



UNIVERSITEIT  
GENT

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

**WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour  
JAARVERSLAG 2003**

Prof. Dr. C. van Heeringen  
Lic. Stephanie De Munck  
Lic. Leen Van Rijsselberghe

## Inhoudstafel

<b>Inleiding</b>	p 3
<b>Methodologie</b>	p 3 - 5
<b>Resultaten</b>	p 5 - 10
Voorkomen van suïcidepogingen	p 5
Geslacht en leeftijd	p 6 - 7
Burgerlijke staat	p 7
Tijdelijke en gebruikelijke woonsituatie	p 8 - 9
Opleidingsniveau	p 9
Economische status	p 9
Methode	p 9
Temporele factoren	p 10
Verwijzing	p 10
Eerdere pogingen	p 10
<b>Discussie</b>	p 10 - 12
<b>Referenties</b>	p 13

## Inleiding

Jaarlijks sterven bijna 1 miljoen mensen aan zelfmoord. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat dit aantal in 2020 zal gestegen zijn tot 1,53 miljoen<sup>1</sup>. Zelfmoord vormt hiermee wereldwijd een enorm probleem voor de volksgezondheid en de economie. Preventie van suïcidaal gedrag behoort momenteel dan ook tot de prioriteiten van de WHO. Met een incidentie van 18 zelfmoorden per 100.000 bij de mannen en 6 per 100.000 bij de vrouwen, behoort de Europese Unie tot de regio's met de hoogste zelfmoordcijfers ter wereld. Voor de meeste landen betekent dit dat het jaarlijks aantal zelfmoorden hoger ligt dan het jaarlijks aantal verkeersslachtoffers<sup>2</sup>.

De Vlaamse cijfers liggen nog een stuk hoger dan de Europese: in 2002 bedroeg de zelfmoordsterfte bij mannen 27 per 100.000, en bij vrouwen 10 per 100.000<sup>3</sup>. Poging tot zelfmoord, of "niet fataal suïcidaal gedrag", is de sterkste predictor van geslaagde zelfmoord (Sakinofsky, 2000) en komt gemiddeld tien tot twintig keer meer voor dan fataal suïcidaal gedrag<sup>4</sup>. Om de suïcidepreventie in onze regio te bevorderen is het dus essentieel niet enkel de trends in fataal suïcidaal gedrag, maar ook deze in niet fataal suïcidaal gedrag te registreren. Dit laatste gebeurt in het kader van de 'WHO/ EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour'.

## Methodologie

De WHO/ EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour bestudeert sinds 1989 het voorkomen van suïcidaal gedrag, meer specifiek de suïcidepogingen, in een groot aantal Europese landen. Hiertoe wordt per land minstens één duidelijk afgeïjnd geografisch gebied, een 'catchment area', geselecteerd, waarbinnen epidemiologisch onderzoek plaats vindt. Momenteel nemen 21 centra deel aan de studie. Om een vergelijking tussen de verschillende Europese regio's mogelijk te maken, zijn de methodologie en de richtlijnen dezelfde voor alle deelnemende centra. Deze internationale samenwerking kent belangrijke voordelen. Ze biedt onder andere de mogelijkheid tot validiteitscontrole van de gegevens uit

---

<sup>1</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/background/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/print.html)

<sup>2</sup> <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>

<sup>3</sup> Ministerie van de Vlaamse gemeenschap, administratie gezondheidszorg (2003)

<sup>4</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/382.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf)

de verschillende landen, en tot uitwisseling van deskundigheid onder de Europese onderzoekers.

In 1996 werd De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, omwille van haar expertise op vlak van suïcideonderzoek, door de WHO tot medewerking verzocht. Als 'catchment area' voor België werd Groot Gent<sup>5</sup> gekozen. De epidemiologische gegevens van het Gentse onderzoekscentrum worden, samen met de resultaten van de andere centra, in het coördinerend Duits centrum van de Universiteit te Würzburg (kwaliteits)gecontroleerd onder leiding van Prof. Dr. A. Schmidtke.

De WHO/ EURO-procedure van dataverzameling werd beschreven door Bille Brahe et al. (1994). De suïcidepogingen van de inwoners van Groot Gent, met een leeftijd van 15 jaar en ouder (191.906 inwoners, op 1 januari 2003, bron NIS) werden geregistreerd in vijf algemene ziekenhuizen (UZ Gent, AZ Jan Palfijn, AZ Sint-Lucas, AZ Maria Middelaes, en Sint-Jozefskliniek te Gentbrugge), vijf psychiatrische ziekenhuizen (Neuropsychiatrische kliniek Sint-Camillus te St-Denijs-Westrem, PC Dr. Guislain te Gent, PC Caritas te Melle, PC Sint-Jan-Baptist te Zelzate en het PC Sleidinge) en 50 huisartspraktijken. Aan alle deelnemende instanties werd gevraagd registratieformulieren in te vullen met vragen betreffende de socio-demografische gegevens van de aangemelde suïcidepogers en vragen omtrent de poging zoals de methode, het tijdstip waarop de poging plaatsvond, voorgaande pogingen, en eventuele doorverwijzing.

Een suïcidepoging wordt omschreven als *'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 zelfverwonding (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 aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde veranderingen te bewerkstelligen.'* (Bille-Brahe et al, 1994).

Het aantal suïcidepogingen wordt per registratiejaar weergegeven aan de hand van event- en person based rates. De event-based rates hebben betrekking op het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners en worden berekend aan de hand van het aantal

---

<sup>5</sup> Gent, Drogen, Mariakerke, Wondelgem, Sint-Denijs-Westrem, Zwijnaarde, Ledeborg, Gentbrugge, Sint-Amandsberg, Oostakker

suïcidepogingen per jaar (na kwaliteitscontrole) en de gegevens (geslacht en leeftijd) van de inwoners van Groot Gent ( $\geq 15$  jaar). De person based rates geven het aantal pogers per 100.000 inwoners weer; zij die in éénzelfde jaar één of meerdere pogingen ondernomen hebben. Deze person based rates worden berekend aan de hand van een schattingsfactor<sup>6</sup> en de gegevens (geslacht en leeftijd) van de inwoners van Groot Gent ( $\geq 15$  jaar).

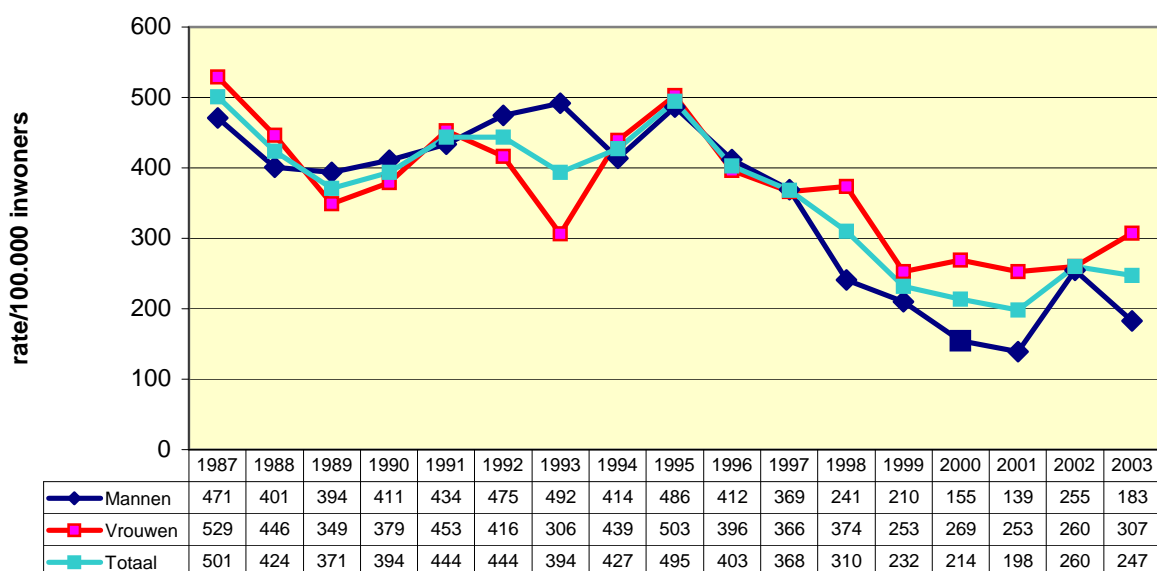
## Resultaten

### Voorkomen van suïcidepogingen

Het aantal suïcidepogingen dat gedurende 2003 in Groot Gent plaats vond, wordt na kwaliteitscontrole geschat op 474. Bij deze pogingen waren 408 personen betrokken. Dit zorgt voor een event/person ratio van 1,16.

Per 100.000 inwoners (inwoners van Groot Gent  $\geq 15$  jaar) bedraagt de jaarlijkse incidentie 247 (event based) en 213 (person based). In onderstaande evolutietabel zien we dat dit in totaal een kleine daling betekent ten opzichte van vorig jaar, maar dat de tendensen voor mannen en vrouwen duidelijk verschillend zijn; een sterke daling bij de mannen staat ten opzichte van een stevige stijging bij de vrouwen.

Grafiek 1: Zelfmoordpogingen Groot Gent van 1987-2003, event based rates



<sup>6</sup> Een schattingsfactor wordt bekomen door het totale aantal suïcidepogingen (na kwaliteitscontrole) te delen door het aantal ingevulde formulieren

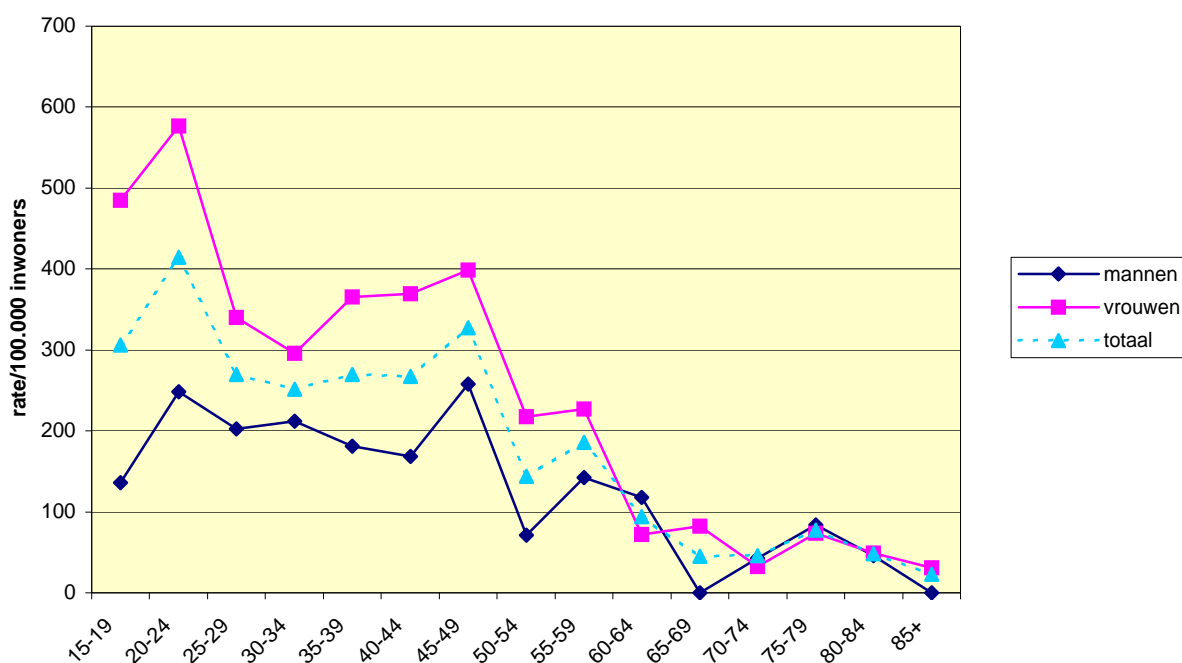
## Geslacht en leeftijd

De rates van de mannen hebben ten opzichte van vorig jaar een grote daling ondergaan; van 238 naar 154 suïcidepogingen per 100.000 inwoners (person based). Bij de vrouwen merken we een stijging op van 246 naar 267 pogingen per 100.000 inwoners (person based).

De man/vrouw proportie fluctueert over de verschillende registratiejaren. Sinds 1998 werden telkens meer vrouwelijke pogingen dan mannelijke geregistreerd. Terwijl dit verschil in 2002 verwaarloosbaar klein was, ligt het aantal vrouwelijke pogingen in 2003 weer aanzienlijk hoger dan het aantal mannelijke. Het aandeel van de mannelijke pogers daalde van 43,5% naar 34,3%, terwijl het percentage van de vrouwen is gestegen van 56,6% naar 65,7%. Deze veranderingen worden weerspiegeld in de fel gestegen man/vrouw ratio: 1:1.03 in 2002, ten opzichte van 1:1.73 in 2003.

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers bedraagt 36.42 jaar; 37.29 jaar bij de mannen en 35.96 jaar bij de vrouwen. Tussen leeftijdscategorie en geslacht werd geen significant verband gevonden.

**Grafiek 2: Zelfmoordpogingen Groot Gent 2003: person based rates volgens geslacht en leeftijd**

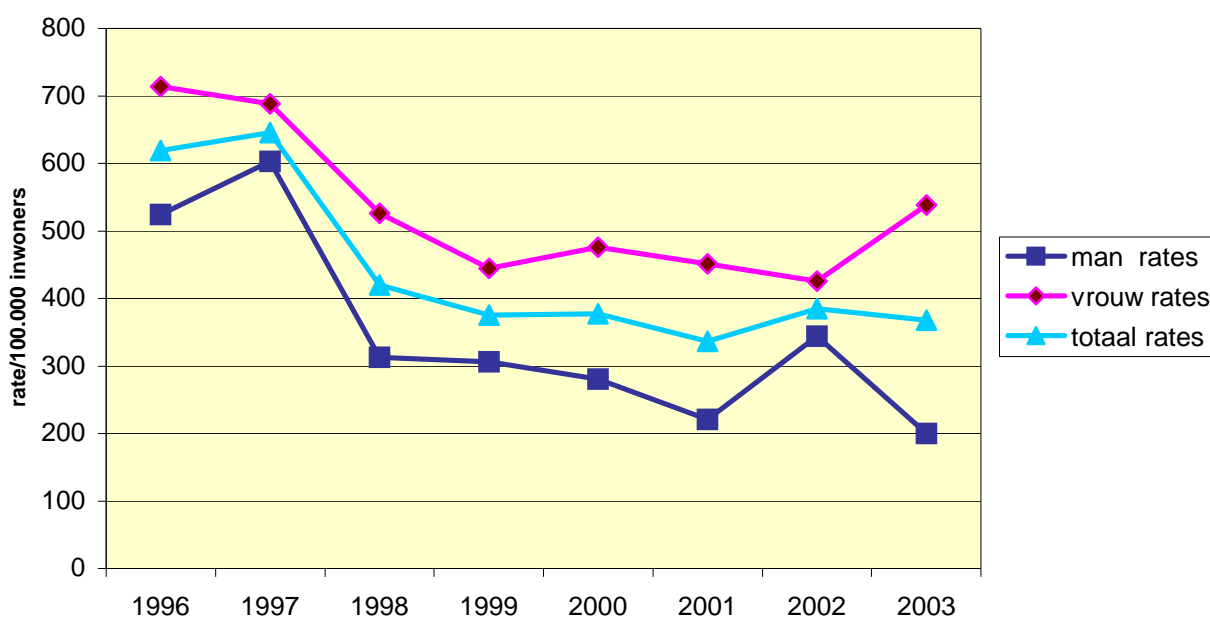


Grafiek 2 visualiseert de rates volgens geslacht en leeftijd. De hoogste rate bij de vrouwen bevindt zich tussen 20 en 24 jaar ( 577 pogingen per 100.000 inwoners) gevolgd door de

leeftijdscategorie van 15-19 jaar (485 per 100.000 inwoners). Bij de mannen zien we de hoogste score tussen 45 en 49 jaar (285), gevolgd door de leeftijdscategorie 20-24 jaar (248 pogingen per 100.000 inwoners).

Grafiek 3 geeft een korte evolutie weer van de jongste suïcidepogers, tussen 15 en 24 jaar. Bij de mannen doet zich in tegenstelling tot 2002 een forse daling voor, bij de vrouwen zien we dan weer een sterke stijging.

Grafiek 3: Zelfmoordpogingen Groot Gent 2003 : person based rates voor de leeftijd 15-24 jaar



## Burgerlijke staat<sup>7</sup>

Het grootste deel van de suïcidepogers was niet getrouwd (38,2%). 31,8% was voor het eerst getrouwd of officieel samenwonend. 24,3% was gescheiden (waarvan 2,7% van tafel en bed), 4,6% was weduwe of weduwnaar en 1,2% was aan een tweede (of meer) huwelijk toe.

Opvallend is dat we in de groep suïcidepogers dubbel zoveel gescheiden personen terugvonden dan in de totale Gentse bevolking ( $\geq 15$  jaar)<sup>8</sup>; respectievelijk 21,4 % ten opzichte van 9,7 %. Mannen en vrouwen verschilden niet significant van elkaar wat betreft burgerlijke staat.

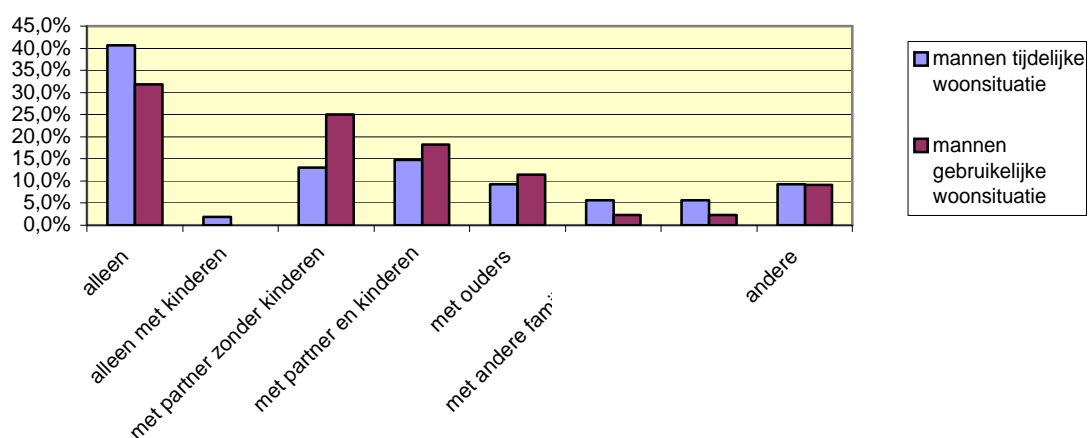
<sup>7</sup> Gegevens bekend bij 173 van de 361 geregistreerde personen (47,9%)

<sup>8</sup> Nationaal Instituut voor Statistiek, <http://statbel.fgov.be>

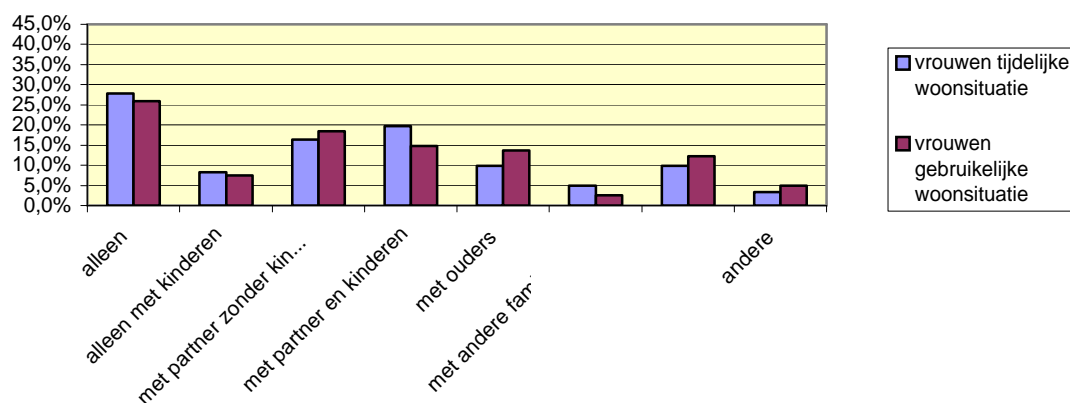
## Tijdelijke<sup>9</sup> en gebruikelijke<sup>10</sup> woonsituatie

Aan de hand van onderstaande grafieken zien we dat de meeste suicidepogers alleenwonend zijn, zowel de mannen als de vrouwen, en zowel in de gebruikelijke (het afgelopen jaar) als in de tijdelijke woonsituatie (ten tijde van de suicidepoging). Voor beide geslachten is de tweede meest voorkomende categorie in de tijdelijke situatie het samenwonen met partner en kinderen en in de gebruikelijke woonsituatie het samenwonen met partner zonder kinderen. Er werd geen significante verband gevonden tussen geslacht en woonsituatie.

**Grafiek 4: Woonsituatie voor mannen**



**Grafiek 5: Woonsituatie voor vrouwen**



<sup>9</sup> Gegevens bekend bij 176 van de 361 geregistreerde personen (48,8%)

<sup>10</sup> Gegevens bekend bij 125 van de 361 geregistreerde personen (34,6%)

## Opleidingsniveau

Van slechts 25,2% (n=91) van de suïcidepogers verkregen we informatie rond het opleidingsniveau. 18,7% van hen was in het bezit van een diploma hoger onderwijs; 47,3% behaalde het diploma middelbaar onderwijs en 34,1% behaalde het diploma van lager onderwijs of BUSO als hoogste opleiding.

## Economische status

Van 34,1% (n=123) van de geregistreerde personen hebben we gegevens met betrekking tot hun economische status. Iets minder dan de helft van hen (47,2%) was economisch inactief (student, huisvrouw, invalide, gepensioneerd) op het moment van de registratie. 31,7% was economisch actief en had werk. De overige 21,1% was economisch actief maar werkloos. Dit cijfer ligt 4 keer hoger dan het werkloosheidspercentage van de bevolking van Groot Gent (5,1%)<sup>11</sup>.

## Methode<sup>12</sup>

De meerderheid van de suïcidepogers (82,7%) probeerde zichzelf te vergiftigen. Dit gebeurde voornamelijk aan de hand van barbituraten, sedatieven en hypnotica (58,9%).

Slechts 17,3 % van de suïcidepogingen werd gepleegd met een harde methode zoals verdrinking, verhangen, snijden, van een hoogte springen, etc. De frequentst gebruikte methodes binnen deze groep waren het zichzelf verwonden met een scherp of stomp voorwerp (8,6%) en verhangen (3,4%).

In 41,5% van de gevallen werd er meer dan één methode gebruikt tijdens de poging. Als tweede middel werd vooral alcohol (52,3%) gebruikt.

Tussen geslacht en methode is een significant verband aanwezig ( $\chi^2 = 7,368$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.025$ ). Meer mannen dan vrouwen poogden zichzelf te verwonden, en meer vrouwen dan mannen probeerden zichzelf te vergiftigen.

---

<sup>11</sup> Nationaal instituut voor statistiek, <http://statbel.fgov.be>

<sup>12</sup> Gegevens bekend bij 418 van de 419 geregistreerde pogingen (99,8%)

## Temporele factoren

De verdeling van de zelfmoordpogingen was relatief gelijkmatig over de verschillende maanden heen. In maart (12%) kwamen de meeste pogingen voor, in december (5 %) de minste<sup>13</sup>. De meeste suïcidepogingen vonden plaats tijdens de avond (tussen 18 en 23 u; 39,2%), en tijdens de (na)middag (tussen 12 en 17 u; 29,5 %) <sup>14</sup>.

Er bleek geen significant verschil te zijn tussen mannen en vrouwen inzake de periode van de poging, noch wat betreft de dag, noch wat betreft het jaar.

## Verwijzing<sup>15</sup>

Op 43,4% van de suïcidepogingen volgde een residentiële doorverwijzing en op 14,4% een ambulante. In 42,3% van de gevallen werd er niet doorverwezen.

## Eerdere pogingen

Bij slechts 37,2% (n=156) van de registraties was de suïcidale voorgeschiedenis bekend. Aan 51,3% van de pogingen ging minstens één eerdere poging vooraf (sinds januari 1996). 19,2% had één eerdere poging ondernomen; 7,7% had twee eerdere pogingen ondernomen; 8,3% drie en 12,8% vier of meer. In 3,2% van de gevallen was het aantal onzeker maar kon men minstens van één eerdere poging spreken.

Slechts bij 62 personen kregen we informatie over de tijdsperiode tussen de huidige en de vorige poging, bij de helft hiervan dateerde de vorige poging van minder dan een jaar geleden.

## Discussie

In totaal zien we voor de "catchment area" Gent in 2003 ten opzichte van vorig jaar een kleine daling van het niet fataal suïcidaal gedrag. Wanneer we de resultaten per geslacht afzonderlijk analyseren zien we echter twee verschillende tendensen: de rates van de

---

<sup>13</sup> Gegevens bekend bij 417 van de 419 geregistreeerde pogingen (99,5%)

<sup>14</sup> Gegevens bekend bij 352 van de 419 geregistreeerde pogingen (84%)

<sup>15</sup> Gegevens bekend bij 355 van de 419 geregistreeerde pogingen (84,7%)

mannen zijn aanzienlijk gedaald, terwijl de rates voor de vrouwen nog zijn toegenomen. De vrouwen zijn nu verantwoordelijk voor 65,7% van de geregistreerde pogingen.

Twintig jaar geleden vormden vooral de ouderen een kwetsbare groep voor zelfmoord, maar gaandeweg zijn ook de adolescenten en de jongvolwassenen uitgegroeid tot een belangrijke risicogroep (Deboutte, 2002). Daarom hebben we speciale aandacht voor het niet fataal suïcidaal gedrag binnen deze leeftijdscategorie. De laatste 8 jaar zien we in totaal een daling voor de pogers tussen 15 en 24 jaar. Toch blijven de cijfers hoog in vergelijking met de andere leeftijdscategorieën. Wat betreft 2003 is de tendens die over alle leeftijdscategorieën heen werd opgemerkt, het sterkst uitgesproken voor de jonge populatie: een forse stijging van vrouwelijke pogingen staat ten opzichte van een stevige daling van mannelijke pogingen. De hoogste rates voor de vrouwen bevinden zich dan ook in de jongste leeftijdscategorie (respectievelijk tussen 20-24 jaar en 15-19 jaar), terwijl de mannelijke pogers zich in de eerste plaats bevinden in de categorie tussen 45 en 49 jaar, en in de tweede plaats in de categorie tussen 20 en 24 jaar.

Wat betreft burgerlijke staat zien we dubbel zoveel gescheiden personen in de populatie van suïcidepogers dan in de totale Gentse bevolking, en komen de meeste pogingen voor bij alleenwonende mannen en vrouwen.

Wanneer we kijken naar de economische status zien we dat studenten, huisvrouwen/-mannen, invaliden en gepensioneerden de grootste risicogroep vormen. Onder de suïcidepogers zien we ook vier keer zoveel werklozen dan onder de algemene bevolking van Gent.

Specifieke variabelen aangaande de poging geven aan dat zelfvergiftiging, en dan voornamelijk aan de hand van barbituraten, sedatieven en hypnotica, nog steeds de meest gebruikte methode is bij een suïcidepoging. Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit voornamelijk aan de hand van een scherp of een stomp voorwerp. In 40 % van de gevallen maakte men gebruik van een tweede middel; voornamelijk alcohol. Significant meer mannen dan vrouwen maakten gebruik van een harde in plaats van een zachte methode.

Wat betreft het tijdstip zien we dat de meeste pogingen gebeurden tijdens de avond en tijdens de (na)middag. De spreiding van de pogingen over de verschillende maanden heen is vrij gelijkmatig, met het grootste aantal in maart en het kleinste in december.

De resultaten wat betreft doorverwijzing zijn sterk verschillend van de resultaten van vorig jaar. Dit jaar was het aantal residentiële doorverwijzingen ongeveer gelijk aan het aantal niet-verwijzingen, terwijl in 2002 bij bijna  $\frac{3}{4}$  van de geregistreerde pogingen residentieel

werd doorverwezen, en bij slechts bij 3% van de pogingen niet werd doorverwezen. Dit grote verschil is te wijten aan de inbreng van één welbepaald ziekenhuis dat aan de studie meewerkt. Dit algemeen ziekenhuis, zonder psychiatrische afdeling, vulde in 2002 slechts van drie zelfmoordpogingen een registratieformulier in, terwijl ze dit in 2003 voor 159 pogingen deden. Aangezien binnen dit ziekenhuis significant minder doorverwijzingen plaats vinden dan binnen de andere ziekenhuizen ( $\chi^2=97,605$ ,  $df=4$ ;  $p=.000$ ), beïnvloedt dit onze resultaten met betrekking tot doorverwijzing enorm.

Tenslotte verzamelden we nog gegevens met betrekking tot de suïcidale voorgeschiedenis die de huidige, geregistreeerde poging voorafging. Bij ongeveer de helft van de suïcidepogingen zagen we een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, en bij de helft hiervan dateerde de vorige poging van tijdens het voorbije jaar .

Ter afsluiting nog twee opmerkingen in verband met de betrouwbaarheid van voorgaande epidemiologische gegevens.

De eerste opmerking heeft betrekking op de rates in het algemeen. In epidemiologisch onderzoek naar fataal suïcidaal gedrag wordt de betrouwbaarheid van de gepresenteerde cijfers regelmatig in vraag gesteld omdat zelfmoord als doodsoorzaak nog vaak verborgen wordt (omwille van taboe, niet uitbetaalde verzekeringspremies,...). De eigenlijke suïdecijfers liggen waarschijnlijk dus hoger dan doorgaans in onderzoeken wordt gerapporteerd (Bertolote & Fleischmann, 2002). Ook het aantal niet-fatale suïcidale gedragingen wordt onderschat aangezien we ons enkel kunnen baseren op de gegevens van medisch behandelde pogers. De meeste suïcidale gedragingen zijn echter niet ernstig genoeg om medische aandacht te eisen, en blijven dus onbekend voor medische deskundigen ( De Leo et al, 2004).

Een tweede opmerking heeft te maken met de betrouwbaarheid van de hierboven beschreven kenmerken van de suïcidepogers en van de poging zelf. Voor een aantal van die kenmerken, zoals tijdstip en methode, konden we ons baseren op de gegevens van de grote meerderheid van de geregistreeerde suïcidepogers. Voor sociodemografische kenmerken zoals burgerlijke staat en woonsituatie hadden we informatie over ongeveer de helft van de geregistreeerde pogingen. Voor kenmerken zoals economische status, eerdere pogingen en opleidingsniveau beschikten we echter slechts over de gegevens van 1/3 à ¼ van de geregistreeerde pogingen. Op basis van deze beperkte gegevens is het dus moeilijk om uitspraken te doen over de totale groep suïcidepogers.

Ondanks deze beperkingen is het vandaag belangrijker dan ooit de tendensen in het voorkomen van niet fataal suïcidaal gedrag te noteren, en protectieve en risicofactoren te identificeren.

## Referenties

- Bertolote J.M. & Fleischmann A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7, 6-8.
- Deboutte, D.J.K. (2000). Suïcidaliteit bij kinderen en adolescenten. In van Heeringen, C. & Kerkhof, A.J.F.M (Eds.). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp 97-112). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- De Leo, D. , Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof A., Billy-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke A. (Eds.). *Suicidal behaviour, theory and research findings* (pp. 17-39). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J.F.M., De Leo, D., Lönnqvist, J., Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. In: A.J.F.M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, J. Lönnqvist (Eds.). *Attempted suicide in Europe: Findings from the Multicentre study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*(pp 3-15). Leiden: DSWO Press.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In Hawton, K. & Van Heeringen, K. (Eds.). *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp 385-404). Chichester: Wiley.

