

## Suicides onder jongeren in de periode 1996-2012

### De beschikbaarheid en kwaliteit van lijkschouw- en jeugdgezondheidszorgdossiers

Preventie van suicide begint bij weten. Een gedegen registratieprocedure is de basis voor analyse in wetenschappelijk onderzoek. Wij voerden een dossieronderzoek uit bij 20 van de 25 GGD-regio's en de FARR. Van het op basis van gegevens van het CBS geschatte aantal van 1442 jongeren tot en met 23 jaar overleden als gevolg van suicide konden 607 lijkschouwdossiers (43%) en 129 hiermee corresponderende JGZ-dossiers (21%) worden bestudeerd. De beschikbare dossiers bleken niet gestandaardiseerd en incompleet ingevuld en soms vanwege het handschrift onleesbaar. De registraties waren niet toereikend om relevante kenmerken en omstandigheden te analyseren en daarop preventieve maatregelen te baseren. Aanbevolen wordt om een nieuwe registratieprocedure in te voeren in Nederland, zodat systematische analyse in de vorm van een Child Suicide Review mogelijk wordt.

#### Inleiding

Preventie van suicide is van belang aangezien het suïcidecijfer in Nederland elk jaar met 5% is gestegen sinds 2007.<sup>1</sup> Bij jongeren stijgt het suïcidecijfer minder sterk, maar nog steeds licht.<sup>2</sup> Als we die stijging een halt willen toeroepen, moeten we meer leren van de suicides van jongeren die plaatsgevonden hebben.

Voor de overheid is een taak weggelegd als het gaat om het beschermen van het leven van kinderen en jongeren. Dit is vastgelegd in artikel 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en artikel 6 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK). In artikel 24 van het IVRK wordt een verplichting bij de overheid gelegd om maatregelen te nemen om kindersterfte te voorkomen en wordt de staat verplicht om preventieve gezondheidszorg te verlenen. Als een kind dan toch overlijdt, is een zorgvuldig onderzoek naar de oorzaak van overlijden geboden.

De overheid onderneemt sinds een aantal jaren stappen om de veiligheid van kinderen te garanderen en sterfte onder kinderen terug te dringen. De regering heeft een speerpunt gemaakt van kindermishandeling door het invoeren van de wet van de verplichte meldcode van huiselijk geweld en kindermishandeling<sup>3</sup> en daaraan gekoppeld een duidelijke positionering van het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). In 2012 is de NODO-procedure (NODO: nader onderzoek doodsoorzaak overleden minderjarigen) ingevoerd. In het kader van deze procedure is na het overlijden van een minderjarige de behandelend arts wettelijk verplicht te overleggen met een forensisch arts (de gemeentelijke lijkschouwer). Indien sprake is van plotseling en onverwacht overlijden (maar geen vermoeden van een niet-natuurlijke

dood), kan de forensisch arts besluiten een neutraal, niet-justitieel onderzoek naar de doodsoorzaak te starten.<sup>4</sup> Na een landelijke pilot worden nu plannen gemaakt om de NODO-procedure regionaal te organiseren. Daarnaast heeft het ministerie van Volksgezondheid in overleg met een adviescommissie vanuit het werkveld het doel geformuleerd de stijging van suicides in Nederland stop te zetten.<sup>5</sup> Het ministerie geeft hiermee aan een actievere rol te willen spelen.

Wetenschappelijk onderzoek naar de kenmerken van jongeren die tot suicide overgaan, is van essentieel belang om suicides in de toekomst te helpen voorkomen.<sup>6</sup> Er zijn echter weinig studies die de kenmerken en omstandigheden onderzoeken die een rol spelen bij een suicide in de specifieke doelgroep van jongeren in Nederland. In West-Friesland<sup>7</sup> is een onderzoek gedaan naar suicides en suïcidepogingen onder een klein aantal jongeren door middel van een psychologische autopsie. Psychologische autopsie is een methode om post mortem systematisch kenmerken in kaart te brengen die verband houden met een suicide zoals eerdere suïcidaliteit, contact met hulpverlening en de aanwezigheid van psychische problemen. Ook aan naasten van de overledene wordt gevraagd naar bepaalde gedragingen van hun dierbare en (mogelijke) aanleidingen voor de suicide. In een onderzoek in Rotterdam<sup>8</sup> werd naast demografische factoren een aantal omgevingsfactoren bestudeerd bij adolescente meisjes die een suïcidepoging hebben gedaan. De beperking van het eerste onderzoek is dat het kleine onderzoeksgroepen betreft en het beperkt is tot één regio in Nederland. Het onderzoek in Rotterdam concentreert zich op suïcidepogers en niet op suïcide-slachtoffers. Hoewel deze studies methodologisch sterk

L. Bijker, psycholoog-onderzoeker, afdeling Klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam. M.M. Boere-Boonekamp, arts maatschappij en gezondheid, universitair hoofddocent, vakgroep Health Technology and Services Research, Universiteit Twente. W.L.J.M. Duijst, forensisch arts, GGD IJsselland, senior forensisch onderzoeker, Radboud Universiteit Nijmegen, strafrechter in Arnhem. R. Ghoncheh, promovenda, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Vrije Universiteit Amsterdam. O. Sijperda, vrijgevestigd jeugd-/verslavings- en forensisch arts. A.J.F.M. Kerkhof, hoogleraar klinische psychologie, psychopathologie en suïcidepreventie, Vrije Universiteit Amsterdam. Correspondentie: ajfm.kerkhof@vu.nl.

van elkaar verschillen, werd in beide gevallen gevonden dat een voorgaande suïcidepoging de sterkste voorspeller is van het uiteindelijk overlijden door suïcide.

Internationaal onderzoek<sup>9</sup> naar de risicofactoren voor suïcide bij jongeren laat zien dat de volgende factoren van belang zijn: psychopathologie (met name depressie), sociale achterstand, psychopathologie bij de ouders, een familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, een geschiedenis van fysiek en/of seksueel misbruik, beschadigde ouder-kindrelaties en blootstelling aan stressvolle levensgebeurtenissen. Daarnaast kunnen media-aandacht (imitatie) en beschikbaarheid van middelen om suïcide mee te plegen een rol spelen. De combinatie van verschillende risicofactoren verhoogt het risico op het overlijden door suïcide.

Eind jaren zeventig van de vorige eeuw is men in de Verenigde Staten gestart met het uitvoeren van uitgebreid, multidisciplinair onderzoek na elk geval van natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden van een minderjarige, suïcide inbegrepen, ook wel Child Death review genoemd. Daarbij wordt aansluitend op het overlijden van de jeugdige informatie verzameld van ouders of familieleden, huisarts, schouwarts, recherche, geestelijke gezondheidszorg en andere relevante bronnen.<sup>10</sup> Deze methode is overgenomen door Canada, Nieuw-Zeeland, Australië, Engeland en Wales.<sup>11</sup> In geval van suïcide maakt de verzamelde informatie het mogelijk een reconstructie te maken van de factoren die (mede) hebben geleid tot de suïcide, alsmede de factoren te identificeren die al dan niet een beschermende rol hadden kunnen spelen.

In de periode 2010-2013 voerden wij een project uit dat tot doel heeft inzicht te krijgen in de kenmerken en omstandigheden van jongeren tot en met 23 jaar die zijn overleden als gevolg van suïcide in de periode 1996-2012. Volgens het CBS<sup>1</sup> zijn er in deze periode in totaal 1781 jongeren tot en met 23 jaar om het leven gekomen met suïcide als doodsoorzaak. Het CBS baseert haar registratie bij niet-natuurlijke sterfgevallen op de opgaven via het B-formulier (het anonieme doodsoorzakenformulier dat door de gemeentelijk lijkschouwer of behandelend arts wordt ingevuld), het ongevalsrapport van de politie en gegevens van de arrondissementsparketten. In dit artikel beschrijven wij de resultaten van het eerste deel van dit project dat vooral ingaat op de beschikbaarheid van de dossiers van de jongeren en de kwaliteit van de in de dossiers aanwezige informatie.

## Methoden

Het project betreft een beschrijvend, retrospectief dossieronderzoek van jongeren tot en met 23 jaar die in de periode van 1996 tot 2012 om het leven zijn gekomen in Nederland met als geregistreerde doodsoorzaak suïcide. Er werden twee typen dossiers verzameld: de lijkschouwdossiers en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) dossiers. Beide dossiers zijn in het bezit van de GGD'en. Alleen de lijkschouwdossiers van de regio Rotterdam-

Rijnmond zijn in het bezit van de forensisch artsen Rotterdam-Rijnmond (FARR).

## Onderzoek beschikbaarheid dossiers

De dataverzameling vond plaats van december 2010 tot en met juni 2013, grotendeels op de locatie van de forensische diensten en in enkele gevallen via e-mail, door drie onderzoekers die elkaar opvolgden. Aan de afdelingshoofden van de 25 forensische diensten van de GGD en de FARR werd gevraagd hun lijkschouwdossiers op locatie toegankelijk te maken zodat de dossiers konden worden verzameld die aan de criteria voldeden: overleden door suïcide en niet ouder dan 23 jaar. De bijbehorende JGZ-dossiers werden verzameld aan de hand van de naam en geboortedatum in de gevonden lijkschouwdossiers van de forensische afdeling. Speciale aandacht bij het werven van deelnemende regio's werd besteed aan vragen over privacy en hoe deze gewaarborgd wordt. De onderzoekers ondertekenden een geheimhoudingsverklaring en waren de enigen die toegang hadden tot het bestand waarin de namen en geboortedata van de jongeren gekoppeld werden aan dossiernummers. De onderzoekers gaven de forensische afdeling en de afdeling JGZ van de medewerkende regio's feedback over de aantallen dossiers die gevonden waren en vroegen de beheerders in een open vraag naar mogelijke verklaringen voor het ontbreken van dossiers. De verkregen informatie werd verwerkt met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences versie 19.0 (SPSS).

## Onderzoek kwaliteit dossiers

Om de kwaliteit van de lijkschouwdossiers en de JGZ-dossiers te bepalen is een aantal kenmerken verzameld uit de dossiers. Deze kenmerken zijn gekozen op basis van risicofactoren die zijn aangetroffen in de internationale literatuur.<sup>6,9-11</sup> In *tabel 1* staan de gekozen variabelen in groepen onderverdeeld.

Het onderzoek valt niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) omdat het overledenen betreft en is daarom niet ter toetsing aan een medisch-ethische commissie voorgelegd. Het uitwisselen van vertrouwelijke informatie ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek is gerechtvaardigd onder artikel 458 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).

## Resultaten

### De beschikbaarheid van de dossiers

Van de 26 regio's (25 GGD'en en de FARR) werkten 21 (81%) regio's mee aan het onderzoek.

Tabel 2 geeft een overzicht van het aantal gevonden dossiers per regio, gebaseerd op de indeling van Nederland in vijf NODO-regio's.

Aangezien 81% van de regio's deelnam aan het onder-

Tabel 1 Overzicht kenmerken die werden verzameld in een of beide dossiers.

soort kenmerken	
demografische kenmerken	geboortedatum, datum van overlijden, leeftijd, nationaliteit, geslacht, opleidingsniveau en gezinssamenstelling
kenmerken van de suicide	methode, plaats, afscheidsbrieven, aanwijzingen voor het gebruik van alcohol en/of drugs direct voorafgaand aan de suicide
voorgaande suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag	eerdere suïcidepoging, suïcide-uitingen (aankondiging van de suïcide), alcohol- of drugs-misbruik of verslaving in anamnese
psychische stoornissen	aanwezigheid van psychische stoornis, specifieke stoornis, psychische stoornissen in de familie
contact professionele hulpverlening	contact met de huisarts, contact met JGZ* en JGGZ** ten tijde van de suïcide, contact met de JGZ of JGGZ in het verleden, lichamelijke problemen, medicijngebruik
omgevingsfactoren	schoolproblemen (inclusief pesten), uitlokkende factoren, seksueel misbruik, ingrijpende levensgebeurtenissen, persoonlijkheidsbeschrijving

\* JGZ = Jeugdgezondheidszorg \*\* JGGZ = Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg

zoek zal de omvang van de doelgroep suïcides van jongeren in de periode 1996 tot 2012 naar schatting rond de 1442 bedragen (81% van 1781 suïcides geregistreerd door het CBS voor heel Nederland). We konden 607 lijkschouwdossiers traceren, wat 43% van het totaal is. Bij deze 607 lijkschouwdossiers traceerden wij 129 corresponderende JGZ-dossiers (21%).

Tabel 3 geeft een opsomming van de antwoorden op de open vraag naar verklaringen voor het ontbreken van dossiers die door de beheerders bij de deelnemende GGD'en/FARR werden gegeven. Beheerders konden aangeven dat meerdere verklaringen voor hun regio van toepassing waren. Het was niet mogelijk verklaringen te koppelen aan aantallen ontbrekende dossiers.

#### De kwaliteit van de lijkschouw- en JGZ-dossiers

Tabel 4 vermeldt welke informatie over kenmerken van de jongeren en het overlijden in de lijkschouwdossiers en/of de JGZ-dossiers aanwezig was. Het betreft hier de kenmerken die in elk lijkschouwdossier geregistreerd horen te staan. Het ontbreken van de geboortedatum in 22,4% van de gevallen is te verklaren doordat één regio ervoor heeft gekozen om alleen de leeftijden door te geven aan de onderzoeker. De methode van de suïcide is in 7,8% van de gevallen onbekend omdat één regio deze niet registreerde (7,3%) en het in 0,5% van de gevallen niet was ingevuld in de lijkschouwdossiers.

In tabel 5 staan de overige kenmerken en omstandigheden rond het overlijden die van belang kunnen zijn bij de preventie van suïcide. Het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) beveelt aan deze aanvullend te registreren bij gevallen van suïcide.

De lijkschouwdossiers verschillen inhoudelijk sterk per regio. In de meeste dossiers is de informatie met de hand geschreven en een deel van de informatie is onleesbaar. Van alle 607 gevallen van suïcide is er geen enkel dossier waarin informatie beschikbaar is over alle kenmerken

Tabel 2 Aantallen getraceerde lijkschouw- en JGZ-dossiers.

regio's	lijkschouwdossiers	JGZ-dossiers
Noordoost-Nederland	129	48
Noordwest-Nederland	131	18
Midden-Nederland	101	31
Zuidwest-Nederland	155	19
Zuidoost-Nederland	91	13
totaal	607	129

die in tabel 4 en 5 worden beschreven.

In 32 van de 123 JGZ-dossiers is de suïcide van de jongere vermeld (25%). Wanneer deze suïcide vermeld was, stond er vaak ook informatie in over de omstandigheden rondom het overlijden en de nazorg op de school.

#### Discussie

Uit dit onderzoek blijkt dat de beschikbaarheid en kwaliteit van de lijkschouwdossiers en de JGZ-dossiers van jongeren tot en met 23 jaar die zijn overleden door suïcide in de periode van 1996 tot 2012 beperkt zijn. Minder dan de helft van de lijkschouwdossiers kon worden getraceerd; de in de dossiers aangetroffen informatie over omstandigheden rond de suïcide en achtergrondkenmerken van de jongere is incompleet. Bij slechts 21% van de lijkschouwdossiers kon het bijbehorende JGZ-dossier worden gevonden; in slechts een kwart van deze JGZ-dossiers was de suïcide van de jongere vermeld. Verklaringen voor het ontbreken van dossiers duiden op (onder meer) onzorgvuldigheid bij het archiveren. Deze onzorgvuldigheid is in strijd met de plicht tot het bewaren van medische dossiers gedurende een termijn van 15 jaar zoals in de WGBO staat voorgeschreven. In de loop van het onderzoek kwam naar voren dat medische

professionals in hun organisaties soms onvoldoende waarde zien in goed archiveren, of ze verklaren dat hun werklast te hoog is om tijd vrij te maken voor een zorgvuldig beheer van deze dossiers.

De kwaliteit van de gevonden informatie was beperkt; de gegevensverzameling was onvoldoende gestandaardiseerd, de dossiers incompleet en de handschriften soms onleesbaar. Het beeld dat uit dit onderzoek

**Tabel 3** Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van dossiers gegeven door de beheerders bij de deelnemende GGD'en/FARR en aantal keren dat de betreffende verklaring werd genoemd.

<i>verklaringen voor lijkschouwdossiers die ontbreken</i>	<i>aantal regio's</i>
De lijkschouwdossiers zijn vernietigd (eerder dan na 15 jaar).	19
Dossiers van een bepaald jaar raken zoek in het archief.	3
Dossiers van een bepaalde locatie raken zoek in het archief door samenvoeging van regio's.	4
Forensisch artsen houden geen eigen formulier bij voor administratie maar rapporteren alleen rechtstreeks aan de officier van justitie.	3
Forensische afdeling heeft ethische bezwaren tegen het onderzoeksproject.	1
De forensische afdeling is niet in staat om binnen de tijd van het onderzoek de gevraagde gegevens aan te leveren.	2
<i>verklaringen voor JGZ-dossiers die ontbreken</i>	<i>aantal regio's</i>
De dossiers van de jongere worden gearhiveerd per schoollocatie en deze zijn niet te koppelen aan de informatie uit de lijkschouwdossiers.	1
Archief is uitbesteed aan een extern bedrijf.	3
De jongere kon niet aan het lijkschouwdossier gekoppeld worden door het ontbreken van een geboortedatum.	1
Jongeren verhuizen buiten de regio van hun geboorteplaats.	16
Jongeren plegen suïcide buiten de regio van hun geboorteplaats.	16
Jongeren gaan naar een middelbare school buiten de regio van hun woonplaats; de plaats van de school is leidend voor de GGD.	16
Het dossier werd meegegeven aan de nabestaanden na het overlijden van de jongere.	1
De school was onbekend zodat het dossier niet opgezocht kon worden.	1
De JGZ-afdeling heeft ethische bezwaren tegen het onderzoek.	3

ontstaat is dat degenen die lijkschouwdossiers invullen mogelijk niet het nut inzien van nauwkeurige registratie. Dat zou weer verklaard kunnen worden – ook regelmatig genoemd door onze informanten – door het gegeven dat er gedurende lange perioden niets met de geregistreerde gegevens is gedaan.

Ons onderzoek kent enkele beperkingen. Niet alle GGD'en wilden meewerken; vier afdelingen (één forensische en drie JGZ-afdelingen) voelden zich niet vrij om mee te werken vanwege ethische bezwaren en soms waren dossiers niet binnen redelijke termijn traceerbaar vanwege praktische omstandigheden (zoals het aan private ondernemingen toevertrouwen van het bewaren van dossiers en de recente verhuizing van archiefafdelingen). Mogelijk heeft dit tot een negatieve vertekening van de resultaten geleid. De conclusies gelden derhalve alleen voor die regio's die hebben meegewerkt en de gevallen van suïcide die door registratie in de dossiers bij ons bekend waren.

Tijdens het doornemen van de dossiers werd ons door vier forensisch artsen spontaan meegedeeld dat onterecht een andere doodsoorzaak dan suïcide werd geregistreerd. Omdat dit geen systematische vraag was in het onderzoek is het onduidelijk of er sprake is van onderregistratie van suïcide.

Ondanks de beperkingen van deze studie is het duidelijk dat het huidige registratiesysteem van de forensische diensten en van de JGZ in geval van suïcides van jongeren niet toereikend is om op basis hiervan een Child Suicide Review en/of wetenschappelijk onderzoek te verrichten waarop in de toekomst preventieve maatregelen zouden kunnen worden gebaseerd. Ook kunnen de GGD'en in Nederland voor het uitvoeren van hun preventieve taak in het voorkomen van suïcides onder jongeren weinig informatie onttelen aan de huidige registraties van suïcides.

In een tweede artikel over dit onderzoek zullen de bevindingen uit de inhoudelijke analyse van de dossiers worden gepresenteerd. Hierop vooruitlopend bevelen wij aan om in overleg tussen onderzoekers, beroepsgroepen

**Tabel 4** Volledigheid van informatie die standaard geregistreerd behoort te worden in de lijkschouwdossiers ( $n = 607$ ).

<i>soort variabele</i>	<i>variabele</i>	<i>aanwezig</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>
demografische kenmerken	geboortedatum	472	77,6
	sterfdatum	606	99,7
	leeftijd	605	99,5
	nationaliteit	437	71,9
	geslacht	604	99,3
kenmerken van de suïcide	methode	565	92,2
	plaats	309	50,3

**Tabel 5** Aanwezigheid van aanvullende informatie in lijkschouwdossiers ( $n = 607$ ) of JGZ-dossiers ( $n = 129$ ).

soort variabele	variabele	aanwezig	
		<i>n</i>	%
demografische kenmerken	opleidingsniveau	89	14,6
	gezinsamenstelling	102	16,8
kenmerken van de suïcide	afscheidsbrieven	123	20,3
eerdere suïcidaliteit en zelf-beschadigend gedrag	eerdere suïcide-poging	99	16,3
	suïcide uitingen	129	21,2
	alcoholgebruik	60	9,9
psychische stoornissen	druggebruik	74	12,2
	aanwezigheid psychische stoornis	162	26,6
	specifieke stoornis	113	18,6
contact professionele hulpverlening	psychische stoornis in de familie	23	3,8
	contact met GGZ	177	29,1
	opname	79	13,0
	lichamelijke problemen	28	4,6
omgevingsfactoren	medicijngebruik	104	17,1
	schoolproblemen	65	10,7
	pesten	58	9,6
	factoren voorafgaand aan de suïcide*	62	10,2
	seksueel misbruik	18	3,0
	persoonlijkheidsbeschrijving	96	15,8

\* Mogelijke uitlokkende factoren direct voorafgaand aan de suïcide (slecht nieuws, ruzie etc.)

en GGD'en een systematiek voor uniforme registratie van gegevens in lijkschouwen- en JGZ-dossiers te ontwikkelen. Deze systematiek is momenteel in ontwikkeling door een samenwerking van GGD IJsselland, Universiteit Twente en Vrije Universiteit in Amsterdam. Daarnaast is betere opvolging van bewaarvoorschriften van dossiers noodza-

kelijk zodat de data toegankelijk worden voor onderzoek. Hierdoor zal het in de toekomst hopelijk mogelijk worden om na een suïcide van een jongere, in navolging van landen zoals Groot-Brittannië en de Verenigde Staten<sup>11</sup>, een Child Suicide Review uit te voeren, zodat aanwijzingen voor preventie kunnen worden verkregen.

## Dankwoord

Wij danken alle betrokken forensische en JGZ-afdelingen van de GGD en de FARR voor hun medewerking en de eerste twee onderzoekers Liesbeth Oonk en Dionne Koninkx.

## Literatuur

1. Statline – Doodsoorzaken; Niet-natuurlijke dood; Diverse kenmerken (inwoners). Internetsite Centraal Bureau voor Statistiek 2013. Beschikbaar via: <http://www.statline.cbs.nl>. Geraadpleegd 2013 februari 2 (nadere informatie verstrekt door dhr. J. Hoogenboezem, CBS).
2. Gijzen S, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Need A. Child mortality in the Netherlands in the past decades: an overview of external causes and the role of public policy. *J Public Health Policy*. 2014 Feb;35(1):43-59.
3. Putte E van de, Lukkassen IMA, Russel IMB, Teeuw AH. Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013.
4. Duijst WLJM, Das C. Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu; 2011.
5. VWS (Ministerie van VWS). Brief aan de Tweede Kamer omtrent nieuw streefcijfer suïcide. 4 juni 2013, kenmerk: 121350-104392-CZ.
6. Brent DA. Preventing youth suicide: Time to ask how. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Aug;50(8):738-40.
7. Brussel G. Suïcidedrag onder jongeren in West-Friesland (thesis). Amsterdam: Free University; 2008.
8. Bergen DD van, Eikelenboom M, Smit JH, Looij-Janssen PM van de, Sawitri S. Suicidal behavior and ethnicity of young females in Rotterdam, the Netherlands: rates and risk factors. *Ethnicity & Health*. 2010;0:1-16.
9. Kerkhof AJFM, Luyn JB van. Suïcidepreventie in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
10. Christian CW, Sege RD. American Academy of Pediatrics. Policy statement - child fatality review. *Pediatrics*. 2010 Sep;126(3):592-6.
11. Vincent S. Child death review processes: a six country comparison. *Child Abuse Review* 2014;23:116-29.