



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 2008**

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

L. Van Rijsselberghe  
Dr. G. Portzky  
Prof. Dr. C. van Heeringen

## **Inhoudstafel**

<b>Inleiding</b>	<b>p 3</b>
<b>Methodologie</b>	<b>p 4 - 5</b>
<b>Resultaten</b>	<b>p 5 - 11</b>
<b>Voorkomen van suïcidepogingen</b>	<b>p 5-7</b>
<b>Voorkomen van suïcide</b>	<b>p 8 -9</b>
<b>Burgerlijke staat, woonsituatie en kinderen</b>	<b>p 9</b>
<b>Economische status</b>	<b>p 9</b>
<b>Methode</b>	<b>p 9</b>
<b>Eerdere pogingen</b>	<b>p 10</b>
<b>Tijdstip van de suïcidepoging</b>	<b>p 10</b>
<b>Verwijzing</b>	<b>p 11</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>p 12 - 13</b>
<b>Referenties</b>	<b>p 14</b>

## Inleiding

In 1950 startte de Wereld gezondheidsorganisatie (World Health Organisation) met de wereldwijde inventarisatie van sterfte ten gevolge van suïcide. Op basis van hun berekeningen weten we dat elk jaar ongeveer 1 miljoen mensen overlijden ten gevolge van suïcide. Met circa 2740 overlijdens per dag, vormt suïcide wereldwijd één van de belangrijkste doodsoorzaken onder volwassenen.

Bijna 3 van de 2740 personen die dagelijks overlijden ten gevolge van een zelf toegebracht letsel zijn Vlamingen. In 2006 zagen we een duidelijke daling van de **suïciderates** in Vlaanderen t.o.v. 2005 (van 18,48/100.000 naar 16,12/100.000), dankzij de sterke daling van het aantal suïcides bij de mannen (1). Deze trend zette zich verder in 2007. Net zoals voorgaande jaren ligt het jaarlijks aantal suïcides bij de mannen in 2007 aanzienlijk hoger dan bij vrouwen (ASR: 22,5/100.000 tegenover 9,3/100.000).

Uit de meeste studies naar de risicofactoren voor suïcide, blijkt een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (zelfbeschadigend gedrag en/of suïcidepogingen) de sterkste factor te zijn, aanwezig bij minstens 40% van de suïcideslachtoffers (5,6).

We berekenden dat er in 2007 in Vlaanderen gemiddeld 178/100.000 **suïcidepogingen** plaats vonden (2). Het gemiddelde van de suïcidepogingen lag aanzienlijk hoger voor vrouwen dan voor mannen (resp. 224/100.000 en 151/100.000). Uit prospectieve studies bij patiënten die zich na een suïcidepoging aanmelden in een algemeen ziekenhuis, blijkt dat 1-6% van hen binnen het jaar overlijdt aan suïcide (3). Ongeveer 10 % van hen overlijdt op een later moment ten gevolge van zelfdoding (4).

In het kader van suïcidepreventie dienen dus zowel de trends wat betreft suïcidaal gedrag met dodelijke afloop, als suïcidaal gedrag zonder dodelijke afloop geregistreerd te worden. Dit laatste gebeurt ondermeer aan de hand van de 'WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour'. In Vlaanderen werd de regio Groot Gent uitgekozen om aan deze multicentrische studie deel te nemen. In het huidige verslag worden de epidemiologische data die in 2008 in deze regio verzameld werden, gerapporteerd.

## Methodologie

Sinds 1989 worden in 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 Gent<sup>1</sup> 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 officiële inwoners van Groot Gent met een leeftijd van 15 jaar of ouder (199.951 inwoners op 1 januari 2008)<sup>2</sup> werden geregistreerd in drie algemene ziekenhuizen (UZ Gent, AZ Jan Palfijn, AZ Sint-Lucas). Aan de hand van een registratieformulier werden socio-demografische achtergrond, suïcidemethode(s), voorafgaande pogingen en andere variabelen gerelateerd aan de poging bevestigd.

Bij alle geregistreerde suïcidepogingen wordt door de onderzoekers nagegaan of zij effectief voldoen aan volgende voor deze studie vooropgestelde definitie:

*"Een suïcidepoging is 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 aanvaarde therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysische gevolgen verlangde veranderingen te bewerkstelligen" (7)*

Uitgebreide kwaliteitscontroles van de aanmeldingsregisters van de deelnemende spoeddiensten zorgen voor een zo correct mogelijke registratie van het aantal suïcidepogingen.

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-

---

<sup>1</sup> Gent, Drongen, Mariakerke, Wondelgem, Sint-Denijs-Westrem, Zwijnaarde, Ledeborg, Gentbrugge, Sint-Amandsberg, Oostakker

<sup>2</sup> <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking>

based rate' verwijst naar het aantal personen per 100.000 inwoners dat in één kalenderjaar één of meerdere medisch behandelde suïcidepogingen ondernam.

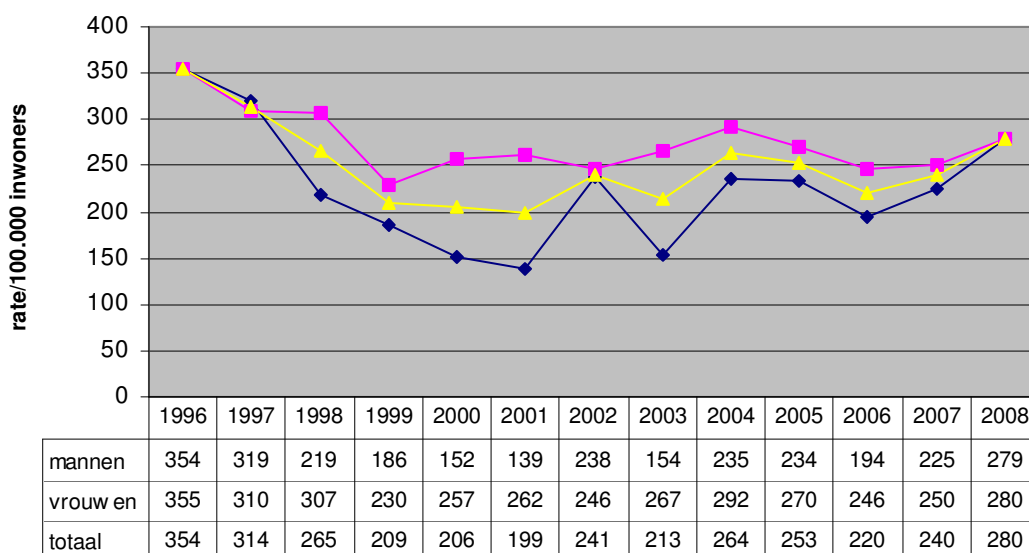
## Resultaten

### Voorkomen van suïcidepogingen

In 2008 werden in Groot Gent, na kwaliteitscontrole, in totaal 566 suïcidepogingen opgetekend. Hierbij waren in totaal 559 personen betrokken. 7 patiënten ondernamen twee geregistreerde pogingen tijdens 2008, wat een person /event ratio van 1:1,01 oplevert.

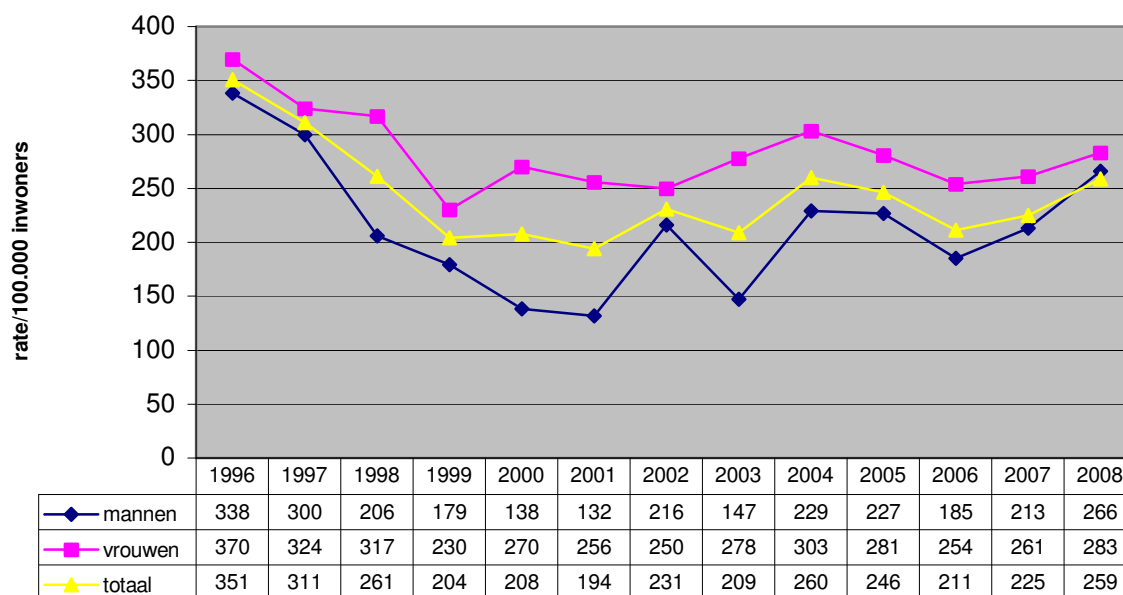
Per 100.000 inwoners (inwoners van Groot Gent  $\geq 15$  jaar) bedraagt de jaarlijkse incidentie 283 (event-based) en 280 (person-based). In onderstaande person-based evolutietabel zien we, zowel bij mannen als bij vrouwen een stijging ten opzichte van vorig jaar. Bij de mannen zien we een stijging van 225 naar 279 suïcidepogingen per 100.000 inwoners, bij de vrouwen merken we een stijging op van 250 naar 280 pogingen per 100.000 inwoners.

**Figuur 1: Person based rates, Groot Gent, 1996-2008, volgens geslacht**



Figuur 2 geeft de evolutie weer van de direct gestandaardiseerde person based rates (ASR) op basis van de Vlaamse bevolking 2000.

**Figuur 2: Gestandaardiseerde person based rates, Groot Gent, 1996-2008, volgens geslacht (standaardpopulatie = Vlaamse bevolking 2000)**



De man/vrouw ratio (person based) bedraagt in 2008 1:1,06. In vergelijking met 2007 (1:1,54) is deze verhouding sterk gedaald. Sinds 1998 werden telkens meer vrouwelijke pogingen dan mannelijke geregistreerd. De man/vrouw verhouding fluctueerde over de verschillende registratiejaren, maar nooit eerder was het verschil tussen de rates voor de mannen en de vrouwen zo klein.

De gemiddelde leeftijd van de personen die een suïcidepoging ondernamen in de regio Groot Gent was 38,20 jaar; 38,35 bij de mannen tegenover 35,07 jaar bij de vrouwen. Er werd geen significant statistisch verband gevonden tussen leeftijdscategorie en geslacht ( $t = 0.122$ ;  $p = 0,903$ ). Figuur 3 en 4 tonen de person- en event based rates volgens leeftijd en geslacht.

**Figuur 3: Person based rates volgens leeftijd en geslacht**



In bovenstaande PB grafiek zien we dat we bij de vrouwen de hoogste rates terugvinden onder de 20-24 jarigen (567/100.000) en onder de 45-49 jarigen (487/100.000). Ook bij de mannen bevinden de hoogste rates zich onder de twintigers en de veertigers; hier werden de hoogste rates geregistreerd onder de 40-44 jarigen (489/100.000) en eveneens onder de 20-24 jarigen (458/100.000).

In onderstaande figuur worden de event based rates volgens leeftijd en geslacht weergegeven.

**Figuur 4: Event based rates volgens leeftijd en geslacht**

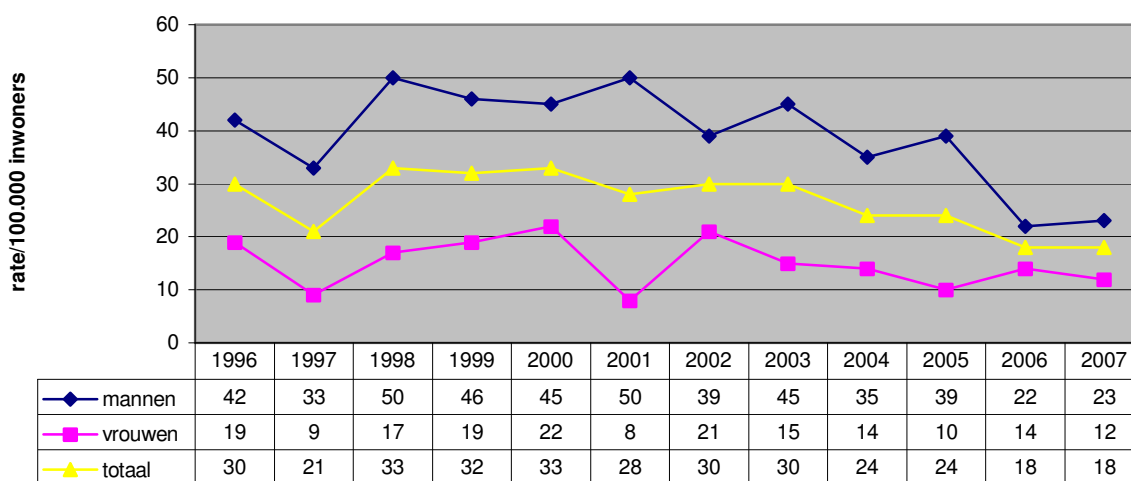


## Voorkomen van suïcide

Onderstaande tabel geeft de suïciderates in Groot Gent weer. In 2006 werd een sterke daling van de mannelijke suïciderates opgetekend. In 2007 bleef deze verlaging behouden (23/100.000).

De vrouwelijke suïciderates kende de afgelopen jaren minder sterke fluctuaties dan de mannelijke rates. Ook in 2007 bleven deze rates relatief stabiel.

Figuur 5: Suicide rates, Groot Gent, 1996-2007, opgesplitst volgens geslacht



Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

## Burgerlijke staat<sup>3</sup>, woonsituatie<sup>4</sup> en kinderen<sup>5</sup>

Bijna de helft van de suïcidepogers (45,1%) was nooit gehuwd. 20,3% was voor het eerst getrouwd, 3 % was officieel samenwonend, en 4,5% was voor de tweede of meerdere keer getrouwd. 20,3% van de patiënten was gescheiden, en 6,8% van de patiënten was weduwen(naar). Mannen en vrouwen verschilden niet significant van elkaar wat betreft burgerlijke staat ( $\chi^2=9,062$ ;  $df=5$ ,  $p=.107$ ).

47,8% van de personen die een suïcidepoging ondernam, woonde alleen ten tijde van de poging. 52,2% van de patiënten woonde dus niet alleen, maar woonde samen met een partner, woonde in bij hun ouders of andere familieleden, of

<sup>3</sup> Gegevens bekend bij 73,5% van de suïcidepogers

<sup>4</sup> Gegevens bekend bij 76,2% van de suïcidepogers

<sup>5</sup> Gegevens bekend bij 66,3% van de suïcidepogers

verbleven in een residentiële instelling op het ogenblik van de poging. Significant meer mannen (63,9%) dan vrouwen (35,1%) woonde 'alleen' ten tijde van de suïcidepoging ( $\chi^2=11,368$ ;  $df=1$ ,  $p < 0.01$ ). Ongeveer de helft van de suïcidepogers (53,3%) rapporteerde kinderen te hebben; significant meer vrouwen dan mannen ( $\chi^2=4,423$ ;  $df=1$ ,  $p < .05$ ).

### **Economische status<sup>6</sup>**

Een derde van de suïcidepogers (34,2%) was op het ogenblik van de suïcidepoging economisch inactief. Binnen deze inactieve groep<sup>7</sup> was 40 % invalide, 40% gepensioneerd en 20% was student. De 37,8% werkenden en de 27,9% werklozen vormden samen de economisch actieve groep onder de suïcidepogers. We vonden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen aangaande hun economische status ( $\chi^2=2,898$ ;  $df=2$ ,  $p = .235$ ).

### **Methode<sup>8</sup>**

De meerderheid van de suïcidepogingen gebeurde aan de hand van zelfvergiftiging (80,2%). 66,9% van de geregistreerde zelfvergiftigingen gebeurde aan de hand van barbituraten, sedatieven en hypnotica. Niet-narcotische analgetica, antipyretica of antireumatica werden in 7,9% van de gevallen gebruikt. In 20,6 % van de gevallen gebeurde de zelfvergiftiging aan de hand van andere, of niet nader gespecificeerde medicatie. In 2,6% van de gevallen gebeurde de zelfvergiftiging louter door middel van alcohol, waarbij deze act ten opzichte van de hulpverlener specifiek gekaderd als een suïcidepoging. De overige 2% van de zelfvergiftigingen bestond uit het innemen van chemicalieën en het inhaleren van gassen en dampen.

Slechts 19,8 % van de suïcidepogingen bestond uit zelfverwonding. De frequentst gebruikte methodes binnen deze groep waren zelfverwonding door van een hoogte te springen (21,6%), of door zich voor een bewegend voorwerp te werpen (21,6%). Verschillende patiënten poogden zich te verhangen (18,9%) of te verdrinken (13,5%). De overige methodes van zelfverwonding bestonden uit het zichzelf verwonden met

---

<sup>6</sup> Gegevens bekend bij 61,3% van de suïcidepogers

<sup>7</sup> Gegevens bekend bij 78,9% van de inactieve suïcidepogers

<sup>8</sup> Gegevens bekend bij 98,9% de pogingen

een scherp voorwerp, een heet voorwerp, of het veroorzaken van een verkeersongeval.

De keuze voor zelfvergiftiging versus zelfverwonding bleek noch leeftijds- ( $t = 0,496$ ;  $p = .620$ ) noch geslachtsgebonden te zijn ( $\chi^2=1,208$ ;  $df=1$ ,  $p<0.01$ ).

Bij 41,3% van de geregistreerde pogingen werden 2 of meerdere soorten middelen gebruikt<sup>9</sup>. Alcohol werd bij 27,3% van de pogingen gebruikt, voor of tijdens de suïcidepoging. Het al dan niet gebruiken van alcohol bleek niet significant te verschillen tussen mannen en vrouwen ( $\chi^2=2,243$ ;  $df=1$ ,  $p=.134$ ).

Bij 6,3% van alle suïcidepogingen werd zowel zelfverwonding als zelfvergiftiging gebruikt om zichzelf schade toe te brengen.

### **Eerdere pogingen**

De meerderheid van de suïcidepogers (64,7%) gaf aan in het verleden minstens één keer een suïcidepoging ondernomen te hebben<sup>10</sup>. 47% van deze patiënten ("repeaters") ondernam één eerdere poging, 19,7% ondernam twee eerdere pogingen, 7,6% ondernam drie eerdere pogingen, en 26% ondernam 4 of meer eerdere pogingen. We zagen geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft het aantal suïcidepogingen in de voorgeschiedenis ( $\chi^2=6,362$ ;  $df=4$ ,  $p= .174$ ).

De vorige poging vond in 59,1% van de gevallen minder dan twaalf maanden vóór de huidige poging plaats. Bij 89,3% van deze patiënten werd de voorgaande poging medisch behandeld, en bij 63% van de patiënten werd deze poging ook psychisch behandeld.

### **Tijdstip van de suïcidepoging<sup>11</sup>**

De meeste suïcidepogingen werden in de (na)middag (tussen 11.31 en 17.30) en 's avonds (tussen 17.31 en 23.30) ondernomen (respectievelijk 37,9% en 36,8%). In de loop van de nacht (23.31-06.30) en van de ochtend (06.31-11.30) werden 13,8% en 11,5% van de pogingen ondernomen.

---

<sup>9</sup>Wanneer verschillende geneesmiddelen worden ingenomen met een gelijkaardig farmacologisch doel, wordt dit als "één methode" geregistreerd. Zodra een patiënt verschillende soorten medicatie inneemt met een verschillend farmacologisch doel wordt dit als "verschillende methodes" geregistreerd.

<sup>10</sup>Gegevens bekend bij 56,4% van de suïcidepogers

<sup>11</sup>Gegevens bekend bij 46% van de suïcidepogingen

## Verwijzing

Bij elke suïcidepoging die op de spoeddienst behandeld wordt, proberen we na te gaan hoe deze verder behandeld werd of zal worden na het ontslag op de spoeddienst. Om dit zorgtraject zo zorgvuldig mogelijk te registreren, kunnen door het spoedpersoneel verschillende opties aangevinkt worden. Bij 93,7% van de geregistreerde pogingen kregen we info in verband met het gevolgde en te volgen zorgtraject.

Bij 16,9 % (n= 30) van de behandelde suïcidepogingen werd aangegeven dat de patiënt na het verblijf op de spoeddienst doorverwezen werd naar een ambulante dienst.

57,6% (n=102) van de geregistreerde pogingen werd verder residentieel behandeld; 52 patiënten verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 19 patiënten verbleven op een somatische afdeling; en 9 patiënten werden naar een PAAZ dienst doorverwezen. Bij 22 van de residentieel behandelde suïcidepogingen werd de setting niet nader gespecificeerd.

Bij 22 suïcidepogingen (12,4%) werd er achteraf geen behandeling opgestart. 3 patiënten werden op advies zonder nazorg ontslaan, 13 patiënten werden op tegenadvies ontslaan en en 2 patiënten keerden terug naar hun (niet therapeutische) begeleidingsdienst. Bij de overige 4 patiënten werd niet nader gespecificeerd waarom er geen verdere behandeling werd opgestart.

## Samenvatting

In vergelijking met 2007 zijn de totale rates van de suïcidepogingen in 2008 in Groot Gent gestegen. Deze stijging is vooral zichtbaar bij de mannen. De proportie vrouwelijke t.o.v. mannelijke suïcidepogers is bijgevolg gedaald in vergelijking met vorig jaar. Zowel bij de mannen als bij de vrouwen komen de meeste suïcidepogingen voor onder de jonge twintigers en de veertigers.

In 2007 zagen we ook reeds een verhoging van de mannelijke suïcidepogingen ten opzichte van de voorgaande jaren, terwijl de mannelijke suïciderates in 2006 net sterk daalden en deze tendens in 2007 behouden bleef. De Gentse suïciderates voor 2008 zijn nog niet beschikbaar, zodat een verdere vergelijking van de evolutie voor de Gentse suïcidepogingen versus de Gentse suïciderates nog niet mogelijk is. De vaststellingen uit 2007 zouden er echter op kunnen wijzen dat het suïcidaal gedrag onder de Gentse bevolking eerder stabiel bleef, maar dat dit suïcidaal gedrag, in vergelijking met voorgaande jaren, minder vaak een dodelijk afloop kende. Verder onderzoek is echter nodig om deze hypothese verder te onderzoeken.

In overeenstemming met vorige jaren gebeurde de meerderheid van de suïcidepogingen aan de hand van zelfvergiftiging via benzodiazepines, sedativa of hypnotica. Wat de methode betrof waren er geen significante verschillen merkbaar tussen mannen en vrouwen of tussen jongeren en ouderen.

Zes op tien patiënten van wie de suïcidale voorgeschiedenis bekend was, gaf aan minstens één eerdere suïcidepoging te hebben ondernomen. Eveneens in 60% van de gevallen vond deze poging minder dan één jaar geleden plaats. De voorgaande suïcidepoging werd bij negen van de tien patiënten medisch behandeld en bij zes op tien patiënten volgde er ook een psychische behandeling. Het opstarten van een medische/psychische behandeling bij een voorgaande poging bleek, in tegenstelling tot vorig jaar, niet significant meer voor te komen bij vrouwelijke dan bij mannelijke repeaters. Wel zagen we ten opzichte van 2007 een toename van 12,2% wat betreft het opstarten van een psychische behandeling na de voorgaande suïcidepoging.

Ongeveer de helft van de suïcidepogers woonde alleen op het ogenblik van de poging, onder hen significant meer mannen dan vrouwen.

In tegenstelling tot voorgaande jaren, waar we constateerden dat de grootste groep van de suïcidepogers steeds uit "economisch inactieve" personen bestond (invaliden, gepensioneerde en studenten), maakten de werkenden dit jaar de grootste groep uit onder de suïcidepogers (37,8%).

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

Het zorgtraject na de suïcidepoging werd telkens zo precies mogelijk geregistreerd. We zien dat circa zes van de tien suïcidepogingen na het ontslag op de spoeddienst verder behandeld werden in een residentiële setting (een urgentiepsychiatrische dienst en/of een PAAZ en/of een somatische afdeling) en dat de patiënt in circa één vijfde van de gevallen doorverwezen werd naar een ambulante behandelaar.

Bij 12,4% van de patiënten werd geen nazorg voorzien na het ontslag op de spoeddienst. In meer dan de helft van de gevallen ging dit gepaard met een ontslag op tegenadvies.

## Referenties

1. VLAAMS AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID
2. VAN RIJSSELBERGHE L, PORTZKY G, VAN HEERINGEN K. De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2007; Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
3. OWENS D, HORROCKS J, et al. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181:193-99
4. HAWTON K, VAN HEERINGEN C (Eds.). *International Handbook on Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley & Sons 2000.
5. CAVANAGH JTO, CARSON AJ, SHARPE M, LAWRIE SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 2003;33: 395-405.
6. 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.
7. 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.