

EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK



UNIT FOR SUICIDE RESEARCH



# DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUICIDEPOGINGEN IN DE REGIO GROOT GENT

## JAARVERSLAG 2012

Lic. N. Vancayseele  
Lic. E. De Jaegere  
Prof. dr. G. Portzky  
Prof. Dr. C. van Heeringen

WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour

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

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek  
Prof. Dr. C. van Heeringen  
Universitair Ziekenhuis –1K12F  
De Pintelaan 185  
9000 Gent  
Tel. 09/332.43.73  
Fax 09/332.49.89

[www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be](http://www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be)



Met steun van de  
Vlaamse overheid 



## Een woord van dank

Dit jaarverslag is tot stand gekomen dankzij de medewerking van veel verschillende organisaties. De onderzoekers willen graag iedereen bedanken die actief bijgedragen heeft aan de dataverzameling.

In het bijzonder gaat onze dank uit naar de artsen, psychologen en verpleegkundigen van de deelnemende ziekenhuizen m.n. UZ Gent, AZ Sint-Lucas Gent en AZ Jan Palfijn. Zonder jullie actieve inzet kunnen wij immers niet verder.

Daarnaast gaat onze dank uit naar het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, Afdeling Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatopvolging voor het ter beschikking stellen van de suïdecijfers van de regio Gent.

Verder danken wij ook het Rijksregister voor het ter beschikking stellen van de populatiecijfers voor de regio Groot Gent, en de Vlaamse Regering, met name de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor het mogelijk maken van het onderzoek.



# Inhoudstafel

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Inleiding</b>                          | <b>1</b>  |
| <b>2. Methodologie</b>                       | <b>2</b>  |
| <b>3. Resultaten</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>3.1 Algemeen</b>                          | <b>4</b>  |
| 3.1.1 Suïciderates Regio Groot Gent          | 4         |
| 3.1.2 Rates suïcidepogingen Regio Groot Gent | 5         |
| <b>3.2 Persoonsgerelateerde gegevens</b>     | <b>8</b>  |
| 3.2.1 Burgerlijke staat en woonsituatie      | 8         |
| 3.2.2 Economische status                     | 9         |
| 3.2.3 Eerdere pogingen                       | 9         |
| 3.2.4 Sociale steun                          | 10        |
| 3.2.5 Alcohol- en middelenmisbruik           | 11        |
| <b>3.3 Gebeurtenisgerelateerde gegevens</b>  | <b>12</b> |
| 3.3.1 Situering in tijd                      | 12        |
| 3.3.2 Methode                                | 12        |
| 3.3.3 Zorgtraject                            | 15        |
| <b>4. Bespreking</b>                         | <b>16</b> |
| <b>Referenties</b>                           | <b>19</b> |



## Overzicht figuren en tabellen

|   |    |
|---|----|
| Figuur 1: Suïciderates, Groot Gent, 1996-2010, volgens geslacht   | 4  |
| Figuur 2: Person-based rates, Groot Gent, 1996-2012, volgens geslacht   | 5  |
| Figuur 3: Person-based rates, Groot Gent, 1996-2012, volgens geslacht<br>(Standaardpopulatie= vlaamse bevolking 2000) | 6  |
| Figuur 4: Person-based rates, Groot Gent, 2012, volgens leeftijd en geslacht  | 7  |
| Figuur 5: Burgerlijke staat van suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht, 2012                                   | 8  |
| Figuur 6: Economische toestand van suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht,<br>2012                             | 9  |
| Figuur 7: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in Groot Gent, volgens geslacht, 2012                                 | 10 |
| Figuur 8: Sociaal netwerk bij suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht, 2012                                     | 11 |
| Figuur 9: Alcohol- en/of middelenmisbruik bij suïcidepogers regio Groot Gent,<br>volgens geslacht, 2012               | 11 |
| Figuur 10: Maand van suïcidepoging, Groot Gent, 2012  | 12 |
| Figuur 11: Methode van suïcidepoging, Groot Gent, volgens geslacht, 2012  | 13 |
| Tabel 1: Methodes gebruikt bij suïcidepogingen, volgens geslacht, 2012  | 14 |
| Figuur 12: Soorten medicatie bij zelfvergiftiging   | 14 |





# 1. Inleiding

In 1950 startte de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) met de wereldwijde inventarisatie van sterfte ten gevolge van **suicide**. De berekeningen tonen aan dat elk jaar ongeveer 1 miljoen mensen overlijden ten gevolge van **suicide**. Omgerekend betekent dit dat ongeveer één persoon om de 40 seconden overlijdt in de wereld t.g.v. **suicide**. Deze cijfers maken **suicide** wereldwijd tot één van de belangrijkste doodsoorzaken onder volwassenen.

Dagelijks overlijden drie Vlamingen ten gevolge van **suicide**. De **suiciderates** in Vlaanderen van 2010 (17,1/100.000) zijn gelijkaardig aan die van 2009 (17,8/100.000). In vergelijking met de **suiciderates** van 2008 (16,7/100.000), kenden deze in 2009 en 2010 een lichte stijging. Zoals elk jaar wordt vastgesteld, ligt het aantal **suicides** bij mannen in 2010 nog steeds aanzienlijk hoger dan bij vrouwen (ASR: 25/100.000 tegenover 9,3/100.000) [1].

Kennis en opvolging van risicofactoren voor **suïcidaal** gedrag vormen een noodzakelijke basis voor doeltreffende preventie. Uit de literatuur blijkt dat bij minstens 40% van de **suicideslachtoffers** een voorgeschiedenis van **suïcidaal** gedrag (zelfbeschadigend gedrag en/of **suicidepogingen**) aanwezig is. Dit is bijgevolg een sterke voorspellende factor voor een latere **suicide** [2, 3].

In 2011 vonden er in **Vlaanderen** gemiddeld 183/100.000 **suicidepogingen** plaats [4]. Deze rate lag aanzienlijk hoger bij vrouwen dan bij mannen (resp. 208/100.000 en 146/100.000).

Uit prospectieve studies bij patiënten die zich na een **suicidepoging** aanmelden in een algemeen ziekenhuis, blijkt dat 1 tot 6% van hen binnen het jaar overlijdt ten gevolge van **zelfdoding** [5] en ongeveer 10 % op een later moment [6].

In het kader van **suicidepreventie** dienen dus zowel trends wat betreft **suïcidaal** gedrag met dodelijke afloop als trends wat betreft **suïcidaal** gedrag zonder dodelijke afloop geregistreerd te worden. Dit laatste gebeurt onder meer 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 2012 in deze regio verzameld werden, gerapporteerd.

Het jaarverslag kan ook geraadpleegd worden op de website van de Eenheid voor zelfmoordonderzoek: [www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be](http://www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be)

## 2. Methodologie

Suïcidepogingen van alle officiële inwoners van de regio Groot Gent met een leeftijd van 15 jaar of ouder (totale bevolking: 229.884 inwoners op 1 januari 2013 [8]) worden geregistreerd in twee algemene ziekenhuizen, namelijk AZ Sint-Lucas en AZ Jan Palfijn en in het Universitair Ziekenhuis Gent. In AZ Sint-Lucas en UZ Gent wordt de socio-demografische achtergrond, methode(s), voorafgaande pogingen en andere variabelen gerelateerd aan de poging, bevraagd aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Opvang en Evaluatie van suïcidepogers (IPEO<sup>1</sup>). AZ Jan Palfijn gebruikt voor de informatieverzameling het registratieformulier van de ‘WHO/ EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour’.

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).*

In de drie deelnemende ziekenhuizen worden jaarlijks kwaliteitscontroles uitgevoerd. Bij een kwaliteitscontrole wordt in de aanmeldingsregisters van spoed en eventueel urgentiepsychiatrie op zoek gegaan naar “missings”, patiënten die zich aanmelden ten gevolge van een suïcidepoging en niet geïnterviewd zijn met behulp van het IPEO of het WHO/ EURO-registratieformulier. In het UZ Gent worden deze patiënten ook steeds opgezocht in het elektronisch patiëntendossier om na te gaan of het daadwerkelijk om een suïcidepoging gaat. Indien het een suïcidepoging betreft, wordt een verkorte IPEO ingevuld. De kwaliteitscontrole in het UZ Gent kan dus beschouwd worden als de meest accurate kwaliteitscontrole. Enkel patiënten die wonen in regio Groot Gent worden weerhouden. Op basis van de kwaliteitscontrole wordt een schatting gemaakt van het reële aantal suïcidepogingen gemeld op de spoedafdeling van een ziekenhuis in Gent. De gegevens verzameld via de kwaliteitscontroles in de opnameregisters van AZ Jan Palfijn en AZ Sint-Lucas (geslacht en leeftijd) worden enkel gebruikt om de ‘rates’ te berekenen.

---

<sup>1</sup> Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) in samenwerking met Sein – Instituut voor Gedragwetenschappen (UHasselt) & het Project Zelfmoordpreventie van Vlaanderen (CGGZ) i.o.v. het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Het is terug te vinden op: [www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be](http://www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be).

De 'rates' geven het jaarlijks aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners weer. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 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 in één kalenderjaar één of meerdere medisch behandelde suïcidepogingen ondernam.

## 3. Resultaten

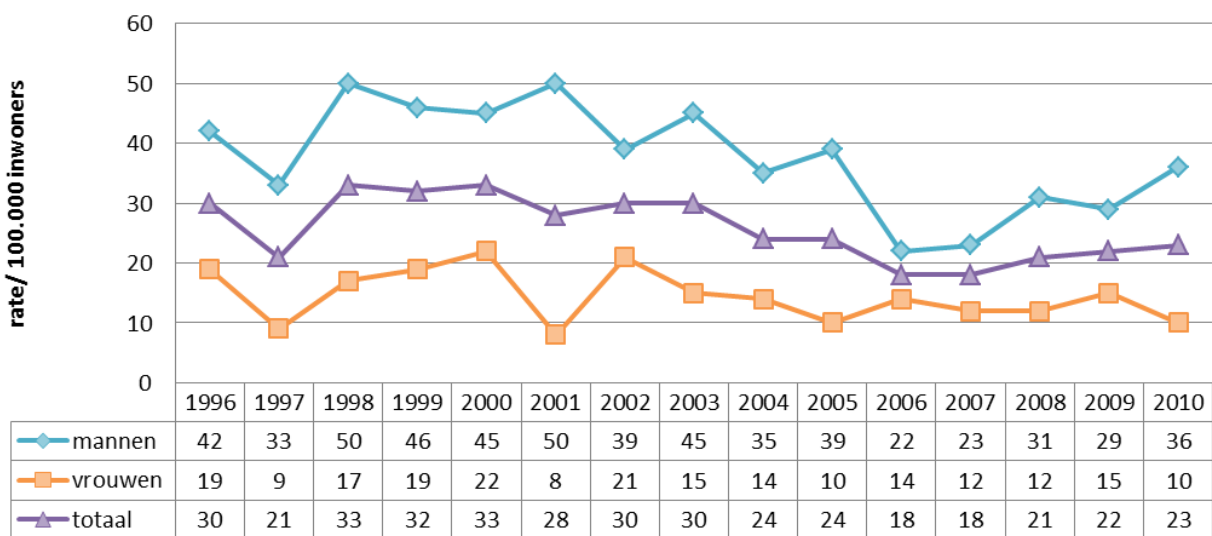
### 3.1 Algemeen

In dit deel worden eerst de suïciderates in de regio Groot Gent besproken. Daarna worden de rates van de suïcidepogingen in diezelfde regio besproken.

#### 3.1.1 Suïciderates Regio Groot Gent<sup>2</sup>

Onderstaande tabel geeft de suïciderates van 1996 tot en met 2010<sup>3</sup> in Groot Gent weer. In 2006 werd een sterke daling van de mannelijke suïciderate opgetekend. Echter, sinds 2008 is die opnieuw gestegen. In 2009 was er een lichte daling, maar in 2010 is de suïciderate bij de mannen met 24,1% gestegen in vergelijking met 2009. Deze stijging is echter niet significant ( $\chi^2(1) = 0,75$ ;  $p = .39$ ). De vrouwelijke suïciderate blijft vanaf 2003 relatief stabiel. In 2010 bemerken we een niet significante daling (33,4%) van de vrouwelijke suïciderate ( $\chi^2(1) = 1,00$ ;  $p = .32$ ) ten opzichte van 2009.

Figuur 1: Suïciderates, Groot Gent, 1996-2010, volgens geslacht



In regio Groot Gent is het van negen overleden mensen niet duidelijk of hun dood accidenteel of intentioneel was. Indien er vanuit gegaan wordt dat het om intentioneel overlijden gaat en dus suïcide betreft, dan kent de suïciderate bij de mannen (41,4/100.000) een niet significante ( $\chi^2(1) = 2,058$ ;  $p = .151$ ) stijging van 42,7% in vergelijking met 2009. De suïciderate bij de vrouwen (14,2/100.000) kent een

<sup>2</sup> Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, Afdeling Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging

<sup>3</sup> De meest recent beschikbare cijfers worden weergegeven.

niet significante ( $\chi^2 (1) = 0,034$ ;  $p = .853$ ) daling van 5,4% ten opzichte van 2009. Aangezien dit overlijdens betreft waarvan de intentie niet duidelijk was, werden deze niet opgenomen in de grafische voorstelling (zie figuur 1).

### 3.1.2 Rates suïcidepogingen Regio Groot Gent

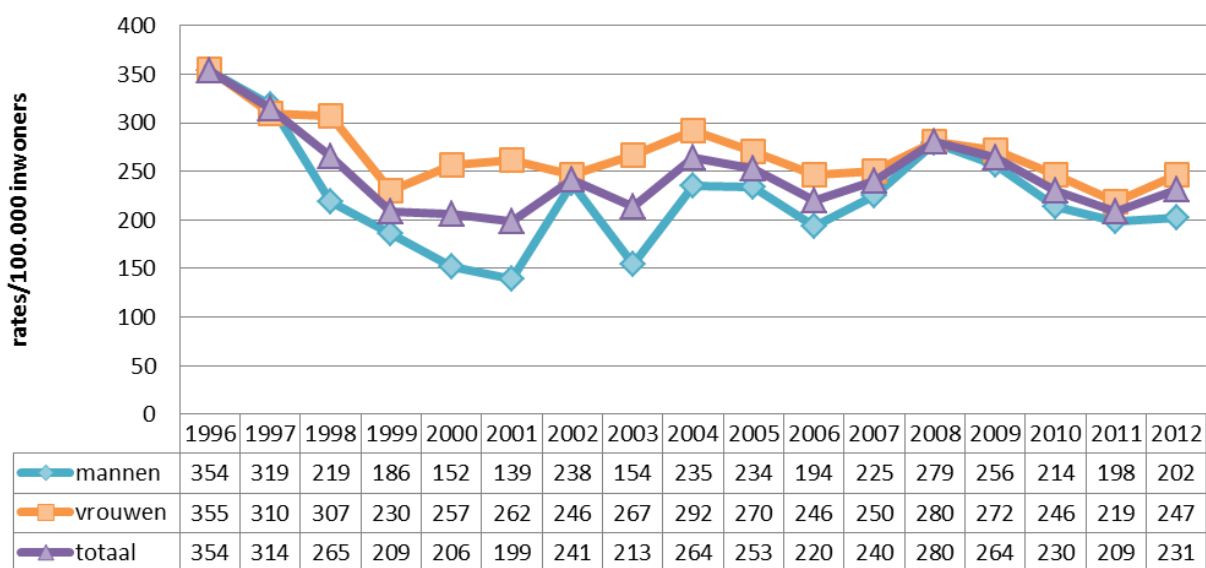
#### Person-based rates

In 2012 werden in Groot Gent, na kwaliteitscontrole, in totaal 456 suïcidepogingen opgetekend (273 registraties, 183 kwaliteitscontroles). Hierbij waren in totaal 448 personen betrokken. Dit levert bijgevolg een person/event ratio van 1:1,02 op. Per 100.000 inwoners (inwoners van Groot Gent 2011  $\geq 15$  jaar) bedroeg de jaarlijkse rate van suïcidepogingen 235 (event-based) en 231 (person-based).

In onderstaande person-based evolutietabel (Figuur 2) zien we een niet significante stijging (10,5%) van de rates ten opzichte van vorig jaar ( $\chi^2 (1) = 1,10$ ;  $p = .29$ ). Bij de mannen merken we een stijging van 2,0%, deze stijging is echter niet significant ten opzichte van 2011 ( $\chi^2 (1) = 0,04$ ;  $p = .84$ ). Bij de vrouwen merken we eveneens een niet significante stijging (12,8%;  $\chi^2 (1) = 1,689$ ;  $p = .19$ ) in het aantal suïcidepogingen in Groot Gent ten opzichte van 2011.

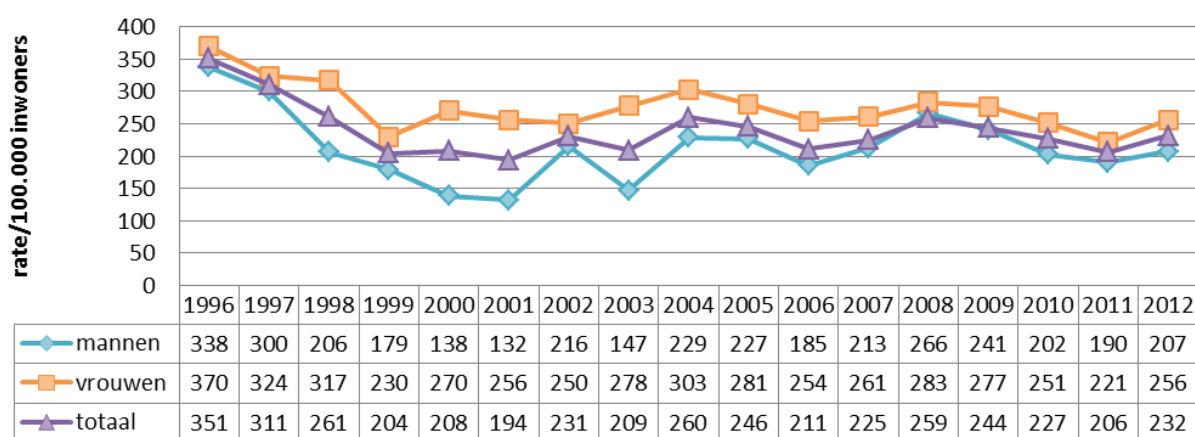
Ondanks de stijging in de rates van het aantal suïcidepogingen ten opzichte van 2011, zijn de rates van 2012 significant lager ten opzichte van deze in 2008 ( $\chi^2 (1) = 4.71$ ;  $p < .05$ ).

**Figuur 2: Person-based rates, Groot Gent, 1996-2012, volgens geslacht**



Figuur 3 geeft de evolutie weer van de direct gestandaardiseerde person-based rates (ASR) op basis van de Vlaamse bevolking 2000. De gestandaardiseerde cijfers van suïcidepogingen houden rekening met de leeftijdsamenstelling van de Gentse inwoners. Op basis hiervan wordt de rate van de suïcidepogingen berekend zoals die zou zijn als de leeftijdsverdeling van de bevolking jaar na jaar dezelfde zou blijven. Bij het bekijken van de gestandaardiseerde person-based rates zien we eveneens een niet significante stijging bij mannen (8,9%) en vrouwen (15,8%), met respectievelijk  $\chi^2(1) = 0,73$ ;  $p = .39$  en  $\chi^2(1) = 2,57$ ;  $p = .11$ .

**Figuur 3: Person-based rates, Groot Gent, 1996-2012, volgens geslacht  
(Standaardpopulatie= Vlaamse bevolking 2000)**



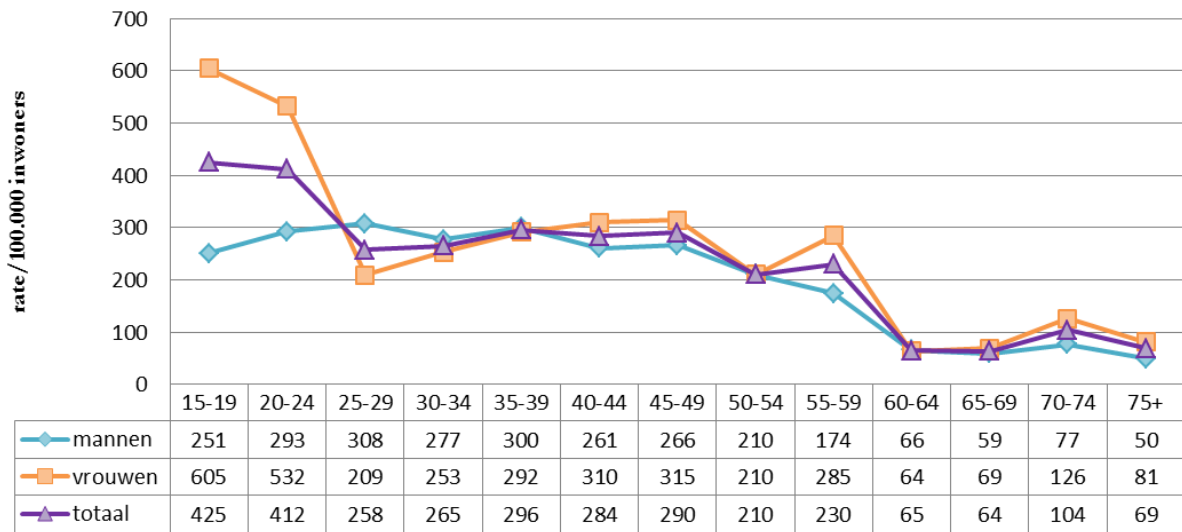
## Leeftijd en geslacht

In 2012 bedroeg de man/vrouw ratio (person-based) 1:1,24. Deze verhouding is enigszins gestegen in vergelijking met 2011 (1:1,16). Sinds 1996 werden telkens meer vrouwelijke dan mannelijke pogingen geregistreerd. De man/vrouw verhouding heeft steeds gefluctueerd over de verschillende registratiejaren heen.

De gemiddelde leeftijd van de personen die een geregistreerde suïcidepoging ondernamen in de regio Groot Gent tijdens 2012 was 38,4 jaar; 38,3 jaar bij de mannen tegenover 38,4 jaar bij de vrouwen.

Figuur 4 toont de person-based rates volgens leeftijd en geslacht.

Figuur 4: Person-based rates, Groot Gent, 2012, volgens leeftijd en geslacht



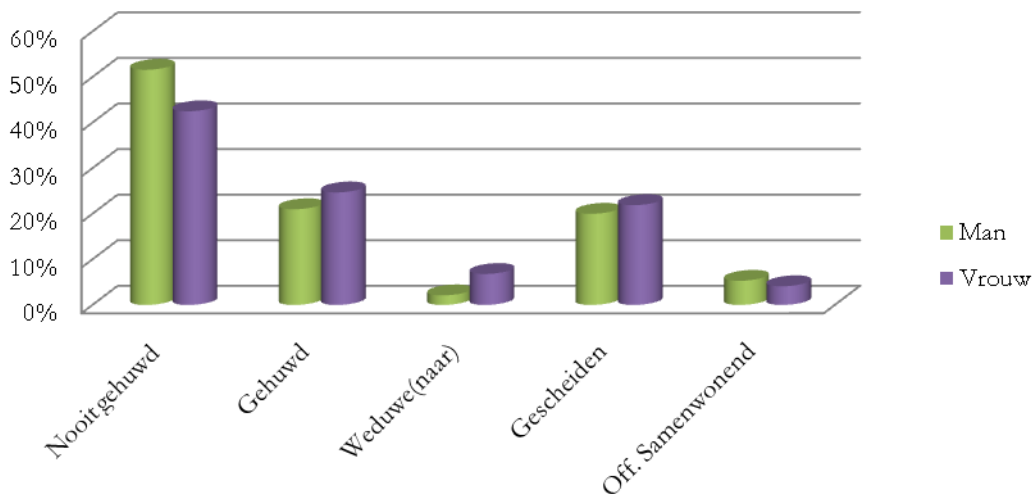
In bovenstaande person-based grafiek vinden we voor de vrouwen de hoogste rates terug in de leeftijdsgroep van 15-19 (605/100.000) en in de leeftijdsgroep van 20-24 (532/100.000), dit is gelijk aan de bevindingen van 2011. De laagste rates bij de vrouwen vinden we terug in de leeftijdsgroepen 60-64 en 65-69. Bij de mannen bevinden de hoogste rates zich onder de 25-29 jarigen (308/100.000) en onder de 35-39 jarigen (300/100.000). Vorig jaar bevond de hoogste rate bij de mannen zich in de leeftijdsgroep 40-44. De rate van deze leeftijdsgroep is ten opzichte van 2011 niet significant gedaald met 14,5%.

## 3.2 Persoonsgerelateerde gegevens

### 3.2.1 Burgerlijke staat en woonsituatie

Ongehuwden maakten in huidig onderzoek de grootste subgroep (46,1%; n= 111) uit onder suïcidepogers in de regio Groot Gent. Daarnaast was ongeveer twee op tien suïcidepogers gehuwd (23,2%, n= 56), 21,2% (n= 51) gescheiden, 5,0% (n= 12) weduwe(naar) en 4,6% (n= 11) officieel samenwonend op het ogenblik van de suïcidepoging. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen wat betreft burgerlijke staat. In figuur 5 wordt de burgerlijke staat van de suïcidepogers grafisch weergegeven.

**Figuur 5: Burgerlijke staat van suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht, 2012**



38,8% van de personen die in 2012 een suïcidepoging ondernamen (n= 87) woonde alleen ten tijde van de poging. De overige patiënten woonden samen met een partner, ouders of andere familieleden, of verbleven in een residentiële instelling. Significant meer mannen (48,2%, n= 40) dan vrouwen (33,3%, n= 47) woonden alleen ten tijde van de suïcidepoging ( $\chi^2(1) = 4,86$ ;  $p < .05$ ).

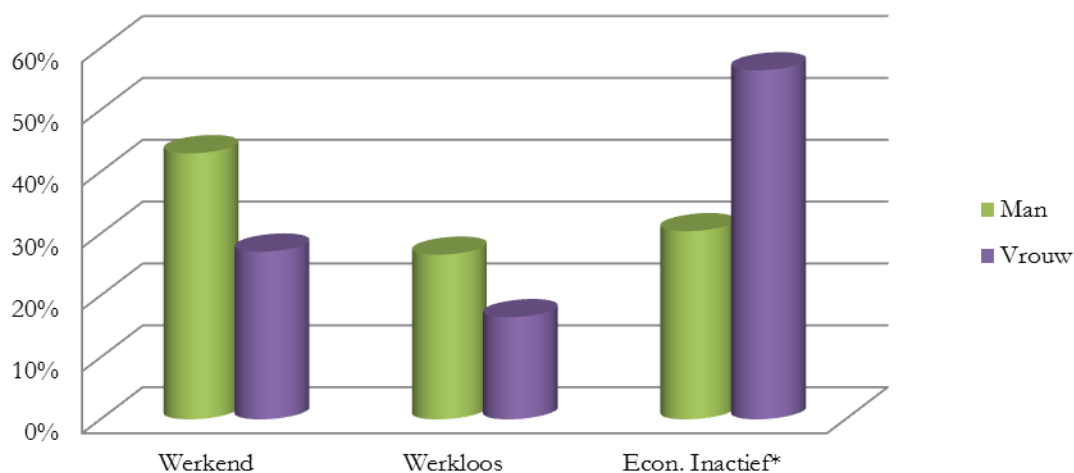


### 3.2.2 Economische status

In Groot Gent was 33,0% (n= 70) van de geregistreerde suïcidepogers werkend en 20,3% (n= 43) werkloos. 46,7% (n= 99) van de suïcidepogers was economisch inactief. Binnen deze inactieve groep was bijna de helft invalide (48,9% (n= 43), 33,0% (n= 29) student en 18,2% (n= 16) gepensioneerd.

Figuur 6 illustreert het significante verschil tussen mannen en vrouwen: vrouwen waren vaker economisch inactief dan mannen (56,4% vs 30,4%; ( $\chi^2(1)= 13,47$ ;  $p < .01$ ).

**Figuur 6: Economische toestand van suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht, 2012**



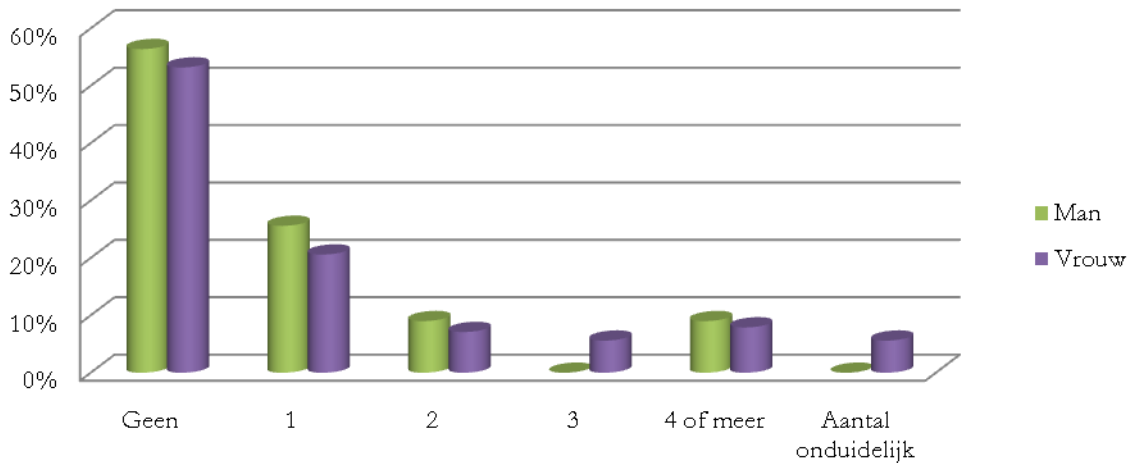
\* Significant geslachtsverschil ( $p < .01$ )

### 3.2.3 Eerdere pogingen

In huidig onderzoek bleek dat 45,6% (n= 93) van de geregistreerde suïcidepogers een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag kenden. Van deze patiënten ('repeaters') ondernam 22,5% (n= 46) één eerdere poging, 7,8% (n= 16) twee eerdere pogingen, 3,4% (n= 7) drie eerdere pogingen, 8,3% (n=17) ondernam in het verleden reeds 4 of meer eerdere pogingen en bij 3,4% (n= 7) is het onduidelijk hoeveel pogingen er in het verleden werden ondernomen. 54,4% van de geregistreerde suïcidepogers had nog geen eerdere poging ondernomen. Er werden geen significante verschillen geobserveerd tussen mannen en vrouwen wat betreft de aanwezigheid van suïcidepogingen in de voorgeschiedenis.

In figuur 7 wordt het aantal suïcidepogingen voorafgaand aan de huidige poging, weergegeven.

**Figuur 7: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in Groot Gent, volgens geslacht, 2012**



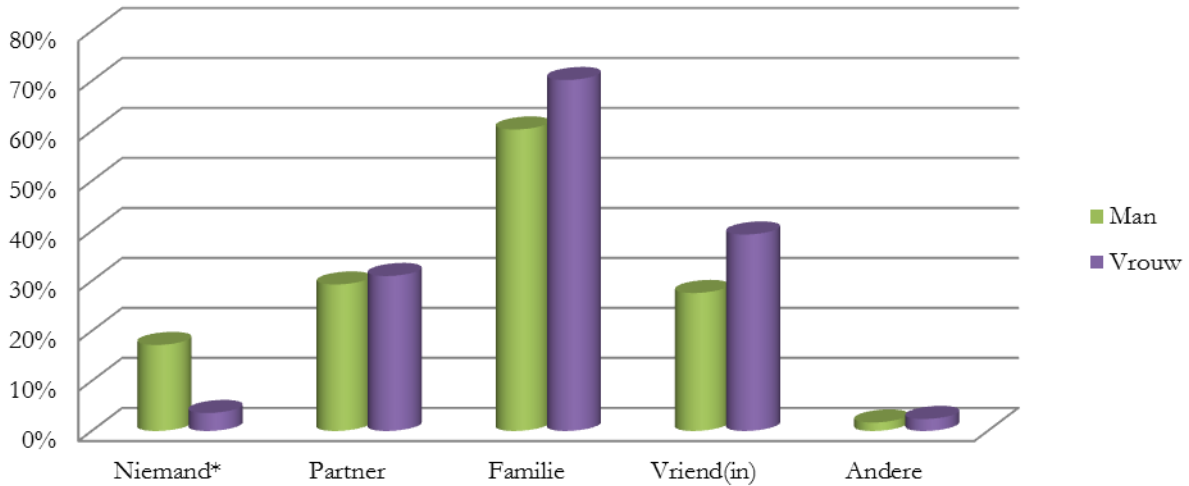
Indien een patiënt reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond. In de literatuur wordt er namelijk aangegeven dat hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar op herhaald suïcidaal gedrag. De vorige poging vond bij 46,7% (n= 35) van de patiënten minder dan twaalf maanden vóór de huidige poging plaats. De overige pogingen vonden meer dan een jaar geleden plaats. Het tijdsinterval tussen de huidige poging en voorgaande bleek niet significant verschillend te zijn qua geslacht.

Bij 75,8% (n= 50) van de repeaters werd de voorgaande poging medisch behandeld. Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (89,3%). 3,6% werd door de huisarts behandeld en 7,1% werd elders medisch behandeld (bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis). Bij 67,9% (n= 36) van de patiënten werd deze poging ook psychisch behandeld. De aanwezigheid van medische en/of psychische behandeling bleek niet significant te verschillen volgens geslacht.

### 3.2.4 Sociale steun

Gebrek aan sociale steun vergroot het risico op een suïcidepoging, daarom is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van een patiënt na te gaan. In figuur 8 wordt het sociale netwerk weergegeven. De patiënten gaven aan het vaakst sociale steun te vinden bij hun familie (66,2%). 30,3% gaf aan sociale steun te vinden bij hun partner en 34,5% gaf aan bij een vriend of vriendin terecht te kunnen. 2,1% gaf aan bij een andere terecht te kunnen voor steun. Tenslotte gaf 9,2% van de patiënten aan dat ze helemaal niemand hebben waarbij ze terecht kunnen. Dit was significant vaker bij mannen dan bij vrouwen het geval (17,2% vs 3,6%; ( $\chi^2(1) = 7,71$ ;  $p < .01$ ).

**Figuur 8: Sociaal netwerk bij suïcidepogers in Groot Gent, volgens geslacht, 2012**

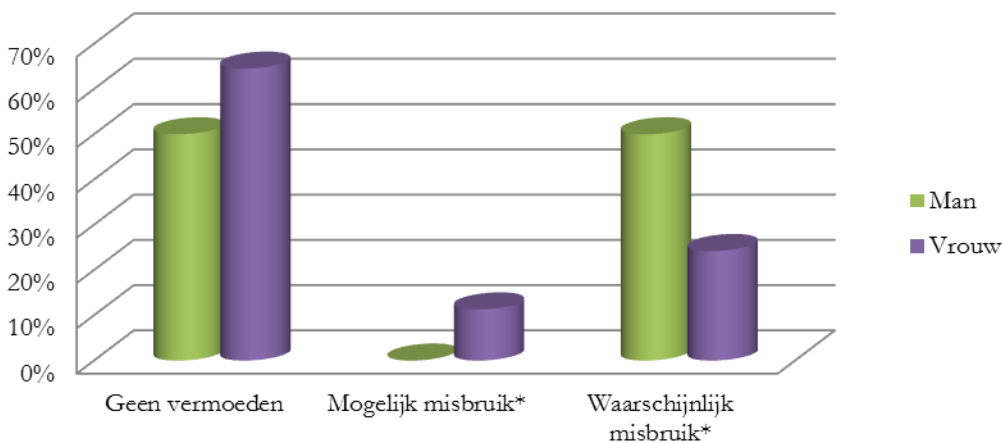


\* Significant geslachtsverschil ( $p < .01$ )

### 3.2.5 Alcohol- en middelenmisbruik

Op basis van de CAGE-AID vragenlijst wordt een inschatting gemaakt van het alcohol- en/of middelenmisbruik bij de patiënten. In de meerderheid van de gevallen (58,5%) was er géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 6,6% van de patiënten was er sprake van “mogelijk misbruik”, en dit significant meer bij vrouwen (11,3%) dan bij mannen (0,0%),  $\chi^2(1) = 5,32$ ;  $p < .05$ . Tenslotte was er bij 34,9% van de patiënten sprake van “waarschijnlijk misbruik”, dit kwam significant vaker voor bij mannen (50,0%) dan bij vrouwen (24,2%),  $\chi^2(1) = 7,54$ ;  $p < .05$ . Figuur 9 illustreert de significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft alcohol- en/of middelenmisbruik.

**Figuur 9: Alcohol- en/of middelenmisbruik bij suïcidepogers regio Groot Gent, volgens geslacht, 2012**



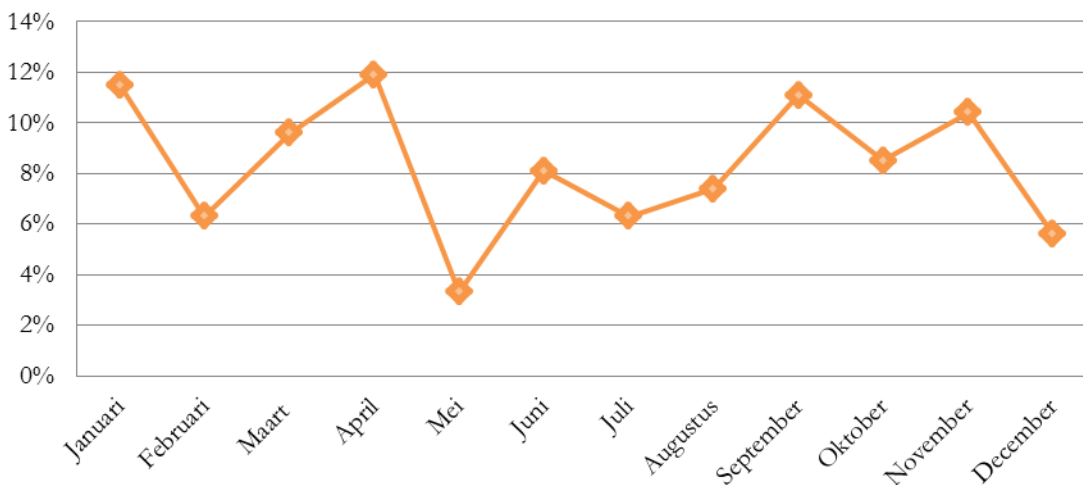
\* Significant geslachtsverschil ( $p < .05$ )

### 3.3 Gebeurtenisgerelateerde gegevens

#### 3.3.1 Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal registraties van suïcidepogingen per maand weer. Globaal werden de meeste suïcidepogingen in januari, april en september geregistreerd. Tijdens de maanden mei en december werden het minst aantal suïcidepogingen geregistreerd.

**Figuur 10: Maand van suïcidepoging, Groot Gent, 2012**



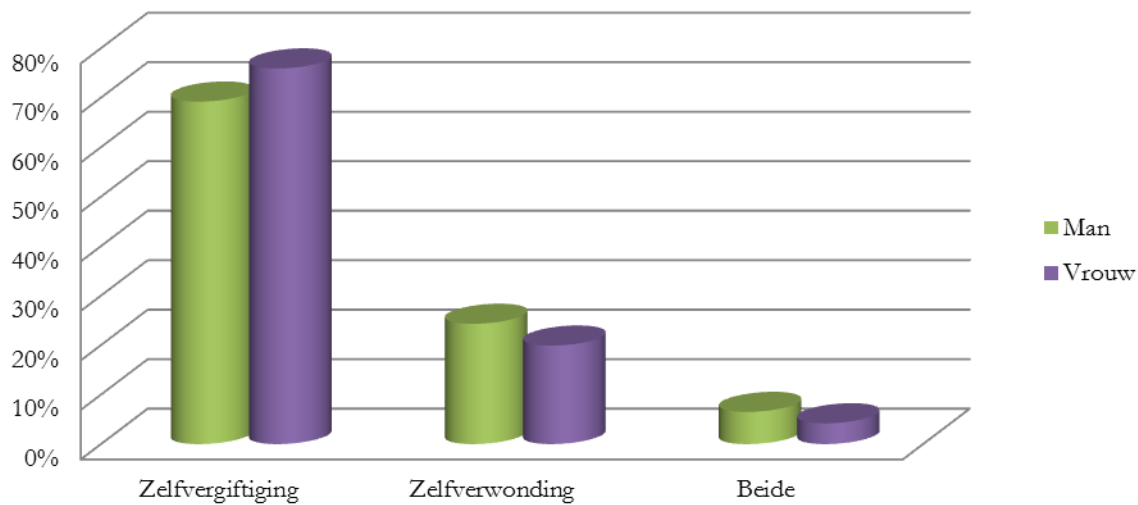
De meeste suïcidepogingen werden 's avonds (tussen 17.31u en 23.30u) of 's (na)middags (tussen 11.31u en 17.30u) ondernomen, respectievelijk 37,2% (n= 42) en 24,8% (n= 28). In de loop van de nacht (tussen 23.31u en 06.30u) en van de ochtend (tussen 06.31u en 11.30u) werden respectievelijk 21,2% (n= 24) en 16,8% (n= 19) van de pogingen ondernomen. Er werd geen significant verschil geobserveerd tussen mannen en vrouwen wat betreft tijdstip van de suïcidepoging.

#### 3.3.2 Methode

##### Gebruikte methode bij suïcidepoging

De meerderheid van de suïcidepogingen (73,3%, n= 200) gebeurde uitsluitend met behulp van zelfvergiftiging (medicatie en/of pesticiden, chemicaliën of andere schadelijke stoffen), 21,6% (n= 59) uitsluitend met behulp van zelfverwonding en 5,1% (n= 14) aan de hand van zelfvergiftiging en –verwonding. In tegenstelling tot 2011 werden er in 2012 geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen geobserveerd wat betreft de gebruikte methode (figuur 11).

**Figuur 11: Methode van suïcidepoging, Groot Gent, volgens geslacht, 2012**



Tabel 1 geeft een meer gedetailleerd overzicht weer van de verschillende gebruikte methoden, per persoon zijn meerdere gebruikte methoden mogelijk.

Drie kwart van de suïcidepogingen gebeurde met behulp van overdosis medicatie. Een intoxicatie met medicatie kwam niet significant vaker voor bij vrouwen (78,9%) dan bij mannen (71,0%). Zelfvergiftiging door het gebruik van pesticiden, chemicaliën en andere schadelijke stoffen (wasproducten, rattenvergif,...) gebeurde bij 4,0% van de suïcidepogingen. Vier personen ondernamen een poging aan de hand van overdosis medicatie samen met het gebruik van pesticiden, chemicaliën of andere schadelijke stoffen. Ongeveer één derde van de suïcidepogers gebruikte alcohol voor of tijdens de suïcidepoging, waarbij 37,4% mannen en 30,7% vrouwen.

9,9% van de suïcidepogers aangemeld op de spoedafdeling verwonden zichzelf met een scherp voorwerp. Zichzelf snijden kwam iets meer voor bij mannen (12,1%) dan bij vrouwen (8,4%), dit betreft echter geen significant verschil. Verhangingspoging kwam bij 6% van de suïcidepogers voor, 6,5% mannen en 5,4% vrouwen. Andere methoden (5,1%) die werden gebruikt zijn van een hoogte springen (n= 10), voor een bewegend voorwerp springen (n= 2), zichzelf verbranden door middel van hete dampen (n= 1) en veroorzaken van een verkeersongeval (n= 1).

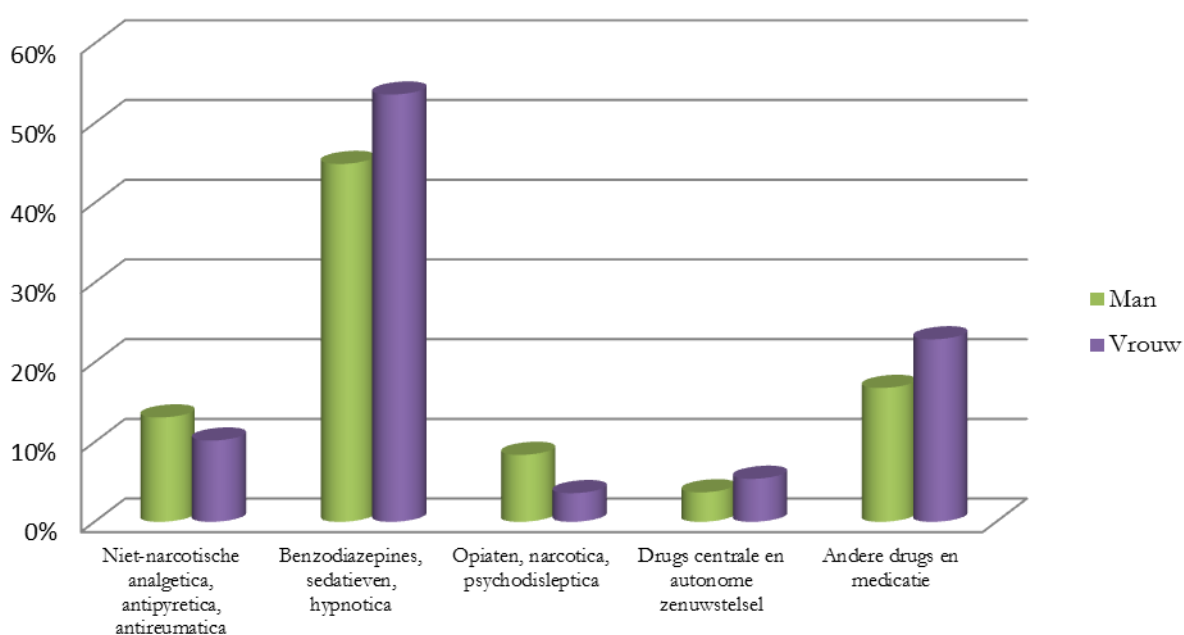
**Tabel 1: Methoden gebruikt bij suïcidepoging, volgens geslacht, 2012**

|                               | Man (n)    | Vrouw (n)   | Totaal (n)  |
|-------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Overdosis medicatie           | 71,0% (76) | 78,9% (131) | 75,8% (207) |
| Vergiftiging                  | 6,5% (7)   | 2,4% (4)    | 4,0% (11)   |
| Verhanging                    | 6,5% (7)   | 5,4% (9)    | 5,9% (16)   |
| Verdrinking                   | 3,7% (4)   | 3,0% (5)    | 3,3% (9)    |
| Verwonden met scherp voorwerp | 12,1% (13) | 8,4% (14)   | 9,9% (27)   |
| Andere methoden               | 6,5% (7)   | 4,2% (7)    | 5,1% (14)   |
| Ongekende methode             | 1,9% (2)   | 3,6% (6)    | 2,9% (8)    |

### Soorten medicatie bij overdosis

Figuur 12 biedt een overzicht van de gebruikte soorten medicatie bij een suïcidepoging aan de hand van zelfvergiftiging of een combinatie van zelfvergiftiging en -verwonding. Van alle geregistreerde pogingen gebeurde 50,2% (n= 137) aan de hand van benzodiazepines, sedatieven en hypnotica. Bij 20,5% (n= 56) werd er medicatie ingenomen die niet nader gespecificeerd werd. Het derde meest gebruikte middel betrof medicatie uit de groep van niet-narcotische analgetica, antipyretica en antireumatica (11,4%; n= 31). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen.

**Figuur 12: Soorten medicatie, volgens geslacht, 2012**



### 3.3.3 Zorgtraject

Bij elke suïcidepoging die op de spoeddienst behandeld wordt, proberen we na te gaan hoe deze behandeld werd of zal worden na het ontslag op de spoeddienst. Om dit zorgtraject zo zorgvuldig mogelijk te registreren, kan er door het spoedpersoneel verschillende opties aangevinkt worden. Bij 67,0% (n=183) van de geregistreerde pogingen was er informatie beschikbaar in verband met het gevolgde of te volgen zorgtraject.

Bij 26,8 % (n= 49) van de suïcidepogingen waarvoor deze informatie beschikbaar was, werd aangegeven dat de patiënt na het verblijf op de spoeddienst doorverwezen werd naar een ambulante dienst.

Na de poging werd 80,9% (n= 148) van de patiënten verder behandeld in één of meerdere residentiële settings; 60 onder hen (32,8%) verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 67 (36,6%) patiënten werden naar een (intra- of extramurale) PAAZ dienst doorverwezen, 14 (7,7%) verbleven op een somatische afdeling (waaronder de observatiekamers op de algemene spoedafdeling) en 22 (12,0%) werden naar een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis doorverwezen.

Bij 16 patiënten werd er na de suïcidepoging (8,7%) geen behandeling opgestart. 14 patiënten (7,7%) werden op advies zonder nazorg ontslaan en één patiënt (0,5%) ging op tegenadvies op ontslag.

Er werden geen significante geslachtsverschillen geobserveerd voor de verschillende zorgtrajecten.

## 4. Bespreking

### Korte samenvatting van de bevindingen

Het voorkomen van suïcidepogingen in regio Groot Gent kent in 2012 een (niet-significante) stijging van 10,5% in 2012 in vergelijking met 2011. De stijging is meer uitgesproken bij vrouwen (15,8%) dan bij mannen (8,9%). De man/vrouw verhouding voor wat betreft het voorkomen van suïcidepogingen is 1:1,2. Zowel bij mannen als bij vrouwen komen suïcidepogingen het meest voor op jonge leeftijd, namelijk tussen 15 en 24 jaar bij vrouwen en tussen 25 en 29 en 35 en 39 jaar bij mannen

Ongeveer drie op vier suïcidepogingen (73,3%) gebeurt door middel van zelfvergiftiging (voornamelijk door middel van benzodiazepines of andere sedatieven), terwijl bij 21,6% van de suïcidepogingen sprake is van zelfverwonding (voornamelijk door middel van een scherp voorwerp of verhangen en wurging) en bij 5,1% van een combinatie van zelfverwonding en zelfvergiftiging. Alcohol wordt ongeveer bij één derde (33,5%) van de suïcidepogingen ingenomen.

Het merendeel van de geregistreerde suïcidepogers is economisch inactief (46,7%), dit in tegenstelling tot vorig jaar toen de grootste groep van de suïcidepogers behoorde tot het werkende deel van de bevolking. Conform met andere registratiejaren is de meerderheid van de suïcidepogers nooit gehuwd geweest (46,1%) en woont meer dan de helft (61,2%) van de onderzoeksgroep 'niet alleen' op het ogenblik van de poging.

Net zoals in 2010 en 2011 wordt het merendeel van de suïcidepogers na de poging opgenomen (80,9%), vaak op een intra- of extramurale PAAZ dienst (36,6%) of op de urgentiepsychiatrische dienst (32,8%).

### Sterktes en beperkingen

Omdat drie grote ziekenhuizen in Gent gegevens voor deze studie aanleveren kunnen enige conclusies inzake trends in de aantallen en kenmerken van suïcidepogingen in de regio Gent getrokken worden. Door jaarlijks in de drie ziekenhuizen een kwaliteitscontrole uit te voeren, wordt ervoor gezorgd dat de cijfers zo accuraat mogelijk zijn. Na het registratieonderzoek in Oxford is deze studie bovendien de langstlopende registratiestudie van suïcidepogingen in een specifieke regio.

Niettemin moet bij de interpretatie van de bevindingen in het licht van de preventie van suïcidaal gedrag in Gent en Vlaanderen rekening gehouden worden met enkele methodologische bemerkingen. Eerst en vooral includeert dit onderzoek enkel de personen die na een suïcidepoging worden aangemeld op de



spoeddienst. Dit betekent dat de personen die na hun suïcidepoging geen medische behandeling nodig hadden of naar de huisarts zijn geweest, niet werden opgenomen in de berekening van de cijfers. Daarnaast worden voor de berekening van de cijfers voor de regio Groot Gent enkel de suïcidepogers geregistreerd die officieel inwoners zijn van deze regio. Dit impliceert dat, wanneer op basis van het registratieformulier of de informatie uit de spoedregisters blijkt dat de aangemelde suïcidepogers niet officieel ingeschreven is in de regio Groot Gent, deze niet wordt opgenomen in de berekeningen.

Het feit dat veel bevindingen ook in buitenlands onderzoek worden aangetroffen [10, 11, 12, 13] geeft aan dat de invloed van deze methodologische bemerkingen beperkt is.

### Implicaties voor preventie

Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Studies tonen aan dat het risico op suïcidaal gedrag significant daalt in de eerste 12 maanden volgend op een suïcidepoging indien de patiënt terecht kan in de geestelijke gezondheidszorg [14]. De beschikbaarheid van de diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg maakt dan ook een belangrijk deel uit van de preventiestrategie. Het IPEO, dat kadert binnen de geïndiceerde preventie, is een belangrijk instrument voor de evaluatie van het verdere suïcidale risico bij patiënten die zijn aangemeld op de spoed na een suïcidepoging. Aan de hand van het IPEO worden de zorgbehoeftes van de patiënt bevraagd en wordt na de risico-inschatting advies voor verdere hulpverlening (ambulante en/of residentieel) gegeven.

Uit de cijfers van regio Groot Gent zien we dat 46% van de suïcidepogers een voorgeschiedenis van één of meerdere suïcidepogingen heeft, terwijl dit in 2011 nog gold voor 56%. Dit zou kunnen wijzen op een positief effect van IPEO op de frequentie van herhaling van suïcidepogingen, maar een causaal verband kan in een beschrijvende studie zoals deze niet aangetoond worden. De grootste groep (19,8%) die werd aangemeld op de spoeddiensten zijn jongeren. Voor de evaluatie en opvang van jongere suïcidepogers werd het KIPEO ontwikkeld [15]. Dit instrument is gelijkaardig aan het IPEO, maar is meer toegepast op de jongeren doelgroep. Aan de hand van het KIPEO worden eveneens de risicofactoren en de zorgbehoeftes van de jongeren in kaart gebracht en wordt op basis daarvan advies voor verdere hulpverlening gegeven, dit om de kans op het herhalen van een suïcidepoging te verkleinen.

Naast suïcidepogers vormen ook personen met psychische problemen en personen met lichamelijke aandoeningen een belangrijke risicogroep voor suïcide [16]. Uit de cijfers van regio Groot Gent blijkt dat 46,7% economisch inactief is, van wie bijna de helft invalide is ten gevolgen van zowel psychische (vb. depressie) als somatische (vb. fibromyalgie) aandoeningen. De review van Hawton en collegae [17]

toonde aan dat onder andere personen met een depressieve stoornis, voorgeschiedenis van suïcidepogingen en alcohol- en/of drugmisbruik een verhoogd risico van suïcide hebben. De cijfers van regio Groot Gent tonen aan dat deze risicofactoren heel frequent voorkomen bij de suïcidepogers in dit onderzoek. Selectieve preventie, gericht op doelgroepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag, is dus nodig. In dit kader moet de aandacht vooral gericht worden op diagnostiek, opvang en behandeling. Kennis en vaardigheden van betrokken beroepsgroepen spelen dus een zeer belangrijke rol en initiatieven gericht op het vergroten van deze kennis en vaardigheden met betrekking tot het inschatten van het suïciderisico en omgaan met suïcidale patiënten bij professionals verdienen aanbeveling. Voorbeelden zijn deskundigheidsbevorderende interventies zoals trainingen en posters in personeelsruimtes [18].

Driekwart van de suïcidepogingen gebeurt met behulp van een overdosis medicatie. Meest frequent worden middelen ingenomen uit de categorie benzodiazepines, sedatieven en hypnotica. Onderzoeken toont aan dat gebruikte medicatie bij een overdosis meestal wordt verkregen via legitieme kanalen (voorgeschreven door huisarts of psychiater) voor legale doelen (behandelen psychische symptomen) [19,20]. De inname van een overdosis medicatie in combinatie met alcohol zorgt voor een hogere letaliteit. Als universele preventiestrategie, gericht op de algemene bevolking, moet artsen worden geadviseerd minder toxische medicatie en kleinere hoeveelheden medicatie voor te schrijven. Voor medicatie die verkrijgbaar is zonder voorschrift van een arts kan aangeraden worden om de inhoud van de verpakking te limiteren en de toegankelijkheid te verminderen [19]. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek plant meer gedetailleerd onderzoek naar de rol van de beschikbaarheid van met name benzodiazepines bij suïcidaal gedrag in Vlaanderen in de nabije toekomst. Op basis van de resultaten kunnen preventieve acties ten aanzien van artsen en apothekers ontwikkeld worden.

### Implicaties voor verder onderzoek

Dergelijk meer gedetailleerd onderzoek ter voorbereiding van preventieve acties naar specifieke doelgroepen is een mooi voorbeeld van de bijdrage van voortgezette epidemiologische monitoring van de aantallen en kenmerken van suïcidepogers in een welbepaalde regio tot de preventie van dit belangrijk volksgezondheidsprobleem. Verder onderzoek naar zorgtrajecten na de opname op een spoedopnamedienst is eveneens aangeraden. Een meerderheid van suïcidepogers wordt na behandeling op de spoedopname opgenomen, maar we weten nog maar weinig van het vervolg op deze opname en de effecten daarvan op recidief suïcidepogingen. De vraag stelt zich bijvoorbeeld in welke mate verwijzing naar ambulante zorg gebeurt en in welke mate gevolg gegeven wordt aan een dergelijke verwijzing en aan de behandeling nadien.

## Referenties

1. Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging. *Statistiek van de doodsoorzaken* [Online publicatie]. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning, [ geraadpleegd op 31-10-2011], Beschikbaar op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>
2. Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
3. Zahl, D., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.
4. De Jaegere, E., Vancayseele, N., Portzky, G.; & van Heeringen, C. (2011). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2011. Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent.
5. Owens, D., Horrocks, J, et al. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
6. Hawton, K, & van Heeringen, C. (Eds.). (2000). International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester John Wiley & Sons.
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.) (1994). Attempted suicide in Europe: Findings from the Multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe: 3-15. Leiden: DSWO Press.
8. FOD Binnenlandse Zaken, Algemene Directie Instellingen en Bevolking, Rijksregister
9. Voros, V., Osvath, P., & Fekete, S. (2004). Gender differences in suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 6, 65-71.
10. Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Rutherford, D., Bergen, H., Simkin, S., Brand, F., & Lascelles, K. (2010). Self-Harm in Oxford 2010. Centre for suicide research, University of Oxford.

11. Corcoran, P., Arensman, E., Griffin, E., & Perry, I.J. (2011). Deliberate Self Harm in the Republic of Ireland. National Suicide Research Foundation.
12. Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., & Kapur, N. (2010). Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *The British journal of psychiatry*, 197, 493-498.
13. Nock, M., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
14. Cooper, S., Lezotte, D., Jacobellis, J., & DiGuseppi, C. (2006). Does availability of mental health resources prevent recurrent suicidal behavior. An ecological analysis. *Suicide and Life-threatening behavior*, 36, 409 – 417.
15. De Jaegere, E., Hoorens, V., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2011). KIPEO, Instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers (kinderen en jongeren). Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent.
16. Nordentoft, M. (2010). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
17. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187, 9-20.
18. Otto, M.A. (2011). Suicide Prevention Poster Improves ED Recognition, Management. Elsevier Global Medical News.
19. Buykx, P., Loxley, W., Dietze, P., & Ritter, A. (2010). Medications used in overdose and how they are acquired – an investigation of cases attending an inner Melbourne emergency department. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34, 401-404.
20. Tournier, M., Grolleau, A., Cougnard, A., Molimard, M., & Verdoux, H. (2009). Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 259, 86-91.