maar weinig goede voorspellers die het sterven door suïcidaal gedrag op individueel niveau betrouwbaar kan bepalen. Er zijn helaas geen goede testen die suïcide betrouwbaar kunnen voorspellen. In de praktijk komt het er op neer dat herkenning, kennis, klinische ervaring en intuïtie onontbeerlijk zijn voor een goede beoordeling (van Hemert ea 2012).

Suïcidaal gedrag kan, zoals eerder genoemd, niet altijd gezien worden als een GGZ “probleem”. Veranderingen in suïdecijfers lijken wereldwijd veel meer af te hangen van de conjunctuur en cultuur dan van de beschikbare Geestelijke

gezondheidszorg. Dit neemt echter niet weg dat de beoordeling en behandeling van herkend suïcidaal gedrag bij de GGZ terecht komt (de Winter & Kerkhof 2012).

Dreiging met suïcide wordt soms als communicatie middel gebruikt, hiermee kan een individu soms, zowel bewust als onbewust, aantonen hoe ernstig haar of zijn wanhoop is.

Dit mag er echter nooit voor zorgen dat suïcidaal gedrag gebagatelliseerd wordt. Ook indien er het vermoeden is dat suïcidaal gedrag als communicatiemiddel wordt gebruikt, is een goede risicotaxatie essentieel. Ook deze mensen kunnen sterven door de gevolgen van dit soort gedrag!

Het is van belang om te weten dat de mensen die worden beoordeeld binnen de GGZ, weer een selectie zijn van overlevenden van suïcidaal gedrag.

Er wordt geschat dat 50% van eerste pogingen bij een depressieve stoornis eindigt in de dood (Isometsa 2014). Hulp is dan uiteraard altijd te laat.

Een eerdere suïcide poging in de voorgeschiedenis lijkt gedurende het leven de grootste voorspeller voor het sterven aan suïcide te zijn. Dit neemt echter niet weg dat er mensen zijn die gedurende het leven ook zeer veel pogingen doen.

Van alle personen die zich suïcideren was ongeveer 40-44% in behandeling bij de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (Huisman ea 2010). Het grootste gedeelte van de suïcides vindt dus plaats zonder dat de ernst van het suïcidale gedrag herkend is.

Uit psychologische autopsiestudies komt naar voren dat er bij meer dan 90% van alle suïcides sprake is van psychiatrische problematiek. Een psychologische autopsiestudie is een onderzoek waarmee, na suïcide, bij sleutelfiguren (familie, vrienden en hulpverleners) op nauwkeurige systematische wijze gedetailleerde informatie wordt verzameld welke de toedracht van de suïcide zou kunnen verklaren (de Groot ea 2012).

Er wordt verondersteld dat goede herkenning met daarbij een optimale behandeling van psychiatrische ziekten, de beste preventie voor suïcide is (O'Connor & Nock 2014).

In tabel 3 staan de belangrijkste stress- en kwetsbaarheidsfactoren voor suïcide.

Van ongeveer een kwart van de suïcides heeft niemand dit van te voren zien aankomen en komt het dan ook vaak voor de naasten als een volledige verrassing (De Groot ea 2012).

Tabel 3) Selectie van stress- en kwetsbaarheidsfactoren.

<p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Suïcidepoging</u> • Letaliteit van de poging • <u>Suïcidegedachten, intentie, plannen</u> • Beschikbaarheid van een middel • Eerdere pogingen of zelfdestructief gedrag <p>Persoonskenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd (ouder) • Geslacht (man) <p>Psychiatrische aandoeningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Stemmingsstoornis</u> • Angststoornis • Schizofrenie of psychotische stoornis • <u>Intoxicatie (alcohol en/of drugs)</u> • Verslaving • Eetstoornis • Persoonlijkheidsstoornis • Voorgeschiedenis van psychiatrische behandeling • Slaapstoornis (bij ouderen) • Suïcide in de familie 	<p>Psychologische factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanhoop • Negatief denken • Denkt 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) <p>Beschermende factoren (selectie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goede sociale steun • Verantwoordelijkheid tegenover anderen, kinderen • Actief betrokken zijn bij een religieuze gemeenschap • Goede therapeutische relatie
---	--

IV) Spoedeisende en klinische psychiatrie en suïcidaal gedrag

Vanuit de GGz is er weinig bekend betreffende het handelen op de preventie suïcide. Indien suïcidaal gedrag door een hulpverlener wordt herkend, wordt een patiënt in de regel beoordeeld door de GGz, waarna dan ook de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag verder plaatsvindt.

Meestal speelt de spoedeisende psychiatrie (crisisdienst, 7 x 24-uursdiensten) van een GGz instelling een belangrijke rol bij de beoordeling van suïcidaal gedrag. Vanuit de literatuur komt naar voren dat deze diensten een belangrijke preventieve rol spelen in het verminderen van het aantal suïcides (While ea 2012).

Ondanks het feit dat crisisdiensten vaak te maken hebben met de beoordeling van suïcidaal gedrag, is het verbazingwekkend dat er relatief weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar suïcidaal gedrag binnen deze sector. Ook is er weinig bekend over het beloop van dit suïcidale gedrag.

Uit Haags onderzoek komt naar voren dat het bij ongeveer 25.4 % van de beoordelingen, bij de crisisdienst, om suïcidaal gedrag gaat. Van deze groep met suïcidaal gedrag wordt 47% opgenomen, waarvan 32% vrijwillig en 15% met een BOPZ maatregel. Dit cijfer lijkt voor Den Haag hoger te liggen dan elders in Nederland. Mogelijk heeft dit te maken met het aantal bedden en laagdrempelige kortdurende opname mogelijkheden voor mensen die vrijwillig worden opgenomen (de Winter ea in voorbereiding).

V) Suïcidaliteit en de BOPZ.

Een gedeelte van de suïcidale patiënten wordt dus met een maatregel opgenomen. Uit Haags onderzoek blijkt, dat suïcidaal gedrag bij 29% van de opnames een rol speelt (de Winter ea 2011). Ook betreft dit opnames die buiten de crisisdienst zijn beoordeeld. Bij 11% van alle acuut gesloten opgenomen patiënten wordt het suïcide risico zo hoog geschat dat patiënten verscherpt toezicht krijgen,

Binnen deze groep is 37% met een maatregel opgenomen (de Winter ea 2011). Hoe ziet deze groep er nu uit? De meeste patiënten hebben de diagnose depressie (met eventueel psychotische kenmerken). Ze zijn vaker voor het eerst opgenomen, ze zijn bovendien jonger en vaker vrouw. Er is minder vaak sprake van middelengebruik. Ze zijn minder vaak werkloos en worden relatief vaker gesepareerd. Ze krijgen relatief vaker electro convulsie therapie (ECT) . In vergelijking met de gehele groep acuut opgenomen patiënten zijn ze weer vaker

vrijwillig opgenomen. Het gaat om een gemêleerde groep, bij een patiënt met een ernstige psychotische depressie kan ECT behandeling zeer snel herstel geven terwijl dit bij een persoonlijkheidsstoornis een ongepaste interventie is. Separatie is een ongewenste interventie en gedurende de laatste jaren is het gebruik hiervan gelukkig fors terug gedrongen, maar het kan nog steeds voorkomen dat iemand een zeer hoog risico heeft op suïcide en dat separeren op bepaalde momenten de veiligste en daardoor beste optie is.

VI) De juridische kant van suïcidaliteit

Beschermt gedwongen opname tegen suïcide? U denkt wellicht dat hierover al veel bekend is, maar niets is echter minder waar. Geen enkele ethische commissie geeft immers toestemming voor een gerandomiseerde klinische studie waarbij deelname aan de interventiegroep of controle groep door dobbelen wordt bepaald en er vervolgens wordt onderzocht in welke groep de hoogste sterfte is!

Bij suïcidaliteit is een gedwongen opname een uiterst redmiddel. Een opname is vaak traumatiserend en beschadigend en moet dan ook zorgvuldig worden afgewogen. Het is een illusie om te veronderstellen dat een opname zodanig beschermend is dat suïcide volledig afgewend kan worden. Binnen een opname afdeling moet de autonomie ook weer zo snel mogelijk worden hersteld waarbij een patiënt eigen verantwoordelijkheid krijgt. Wanneer permanente observatie niet meer volledig is, neemt het risico toe dat een patiënt zich ook op een opnameafdeling van het leven kan beroven (de Winter ea 2011).

Hoe gaat dit dan in de praktijk? Patiënten worden vaak opgenomen onder de volgende condities:

Een in de thuissituatie verblijvende patiënt wordt als ernstig suïcidaal ingeschat. waarbij er sprake is van tekortschietende opvang vanuit het primaire steunsysteem en beperkte behandelmogelijkheden vanuit de ambulante hulpverlening. Bij het langer verblijven in de thuissituatie wordt daardoor een groot risico op onveiligheid ingeschat.

Hoe vaker er bij suïcidaal gedrag sprake is van wilsonbekwaamheid met daarbij onveiligheid in de thuissituatie, hoe groter de kans is dat bij weigering van vrijwillige opname een BOPZ procedure in gang zal worden gezet.

Bij hulpverleners in de GGz is er in de wijze van handelen bij psychiatrische ziektebeelden een belangrijke tweedeling.

- 1) Het handelen waarbij de autonomie wordt overgenomen en de arts (bij voorkeur in samenspraak met belangrijke naasten) beslist welk beleid wordt gevoerd. Er is hierbij vooral sprake van psychiatrische stoornissen in engere zin met daarbij een verminderde toerekeningsvatbaarheid. Het herstel vindt in de regel plaats vanuit het directief handelen met daarbij het overnemen van autonomie (bijvoorbeeld het verplicht geven van medicatie of verrichten van andere biologische interventies).
- 2) Het handelen waarbij verantwoordelijkheid weer zo snel mogelijk wordt teruggelegd bij de patiënt. Dit beleid wordt vaak uitgevoerd bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek waarbij externaliserend gedrag op de voorgrond staat.

In de praktijk is deze (kunstmatige) tweedeling vaak moeilijk vast te houden, er zijn vaak mengbeelden waarbij het beleid kan wisselen maar ook onduidelijkheid kan ontstaan.

Een voorbeeld voor punt 1) is een depressie met psychotische kenmerken met daarbij ook suïcidaliteit. Dit is meestal ook een "harde" opname indicatie. Een dergelijk beeld komt echter relatief weinig voor. In de praktijk worden we vaker geconfronteerd met suïcidale patiënten die depressieve klachten hebben met daarbij een menging van persoonlijkheidsproblematiek. Vaak zijn het mensen die ernstig klem zitten en waarbij de suïcidaliteit als communicatie van machteloosheid, frustratie en/of woede, op een bewuste of onbewuste wijze wordt gecommuniceerd.

Aangezien we geen goede voorspellers hebben voor suïcide, lopen de patiënten in deze groep ook een groot risico. Als er dan geen invoelbare afspraken kunnen worden gemaakt is er vaak geen andere oplossing dan een opname met een IBS en waarbij we de autonomie volledig overnemen. In de praktijk gebeurt het dan

echter weer vaak, dat er al snel na opname weer verantwoordelijkheid wordt teruggegeven en de BOPZ maatregel daardoor snel wordt opgeheven.

Dit laatste zorgt vaak voor onduidelijkheid. Een patiënt geeft immers aan dat het niet goed gaat en laat daarbij gevaarlijk gedrag zien waarbij de familie soms ten einde raad is. De jurist ziet bij het bezoek in het kader van de BOPZ procedure dat er ogenschijnlijk een ernstig beeld is. Het opheffen van de BOPZ maatregel lijkt dan vaak onlogisch en daarbij ook onprofessioneel. Daarbij is nog steeds een risico op suïcide!

Het ingewikkelde is echter in hoeverre de grenzen van behandeling in de intramurale GGZ dan al lang bereikt zijn. De beste lange termijn oplossing ligt dan vooral in de inspanning om een patiënt maximaal te motiveren voor een intensief ambulante behandeltraject.

Verder komt men in de GGZ ingewikkelde of zelfs onbehandelbare aandoeningen tegen waarbij het middel soms erger kan zijn dan de kwaal. Onder bepaalde omstandigheden kan bij een opname suïcidaal gedrag toenemen en het risico op suïcide zelfs veel groter worden.

Niets doen is soms een betere optie dan handelen. Voor de gemiddelde hulpverlener is dit vanuit zijn professionele medische achtergrond vaak geen optie. Daarbij kunnen de juridische en tuchtrechtelijke consequenties een belangrijke rol spelen in bovenstaand beslismoment. Indien er gehandeld is wordt dit vaak minder zwaar beoordeeld dan in het geval er iets is nagelaten.

De nieuwe wet verplichte GGZ zal ook op bovenstaande zaken geen goed antwoord gaan geven.

VII) Tenslotte

Ondanks alle inspanningen is het suïcide cijfer de laatste jaren niet verminderd. De meeste suïcides vinden plaats bij mensen die niet in behandeling zijn bij de GGZ. Een BOPZ maatregel kan het leven redden van zeer ernstig suïcidale

patiënten; soms door een opname van korte duur maar soms is het nodig om een langdurige intensieve klinische behandeling in te zetten. De mate van klinische zorg wordt voor een groot gedeelte bepaald door de mate van wilsonbekwaamheid bij een patiënt.

Uiteindelijk blijft het voor de arts en de jurist maatwerk om, bij suïcidaal gedrag, tot een goede verantwoorde afweging te kunnen komen. Daarbij hopen we uiteraard dat zowel het risico op suïcide als het risico op schade door medisch psychiatrisch handelen zo beperkt mogelijk blijft.

VII) Literatuur

- Aleman A, Denys D. Mental health: A road map for suicide research and prevention. *Nature*. 2014, 22(509, 7501):421-423.
- Bueno de Mesquita, de Winter RFP, Verwey B en de Groot M . De Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. *epidemiologisch bulletin*. 2013, 48 (1-2): 43-51.
- Centraal Bureau Statistiek [online]. 2014 (bezocht op 26 jul 2014); Beschikbaar op URL: <http://www.cbs.nl>
- De Groot M, de Winter RFP, Stewart R.. Psychologische autopsie studie van 98 personen uit Groningen, Friesland en Drenthe overleden door suïcide.www.rijksoverheid.nl/2012..1-36
- De Winter RFP, Krijger J, Hazewinkel MC, Miedema, van Amerongen. Fasering bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Psychopraktijk*, 2010, 3(2): 19-23
- De Winter RFP, Krijger WJG , Miedema N, Hazewinkel MC, Van Amerongen AS . Observatieniveau bij suïcidaliteit op een gesloten acute opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2011, suppl 53; P-22
- De Winter RFP & de Groot MH. Zelfdoding in Nederland. *Deviant* 2012, 74; 10-11
- De Winter RFP & Kerkhof AJFM. Suizid und Suizidprävention in den Niederlanden. *Suizidprophylaxe* 2012, 150(3): 90-94.
- De Winter RFP, de Groot MH, Dassen M, van Hemert AM. De psychiatrische crisisdienst, beoordeling en beleid bij suïcidaal gedrag. De. In voorbereiding *epidemiologisch bulletin*
- Huisman A, van Houwelingen CA, Kerkhof AJFM .(2010) Psychopathology and suicide method in mental health care. *J Affect Disord* 2010, 121(1-2):94-99
- Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders- Who, When, and Why. *Can J Psychiatry* 2014, 59(3): 120-130.
- MacDonald M. Suicidal behaviour. Social section. In: *A history of clinical psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. Berrios G, Porter R, red. London: Athlone Press; 1995, pp. 625-32.
- Nock M., Borges G., Bromet E. Cha CB, Kessler RC, Lee Sl. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Reviews*. 2008, 30(1): 133-154.
- O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*. 2014, 1(1): 73 - 85
- Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014, 12. pii: bjp.bp.114.144766. (Epub ahead of print)
- Rihmer Z, Kapitan B, Gonda X, Dome P. Suicide, recession, and unemployment. *Lancet* 2013, 2;381(9868):722-723
- Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B ea . Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.) 2012, Trimbos-instituut, Utrecht. www.ggzrichtlijnen.nl
- While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates 1997-2006: a cross sectional and before and after observational study. *Lancet* 2013, 379:1005-12.
- WHO. Preventing suicide. A global imperative. World Health Organization 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Wikipedia. List of countries by suicide. (opgeroepen 25-10-2014); Beschikbaar op URL: en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate