

In Nederland is er sinds kort een richtlijn voor diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag en een kwaliteitsdocument voor de ketenzorg.

Toepassing van een soortgelijke richtlijn in Engeland ging gepaard met minder suïcides.

Huisartsen en hulpverleners in de ggz moeten systematisch opgeleid en getraind worden in het toepassen van de richtlijn.

Omdat de meeste mensen die door suïcide om het leven komen niet in behandeling zijn, moeten ook naaste familieleden en vrienden en 'gatekeepers' betrokken worden bij suicidepreventie.

Familieleden en vrienden moeten snel over relevante informatie kunnen beschikken en geholpen worden bij hun vermoedens en vragen. De huisarts en internet spelen hier een belangrijke rol.

Bezuinigingen die de toegankelijkheid van acute ggz beperken hebben een negatief effect op het suïcidecijfer.

In de zomer van 2012 verscheen in Nederland de multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag'.¹ Samen met het 'Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaliteit' zijn voor de gezondheidszorg nu specifieke handreikingen beschikbaar voor het terugdringen van het aantal suïcides.² Veel interventies in suicidepreventie lijken zinvol, maar slechts weinige zijn bewezen effectief.³ Desondanks bleek dat er in Engeland minder suïcides voorkwamen na het toepassen van richtlijnen ter preventie van suïcide in de gezondheidszorg.⁴ In dit artikel bespreken we beknopt de interventies en overwegingen die van belang zijn voor de preventie van suïcide vanuit een maatschappelijk perspectief en vanuit de openbare en individuele gezondheidszorg.

MAATSCHAPPELIJK PERSPECTIEF

ZIEKTELAST

De ziektelast van suïcides, suïcidepogingen en suïcidegedachten is aanzienlijk.^{5,6} In 2011 werden 1647 suïcides geregistreerd.⁷ In 2012 waren dat er 1753 (bron: CBS). Het aantal is het grootst bij mannen van 40-60 jaar. De meeste mensen die door suïcide om het leven komen zijn op dat moment niet in behandeling in de ggz (58%).^{8,9} Suïcidepogingen leiden jaarlijks tot 15.000 behandelingen en 10.000 opnames in algemene ziekenhuizen.¹⁰ Ongeveer 2% van de bevolking heeft ooit een suïcidepoging onder-

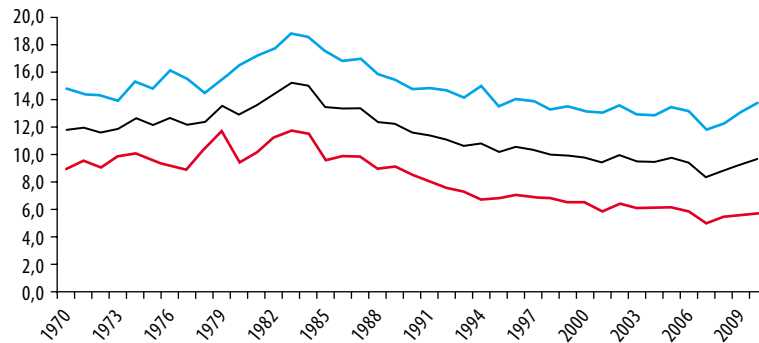
Vrije Universiteit, afd. Klinische psychologie, Amsterdam.

Prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof, klinisch psycholoog.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Psychiatrie.

Prof.dr. A.M. van Hemert, psychiater.

Contactpersoon: prof.dr. A.J.F.M. Kerkhof (ajfm.kerkhof@vu.nl).



FIGUUR Gestandaardiseerde incidentie van zelfdodingen in Nederland per 100.000 inwoners; mannen (—), vrouwen (—) en totaal (—).

nomen en 8% van de volwassen bevolking heeft ooit serieus aan zelfdoding gedacht.¹¹

Van 1984-2007 was er, met name onder vrouwen en ouderen, een dalende trend in het aantal suicides in Nederland (figuur).¹² In 2007 werd de laagste incidentie van suicide van de laatste 40 jaar geregistreerd. Dit weerspiegelt mogelijk verbeterde levensomstandigheden van ouderen, maar ook een betere gezondheidszorg, met name waar het gaat om de aandacht voor depressie in de huisartsenpraktijk.¹³ Sinds 2007 stijgt de suicide-incidentie in Nederland en in andere Europese landen weer, mogelijk in verband met de economische recessie.¹⁴

TOEGANG TOT MIDDELEN

Het beperken van de toegang tot middelen die gebruikt worden bij zelfdoding is effectief voor de preventie.¹⁵ Zo zorgt bijvoorbeeld de wapenwetgeving in Nederland ervoor dat er hier maar weinig suicides plaatsvinden met vuurwapens. De meest gebruikte methoden in Nederland zijn verhangen (49% van de mannen en 36% van de vrouwen) en overdosering van medicijnen (30% van de vrouwen en 13% van de mannen).⁷ De mogelijkheden om hier op te interveniëren zijn beperkt. In Engeland heeft een striktere uitgifte van paracetamol tot beduidende afname van suicides en suicidepogingen geleid.¹⁶ Onlangs is er in Nederland een beperking aangebracht in de verkoop van grootverpakkingen van 50 stuks of meer (besluit College ter beoordeling van Geneesmiddelen, 17 december 2011). Verder is er nog ruimte voor interventies bij suicides op het spoor (12%) en sprong van een hoogte (8%).¹⁷ Sinds 2011 staan op de perrons borden met de tekst: 'Ik luister' met verwijzing naar een telefoonnummer van 113Online, een telefonische hulpdienst met een onlineservice, speciaal voor mensen met zelfmoordgedachten. Het is nog niet bekend of deze borden invloed hebben op het aantal spoorsuicides. Er zijn nog veel hoge gebouwen die beter kunnen worden afgeschermd.

MEDIA EN INTERNET

Onder sommige omstandigheden kan mediaberichtgeving over suïcidaal gedrag besmettelijk zijn.¹⁸ In vergelijking met het buitenland houdt de pers in Nederland zich redelijk aan de mediarijchlijn voor reportages over suicide, die onder meer adviseert terughoudend te zijn in de berichtgeving, de privacy van nabestaanden te respecteren en naar betrouwbare informatie te verwijzen.¹⁹ Er zijn diverse Engelstalige websites die suïcidemethoden beschrijven, foto's en heldhaftige verhalen publiceren, en suicide soms aanmoedigen. De impact van dergelijke sites is niet bekend. Incidenteel zijn in het buitenland via dergelijke websites suicidepacts georganiseerd, waarbij meerdere mensen tegelijkertijd een eind aan hun leven maakten.²⁰

OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

FAMILIELEDEN, VRIENDEN EN 'GATEKEEPERS'

De eerste signalen van suïcidale ontwikkelingen worden vaak opgepikt door vrienden en familieleden. In tabel 1 staan de belangrijkste signalen opgesomd. Het is van belang dat de naasten snel terecht kunnen bij hun huisarts of bij makkelijk toegankelijke informatiebronnen om hun vermoedens te bespreken en hun bezorgdheid te delen. Dat kan bijvoorbeeld bij 113Online. Hoe sneller familieleden en vrienden hun dierbare weten te bewegen om naar de huisarts te gaan, hoe eerder preventieve interventies opgestart worden als dat nodig is. In tabel 2 staat samengevat hoe zij kunnen handelen.

De eerste signalen van suïcidaal gedrag doen zich ook geregeld voor bij professionals die niet werken in de gezondheidszorg. Te denken valt aan pastores, dominees, geestelijke verzorgers, vrijwilligers van telefonische hulpdiensten, penitentiaire-inrichtingswerkers, medewerkers in de opvang van asielzoekers, politiefunctionarissen, leerkrachten, medewerkers van sociale diensten

TABEL 1 Signalen van suïcidaliteit***uw patiënt, uw naaste zou suïcidaal kunnen zijn als hij of zij:**

depressief en somber is en hopeloos of wanhopig
 uitspraken doet over dood willen gaan
 geen doelen of toekomst meer heeft
 dreigt zichzelf iets aan te doen
 nadenkt over suïcide
 nadenkt over manieren om suïcide te plegen
 eerder een suïcidepoging heeft ondernomen
 veel alcohol drinkt of zichzelf verwaarloost
 aangeeft klem te zitten
 angstig is
 onrustig en radeloos is
 dwangmatig piekert
 slecht slaapt
 zich terugtrekt, zich isoleert
 waardevolle bezittingen weggeeft
 stemmingswisselingen heeft
 roekeloos gedrag vertoont

* Hoe meer van deze signalen, hoe groter het suïciderisico.

en schuldhulpverlening, enzovoort. Tezamen hebben deze professionals een rol als 'gatekeepers' naar de gezondheidszorg. Gatekeepers kunnen bij een vermoeden van suïcidaliteit dit bespreekbaar maken en zo nodig verwijzen naar de huisarts.

De jeugdmonitor van de GGD'en toont dat suïcidegedachten en -plannen onder jongeren veel voorkomen, en dat er verschillen zijn tussen adolescenten van verschillende culturele herkomst.²¹ Op verzoek van de Tweede Kamer ontwikkelt de Vrije Universiteit een multicultureel screeningsinstrument voor suïcidaliteit onder jongeren, gecombineerd met online informatie voor leden van zorgadviesteams op scholen, om jongeren adequaat te verwijzen naar hulp.

HULPDIENSTEN VIA TELEFOON EN ONLINE

Veel mensen met suïcidegedachten en plannen aarzelen om die met anderen te bespreken, gaan daarmee niet naar de huisarts, of bespreken deze niet met hun hulpverlener. Ze houden het liever voor zichzelf, willen anderen er niet mee lastig vallen, zijn bang voor afwijzing, of denken toch onbehandelbaar te zijn.²² Schaamte voor deze gedachten lijkt een kernsymptoom van suïcidaliteit te zijn. Dat is een reden dat telefonische hulpdiensten en internetdiensten anoniem hulp bieden.

Sinds 2010 bestaat in Nederland 113Online, een combinatie van een telefonische hulpdienst en een interactief

onlineplatform waar mensen met suïcidale gedachten anoniem en gratis 24 uur per dag hulp kunnen inroepen.²³ Men kan bellen en chatten met vrijwilligers, met psychologen en psychiaters, er is anonieme e-mailtherapie en crisisinterventie en men kan zo nodig snel worden doorverwezen naar reguliere hulp. Via de website is een zelfhulp cursus beschikbaar die in onderzoek effectief is gebleken.²⁴

INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG

Nederland heeft een hoogwaardige gezondheidszorg, waarvan de toegang voor de burger naar verhouding goed geregeld is. Dat blijkt onder andere uit het feit dat degenen die suïcide plegen relatief vaak in behandeling zijn bij de ggz (42% in Nederland tegen hooguit 15-25% in het buitenland).⁸

HUISARTSEN

De huisarts beoordeelt als poortwachter en verwijzer naar de ggz de ernst van de suïcidaliteit vaak als eerste. Gemiddeld verliest een huisarts één keer in de 4-5 jaar een patiënt door suïcide.¹³ Van alle depressieve patiënten die huisartsen zien komt 1% door suïcide om het leven en onderneemt 5% een suïcidepoging. Huisartsen volgen regelmatig nascholing over dit onderwerp in regionaal verband. Aspecten die huisartsen moeilijk kunnen vinden zijn de omgang met borderlinepatiënten die met suïcide dreigen, de continuïteit van zorg, het maken van onderscheid tussen suïcidaliteit en doodswensen die voortvloeien uit de 'klaar-met-leven'-problematiek of euthanasiewensen, het geven van bijstand aan naasten en soms de verwerking van een trauma bij de huisarts zelf, na het verlies van een patiënt door suïcide. De praktijkondersteuner ggz kan de huisarts bijstaan bij de herkenning en behandeling van suïcidale patiënten.

TABEL 2 Bespreken, motiveren en verwijzen**als uw dierbare, cliënt, of patiënt signalen van suïcidaliteit vertoont doe dan het volgende:**

- 1 Bespreek op open wijze de gedachten aan suïcide en de redenen voor de wanhoop. Vraag door naar stemming, aanleidingen en naar eventuele plannen.
- 2 Overtuig hem of haar ervan dat het verstandig is over deze gedachten en stemming te spreken met de huisarts of ggz-hulpverlener, of met iemand van www.113online.nl.
- 3 Verwijs op actieve wijze naar huisarts, hulpverlener of 113Online, en verzeker u ervan dat de betrokkene ook daadwerkelijk aankomt bij de huisarts of hulpverlener.

GGZ

De beschikbaarheid van 24-uurs-acute-crisisdiensten draagt bij aan de preventie van suïcide, blijkt uit internationaal onderzoek.^{4,25} Ook het systematisch evalueren van de hulpverlening die voorafging aan een suïcide lijkt een preventief effect te hebben in instellingen waar dat gebeurt.⁴ Dat biedt steun aan het beleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dat interne evaluatie na elke suïcide in de ggz voorschrijft.

Evaluaties van de ggz-hulpverlening aan suïcidale patiënten tussen 2000 en 2010 brachten een aantal tekortkomingen aan het licht: het systematisch onderzoek van suïcidaliteit was niet altijd optimaal, veiligheid en continuïteit van zorg en nazorg waren niet altijd gewaarborgd, documentatie en overdracht lieten soms te wensen over, het betrekken van familieleden in de diagnostiek en behandeling kon beter,⁸ toepassing van evidencebased behandelingen liep achterop,²⁶ in praktijkinstellingen ontbraken soms richtlijnen of waren ze onvolledig,²⁷ en in de opleiding en nascholing van ggz-hulpverleners was betrekkelijk weinig aandacht voor nieuwe ontwikkelingen in de wetenschap en voor de vaardigheden die nodig zijn om kennis in de praktijk toe te passen. Hulpverleners waren soms onzeker over de beste behandeling, mede omdat er tot voor kort geen Nederlandse richtlijn bestond, terwijl de buitenlandse richtlijnen vaak niet strookten met de organisatie van de Nederlandse ggz. Het een en ander weerspiegelde zich soms ook in angst bij hulpverleners voor suïcidaliteit van de patiënt: een angst om iets verkeerd te doen, om nalatigheid verweten te worden door de Inspectie of door collega's of om suïcidaliteit aan te moedigen door er met de patiënt over te spreken. Er waren klachten van patiënten en patiëntenorganisaties over de kwaliteit van de hulpverlening.²⁷ (www.ivonnevandevenstichting.nl). Implementatie van de nieuwe richtlijn kan gaan bijdragen aan het oplossen van elk van deze knelpunten.

RICHTLIJNEN**KWALITEITSDOCUMENT**

Het 'Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit' doet aanbevelingen voor een zorgvuldige samenwerking en continuïteit van zorg in de keten van betrokken hulpdiensten.² Lokaal moeten sluitende afspraken worden gemaakt tussen huisartsen, spoedeisende hulp, acute en consultatieve psychiatrie, en de reguliere ggz over wie wat doet bij het signaleren, toeleiden, inschatten, verwijzen, beoordelen en behandelen van patiënten met suïcidaal gedrag en bij de nazorg voor, informatieoverdracht aan, en contacten met de familie. Met deze set van afspraken weten alle partijen wat zij van elkaar mogen verwachten, vooral op kritische transfermomenten.

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

De nieuwe multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' vertaalt wetenschappelijke evidentie en consensus onder klinische experts over diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag naar praktische aanbevelingen.¹ Dat gebeurt vanuit het kwetsbaarheid-stress-model, waarbij de kwetsbaarheid voor suïcidaliteit wordt gevormd door de persoonlijkheid, het maatschappelijk en interpersoonlijk steunsysteem, de levensbeschouwing en mogelijk erfelijke en biochemische factoren. Stressfactoren omvatten psychiatrische aandoeningen, inclusief afhankelijkheid van alcohol en drugs, psychologische factoren zoals wanhoop en isolement en ingrijpende levensgebeurtenissen en verlieservaringen.

Stress en kwetsbaarheid kunnen leiden tot hopeloosheid en uitzichtloosheid en het gevoel klem te zitten in de huidige situatie. Op basis van informatie over kwetsbaar-

TABEL 3 Algemene principes bij diagnostiek en behandeling van patiënten die suïcide overwegen volgens de multidisciplinaire richtlijn¹

principe	toelichting
1 contact maken:	betrokkenheid en begrip zijn de belangrijkste basisvoorwaarden voor een goede werrelatie; het gaat erom het verhaal van de patiënt te begrijpen
2 naasten betrekken	benader naasten als bron van informatie, bondgenoot bij hulpverlening, en steun bij opvang en begeleiding, en als partner in de toepassing van het veiligheidsplan
3 veiligheid en continuïteit van zorg	somatische behandeling, verwijderen dodelijke middelen, opname indien noodzakelijk, zorgvuldige opvolging van hulpverlening
4 diagnostiek	verzamel informatie volgens een chronologisch stappenplan (CASE-methode*), beoordeel wijsbekwaamheid, maak structuurdiagnose en een inschatting van de prognose
5 behandeling	maak een behandelplan inclusief veiligheidsplan; behandel suïcidaliteit en de achterliggende factoren; kies behandelsetting, en betrek familieleden en naasten.

* De CASE-methode (Chronological Assessment of Suicide Events) is een manier om suïcidaliteit te inventariseren, beginnend bij de actuele suïcidedachten en plannen, gevolgd door vragen over de recente aanleidingen, en vragen over suïcidaliteit en risicofactoren uit het verdere verleden, uitmondend in vragen over de perceptie van de nabije toekomst.²⁸

heid, stress en klemzitten maakt de professional een inschatting van de prognose en stelt een indicatie voor interventies op de korte en langere termijn, om nieuw suïcidaal gedrag te verminderen of te voorkomen. Tabel 3 geeft een kort overzicht van de algemene principes van diagnostiek en behandeling volgens de richtlijn. De richtlijn biedt ook aanbevelingen voor SEH-afdelingen en huisartsen en voor professioneel handelen na een suïcide, en vat de relevante wet- en regelgeving samen voor de praktijk (bevoegdheden, toestemming patiënt, gedwongen opname, beoordeling wilsbekwaamheid, dossiervorming, inzage in dossier, et cetera). Nieuw in de richtlijn is de formulering van een praktische visie op het diagnostisch proces en de behandeling van suïcidaliteit met tal van aanbevelingen voor het handelen in de praktijk.

Uiteraard leidt publicatie van een nieuwe richtlijn niet automatisch tot verbetering van de hulpverlening of vermindering van het aantal suïcides. Het laatste kan beïnvloed worden door de mate waarin de richtlijn omarmd wordt in de praktijk en de bereidheid tot scholing in de toepassing ervan. Maar het hangt ook af van maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op het suïcidecijfer. Mensen die getroffen worden door economische tegenspoed, door faillissement, ontslag, schulden of gedwongen verkoop van hun huis, kunnen een extra duw krijgen in de richting van suïcide. En ook bezuinigingen die leiden tot beperkingen van de toegankelijkheid van acute ggz-hulp en minder behandeling van depressies zouden kunnen leiden tot een toename van het aantal suïcides.

CONCLUSIE

Suïcidepreventie in Nederland is een samenspel van vele personen en partijen binnen en buiten de gezondheidszorg. Hoe beter familieleden, vrienden en gatekeepers erin slagen om voor suïcide kwetsbare mensen naar de ggz toe te leiden, en hoe beter de ggz erin slaagt de naar

- **Hoewel op veel plaatsen in de gezondheidszorg wordt getracht suïcides zo veel mogelijk te voorkomen, is het aantal suïcides sinds 2007 weer gestegen.**
- **Mensen tijdig hulp bieden en die hulp vanuit verschillende disciplines zo goed mogelijk stroomlijnen kan suïcides helpen voorkomen.**
- **De multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' en het 'Kwaliteitsdocument ketenzorg suïcidaliteit' bieden daartoe handreikingen.**
- **Bij signalen als hopeloosheid, depressie, praten over de dood en nadenken over suïcidemethoden moet een patiënt zo snel mogelijk hulp krijgen.**
- **Contact maken met de patiënt, zijn naasten betrekken bij de opvang en veiligheid en continuïteit van de zorg waarborgen zijn belangrijke aspecten van de zorg voor mensen met suïcidale gedachten.**

wetenschappelijke maatstaven beste hulp te bieden, hoe minder suïcides we te betreuren hebben. Ontwikkelen in de samenleving, bijvoorbeeld bij een economische recessie, zullen steeds een beroep doen op het creatieve vermogen van gatekeepers en hulpverleners om kwetsbare mensen te behoeden voor suïcide. Het is niet uitgesloten dat beperkingen in de toegang tot de ggz zullen leiden tot een toename van suïcides.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: een formulier met belangenverklaring is beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A5730; klik op 'Belangenverstremgeling').

Aanvaard op 3 april 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A5730

> KIK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK

LITERATUUR

- 1 Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, de Keijser J, Verwey B. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
- 2 Hermens M, van Wetten H, Sinnema H. Kwaliteitsdocument Ketenzorg Suïcidaliteit. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010.
- 3 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294:2064-74.
- 4 While D, Bickley H, Roscoe A, et al. 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. 2012;379:1005-12.
- 5 Hoeymans N, Schoemaker CG. (red.). De ziektebelasting van suïcide en suïcidepogingen. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 6 Van Spijker BAJ, van Straten A, Kerkhof AJFM, Hoeymans N, Smit F. Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. J Affect Disord. 2011;134:341-7.
- 7 Hoogenboezem J, de Bruin K.. Aantal zelfdodingen stijgt naar 1647. Centraal Bureau voor de Statistiek. Webmagazine 21 augustus 2012.
- 8 Huisman A. Learning from suicides. Towards an improved supervision procedure of suicides in mental health care in the Netherlands [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2010.

- 9 Huisman A, Robben PBM, Kerkhof AJFM. Further evaluation of the Dutch supervision system for suicides of mental health care users. *Psychiatr Serv.* 2013;64:10-2.
- 10 Factsheet letsel door ongevallen, geweld en automutilatie. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 2012.
- 11 Ten Have M, van Dorsseleer S, Tuithof M, de Graaf R. Nieuwe gegevens over suicidaliteit in de bevolking. Utrecht: Trimbos Instituut; 2011.
- 12 Van Hemert AM, de Kruif M. Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2009;153:B384.
- 13 Marquet RL, Bartelds AIM, Kerkhof AJFM, Schellevis FG, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003: Trends and opportunities for prevention. *BioMed Central Family Practice* 2005;6:45.
- 14 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;378:124-5.
- 15 Yip PSE, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379:2393-9.
- 16 Hawton K, Bergen H, Simkin S, Wells C, Kapur N, Gunnell D. Six-year follow-up of impact of co-proxamol withdrawal in England and Wales on prescribing and deaths: time-series study. *PLoS Med.* 2012;9:e1001213.
- 17 Van Houwelingen CAJ, Kerkhof AJFM, Beersma DGM. Train suicides in The Netherlands. *J Affect Disord.* 2010; 127:281-6 .
- 18 Pirkis J, Nordentoft M. Media influences on suicide and attempted suicide: In: O'Connor R, Platt S, Gordon J (eds). *International Handbook on Suicide Prevention: Research, Policy and Practice.* Chichester: Wiley-Blackwell, 2011: 531-44.
- 19 Vons W. 10 tips voor journalisten bij berichtgeving over suïcide. Ivvonne van de Ven Stichting; 2012.
- 20 Lee DTS, Chan KPM, Yip PSE. Charcoal burning is also popular for suicide pacts made on the internet. *BMJ.* 2005;330:602.
- 21 Van de Looij-Jansen PM, Goldschmeding JEJ, de Wilde EJ. Comparison of anonymous versus confidential survey procedures: effects on health indicators in Dutch adolescents. *J Youth Adolesc.* 2006;35: 652-8.
- 22 Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry.* 2011;199:64-70.
- 23 Mokkenstorm JK, Huisman A, Kerkhof AJFM. Suïcidepreventie via internet en telefoon: 113Online. *Tijdschr Psychiatr.* 2012;54:341-8.
- 24 Van Spijker BAJ. Reducing the burden of suicidal thoughts through online self-help [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012
- 25 Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet.* 2009;373:147-53.
- 26 Bool M, redacteur. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
- 27 Verwey B. Opvang, beoordeling en behandeling van suïcidepogers in het algemeen ziekenhuis. In: Kerkhof A, Van Luijn B, redacteurs. *Suïcidepreventie in de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010. p. 275-88.
- 28 Shea SC. The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *J Clin Psychiatry* 1998;59:58-72.