

Zelfdoding onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland

M.J.Garssen, J.Hoogenboezem en A.J.F.M.Kerkhof

Zie ook het artikel op bl. 2131.

Doel. De verschillen vaststellen in incidentie van zelfdoding tussen autochtonen en allochtonen, gerubriceerd naar regio en land van herkomst, rekening houdend met verschillen in leeftijdsopbouw.

Opzet. Retrospectief.

Methode. Gegevens van de statistiek van de doodsoorzaken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), gebaseerd op de doodsoorzaakverklaringen door arts of lijkschouwer, werden gekoppeld aan het bericht van overlijden uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA). Zo kon de herkomst van de overledene worden bepaald op basis van gegevens uit de GBA. De geheimhouding van deze gegevens is wettelijk vastgelegd. Over de jaren 1996-2004 werden alle 13.737 personen geselecteerd die waren overleden door zelfdoding ('International classification of diseases' (ICD)-10-codes X60-X84). De herkomst werd bepaald aan de hand van gegevens over het geboorteland van de overleden persoon en diens ouders. Iemand is 'allochtoon' volgens de definitie van het CBS als ten minste één van de ouders in het buitenland is geboren.

Resultaten. Er waren aanzienlijke verschillen in sterfte door zelfdoding tussen migrantengroepen in Nederland. Deze verschillen weerspiegelden deels de suïcidecijfers in de landen en regio's van herkomst. Migranten uit westerse landen lieten in het algemeen hogere suïcidecijfers zien dan autochtonen. Hoge suïcidecijfers werden waargenomen onder Zuid- en Oost-Europese mannelijke migranten. De suïcidecijfers voor Turken en Marokkanen waren daarentegen significant lager dan die voor autochtonen. Alleen op jongvolwassen leeftijd liepen niet-westerse allochtone mannen, uitgezonderd Marokkanen, een beduidend hoger risico om door zelfdoding te overlijden.

Conclusie. Hoewel er veel aandacht is voor pogingen tot suïcide onder Surinaamse vrouwen, waren hun suïcidecijfers minder sterk verhoogd dan die van Surinaamse mannen tot middelbare leeftijd. Mogelijk weerspiegelen deze hoge suïcidecijfers een verhoogd niveau van psychiatrische ziekten, identiteitsproblemen, teleurstellingen in het migratieproces, verwachtingen ten aanzien van opleiding, werk en inkomen, en de verantwoordelijkheid voor gezin en familie.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2006;150:2143-9

In 2004 lag het brutosterftecijfer voor zelfdoding in Nederland met 9,3 per 100.000 beduidend lager dan het wereldgemiddelde. Het Nederlandse cijfer verhult echter opvallende verschillen tussen bevolkingsgroepen. Zo duidt recent onderzoek op ernstige problematiek onder Surinamers en Turken.¹ Jonge Surinaamse vrouwen in Den Haag doen ongeveer 2 keer zo vaak een suïcidepoging als jonge autochtone vrouwen. Het zorgwekkendst lijkt de situatie onder jonge Turkse vrouwen, die ruim 3 keer zo vaak een suïcidepoging doen. Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is het aantal pogingen in deze groep toegenomen, een ontwikkeling die wordt weerspiegeld in een stijgend zelfdodingscijfer. Ook in andere Europese landen lijkt er onder

allochtonen een aan zelfdoding gerelateerde problematiek te zijn. Een verhoogde kans op ernstige psychiatrische aandoeningen in sommige herkomstgroepen is aangetoond in Duitsland,² België,³ het Verenigd Koninkrijk,⁴⁻⁶ Zweden,⁷ Finland,⁸ en ook Nederland.⁹ Voor vrijwel al deze bevindingen gelden echter één of meer tekortkomingen die een goede vergelijking naar herkomst in de weg staan. Zo speelt selectieve observatie een rol in de onderzoeken onder patiënten in psychiatrische zorginstellingen. Een hoge incidentie van suïcidepogingen impliceert bovendien nog geen hoog zelfdodingscijfer. Voor een vergelijking van de zelfdodingscijfers naar herkomst is verder van belang het gegeven dat de brutosterftecijfers sterk worden beïnvloed door de bevolkingssamenstelling naar leeftijd.

Wij deden onderzoek naar verschillen in incidentie van zelfdoding tussen autochtonen en allochtonen, gerubriceerd naar land en regio van herkomst, rekening houdend met de verschillen in leeftijdsamenstelling. Wij gingen na of de verschillen ten aanzien van herkomst ook zichtbaar zijn in de zelfdodingscijfers voor de regio's van herkomst.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Postbus 4000, 2270 JM Voorburg.
Hr.drs.M.J.Garssen MSc, demograaf; hr.J.Hoogenboezem, statistisch analist.

VU Medisch Centrum, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, afd. Klinische Psychologie, Amsterdam.

Hr.prof.dr.A.J.F.M.Kerkhof, klinisch psycholoog.

Correspondentieadres: hr.drs.M.J.Garssen (jgsn@cbs.nl).

TABEL 1. Gemiddelde jaarlijkse sterfte door zelfdoding per 100.000 personen naar regio*

	zelfdodingen per 100 000 inwoners	per 100 mannen in Nederland	mannen per 100 vrouwen
West-Europa†	11,9	128	317
Nederland	9,3	100	212
België	19,5	210	276
Duitsland	11,1	119	326
Verenigd Koninkrijk	6,8	73	357
Frankrijk	16,7	180	295
Noord-Europa‡	13,2	142	274
Zuid-Europa§	6,7	72	365
Oost-Europa	33,4	359	575
Zuidoost-Europa¶	11,3	122	450
West-Azië**			
Centraal- en Zuid-Azië††	11,0	118	136
Zuidoost-Azië‡‡	2,9	31	185
Oost-Azië§§	12,6	135	85
Noord-Amerika	11,0	118	424
Midden-Amerika¶¶	3,6	39	505
Zuid-Amerika***	4,5	48	377
Oceanië†††	13,5	145	404

*Berekend op basis van de volgende bronnen: Eurostat voor Europa; WHO voor de overige landen. Gegevens voor Afrika waren niet beschikbaar. Cijfers werden berekend als het naar bevolkingsomvang gewogen gemiddelde van de vermelde landen. Gegevens betreffen 2003, tenzij hierna anders vermeld.

†Nederland (2004), België (1997), Duitsland, Verenigd Koninkrijk (2000), Frankrijk (2002), Ierland, Luxemburg, Oostenrijk, Zwitserland (2002).

‡Denemarken (2001), Zweden, Noorwegen, Finland, IJsland.

§Italië (2002), Spanje, Portugal, Malta.

||Polen, Rusland (2000), Wit-Rusland (2000), Oekraïne (2000), Tsjechië, Slowakije (2001), Hongarije, Estland, Letland en Litouwen.

¶Griekenland, Roemenië (2002), Bulgarije, Albanië (1999), Kroatië (2000), Slovenië en Macedonië.

**Met uitzondering van Israël is zelfdoding volgens de officiële statistieken (vrijwel) nihil.

††India (1998) en Sri Lanka (1991).

‡‡Filippijnen (1993) en Thailand (1994).

§§Japan (1999), China (1999) en Zuid-Korea (2000).

|||Verenigde Staten (1999) en Canada (1998).

¶¶Mexico (1995), Costa Rica (1995), El Salvador (1993), Nicaragua (1994), Belize (1995), Guyana (1994) en Suriname (1992).

***Brazilië (1995), Argentinië (1995), Chili (1994), Colombia (1994), Ecuador (1995), Paraguay (1995) en Venezuela (1994).

†††Australië (1999) en Nieuw-Zeeland (1998).

GEGEVENS EN METHODE

Gegevens werden ontleend aan de statistiek van de doodsoorzaken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), gebaseerd op de doodsoorzaakverklaringen die door arts of lijkschouwer worden ingevuld. Deze wettelijk verplichte verklaringen, met vermelding van de primaire en eventueel secundaire doodsoorzaak, betreffen alle in de Nederlandse bevolkingsregistratie opgenomen personen, ongeacht de plaats van overlijden. Naast de anonieme doodsoorzaakverklaring bereikt het CBS een elektronisch bericht van overlijden uit de gemeentelijke basisadministratie (GBA), met persoonsgegevens van de overledene, maar zonder informatie over diens doodsoorzaak. Met behulp van het aktenummer van de doodsoorzaakverklaring kunnen beide berichten worden gekoppeld en kan de herkomst van de overledene worden bepaald op basis van gegevens uit de GBA. De geheimhouding van deze gegevens is wettelijk vastgelegd.

Omdat gegevens over het geboorteland van een persoon en diens ouders met ingang van 1996 beschikbaar zijn, gebruikten wij gegevens voor de jaren 1996-2004. Hieruit werden alle 13.737 personen geselecteerd die waren overleden door zelfdoding ('International classification of diseases'- (ICD)-10-codes X60-X84). De herkomst werd bepaald aan de hand van gegevens over het geboorteland van de overleden persoon en diens ouders. Iemand is 'allochtoon' volgens de definitie van het CBS als ten minste één van de ouders in het buitenland is geboren. De sterftecijfers werden indirect gestandaardiseerd, dat wil zeggen dat ze de sterfte weergeven ten opzichte van een standaardpopulatie na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw. Hiertoe werd de Nederlandse mannelijke en vrouwelijke autochtone bevolking tijdens de gehele periode van onderzoek geselecteerd, met de bij de autochtonen behorende leeftijdsspecifieke sterftecijfers. De cijfers worden weergegeven als gestandaardiseerd sterftequotient ('standardized mortality ratio'), waarbij de autochtone mannen en vrouwen op 100 werden gesteld. Wij onderscheidden 19 geografische regio's en enkele belangrijke herkomstlanden binnen deze regio's.

RESULTATEN

Blijkens de CBS-gegevens betrof het totaal van 1514 zelfdodingen in 2004 1022 mannen en 492 vrouwen; als bruto-sterftecijfers was dat respectievelijk 12,7 en 6,0 per 100.000. Daarmee behoorde Nederland na de Zuid-Europese landen en het Verenigd Koninkrijk tot de Europese landen met de laagste zelfdodingscijfers (tabel 1). Het frequentst was zelfdoding in Oost-Europa, waar de cijfers in alle landen ver boven het wereldgemiddelde lagen.

Werd voor de Nederlandse sterfte door zelfdoding onderscheid gemaakt voor de belangrijkste landen van herkomst, dan waren de brutosterftecijfers in de periode 1996-

TABEL 2. Gestandaardiseerd sterftequotiënt ('standardized mortality ratio'; SMR) en gemiddelde leeftijd bij overlijden door zelfdoding in Nederland naar herkomst, 1996-2004*

regio/land van herkomst	totaal aantal zelfdodingen		SMR†		gemiddelde leeftijd bij overlijden (in jaren)‡	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
autochtone Nederlanders	7580	3830	100	100	48,1	51,4
allochtone Nederlanders	1631	696	111	97	41,5	46,4
West-Europa	480	269	124§	121	50,3	55,6
België	77	36	119	95	50,4	53,5
Duitsland	316	187	126§	124	52,1	57,0
Verenigd Koninkrijk	57	20	137§	119	42,5	43,2
Frankrijk	13	9	95	114	42,8	54,1
overig West-Europa	17	17	104	175	49,7	60,2
Noord-Europa	6	4	79	74	39,7	*
Zuid-Europa	73	12	152§	70	43,8	42,6
Italië	7	4	155§	62	45,2	*
Spanje	28	4	173§	57	43,5	*
Oost-Europa	52	28	150§	106	44,1	45,3
voormalige Sovjet-Unie	16	11	142	130	37,1	45,5
Polen	21	11	170	100	45,2	43,5
Hongarije	13	3	179	73	49,8	*
Zuidoost-Europa	57	18	124	87	41,6	39,6
voormalig Joegoslavië	37	14	107	87	40,2	42,5
Griekenland	11	1	150§	50	48,5	*
West-Azië	169	44	86§	63§	32,8	38,3
Turkije	108	31	76§	55§	32,7	32,9
Irak	13	1	68	22§	31,7	*
Iran	29	2	200§	45	34,3	*
Afghanistan	13	4	120	120	28,8	*
Centraal- en Zuid-Azië	18	7	85	120	33,3	35,2
Sri Lanka	11	3	234§	236	33,0	*
Zuidoost-Azië	256	149	94§	104	41,6	48,0
Indonesië	243	139	94§	106	42,2	46,8
Oost-Azië	18	11	70	89	43,7	31,1
China	9	7	59§	96	49,9	33,6
Noord-Afrika	83	19	60§	41§	32,6	32,9
Marokko	73	11	61§	40§	31,7	31,9
West-Afrika	30	6	113	70	29,0	40,5
Kaapverdië	13	0	151	0§	31,9	*
Ghana	2	4	25	130	*	*
overig West-Afrika	15	2	152	131	26,3	*
Centraal-Afrika	9	2	126	102	32,1	*
Oost-Afrika	27	5	120	77	32,9	28,4
Somalië	12	3	111	87	31,6	*
Zuid-Afrika	7	8	117	247	45,7	37,8
Republiek Zuid-Afrika	6	8	129	317	46,2	37,8
Noord-Amerika	27	10	164§	130	42,7	46,6
Verenigde Staten	17	7	131	116	48,2	49,0
Canada	10	3	285§	179	33,4	*
Midden-Amerika‡	281	97	148§	95	36,7	38,0
Nederlandse Antillen/Aruba	56	18	116	77	33,7	32,7
Suriname	225	75	160§	100	37,5	38,5
Zuid-Amerika	17	10	143	106	33,6	43,5
Oceanië	12	2	252§	89	30,9	*

*Bron gegevens: Centraal Bureau voor de Statistiek. Cijfers werden indirect gestandaardiseerd, met de gemiddelde autochtone bevolking voor 1996-2004 als standaard; †sommige hoge dan wel lage SMR's waren niet statistisch significant, mogelijk vanwege lage populatieaantallen; ‡niet weergegeven bij minder dan 5 gevallen van zelfdoding; §statistisch significant hoger of lager dan autochtonen, op het 5%-niveau; ||inclusief voormalig Nederlands-Indië; †inclusief Caribisch gebied en Suriname.

2004 het hoogst voor Duitsers (14,0) en het laagst voor Marokkanen (3,7). Deze cijfers werden sterk beïnvloed door de aanzienlijke verschillen in leeftijdssamenstelling. Zo viel 1 op de 23 Duitsers in de risicogroep van 80-plussers, tegen 1 op de 1500 Marokkanen.

Na correctie voor de verschillen in samenstelling naar leeftijd en geslacht van de onderscheiden deelpopulaties, kwam zelfdoding in het algemeen vaker voor onder West-Europese allochtonen en onder mannen uit Oost- en Zuid-Europa, Amerika (waaronder Suriname), Iran, Sri Lanka en Oceanië (tabel 2). Een hogere sterfte door zelfdoding was ook zichtbaar in de herkomstlanden (zie tabel 1), met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk. Onder de sterfte door zelfdoding was de sterfte van mannen significant verhoogd. Onder Zuid- en Zuidoost-Europese allochtonen was de incidentie van zelfdoding verhoogd onder mannen, maar juist opvallend verlaagd onder vrouwen, zij het niet statistisch significant op het 5%-niveau. Deze oververtegenwoordiging van mannen was ook duidelijk zichtbaar in de regio's van herkomst.

Met uitzondering van Afghanistan en Iran (mannen) was de sterfte door zelfdoding doorgaans significant lager onder personen uit West-Aziatische landen, waaronder Turkije. Door het ontbreken van betrouwbare statistieken in de landen van herkomst was niet met zekerheid te zeggen of er een overeenkomstig patroon was. De sterfte door zelfdoding onder Oost- en Zuidoost-Aziaten was, met uitzondering van Zuidoost-Aziatische vrouwen, lager dan die van autochtonen. De ten opzichte van vrouwen relatief lage cijfers voor Oost-Aziatische mannen in de landen van herkomst waren ook zichtbaar voor Oost-Aziatische allochtonen in Nederland. Mannen van Nederlands-Indische dan wel Indonesische herkomst hadden een significant lagere sterfte door zelfdoding dan autochtonen.

Dat niet-westerse allochtonen die door zelfdoding overlijden gemiddeld jonger waren dan autochtonen (zie tabel 2), paste bij de jeugdiger leeftijdsstructuur van deze deelpopulatie. Echter, ook op relatief jonge leeftijd kwam zelfdoding onder niet-westerse allochtone mannen vaker voor (figuur a). De cijfers voor niet-westerse allochtone vrouwen waren voor deze leeftijd slechts weinig hoger dan die voor autochtone vrouwen. Onder autochtonen, mannen en vrouwen, was de laatste jaren een toenemende concentratie van het aantal gevallen van zelfdoding op middelbare leeftijd, hetgeen ook eerder werd gemeld (www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/mens-maatschappij/bevolking/publicaties/artikelen/2005-1737-wm.htm). Onder niet-westerse allochtone mannen daarentegen bereikte het zelfdodingscijfer zijn hoogste waarde al op jongvolwassen leeftijd, om daarna min of meer constant te blijven en rond 30-jarige leeftijd onder het cijfer voor de autochtonen te zakken (zie figuur a). Dit patroon was zichtbaar bij alle belangrijke niet-westerse herkomstgroepen. Uitzonderingen waren Marokkanen, bij wie er geen

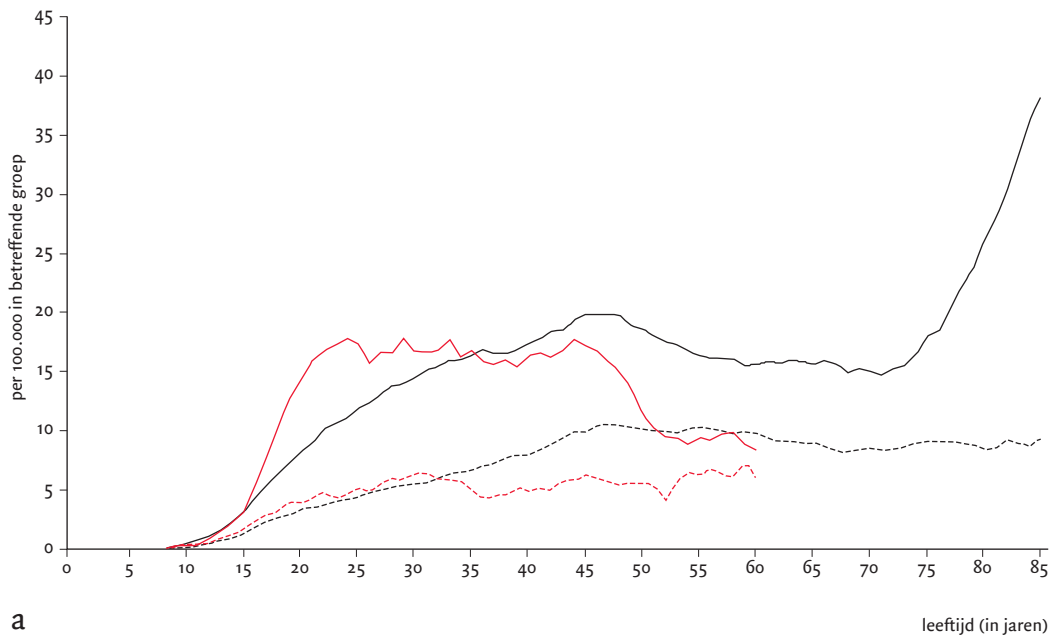
significant verschil was ten opzichte van autochtonen (resultaten niet apart getoond), en Surinamers, die tot op middelbare leeftijd een sterk verhoogd zelfdodingscijfer lieten zien (zie figuur b). Zij vormden ook de enige omvangrijke herkomstgroep waarin voor vrouwen, tot circa 35-jarige leeftijd, hogere sterftecijfers golden dan voor autochtone vrouwen.

BESCHOUWING

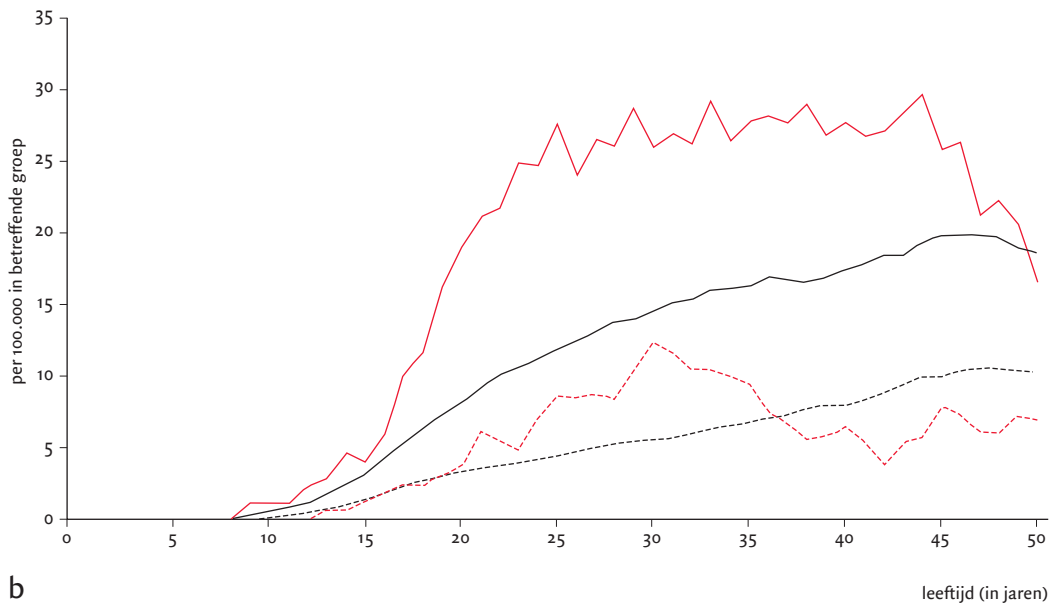
De hier gepresenteerde cijfers kunnen enigszins vertekend zijn door 2 omstandigheden. Ten eerste kon een klein deel van alle gevallen van overlijden (0,7% in 2004) niet worden gekoppeld aan een doodsoorzaakverklaring. In het geval van zelfdoding is voor de productie van de statistiek echter nog een extra bron van informatie beschikbaar, in de vorm van de processen-verbaal die op de parketten van de arrondissementsrechtbanken worden opgesteld. Veelal konden de gegevens over een aanvankelijk ontbrekende doodsoorzakenverklaring daarmee alsnog worden achterhaald. Hierdoor kwam het percentage onbekende gevallen van niet-natuurlijke dood lager uit dan bij natuurlijke doodsoorzaken.

Een tweede mogelijke bron van vertekening waren de personen die in het buitenland overleden; dit betrof in totaal 1,1% van alle sterfgevallen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het effect op de sterftecijfers van sterfte in het buitenland, mogelijk samenhangend met selectieve migratie van minder gezonde personen, gering is.¹⁰ Het is bovendien onaannemelijk dat zelfdoding vaker dan gemiddeld in het buitenland wordt gepleegd. Op grond van deze overwegingen en de plausibele en gelijkmatige trend in zelfdoding naar herkomst, concluderen wij dat de hier gepresenteerde gegevens een betrouwbaar beeld schetsen van de feitelijke situatie.

Niet vaker zelfdoding onder niet-westerse herkomstgroepen. Het bestaande beeld van zelfdoding onder allochtonen kan met de verkregen uitkomsten worden gepreciseerd en deels gecorrigeerd. Als wij rekening houden met de leeftijdsopbouw van de verschillende deelpopulaties, is de gangbare opvatting niet gerechtvaardigd dat zelfdoding binnen niet-westerse herkomstgroepen vaker voorkomt dan onder autochtonen. Binnen de belangrijkste herkomstgroepen waren de suïdecijfers voor Turken en Marokkanen zelfs significant lager. De eerder aangetoonde verhoogde prevalentie van lichte psychiatrische aandoeningen onder Turken¹¹ en de aanzienlijk hogere incidentie van psychiatrische stoornissen onder Marokkanen¹² en Afghanen,⁹ ging niet samen met een bovengemiddeld zelfdodingscijfer. Onder Afghanen was de zelfdoding wel hoger, maar dit verschil was niet significant. Alleen jongvolwassen Turkse mannen hadden een beduidend hoger risico om door zelfdoding te overlijden. Dit patroon van een relatief hoge sterfte door zelfdoding onder jongvolwassen mannen was ook zicht-



a leeftijd (in jaren)



b leeftijd (in jaren)

(a) Aantal zelfdodingen per 100.000 inwoners naar leeftijd onder autochtone en niet-westerse allochtone inwoners van Nederland weergegeven als 7-jaars voortschrijdende gemiddelden, 1996-2004: autochtone mannen (—); niet-westerse allochtone mannen (—); autochtone vrouwen (----); niet-westerse allochtone vrouwen (----); (b) idem specifiek voor autochtonen en Surinamers: autochtone mannen (—); Surinaamse mannen (—); autochtone vrouwen (----); Surinaamse vrouwen (----).

baar in de meeste andere westerse en niet-westerse herkomstgroepen.

Meer zelfdoding bij Surinamers. De eerder gesignaleerde hoge sterfte door zelfdoding onder Surinamers werd wel door onze resultaten bevestigd. Deze sterfte was sterk verhoogd onder alle mannen tot middelbare leeftijd, en licht verhoogd onder vrouwen tot circa 35 jaar. Aan de verklaring van deze verhoogde sterfte dragen mogelijk psychiatrische, psychologische en culturele factoren bij, en factoren die samenhangen met de migratie. De met zelfdoding samenhangende psychiatrische aandoeningen en depressieve klachten blijken relatief vaak voor te komen onder Surinamers en Antillianen.^{13 14} Voor deze groepen is ook een hogere prevalentie gevonden van aan druggebruik gerelateerde schizofrenie met psychotische aandoeningen.¹⁵ Voorts is het mogelijk dat bij personen die migreren van een collectivistische naar een individualistische samenleving een identiteitscrisis optreedt. Daarbij verandert het vigerende model van identiteitsontwikkeling van regulatie door rollen, verplichtingen en gezamenlijke familiebelangen naar dat van zelfstandigheid en onafhankelijkheid, een veranderingsproces waarin emotionele problemen, suïcides en suïcidepogingen kunnen optreden.¹⁶ Wellicht hangen de opvallend hogere suïcidecijfers onder jonge niet-westerse allochtone mannen en de gemiddeld lagere leeftijd waarop zelfdoding zich in deze groep voordoet dan ook samen met teleurstellingen over de mogelijkheden om zich in de Nederlandse samenleving een plaats te verwerven.

Op grond van onze gegevens kan men kanttekeningen plaatsen bij de aandacht die in de afgelopen jaren is besteed aan de suïcideproblematiek onder niet-westerse allochtone jonge vrouwen, in het bijzonder vrouwen van Turkse, Surinaamse en Antilliaanse origine. Deze groepen hebben door de hoge incidentie van pogingen tot suïcide terecht de aandacht van hulpverleners. Het gevaar bestaat echter dat andere groepen, zoals de Surinaamse mannen, hierdoor buiten beeld raken, terwijl hun problemen toch vaker leiden tot suïcidepogingen met dodelijke afloop. Onze bevindingen geven een eerste indicatie van de aard en de omvang van problemen van migrantengroepen in Nederland. Suïcide is daarbij slechts het topje van de ijsberg. Om een gedetailleerder beeld te krijgen van de aanleidingen en achtergronden van suïcidaal gedrag onder migrantengroepen, is nader onderzoek gewenst, waarbij gebruik wordt gemaakt van zogenaamde psychologische autopsie.

Prof.dr.J.P.Mackenbach, sociaal geneeskundige, dr.A.E.Kunst, demograaf, beiden van het Erasmus MC te Rotterdam, dr.C.van Duin, methodoloog, en drs.M.P.C.Alders, wiskundige, beiden van het Centraal Bureau voor de Statistiek, gaven commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 mei 2006

Literatuur

- 1 Burger I, Hemert AM van, Bindraban CA, Schudel WJ. Parasuïcides in Den Haag. Meldingen in de jaren 2000-2004. *Epidemiol Bull.* 2005; 40:2-8.
- 2 Storch G, Poustka F. Psychische Störungen bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.* 2000;49:199-208.
- 3 Fossion P, Ledoux Y, Valente F, Servais L, Staner L, Pelc I, et al. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age- and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry.* 2002;17:443-50.
- 4 Carey-Wood J, Duke K. The settlement of refugees in Britain. Home Office research study 141. Londen: Home Office; 1995.
- 5 Patel SP, Gaw AC. Suicide among immigrants from the Indian subcontinent: a review. *Psychiatr Serv.* 1996;47:517-21.
- 6 Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, et al. Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees – preliminary communication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:35-43.
- 7 Johansson LM. Migration, mental health and suicide: an epidemiological, psychiatric and cross-cultural study [proefschrift]. Stockholm: Karolinska Institutet; 1997.
- 8 Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol Med.* 2004;34:1025-33.
- 9 Gernaat HBPE, Malwand AD, Laban CJ, Komproue I, Jong JTVM de. Veel psychiatrische stoornissen bij Afghaanse vluchtelingen met verblijfsstatus in Drenthe, met name depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002;146:1127-31.
- 10 Garssen J, Bos V, Kunst A, Meulen A van der. Sterftekansen en doods-oorzaken van niet-westerse allochtonen. *CBS Bevolkingstrends.* 2003; 51:12-27.
- 11 Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Crijnen AA. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37: 118-24.
- 12 Selten JP, Veen N, Feller W, Blom JD, Schols D, Camoenië W. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2001;178:367-72.
- 13 Schrier AC, Wetering BJ van de, Mulder PG, Selten JP. Point prevalence of schizophrenia in immigrant groups in Rotterdam: data from outpatient facilities. *Eur Psychiatry.* 2001;16:162-6.
- 14 Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets J, Kahn RS. Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *Am J Psychiatry.* 2002;159:669-71.
- 15 Selten JP, Sijben N. First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. The Dutch National Register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994;29:71-7.
- 16 Bhugra D. Culture and self-harm. Attempted suicide in South Asians in London. Hove: Psychology Press; 2004.

Abstract

Suicide among migrant populations and native Dutch in the Netherlands

Objective. To determine the differences in suicide mortality between native Dutch and migrant groups in the Netherlands from different countries and regions of origin, taking the differences in age structure into account.

Design. Retrospective.

Methods. Data from the statistics on causes of death from the Dutch Central Bureau of Statistics, Statistics Netherlands (CBS), based on the causes of death given in the certificates from the doctor or forensic pathologist, were coupled to the reports of death from the Municipal Population Registration (GBA). In this way, the country of origin of the deceased could be determined. The confidentiality of these data is regu-

lated by law. For the period 1996-2004, all 13,737 persons were selected who had committed suicide (International classification of diseases (ICD)-10-codes X60-X84). The country of origin was determined on the basis of data on the country of birth of the deceased and his or her parents. Someone is a 'migrant' ('foreign') according to the definition of the CBS if at least one of the parents was born outside the Netherlands.

Results. There were substantial differences in suicide mortality between migrant groups in the Netherlands. These differences reflected, to some extent, suicide mortality patterns in the countries and regions of origin. On the whole, migrants originating from western countries showed suicide mortality rates that were well above the average rate for native Dutch. High suicide rates were seen in male migrants from southern and eastern

Europe. On the other hand, suicide mortality was significantly lower among Turks and Moroccans than among native Dutch. Only young adult males of non-western origin, with the exception of Moroccans, were much more likely to commit suicide than native Dutch.

Conclusion. Although much attention has recently been paid to the elevated rates of attempted suicide among young women from Surinam, their suicide mortality was increased less than that of men from Surinam up to middle age. These increased suicide rates may reflect high levels of mental illness, identity problems, disappointments related to the process of migration, high expectations with respect to education, work and income, and the responsibilities for a family.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2006;150:2143-9