



UNIVERSITEIT
GENT

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
Prof. Dr. C. van Heeringen
Universitair Ziekenhuis -1K12F
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel. 09/240.43.73
Fax 09/240.49.89

WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour Jaarverslag 2007

*Uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Regering, in opdracht van Vlaamse
minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

S. De Munck
Dr. G. Portzky
Prof. Dr. C. van Heeringen

Inhoudstafel

Inleiding	p 3
Methodologie	p 4 - 5
Resultaten	p 5 - 11
Voorkomen van suïcidepogingen	p 5-7
Voorkomen van suïcide	p 7- 8
Burgerlijke staat, woonsituatie en kinderen	p 8
Economische status	p 8
Methode	p 8-9
Eerdere pogingen	p 9
Tijdstip van de suïcidepoging	p 9
Verwijzing	p 10
Discussie	p 10 - 12
Referenties	p 12

Inleiding

Volgens de Wereld gezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) stierven er in het jaar 2000, wereldwijd ongeveer 1 miljoen mensen ten gevolge van suïcide en ondernamen 10 à 20 maal meer mensen een suïcidepoging. Dit geeft wereldwijd gemiddeld één suïcide om de 40 seconden en één suïcidepoging om de 3 seconden.

In Vlaanderen overlijdt om de 8 uur iemand door suïcide. De incidentie van suïcide is in Vlaanderen in 2006 t.o.v. 2005 echter duidelijk gedaald van 18,48/100.000 naar 16,12/100.000 (1). Dit komt door de sterke daling van het aantal suïcides bij de mannen. Er is echter geen significante trend vast te stellen in de gestandaardiseerde suïcidesterftcijfers. Conform met voorgaande jaren ligt het jaarlijks aantal suïcides bij de mannen in 2006 nog steeds hoger dan bij vrouwen (23,35/100.000 tegenover 9,09/100.000).

In Vlaanderen ligt het gemiddelde van de suïcidepogingen voor de periode van 1999 t.e.m. 2006 op 158/100.000 (2). Het gemiddelde van de suïcidepogingen ligt voor vrouwen hoger dan voor mannen (resp. 192/100.000 en 125/100.000).

Uit eerder langlopend onderzoek bleek dat 1 % van de patiënten die een suïcidepoging ondernomen had, binnen het jaar stierf aan suïcide en dat 10 % dit op een later moment deed. Tussen de 30 en 47 % van de suïcideslachtoffers had een suïcidepoging in de voorgeschiedenis (3). De herhaling van zelfbeschadigend gedrag wordt in de literatuur sterk geassocieerd met het risico van een suïcide (4).

Door middel van de 'WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour' levert de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek een bijdrage aan deze problematiek door socio-demografische en gebeurtenisgerelateerde kenmerken van suïcidepogingen in de regio rond Gent te verzamelen en weer te geven in een epidemiologisch kader. Het registratiejaar 2007 wordt besproken en vergeleken met voorgaande registratiejaren.

Methodologie

Sinds 1989 worden binnen het kader van de WHO/EURO 'Multicentre Study of Suicidal Behaviour' epidemiologische gegevens rond suïcidepogingen verzameld in een aantal duidelijk afgebakende geografische gebieden verspreid over heel Europa. In 1996 werd de regio Groot Gent¹ opgenomen in de WHO- studie. Daarmee werd Groot Gent één van de 21 Europese 'catchment-areas' waarbinnen jaarlijks epidemiologische gegevens worden verzameld over suïcidaal gedrag.

De suïcidepogingen van alle inwoners van Groot Gent met een leeftijd van 15 jaar of ouder (198.078 inwoners op 1 januari 2007)² werden geregistreerd in vier algemene ziekenhuizen (het UZ Gent, het AZ Jan Palfijn, het AZ Sint-Lucas en AZ Maria Middelaars met fusieziekenhuis Sint-Jozefskliniek te Gentbrugge), twee psychiatrisch ziekenhuizen (Neuropsychiatrische kliniek Sint-Camillus te St.-Denijs Westrem en PC Caritas te Melle) en tweeëntwintig huisartsen(groeps)praktijken. Aan de hand van een registratieformulier werden socio-demografische achtergrond, suïcidemethode(s), voorafgaande pogingen en andere variabelen gerelateerd aan de poging bevraagd.

In deze WHO/EURO studie definieert men een suïcidepoging als volgt: *'een handeling met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfoerwonding (of zelfvernietiging). Of het is een handeling met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaarde therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde veranderingen te bewerkstelligen'* (5)

Uitgebreide kwaliteitscontroles in de ziekenhuizen zorgen voor een zo correct mogelijk cijfer.

Het jaarlijks aantal suïcidepogingen wordt weergegeven in 'rates' (per 100.000 inwoners). Er wordt een opdeling gemaakt in person- en event-based rates. De term 'event-based rate' beschrijft het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners dat onder medische aandacht kwam in één bepaald kalenderjaar. De term 'person-based rate' verwijst naar het aantal personen per 100.000 inwoners dat onder medische aandacht kwam en dat in één kalenderjaar één of meerdere suïcidepogingen ondernam.

¹ Gent, Drongen, Mariakerke, Wondelgem, Sint-Denijs-Westrem, Zwijnaarde, Ledeborg, Gentbrugge, Sint-Amandsberg, Oostakker

² <http://aps.vlaanderen.be>

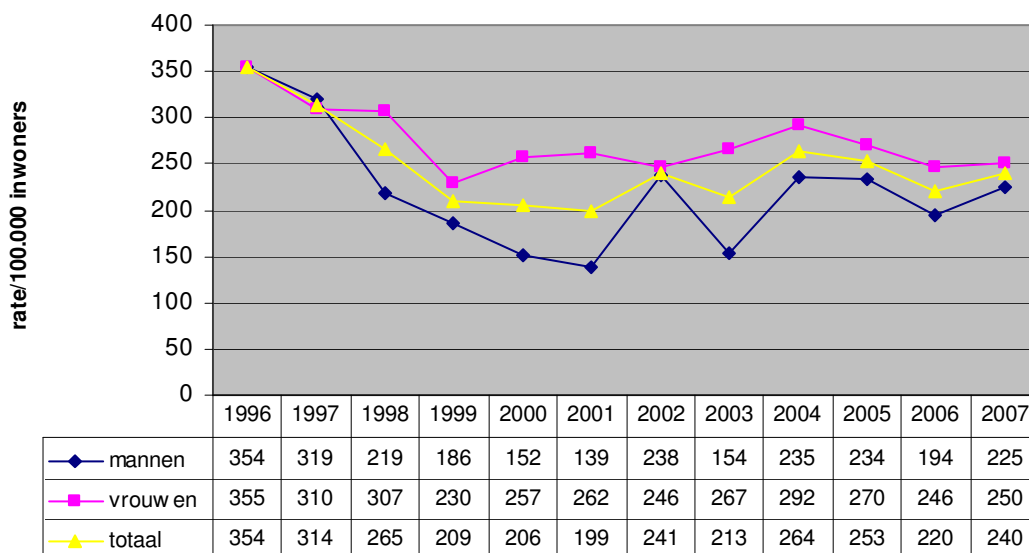
Resultaten

Voorkomen van suïcidepogingen

Op het einde van het registratiejaar 2007 bedroeg het totaal aantal suïcidepogingen in Groot Gent na kwaliteitscontrole, 487. Hierbij waren in totaal 476 personen betrokken. Deze absolute cijfers geven een person / event ratio van 1:1,02.

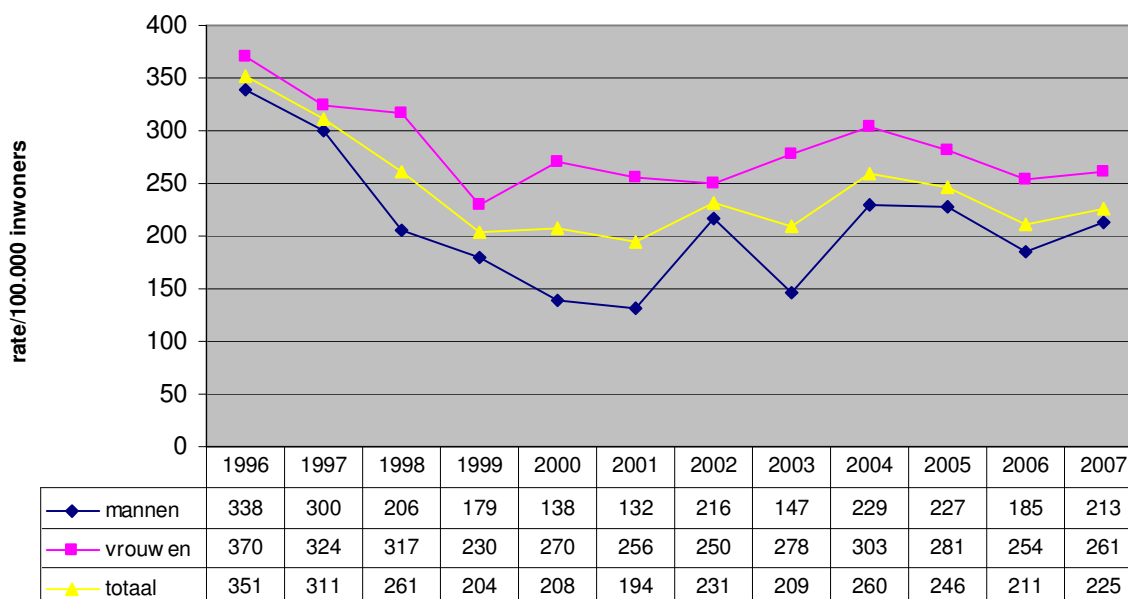
Het jaarlijkse cijfer per 100.000 inwoners (die 15 jaar of ouder zijn) voor Groot Gent bedroeg 246 (event-based) en 240 (person-based). In Figuur 1, waarin de evolutie van de suïcidepogers in Groot Gent per geslacht wordt weergegeven, zien we dat er ten opzichte van het vorige registratiejaar een stijging is, vooral bij de mannen.

Figuur 1: Person based rates, Groot Gent, 1996-2007



Figuur 2 geeft de gestandaardiseerde person based rates weer van de mannelijke en vrouwelijke suïcidepogers van 1996 tot 2007 met de Vlaamse bevolking in 2000 als standaard.

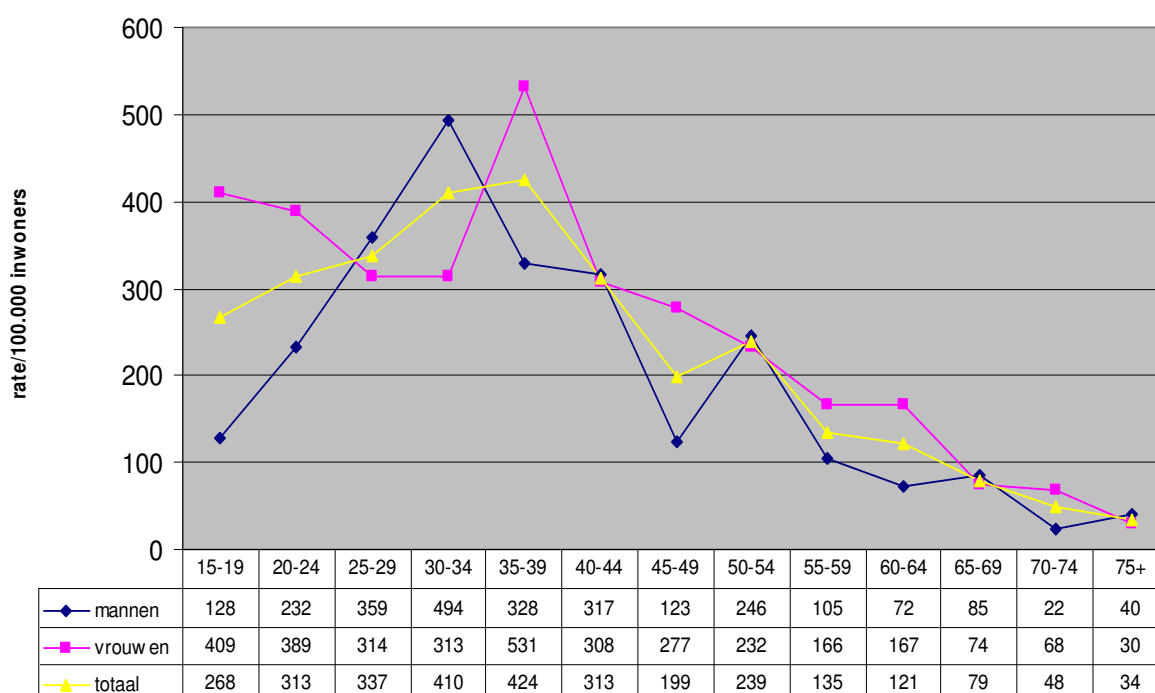
Figuur 2: Person based rates, Groot Gent, 1996-2007
(standaardpopulatie = Vlaamse bevolking 2000)



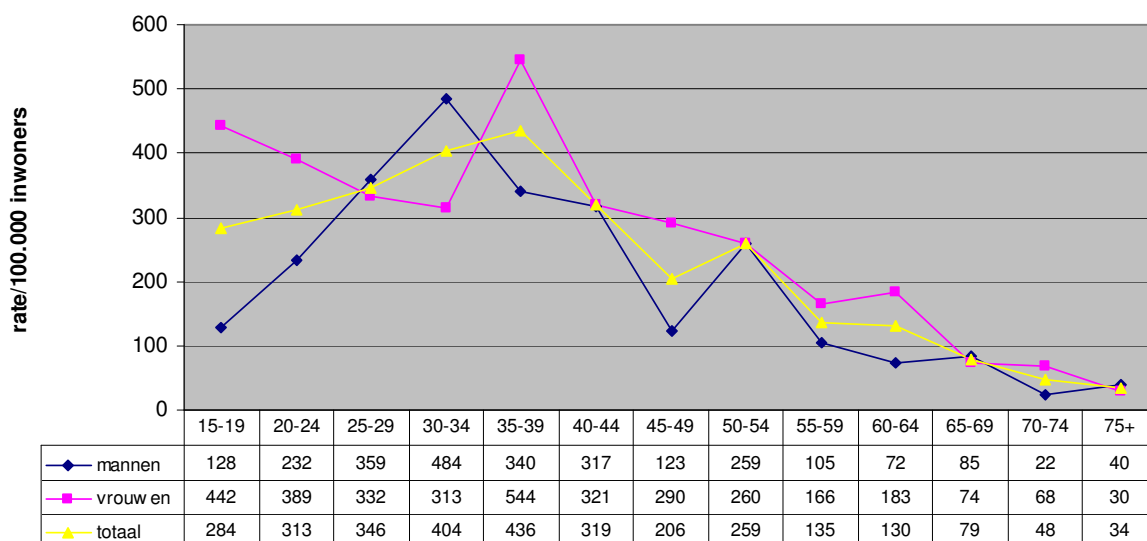
De man/vrouw ratio (person based) bedraagt in 2007 1:1,54. In vergelijking met 2006 (1:1,70) is deze man/vrouw verhouding gedaald.

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogger was 36,95 jaar; 38,60 bij de mannen tegenover 35,87 jaar bij de vrouwen. Er werd geen significant statistisch verband gevonden tussen leeftijdscategorie en geslacht ($t = 1.261$; $p = 0,209$). Figuur 3 en 4 tonen de person- en event based rates volgens leeftijd en geslacht.

Figuur 3: Person based rates volgens leeftijd en geslacht



Figuur 4: Event based rates volgens leeftijd en geslacht

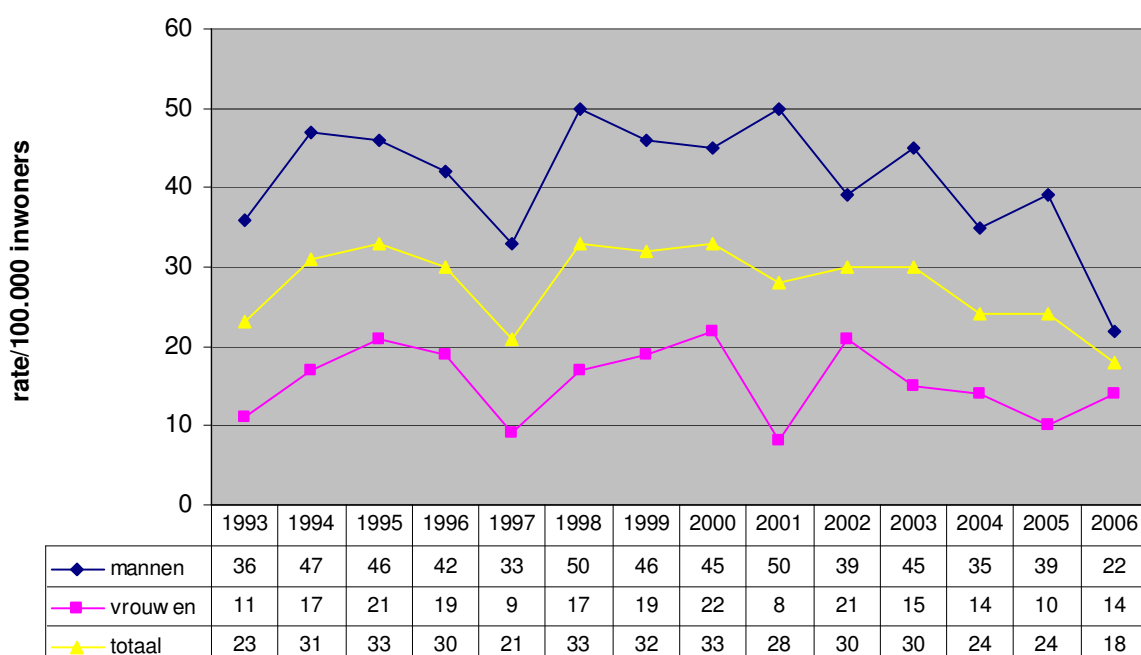


Het hoogste aantal vrouwelijke suïcidepogingen lag in de categorie 35-39 jaar gevolgd door de jongste leeftijdscategorieën. De mannelijke suïcidepogingen waren het hoogst tussen het 25^{ste} en de 34^{ste} levensjaar.

Voorkomen van suïcide

Figuur 5 geeft een sterke daling weer van de suïciderates van 2006 tegenover 2005 bij de mannen (van 39/100.000 naar 22/100.000).

Figuur 5: Suïcide rates, Groot Gent, 1993-2006, opgesplitst volgens geslacht



Vergelijken we Gentse suicides met Gentse suïcidepogingen zien we negatieve correlaties voor beide geslachten, maar deze zijn niet significant ($t = -1.471$; $p = 0,143$) ($t = -1.471$; $p = 0,143$).

Burgerlijke staat³, woonsituatie⁴ en kinderen⁵

De meerderheid van de suïcidepogers (55,3%) was nooit gehuwd. Het percentage gehuwde personen (18,1%) lag iets hoger dan het percentage gescheiden personen (15,4%). Er was geen significant verschil tussen geslacht en burgerlijke staat ($\chi^2=3,349$; $df=5$; $p=0,646$).

Meer dan de helft van de onderzoeksgroep (62,5%) woonde 'niet alleen' (samenwonen met partner of bij de ouders of andere familieleden of in een residentiële instelling) op het ogenblik van de poging. Er werd een significant geslachtsverschil gevonden voor de variabele 'samenwonend' ($\chi^2=10,027$; $df=1$, $p < 0.01$); Meer mannen (52,2%) dan vrouwen (28,4%) woonden 'alleen' ten tijde van hun suïcidepoging. Meer dan de helft van de suïcidepogers (54,7%) heeft geen kinderen.

Economische status⁶

De helft van de suïcidepogers (48,8%) was op het ogenblik van de registratie economisch inactief. Binnen deze inactieve groep⁷ was 41,2 % invalide, 35,3% was student en 23,5% was gepensioneerd. Bij de economische actieve groep vonden we 31,5% werkenden en 19,8% werklozen. Statistische analyse gaf een significante waarde voor economische status en geslacht ($\chi^2=6,313$; $df=2$, $p < 0.05$). Onder de suïcidepogers waren er meer mannen die werkten (42,6% t.o.v. 24,8% werkenden) tegenover de vrouwen, die meer inactief waren (55,4 % t.o.v. 37,7% inactieven).

Methode⁸

De meest gebruikte eerste methode bij een suïcidepoging bleek zelfvergiftiging te zijn (73,5%). In 49,3% van alle gevallen werden daarbij barbituraten, sedativa of hypnotica gebruikt. Bij de methode van de zelfverwonding werd het frequentst gepoogd met een

³ Gegevens bekend bij 89,5% (n = 188) van de 210 suïcidepogers

⁴ Gegevens bekend bij 83,8% (n = 176) van de 210 suïcidepogers

⁵ Gegevens bekend bij 81% (n = 170) van de 210 suïcidepogers

⁶ Gegevens bekend bij 77,1% (n = 162) van de 210 suïcidepogers

⁷ Gegevens bekend bij 86% (n = 68) van de 79 suïcidepogers

⁸ Gegevens bekend bij 97,3% (n = 216) van de 222 suïcidepogingen

scherp of stomp voorwerp (16,6%). De keuze van de methode bleek niet leeftijds- ($t = 0,028$; $p = 0,978$) maar wel geslachtsgebonden te zijn ($\chi^2=13,533$; $df=2$, $p < 0,01$). Meer vrouwen poogden met zelfvergiftigende middelen (80,9 % t.o.v. 60,8%) tegenover de mannelijke pogers die meer zichzelf verwonden tijdens de poging (24,1% t.o.v. 4,4%). In 13% van de gevallen werd er zowel met zelfvergiftigende als zelfverwondende middelen gepoogd. Het gebruik van een tweede methode bij het pogen, kwam in bijna de helft (45%) van de gevallen voor. Het middel dat in tweede instantie het vaakst aangewend werd was alcohol (51%). Alcohol werd bij 30,8% van de suïcidepogingen gebruikt voor of tijdens de suïcidepoging. Statistische analyses gaven geen geslacht- ($\chi^2=3,030$; $df=1$, $p=0,082$) of leeftijdsverschil ($t = -1,471$; $p = 0,143$) voor de aanwezigheid van alcohol tijdens de poging.

Eerdere pogingen⁹

Meer dan de helft van de suïcidepogers (51,2%) gaf aan in het verleden minstens één keer een suïcidepoging ondernomen te hebben. 61,4 % van de herhaalde pogingen gebeurden minder dan één jaar na hun voorgaande poging. Statistische analyses toonden geen significante geslachtsverschillen voor de variabelen 'herhaalde pogingen' en 'tijdsinterval tussen 2 pogingen'. Bij een voorgaande suïcidepoging werd er bij 75% een medische behandeling opgestart en dit significant meer bij de vrouwen tegenover de mannelijke pogers ($\chi^2=4,744$; $df=1$, $p < 0,05$). Bij 50,8 % volgde er een psychische behandeling op hun voorgaande suïcidepoging, dit bleek rand significant meer voor te komen bij vrouwen dan bij mannen ($\chi^2=2,884$; $df=1$, $p=0,089$).

Tijdstip van de suïcidepoging¹⁰

Wanneer we kijken naar het tijdstip waarop de poging plaatsvond stellen we vast dat de meeste suïcidepogingen 's avonds (tussen 18 en 23u) en in de (na)middag (tussen 12 en 17u) gebeurden (respectievelijke 39,7% en 24,1%). Er kon geen significant verband vastgesteld worden tussen geslacht en het tijdstip waarop de suïcidepoging plaatsvond ($\chi^2=2,906$; $df=3$, $p=0,406$).

⁹ Gegevens bekend bij 77,1% (n = 162) van de 210 suïcidepogers

¹⁰ Gegevens bekend bij 63,5% (n = 142) van de 222 suïcidepogingen

Verwijzing

Bij 25,2 % (n = 54) van de suïcidepogingen werd er ambulante therapie bij het zorgplan aangekruist en bij 66,5% werd er een residentiële behandeling aangegeven. Bij dit laatste kruiste 37,1% (n = 78) een verblijf (van minstens één overnachting) op urgentiepsychiatrie aan; 6,2% (n = 13) en 4,8% (n = 10) zou naar een intramurale en extramurale PAAZ verwezen worden en 21,9% (n = 46) had een PZ of PVT als doorverwijzing. Bij 21% (n = 45) van de suïcidepogingen werd er achteraf geen behandeling opgestart, meer specifiek werd er 15% (n = 32) ontslaan 'op advies' en 3,3% (n = 7) ontslaan 'op tegenadvies'.

Discussie

In 2007 zijn de rates van de suïcidepogingen in de regio Groot Gent licht gestegen in vergelijking met 2006. Deze stijging is vooral zichtbaar bij de mannen. De proportie vrouwelijke t.o.v. mannelijke suïcidepogers is bijgevolg gedaald in vergelijking met vorig jaar. Het hoogste aantal vrouwelijke suïcidepogingen lag in de categorie 35-39 jaar. De mannelijke suïcidepogingen waren het hoogst tussen het 25^{ste} en het 34^{ste} levensjaar.

Wat betreft de suïcides in Groot Gent zagen we in 2006 bij de mannen een sterke daling van de rates tegenover 2005. Vergelijken we Gentse suïcides met Gentse suïcidepogingen, dan zien we negatieve correlaties voor beide geslachten, maar deze zijn niet significant.

Verder zien we dat, in overeenstemming met vorige jaren, de meest gebruikte methode voor een suïcidepoging, zelfvergiftiging aan de hand van benzodiazepines, sedativa of hypnotica was. Zowel voor mannen als voor vrouwen was dit de meest gebruikte methode. Zoals voorgaande jaren was de tweede meest gebruikte methode 'zelfverwonding met een scherp voorwerp' en als derde methode 'zelfvergiftiging met niet-narcotische analgetica, antipyretica en antireumatica'. Indien er meerdere methoden gehanteerd werden ging dit voornamelijk over het gecombineerd gebruik van alcohol. In totaal consumeerde bijna één derde van de patiënten alcohol voor of tijdens de suïcidepoging. Er waren geen significante verschillen merkbaar tussen mannen en vrouwen of tussen jongeren en ouderen. In het algemeen werd geconstateerd dat zelfvergiftiging het significant meest gebruikt werd bij de vrouwen en dat zelfverwonding het meest gebruikt werd bij de jongere suïcidepogers.

Meer dan de helft van de suïcidepogers bij wie de suïcidale voorgeschiedenis bekend was, gaf aan dat ze minstens één eerdere suïcidepoging hadden ondernomen. 6 op 10 suïcidepogers die al een voorgaande poging ondernomen hadden, deed dit minder dan één jaar geleden. De voorgaande suïcidepoging werd bij drie op vier patiënten medisch behandeld en bij één op twee volgde er ook een psychische behandeling. Het opstarten van een medische/psychische behandeling bij een voorgaande poging bleek (rand)significant meer voor te komen bij vrouwelijke dan bij mannelijke repeaters.

Conform met andere registratiejaren stellen we vast dat de meerderheid van de suïcidepogers nooit gehuwd is geweest en dat meer dan de helft van de onderzoeksgroep 'niet alleen' woonde op het ogenblik van de poging. Significant meer mannen dan vrouwen woonden 'alleen' ten tijde van hun suïcidepoging. Gelijklopend met voorgaande jaren zien we dat de groep van de 'inactieven' het grootst is onder de suïcidepogers waarbij de mannen meer economisch actief zijn en de vrouwen eerder inactief.

De suïcidepogingen vonden, overeenkomstig met andere registratiejaren, het meest plaats s'avonds en in de namiddag.

Wat betreft het zorgtraject na de suïcidepoging zien we dat de patiënt in één op vier gevallen doorverwezen werd naar een ambulante behandelaar. Bij twee op drie suïcidepogingen volgde een residentiële doorverwijzing. Bij meer dan één derde van de suïcidepogers betrof dit een opname op een urgentiepsychiatrische afdeling en bij één op vijfde een doorverwijzing naar een PZ of PVT. 5-6 % werd naar een intramurale of extramurale PAAZ doorverwezen. Bij één op vijf patiënten werd achteraf geen behandeling opgestart. Het merendeel van de niet-verwezen suïcidepogers werd ontslaan 'op advies'.

Wat betreft de gebruikte methodologie en implicaties voor verder onderzoek kunnen volgende zaken opgemerkt worden:

Bij alle suïcidepogingen die geregistreerd worden in de verschillende ziekenhuizen wordt door de onderzoekers nagegaan of zij effectief voldoen aan de vooropgestelde definitie van de WHO. Vanaf 2007 werd bij de inclusie van de suïcidepogingen ook speciale aandacht besteed aan het feit dat de geregistreerde suïcidepogers **officiële inwoners** dienden te zijn van de regio Groot Gent aangezien de rates worden berekend op basis van de verhouding tussen het totaal aantal geregistreerde suïcidepogingen en het totale aantal officiële inwoners in de regio Groot Gent. Dit impliceert dat wanneer op basis van het registratieformulier duidelijk was dat de aangemelde suïcidepogers een kotstudent was die **niet** officieel

ingeschreven was in de regio Groot Gent, deze niet werd opgenomen in de berekeningen. Ook daklozen zonder officieel adres niet werden opgenomen. De implicaties van deze gewijzigde methodologie op de totale rates lijken eerder beperkt te zijn.

Daarnaast stellen we vast dat het totaal aantal suïcidepogingen, bekomen via kwaliteitscontroles, fluctueert overheen de verscheidene registratiejaren. Naast een effectieve fluctuatie in het voorkomen van suïcidepogingen kan dit ook mogelijks te maken hebben met de onvolledigheid van de aanmeldingsklachten in de opnameboeken van de deelnemende ziekenhuizen.

Desalniettemin kunnen we toch jaarlijks constateren dat méér dan de helft van de suïcidepogingen een voorgeschiedenis kent van suïcidaal gedrag en dat dit gepaard gaat met een nog groter risico op repetitief suïcidaal handelen. Jaarlijks worden het meest pogingen ondernomen met benzodiazepines, sedativa en hypnotica, wat in combinatie met alcohol voor een hogere lethaliteit zorgt. Het is daarom op vlak van preventie noodzakelijk dat wij onze aandacht blijven richten op deze specifiek kwetsbare groepen. Patiënten met herhaalde suïcidepogingen moeten met een 'verhoogde oplettendheid' opgevangen worden, niet alleen op spoedgevallendiensten maar ook door de huisarts, andere professionelen en hun directe omgeving. Ook in het algemeen dringt een attitudeswitch omtrent herhaalde suïcidepogingen zich op. Nog al te vaak wordt immers aangenomen dat een suïcidepoging vooral een appelfunctie heeft. Op gebied van het minder toegankelijk maken van middelen bij suïcidepogingen moet er zeker gedacht worden aan het beleid rond psychofarmaca. Huisartsen, specialisten en apothekers dienen erop toe te zien dat de toegang tot deze middelen strenger gecontroleerd worden.

Referenties

1. VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID
2. VAN RIJSSELBERGHE L, PORTZKY G, VAN HEERINGEN K. De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2006; Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
3. HAWTON K, VAN HEERINGEN C (Eds.). International Handbook on Suicide and Attempted Suicide. Chichester: John Wiley & Sons 2000.
4. ZAHL DL, HAWTON K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. British Journal of Psychiatry 2004; 185: 70-75.

5. BILLE-BRAHE U, SCHMIDTKE A, KERKHOF A, DE LEO D, LÖNNQVIST J, PLATT S (1994). Background and introduction to the study. In: KERKHOF A, SCHMIDTKE A, KERKHOF A, DE LEO D, LÖNNQVIST J (Eds.). *Attempted suicide in Europe: Findings from the Multicentre study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe 1994*: 3-15. Leiden: DSWO Press.