

EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK



UNIT FOR SUICIDE RESEARCH



DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

2014

MSc. N. Vancayseele
MSc. R. van Landschoot
Prof. dr. G. Portzky
Prof. dr. C. van Heeringen



VLAAMS ACTIEPLAN
SUICIDEPREVENTIE 2012-2020



Vlaanderen
is zorg

EENHEID VOOR ZELFMOORDONDERZOEK



UNIT FOR SUICIDE RESEARCH



DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

2014

MSc. N. Vancayseele
MSc. R. van Landschoot
Prof. dr. G. Portzky
Prof. dr. C. van Heeringen

Een onderzoek naar de verspreiding van suïcidepogingen en naar de factoren die deze verspreiding beïnvloeden door middel van een registratie in 37 Vlaamse spoedopnamediensten.

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

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
Universitair Ziekenhuis – 1K12F
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel. 09/332.43.73
Fax 09/332.49.89
www.eenheidzelfmoordonderzoek.be



VLAAMS ACTIEPLAN
SUÏCIDEPREVENTIE 2012-2020



Vlaanderen
is zorg

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 hebben aan de dataverzameling.

Het registreren aan de hand van het IPEO- en KIPEO-instrument vraagt een grote inzet van alle hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, psychologen,...) bij deze wensen wij, van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, iedereen te danken voor deze inspanning. We willen eveneens de toewijding van het ziekenhuispersoneel om aan de individuele behoeften te voldoen van patiënten die worden aangemeld na een suïcidepoging, in de verf zetten. In kader van 'good practices' zijn wij dan ook erg dankbaar dat het IPEO- en KIPEO-instrument wordt gebruikt voor de eerste opvang en zorg na een suïcidepoging. In het bijzonder gaat onze dank uit naar de artsen, psychologen en verpleegkundigen van de deelnemende ziekenhuizen m.n. UZ Gent, ZH Oost-Limburg Genk, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, Sint-Trudo ziekenhuis Sint-Truiden, AZ Glorieux Ronse, AZ Lokeren, ZH Maas en Kempen Maaseik, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst en Asse, AZ Sint-Maarten Duffel, AZ Vesalius Tongeren, AZ Damiaan Oostende, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Monica Antwerpen, AZ Sint-Jozef Malle, AZ Sint-Blasius Dendermonde, H. Hartziekenhuis Mol, Jan Yperman ziekenhuis Ieper, AZ Maria Middelaars Gent, Maria ZH Overpelt, OLV van Lourdes Waregem, RZ Sint-Maria Halle, AZ Sint-Augustinus Veurne, AZ KLINA Brasschaat, AZ Herentals, AZ Sint-Lucas Gent, AZ Sint-Vincentius Deinze, AZ Sint-Dimpna Geel, AZ Heilige Familie Rumst/Reet, AZ Diest, AZ Delta Roeselare/Menen, ASZ Aalst, Imeldaziekenhuis Bonheiden, AZ Alma Sijsele/Eeklo, AZ Jan Palfijn Gent, H. Hartziekenhuis Lier en AZ Oudenaarde. Zonder jullie actieve inzet kunnen wij immers niet verder.

Daarnaast gaat onze dank uit naar Mevr. Rita Vanhove en Dhr. Peter Beks van de organisatie 'Zorg voor suïcidepogers' en de CGG suïcidepreventiemedewerkers voor de hulp bij de dataverzameling.

Verder danken wij ook het Rijksregister en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afdeling Informatie en Ondersteuning, Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging, voor het ter beschikking stellen van de populatiecijfers voor de verschillende regio's, en de Vlaamse Regering, met name de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor het mogelijk maken van het onderzoek.

Inhoud

Inleiding	1
Achtergrond	2
Onderzoeksmethode	3
Berekening van de incidentiecijfers/rates	5
Inhoud jaarverslag	5
 Hoofdstuk 1: Voorkomen suïcidepogingen in Vlaanderen 2014	 6
Rates	7
Aantal gebeurtenissen (event-based) en personen (person-based)	17
Schattingsfactoren	19
 Hoofdstuk 2: Instrument voor Psychosociale Evaluatie & Opvang (IPEO)	 22
Persoonsgerelateerde gegevens	23
Geslacht en leeftijd	23
Burgerlijke staat, woonsituatie & economische toestand	24
Psychiatrische behandeling in voorgeschiedenis	26
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	27
Sociaal netwerk	29
Alcohol- en middelenmisbruik	29
Diagnose	30
 Gebeurtenisgerelateerde gegevens	 32
Situering in de tijd	32
Aard van de poging	33
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging	37
Ervaren problemen en motieven	39
Suïcidale intentie	42
Zorgtraject	43
 Hoofdstuk 3: Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinder en Jongeren (KIPEO)	 46
Persoonsgerelateerde gegevens	47
Geslacht en leeftijd	48
Woonsituatie en schoolsituatie	48
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag en automutilatie	49
Sociaal netwerk en steun	50
Alcohol, drugs en/of medicatie misbruik	51
Coping	52

Gebeurtenisgerelateerde gegevens	53
Situering in de tijd	53
Aard van de poging	53
Inschatting van emoties en suïcidaliteit na de poging	56
Voorafgaande problemen en motieven	59
Suïcidale intentie	61
Zorgtraject	61
Bespreking	64
Korte samenvatting van de bevindingen	64
Sterktes en beperkingen	66
Implicaties voor preventie	66
Implicaties voor verder onderzoek	68
Hoofdstuk 4: Suïcidepogingen in Vlaanderen vs. andere Europese landen/regio's	70
Inleiding	70
Suïcidepogingen in Vlaanderen/Groot Gent vs. andere Europese landen/regio's in 2012	71
Rates in Groot Gent vs. Andere Europese regio's in 2012	71
Aard van de poging, Vlaanderen vs andere Europese landen/regio's in 2012	72
Suïcidepogingen in Vlaanderen vs Ierland in 2013	74
Rates in Vlaanderen vs Ierland in 2013	74
Aard van de poging, Vlaanderen vs Ierland in 2013	75
Overzichtstabel	77
Bijlage: relevante invloedssferen	78
Referenties	84

INLEIDING

In volgend deel wordt er een beschrijving gegeven van de achtergrond en de methodologie van deze registratiestudie.

Epidemiologische registratieprojecten zijn essentiële onderdelen van doeltreffende preventieprogramma's. Gezien de hoge cijfers voor wat betreft het voorkomen van suïcide in Vlaanderen is de epidemiologische monitoring van één van de belangrijkste risicofactoren, zijnde suïcidepogingen, een essentieel onderdeel van het Vlaams suïcidepreventieprogramma. Op basis van deze registratie kunnen immers risicofactoren bepaald worden, waardoor preventie inhoudelijk gestuurd kan worden. Tevens kan het effect van preventieprogramma's opgevolgd worden.

Sinds 1998 worden jaarlijks, met steun van de Vlaamse Regering, in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gegevens geregistreerd betreffende de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die gezien werden op de spoedopname-dienst. In het kader van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006 – 2010)[1] wordt vanaf 2007 deze registratie van suïcidepogingen verzameld a.d.h.v. het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO¹). Hierdoor zijn er meer gegevens over de kenmerken van suïcidepogingen beschikbaar. Dit instrument werd in de eerste plaats ontwikkeld om de organisatie van het zorgproces na een suïcidepoging te ondersteunen. Het kan echter ook gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Sinds 2012 wordt het KIPEO geïmplementeerd in de Vlaamse ziekenhuizen, kinderpsychiatrische ziekenhuizen, CLB's en CGG's. Het KIPEO is bedoeld voor de psychosociale evaluatie en opvang van kinderen en jongeren na een suïcidepoging, maar kan net als het IPEO ook gebruikt worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De informatie die nu verzameld wordt, bevat niet alleen epidemiologische gegevens, maar ook data in verband met het suïcidaal proces, de psychiatrische voorgeschiedenis, de belangrijkste life-events, de suïcidale intentie, de motieven voor de poging, en het uiteindelijke behandelplan na het ontslag op de spoedopname.

Bij de start van de registraties in 2007 leverden 5 ziekenhuizen data aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, doorheen de jaren nam het aantal deelnemende ziekenhuizen gradueel toe. Het totaal aantal ziekenhuizen dat in 2014 data heeft geleverd is 37, m.n. UZ Gent, ZH Oost-Limburg Genk, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, Sint-Trudo ziekenhuis Sint-Truiden, AZ Lokeren, ZH Maas en Kempen Maaseik, Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst en Asse, AZ Sint-Maarten Duffel, AZ Vesalius Tongeren, AZ Damiaan Oostende, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Monica Antwerpen, AZ Sint-Jozef Malle, AZ Sint-Blasius Dendermonde, H. Hartziekenhuis Mol, Jan Yperman ziekenhuis Ieper, AZ Maria Middelaars Gent, Maria ZH Overpelt, OLV van Lourdes Waregem, RZ Sint-Maria Halle, AZ Sint-Augustinus Veurne, AZ Glorieux Ronse, AZ KLINA Brasschaat, AZ Herentals, AZ Sint-Lucas Gent, AZ Sint-Vincentius Deinze, AZ Oudenaarde, AZ Heilige Familie Rumst/Reet, H. Hartziekenhuis Lier, AZ Diest, AZ

¹ Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) in samenwerking met Sein – Instituut voor Gedragswetenschappen (UHasselt) & het Project Zelfmoordpreventie van Vlaanderen (CGGZ) i.o.v. het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Het is terug te vinden op: www.zelfmoord1813.be/publicaties.

Delta Roeselare/Menen, ASZ Aalst, Imeldaziekenhuis Bonheiden, AZ Alma Sijsele/Eeklo, AZ Jan Palfijn Gent en AZ Sint-Dimpna Geel.

Het IPEO en KIPEO zullen de komende jaren progressief in heel Vlaanderen geïmplementeerd worden en zullen aldus de basis vormen voor een meer uitgebreide dataverzameling, zowel kwantitatief als inhoudelijk.

Naast een papieren versie van het IPEO en KIPEO is ook een elektronische versie beschikbaar voor de deelnemende ziekenhuizen. De gegevens die ingegeven worden in dit programma kunnen digitaal en anoniem aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek bezorgd worden. Voor dit jaarverslag leverden twee op drie ziekenhuizen elektronische IPEO's en drie op de vier ziekenhuizen elektronische KIPEO's.

Onderzoeksmethode

DEFINITIE EN TERMINOLOGIE

Om zo weinig mogelijk vals positieve en vals negatieve registraties te hebben en om de inclusie van suïcidepogingen over de verschillende ziekenhuizen heen te uniformiseren, werd in de handleiding van het IPEO een definitie van een suïcidepoging geformuleerd, afkomstig van de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO). Deze definitie wordt in de handleiding toegelicht aan de hand van een beslissingsboom met voorbeelden. De definitie gaat als volgt:

Een suïcidepoging is een handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk, weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding(-vernietiging), of 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 fysieke gevolgen, verlangde verandering(en) te bewerkstelligen [2].

INCLUSIECRITERIA

- Alle methodes die worden gebruikt tijdens de suïcidepoging worden geïncludeerd. Wat betreft de methode van suïcidepogingen wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfverwonding (verhanging, wurging, verdrinking, steek- en snijwonden, sprong van een hoogte e.d.) en zelfvergiftiging (inname van (psycho-)farmaca, drugs, alcohol, chemicaliën of andere schadelijke stoffen).
- Iedereen die levend na een suïcidepoging wordt aangemeld op de spoedafdeling wordt geïncludeerd.

EXCLUSIECRITERIA

Onderstaande cases worden niet beschouwd als een suïcidepoging:

- Accidentele overdosis, vb. iemand die medicatie inneemt in kader van ziekte, zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Alcohol intoxicatie zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Accidentele overdosis met partydrugs
- Personen die zijn overleden bij aankomst in het ziekenhuis door suïcide

KWALITEITSCONTROLE EN SCHATTINGSFACTOR

Het geschatte aantal suïcidepogingen of suïcidepogers wordt berekend aan de hand van een schattingsfactor. De schattingsfactoren worden berekend op basis van kwaliteitscontroles. 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 (K)IPEO. Belangrijk hierbij op te merken is dat de schattingsfactor enkel wordt berekend op de (K)IPEO's die werden geregistreerd in de ziekenhuizen. KIPEO's die werden afgenomen in een CLB of CGG worden niet opgenomen in de berekening van de schattingsfactor.

In het UZ Gent worden de “missing” patiënten ook steeds opgezocht in het elektronisch patiëntendossier om na te gaan of het daadwerkelijk om een suïcidepoging gaat. De kwaliteitscontrole in het UZ Gent kan dus beschouwd worden als de meest accurate kwaliteitscontrole. In het UZ Gent en in ziekenhuizen die gebruik maken van elektronische aanmeldingsregisters vindt er jaarlijks een kwaliteitscontrole plaats. In de overige registrerende ziekenhuizen wordt de kwaliteitscontrole slechts om de drie jaar uitgevoerd omwille van een tekort aan tijd en middelen. De kwaliteitscontrole wordt ook enkel in een ziekenhuis uitgevoerd wanneer het (K)IPEO reeds een jaar of langer in gebruik is.

Op basis van de kwaliteitscontrole wordt een schatting gemaakt van het reële aantal suïcidepogingen gemeld op de spoedafdeling van een ziekenhuis. De schattingsfactor wordt berekend door het aantal geregistreerde (K)IPEO's op te tellen bij het aantal “missings” en dit vervolgens te delen door het aantal geregistreerde (K)IPEO's. Voor de ziekenhuizen waar geen kwaliteitscontrole plaatsvond in 2014, of waar ons toegang geweigerd werd tot de aanmeldingsregisters, wordt een algemene schattingsfactor berekend. De algemene schattingsfactor is gelijk aan de som van de schattingsfactoren afkomstig uit de kwaliteitscontroles van de afgelopen drie jaar gedeeld door het aantal ziekenhuizen waarin een kwaliteitscontrole gebeurde.

Berekening van de incidentiecijfers/rates

Het incidentiecijfer oftewel de rate, zijnde het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar, per spoedopnamedienst wordt aan de hand van volgende procedure berekend: de populatioenemer wordt berekend aan de hand van de bevolking waaruit de spoedopnamedienst de patiënten werft. Er wordt nagegaan per gemeente hoeveel procent van de inwoners van die regio opgenomen werden in een Belgisch ziekenhuis in het beschouwde kalenderjaar (voor dit jaarverslag werd gebruik gemaakt van de meest recente relevante invloedssferen, namelijk van 2011). Vervolgens wordt bekeken hoeveel patiënten opgenomen werden in het registrerende ziekenhuis in datzelfde kalenderjaar. Het percentage (aantal patiënten gehospitaliseerd in dit ZH/ aantal patiënten gehospitaliseerd in alle ZHN) wordt vervolgens vermenigvuldigd met het totale aantal inwoners van die gemeente voor het beschouwde kalenderjaar (met name 2014) om de populatioenemer voor die gemeente voor het desbetreffende ziekenhuis te bekomen. De totale populatioenemer voor het ziekenhuis wordt bekomen door de populatioenemers voor de verschillende gemeentes op te tellen. Het incidentiecijfer wordt uiteindelijk bekomen door het aantal geschatte suïcidepogingen (event-based, EB) of suïcidepogers (person-based, PB) van het beschouwde kalenderjaar te delen door de populatioenemer. Daarna wordt het cijfer herleid naar 100.000.

De rates voor Vlaanderen als geheel worden berekend door de som van het aantal geschatte suïcidepogingen (event-based) of suïcidepogers (person-based) te delen door de som van de populatioenemers van de 37 registrerende ziekenhuizen.

Inhoud jaarverslag

Het huidige jaarverslag bevat vijf hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk worden de EB-rates en PB-rates van 2014 beschreven. In het tweede hoofdstuk worden de gegevens gerapporteerd die van de patiënten werden verzameld aan de hand van het IPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang). Het derde hoofdstuk wordt gewijd aan het rapporteren van de gegevens die aan de hand van het KIPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang- Kinderen/jongeren versie) werden verzameld. In het vierde hoofdstuk wordt er even stilgestaan bij de Europese cijfers omtrent suïcidepogingen en tenslotte wordt in het laatste deel, aan de hand van een overzichtstabel, informatie per ziekenhuis terug gerapporteerd. Een deel van de gegevens van het UZ Gent, AZ Sint-Lucas Gent, AZ Jan Palfijn Gent en AZ Maria Middelaars werden ook verwerkt in de WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour (zie www.eenheidzelfmoordonderzoek.be).

HOOFDSTUK 1: VOORKOMEN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN 2014

In de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014, werden 2.147 suïcidepogingen geregistreerd bij 2.071 personen. Op basis van deze data, bedroeg zowel de Vlaamse Person-based rate als de Vlaamse Event-based rate 159. De rate is 1.9 % hoger dan de equivalente rate in 2013 (156). Deze rate betekent in absolute cijfers dat in 2014, naar schatting, 10.236 pogingen voorkwamen in Vlaanderen. Dit is het derde achtereenvolgende jaar dat de cijfers relatief stabiel blijven. De EB-rate in West-Vlaanderen (222) is significant hoger dan de EB-rate van Oost-Vlaanderen (158), Vlaams-Brabant (125), Antwerpen (127) & Limburg (132).

Hoofdstuk 1: Voorkomen suïcidepogingen in Vlaanderen 2014

In het eerste hoofdstuk worden de rates in Vlaanderen en de rates per provincies uitgebreid besproken. Verder wordt er stilgestaan bij het aantal gebeurtenissen Event-based (EB) en Person-based (PB). Er wordt per ziekenhuis een overzicht gegeven van het aantal registraties in 2014. Tenslotte wordt de berekening van de schattingsfactoren toegelicht.

Rates

RATES IN VLAANDEREN

In tabel 1 worden de rates per instelling en geslacht gepresenteerd. De incidentiecijfers van suïcidepogingen in Vlaanderen werden berekend op basis van het aantal gebeurtenissen (event-based rates; EB) en op basis van het aantal personen dat één of meerdere pogingen ondernam (person-based rates; PB) geregistreerd met het IPEO- en het KIPEO instrument.

Tabel 1: Overzicht rates verdeeld volgens instelling en geslacht (per 100.000 inwoners), 2014

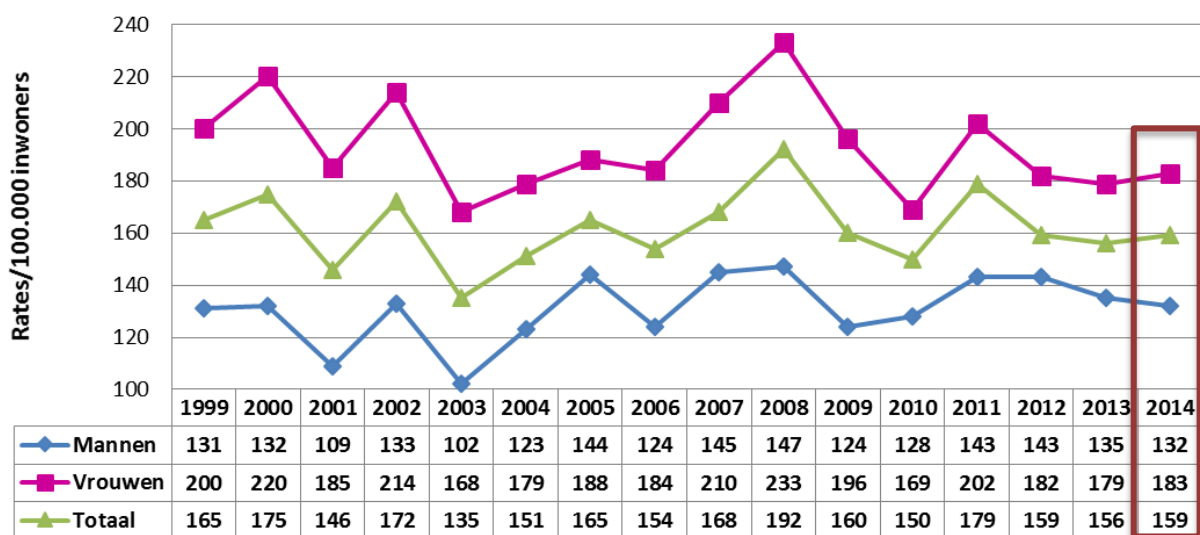
Instelling/Regio*	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	EB	PB	EB	PB	EB	PB
ASZ / Aalst	16	16	62	62	40	41
AZ Alma / Sijsele - Eeklo	234	227	246	240	228	232
AZ Damiaan / Oostende	144	127	110	104	119	113
AZ Delta / Roeselare - Menen	145	145	273	269	205	204
AZ Diest	263	263	183	183	206	216
AZ Glorieux / Ronse	211	194	259	235	226	216
AZ Groeninge / Kortrijk	195	195	321	304	251	253
AZ Heilige Familie / Rumst - Reet	184	184	277	272	230	228
AZ Herentals	152	143	279	272	213	215
AZ Jan Palfijn / Gent	250	243	231	231	240	237
AZ KLINA / Brasschaat	101	83	42	42	61	59
AZ Lokeren	94	94	181	181	141	147
AZ Maria Middelaers / Gent	143	143	110	110	126	126
AZ Monica/ Antwerpen	84	84	115	115	96	100
AZ Oudenaarde	97	97	211	211	152	159
AZ Sint-Augustinus / Veurne	289	273	289	284	297	287
AZ Sint-Blasius / Dendermonde	124	124	242	242	179	187
AZ Sint-Dimpna / Geel	149	149	261	241	207	196
AZ Sint-Jan / Brugge	126	125	181	178	153	151
AZ Sint-Jozef / Malle	129	129	93	87	104	105
AZ Sint-Lucas / Brugge	123	123	207	196	175	177
AZ Sint-Lucas / Gent	169	167	160	155	164	161
AZ Sint-Maarten / Duffel-Mechelen	92	92	119	119	103	107
AZ Sint-Vincentius / Deinze	80	80	376	366	185	182
AZ Vesalius / Tongeren	70	70	104	104	85	89
H. Hartziekenhuis / Lier	99	99	181	181	139	146
H. Hartziekenhuis / Mol	135	131	261	257	201	198
Imeldaziekenhuis / Bonheiden	57	49	95	95	74	74
Jan Yperman / Ieper	397	369	385	374	371	369
Maria ZH / Overpelt	129	129	153	148	135	138
OLV van Lourdes ZH / Waregem	244	236	394	371	322	307
OLV Ziekenhuis Aalst - Asse	96	95	167	165	131	129
RZ Sint-Maria / Halle	45	45	71	71	57	60
RZ Sint-Trudo / Sint-Truiden	207	199	366	352	283	285
UZ Gent	118	117	269	247	183	173
ZH Maas en Kempen / Maaseik	149	125	200	200	170	167
ZH Oost-Limburg / Genk	84	84	96	96	88	92
Totaal / Vlaanderen	135	132	188	183	159	159

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

Figuur 1 toont de evolutie aan van de PB-rates in Vlaanderen. Het gemiddelde van de totale PB rates gedurende de voorbije zestien registratiejaren bedraagt, net zoals vorig jaar, 162 op 100.000 inwoners. De gemiddelde PB-incidentierate voor vrouwen (193/100.000) ligt hoger dan deze voor mannen (131/100.000), dit betreft een significant verschil tussen beide groepen ($\chi^2(1) = 11.88$; $p < .01$). Vrouwen werden overheen de jaren significant vaker aangemeld op de spoedafdeling na een suïcidepoging dan mannen.

Wanneer de totale **PB-rate van 2014 (159)** vergeleken wordt met die van 2013 blijkt dat er een stijging is van 1.9% die echter niet significant is ($\chi^2(1) = 0.029$; $p > .05$). De PB-incidentierate van 2014 voor vrouwen (183) kent een niet significante stijging van 2.2% ten opzicht van 2013. Voor mannen is de PB-incidentierate (132) niet significant gedaald met 2.3% ($\chi^2(1) = 0.034$; $p > .05$). Dit is reeds het tweede jaar na elkaar dat er een daling kan vastgesteld worden in de rate van de mannen, op basis van de jaarlijkse registraties die gebeuren aan de hand van het IPEO en KIPEO in de Vlaamse ziekenhuizen.

Figuur 1: Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2014



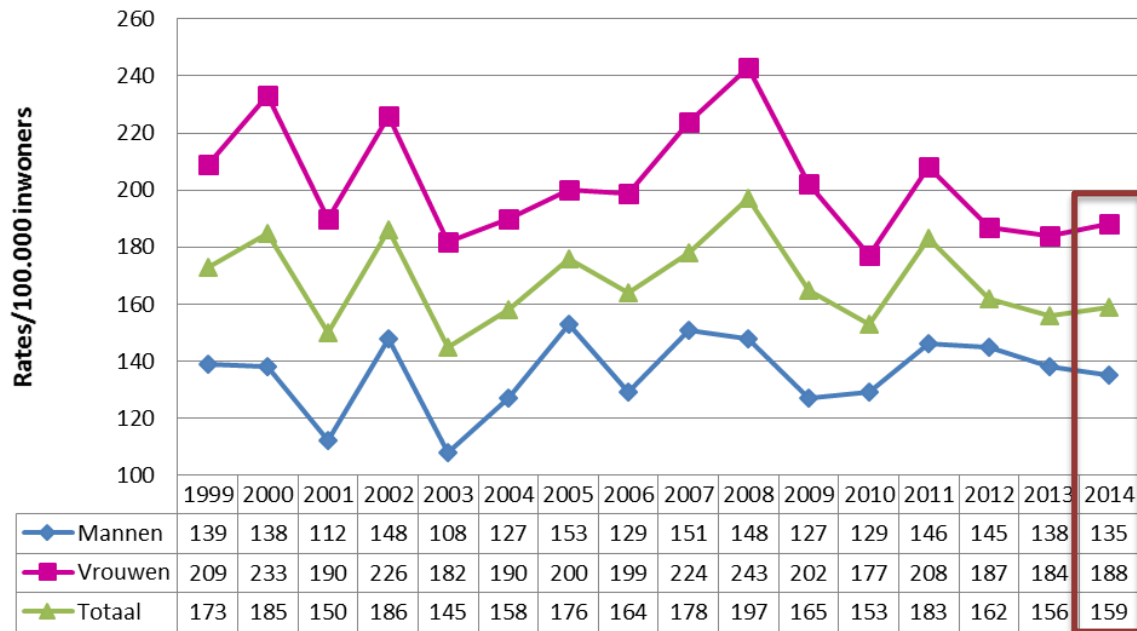
Figuur 2 toont aan dat de EB-rates quasi dezelfde evolutie volgen als de PB-rates. De gemiddelde EB-rate voor Vlaanderen, berekend over de laatste zestien jaar, bedraagt 168/100.000 inwoners. Het verschil tussen de gemiddelde EB-rate voor vrouwen (203/100.000) en mannen (136/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de PB-rates (respectievelijk 181/100.000 en 135/100.000).

Ten opzichte van 2013 is de totale **EB-rate van 2014 (159)** 1.9% gestegen. Deze stijging is echter niet significant ($\chi^2(1) = 0.029$; $p > .05$). Ter verduidelijking van deze rate betekent dit in absolute cijfers dat in 2014 naar schatting 10.236 pogingen voorkwamen in Vlaanderen², wat neerkomt op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag.

² Berekend op basis van de bevolkingscijfers van Vlaanderen op 1 januari 2015, afkomstig van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie.

Ten op zichte van 2013 is de EB-incidentierate van 2014 voor mannen niet significant gedaald met 2.2% ($\chi^2(1) = 0.033$; $p > .05$). De EB-rate van de vrouwen is in 2014 niet significant gestegen met 2.2% ten op zichte van 2013 ($\chi^2(1) = 0.043$; $p > .05$).

Figuur 2: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2014



RATES PER PROVINCIE

Figuren 3-7 geven per provincie de EB-rate-evolutie weer voor de deelnemende instellingen. Tabel 2 - 6 geven een overzicht van de EB-rates per provincie volgens instelling. Aangezien de PB-rates nauw aansluiten bij de EB-rates, werd ervoor gekozen om hier enkel de EB-rates per provincie en instelling weer te geven.

• West-Vlaanderen

In West-Vlaanderen (zie tabel 2 en figuur 3) daalden de rates ten opzichte van 2013 in vijf ziekenhuizen, m.n. AZ Sint-Jan, AZ Sint-Lucas, AZ Sint-Augustinus, OLV van Lourdes en AZ Delta en stegen in drie ziekenhuizen m.n. AZ Groeninge, Jan Yperman ziekenhuis en AZ Damiaan.

Enkel in AZ Groeninge te Kortrijk was er een significante stijging merkbaar van het aantal aanmeldingen op de spoeddienst na een suïcidepoging ($\chi^2(1) = 31.57$; $p < .01$).

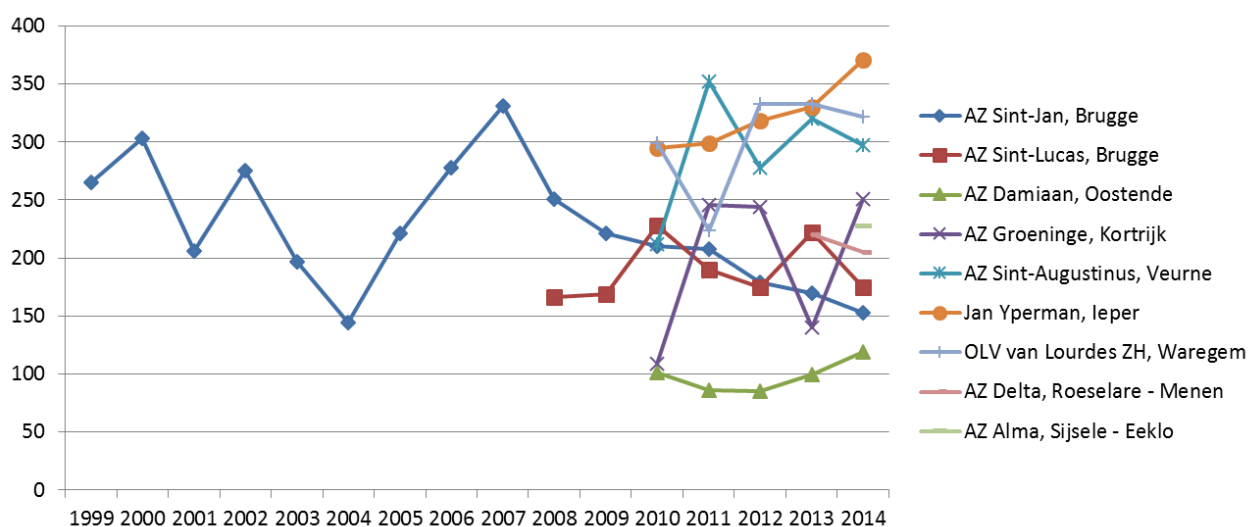
Tabel 2: Overzicht van EB-rates in West-Vlaanderen volgens instelling, 1999-2014

Instelling, regio*	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14
AZ Sint-Jan, Brugge	265	303	206	275	197	144	221	278	331	251	221	210	208	179	170	153
AZ Sint-Lucas, Brugge										166	169	228	190	175	197	175
AZ Damiaan, Oostende												101	86	85	100	119
AZ Groeninge, Kortrijk°												109	246	244	140	251
AZ Sint-Augustinus, Veurne												212	352	278	320	297
Jan Yperman, Ieper												295	299	318	330	371
OLV van Lourdes ZH, Waregem												299	224	333	333	322
AZ Delta, Roeselare/ Menen															220	205
AZ Alma, Sijsele/Eeklo																228

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2013 en 2014 ($p < .01$)

Figuur 3: EB-rate-evolutie in West-Vlaanderen volgens instelling, 1999-2014



• Oost-Vlaanderen

In Oost-Vlaanderen (zie tabel 3 en figuur 4) was er bij de helft van de deelnemende spoedopnamediensten een daling zichtbaar ten opzichte van 2013. De rate daalde echter enkel significant in AZ Sint-Lucas ($\chi^2(1) = 8.73$; $p < .01$) en in AZ Sint-Vincentius ($\chi^2(1) = 31.20$; $p < .01$). In drie deelnemende spoedopnamediensten (m.n. AZ Oudenaarde, OLV Aalst-Asse en AZ Maria Middelaars) steeg de rate ten opzichte van 2013. Deze stijging was significant in het OLV ziekenhuis ($\chi^2(1) = 39.68$; $p < .01$) en AZ Oudenaarde ($\chi^2(1) = 26.95$; $p < .01$). In het UZ Gent en AZ Sint-Blasius bleef de rate gelijk ten opzichte van 2013.

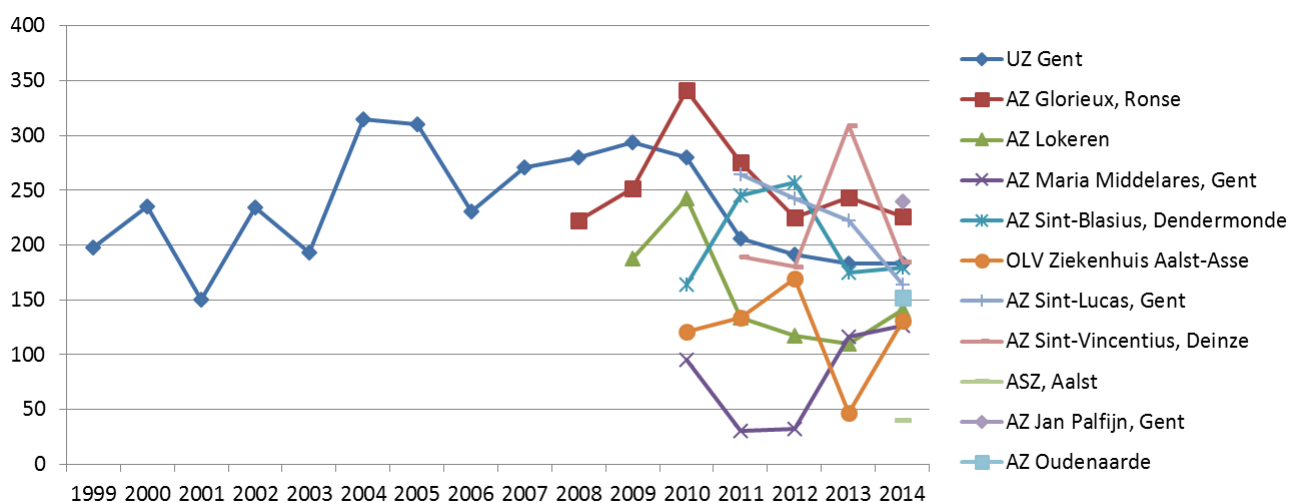
Tabel 3: Overzicht van EB-rates in Oost-Vlaanderen volgens instelling, 1999-2014

Instelling, regio*	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14
UZ Gent	198	235	150	234	193	315	310	231	271	280	294	280	206	191	183	183
AZ Glorieux, Ronse										222	252	341	275	225	243	226
AZ Lokeren°											188	242	134	117	169	141
AZ Maria Middelaars, Gent												95	30	32	116	126
AZ Sint-Blasius, Dendermonde												164	245	257	175	179
OLV Ziekenhuis Aalst-Asse°												121	134	169	47	131
AZ Sint-Lucas, Gent°													264	242	222	164
AZ Sint-Vincentius, Deinze°													189	180	309	185
AZ Oudenaarde°															74	152
ASZ, Aalst																40
AZ Jan Palfijn, Gent																240

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2013 en 2014 ($p < .01$)

Figuur 4: EB-rate-evolutie in Oost-Vlaanderen volgens instelling, 1999-2014



• Antwerpen

In Antwerpen (zie tabel 4 en figuur 5) was er in drie ziekenhuizen een stijging en in drie ziekenhuizen een daling in de EB-rates van 2014 ten opzichte van 2013. In twee ziekenhuizen was de stijging significant, m.n. AZ Sint-Dimpna ($\chi^2(1) = 8.12$; $p < .01$) en AZ Heilige Familie ($\chi^2(1) = 9.34$; $p < .01$) en in twee ziekenhuizen was de daling significant m.n. AZ Sint-Jozef ($\chi^2(1) = 14.67$; $p < .01$) en Heilig Hartziekenhuis Mol ($\chi^2(1) = 38.54$; $p < .01$). In AZ Sint-Maarten en AZ Herentals bleef de rate gelijk ten opzichte van 2013.

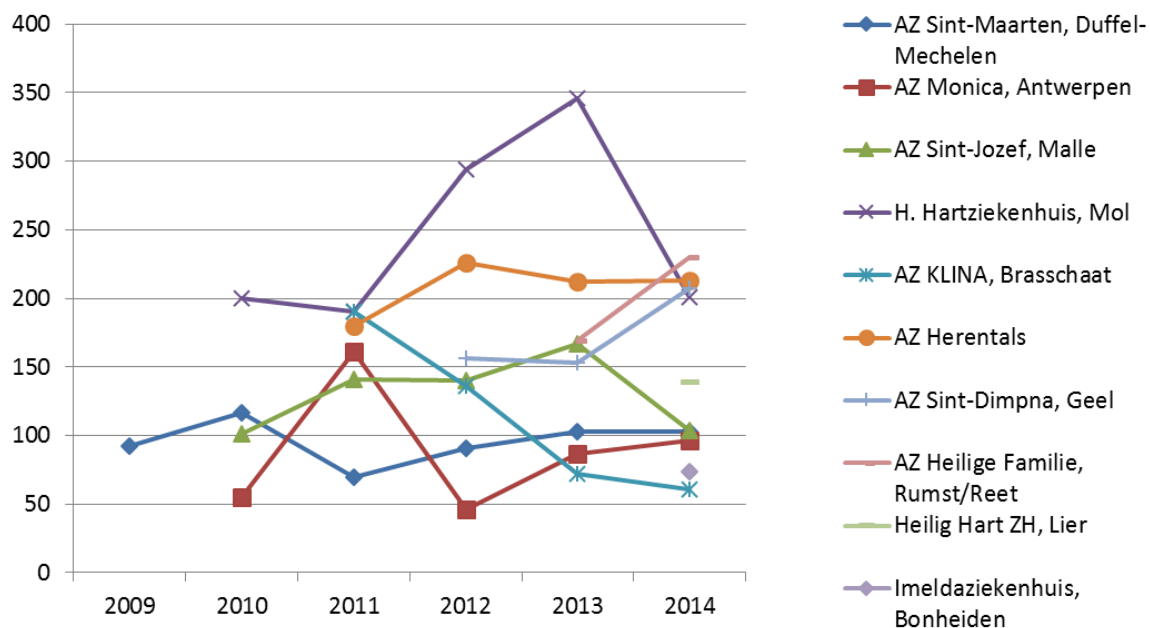
Tabel 4: Overzicht van EB-rates in Antwerpen volgens instelling, 2009-2014

Instelling, regio*	'09	'10	'11	'12	'13	'14
AZ Sint-Maarten, Duffel-Mechelen	92	117	70	91	103	103
AZ Monica, Antwerpen		55	161	46	88	96
AZ Sint-Jozef, Malle°		101	141	140	167	104
H. Hartziekenhuis, Mol°		200	190	294	346	201
AZ KLINA, Brasschaat			190	136	72	61
AZ Herentals			180	226	212	213
AZ Sint-Dimpna, Geel°				156	153	207
AZ Heilige Familie, Rumst/Reet°					169	230
Imeldaziekenhuis, Bonheiden						74
H. Hartziekenhuis, Lier						139

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2013 en 2014 ($p < .01$)

Figuur 5: EB-rate-evolutie in Antwerpen volgens instelling, 2009-2014



- **Vlaams-Brabant**

In Vlaams-Brabant (zie tabel 5 en figuur 6) was er een stijging in de EB-rates voor AZ Diest en een daling voor RZ Sint-Maria. De stijging in AZ Diest met 26% ($\chi^2(1) = 5.02$; $p < .05$) was significant.

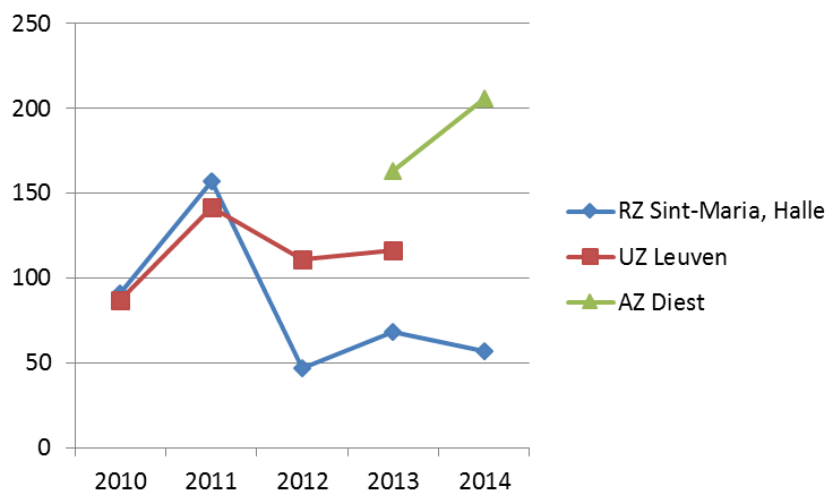
Tabel 5: Overzicht van EB-rates in Vlaams-Brabant volgens instelling, 2010-2014

Instelling, regio*	'10	'11	'12	'13	'14
RZ Sint-Maria, Halle	91	157	47	68	57
UZ Leuven	87	142	111	116	
AZ Diest°				163	206

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2013 en 2014 ($p < .05$)

Figuur 6: EB-rate-evolutie in Vlaams-Brabant volgens instelling, 2010-2014



- **Limburg**

In Limburg (zie tabel 6 en figuur 7) was er in twee ziekenhuizen een stijging vast te stellen ten op zichte van 2013, en in twee ziekenhuizen een daling. De stijging was significant in Sint-Trudo ziekenhuis ($\chi^2(1) = 17.89$; $p < .01$) en in Mariaziekenhuis Overpelt ($\chi^2(1) = 14.67$; $p < .01$). De daling was significant in Ziekenhuis Maas en Kempen ($\chi^2(1) = 26.52$; $p < .01$) en in AZ Vesalius ($\chi^2(1) = 42.64$; $p < .01$).

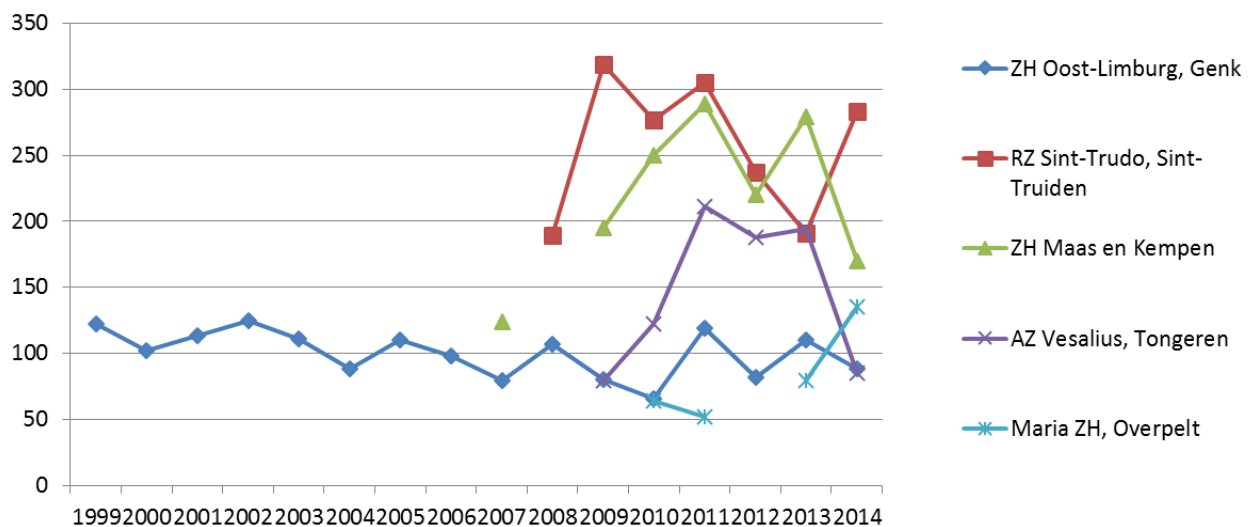
Tabel 6: Overzicht van EB-rates in Limburg volgens instelling, 1999-2014

Instelling/regio*	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14
ZH Oost-Limburg, Genk	122	102	113	125	111	88	110	98	76	107	80	66	119	82	110	88
Sint-Trudo ZH, Sint-Truiden°										189	319	277	305	237	191	283
ZH Maas en Kempen, Maaseik°									124		195	250	289	220	279	170
AZ Vesalius, Tongeren°											79	122	211	188	194	85
Maria ZH, Overpelt°												64	52		79	135

*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2013 en 2014 ($p < .01$)

Figuur 7: EB-rate-evolutie in Limburg volgens instelling, 1999-2014



De sterke schommelingen in de rates kunnen deels te wijten zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan een kwaliteitscontrole. Op basis van de aanmeldingsregisters is het niet altijd mogelijk om een onderscheid te maken tussen een habituele middelenintoxicatie of zelfverwonding en een intentionele overdosis of zelfverwonding. Ook de terminologie die in de aanmeldingsregisters gebruikt wordt om suïcidepogingen aan te duiden, verschilt tussen de ziekenhuizen.

Figuur 8 geeft een overzicht van de geografische EB-rates distributie per provincie in Vlaanderen. In West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant is er een niet significante stijging in de

EB-rate ten opzichte van 2013. In de provincies Limburg en Antwerpen is er een niet significante daling in de EB-rate ten opzichte van 2013. In Oost-Vlaanderen bleef de rate gelijk ten opzichte van 2013.

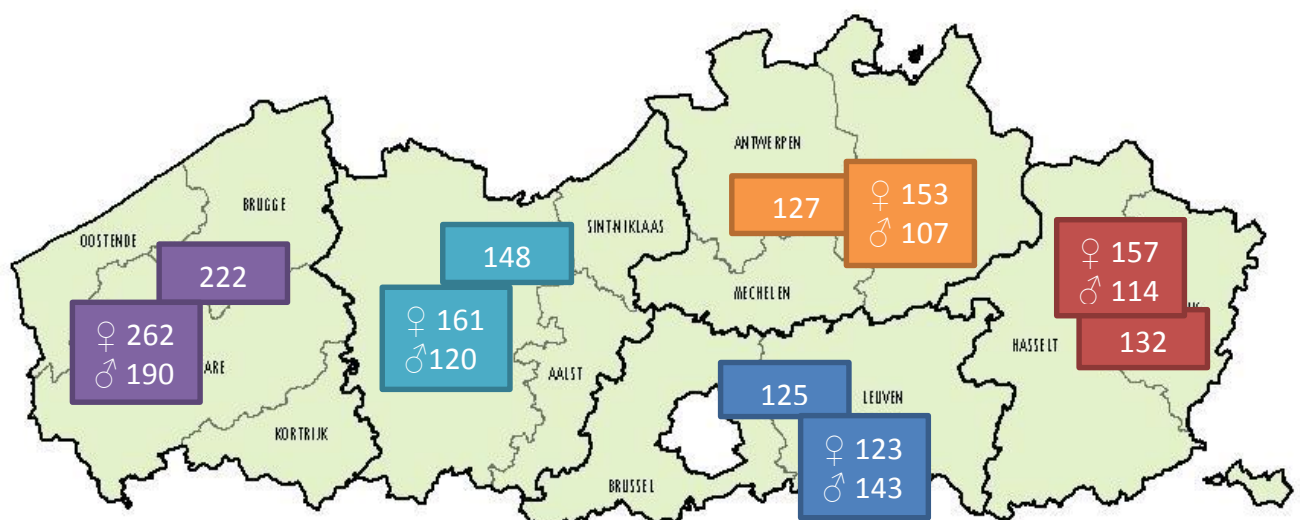
Net zoals de voorbije jaren, blijft er wel een scheiding tussen het westen en oosten van Vlaanderen. West- en Oost-Vlaanderen hebben de hoogste rates voor suïcidepogingen, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg hebben de laagste rates in Vlaanderen. De EB-rate in West-Vlaanderen is significant hoger dan die in Oost-Vlaanderen ($\chi^2(1) = 14.83$; $p < .01$), Antwerpen ($\chi^2(1) = 25.91$; $p < .01$), Vlaams Brabant ($\chi^2(1) = 27.16$; $p < .01$) en Limburg ($\chi^2(1) = 22.92$; $p < .001$). De geografische distributie van suïcidepogingen is gelijklopend met de distributie van suïcide. De hoogste suïcidecijfers zijn eveneens terug te vinden in West- en Oost-Vlaanderen [3].

Wat de geslachtsverschillen betreft in de verschillende Vlaamse provincies kunnen we vaststellen dat vrouwen een hogere EB-rate hebben dan mannen. Dit verschil tussen de mannen en vrouwen is significant in Oost-Vlaanderen ($\chi^2(1) = 5.99$; $p < .05$), Limburg ($\chi^2(1) = 6.83$; $p < .01$), Antwerpen ($\chi^2(1) = 8.15$; $p < .01$) en West-Vlaanderen ($\chi^2(1) = 11.50$; $p < .01$). In Vlaams Brabant was er geen significant verschil tussen de EB-rate van mannen en de EB-rate van de vrouwen te weerhouden.

In West-Vlaanderen is de EB-rate voor de mannen significant hoger ten opzichte van de andere provincies (Antwerpen ($\chi^2(1) = 23.23$; $p < .001$), Limburg ($\chi^2(1) = 19.03$; $p < .001$), Oost-Vlaanderen ($\chi^2(1) = 15.83$; $p < .001$) en Vlaams Brabant ($\chi^2(1) = 6.64$; $p < .05$).

De EB-rate voor de vrouwen is het hoogst in West-Vlaanderen en verschilt significant met de EB-rate voor de vrouwen van Oost-Vlaanderen ($\chi^2(1) = 24.17$; $p < .01$), Limburg ($\chi^2(1) = 26.37$; $p < .01$), Antwerpen ($\chi^2(1) = 28.69$; $p < .01$) en Vlaams Brabant ($\chi^2(1) = 50.28$; $p < .01$). De EB-rate voor de vrouwen is significant hoger in Oost-Vlaanderen ten opzichte van Vlaams-Brabant ($\chi^2(1) = 5.09$; $p < .05$) en significant hoger in Limburg ten opzichte van Vlaams-Brabant ($\chi^2(1) = 4.13$; $p < .05$).

Figuur 8: Overzicht van geografische EB-rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners), 2014



Aantal gebeurtenissen (event-based) en personen (person-based)

In onderstaande tabel staat een overzicht van het aantal geregistreerde suïcidepogingen ('events') en het aantal geregistreerde suïcidepogers ('persons') in Vlaanderen in 2014.

In totaal waren er 76 EB registraties meer dan PB registraties. Er waren dus verscheidene personen die meer dan één poging ondernamen in 2014. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal gebeurtenissen (EB) en het aantal personen (PB) die op een spoedafdeling werden aangemeld na een suïcidepoging. Dit betreft alle registraties die zijn gebeurd in 2014 aan de hand van het IPEO, de KIPEO registraties zijn hier niet in opgenomen (zie hoofdstuk 3).

Tabel 7: Overzicht events (EB) en personen (PB) per instelling en geslacht, 2014

Instelling/Regio*	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	EB	PB	EB	PB	EB	PB
ASZ / Aalst°	1	1	5	5	6	6
AZ Alma / Sijsele - Eeklo°	34	33	44	43	78	76
AZ Damiaan / Oostende	17	15	17	16	34	31
AZ Delta / Roeselare - Menen	25	25	39	37	64	62
AZ Diest°	24	24	24	24	48	48
AZ Glorieux / Ronse	10	9	16	14	26	23
AZ Groeninge / Kortrijk	64	64	128	121	192	185
AZ Heilige Familie / Rumst - Reet	9	9	19	18	28	27
AZ Herentals	17	16	40	39	57	55
AZ Jan Palfijn / Gent	24	22	44	44	68	66
AZ KLINA / Brasschaat°	7	6	4	4	11	10
AZ Lokeren°	4	4	9	9	13	13
AZ Maria Middelaars / Gent	23	23	14	14	37	37
AZ Monica/ Antwerpen°	8	8	14	14	22	22
AZ Oudenaarde°	4	4	11	11	15	15
AZ Sint-Augustinus / Veurne	29	26	28	27	57	53
AZ Sint-Blasius / Dendermonde	21	21	48	48	69	69
AZ Sint-Dimpna / Geel	32	32	74	68	106	100
AZ Sint-Jan / Brugge	59	58	88	85	148	144
AZ Sint-Jozef / Malle	17	17	15	14	32	31
AZ Sint-Lucas / Brugge	14	14	36	34	50	48
AZ Sint-Lucas / Gent°	55	53	84	80	139	133
AZ Sint-Maarten / Duffel-Mechelen	18	18	33	33	51	51
AZ Sint-Vincentius / Deinze°	6	6	25	24	31	30
AZ Vesalius / Tongeren	8	8	15	15	23	23
H. Hartziekenhuis / Lier°	3	3	9	9	12	12
H. Hartziekenhuis / Mol	16	15	32	31	48	46
Imeldaziekenhuis / Bonheiden°	11	10	23	23	34	33
Jan Yperman / Ieper	54	50	65	63	119	113
Maria ZH / Overpelt	21	21	31	30	52	51
OLV van Lourdes ZH / Waregem	35	33	69	63	104	96
OLV Ziekenhuis Aalst - Asse	21	20	37	35	58	55
RZ Sint-Maria / Halle°	3	3	7	7	10	10
RZ Sint-Trudo / Sint-Truiden	25	24	51	49	77	74
UZ Gent	57	56	78	75	135	131
ZH Maas en Kempen / Maaseik°	5	4	10	10	15	14
ZH Oost-Limburg / Genk	33	33	43	43	78	78
Totaal / Vlaanderen	814	788	1329	1279	2147	2071

*Zie bijlage voor de gemeenten die tot een bepaalde regio behoren

°Geen volledige registratie voor het jaar 2014

Schattingsfactoren

Tabel 8 en 9 geven een overzicht weer per instelling en geslacht waar de afgelopen drie jaar een kwaliteitscontrole is uitgevoerd, het jaar van de kwaliteitscontrole, het aantal geregistreerde (K)IPEO's, het aantal missings en de EB- en PB-schattingsfactoren. Hierbij dient er ook opgemerkt te worden dat deze schattingsfactoren onderhevig zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan de kwaliteitscontroles (vb. frequent voorkomende vage terminologie in de opnameregisters of onduidelijkheid over habituele versus niet habituele zelfvergiftiging en/of zelfverwonding). UZ Gent vertoont de meest betrouwbare schattingsfactor aangezien daar gebruik gemaakt kon worden van de patiëntendossiers.

Op basis van deze kwaliteitscontroles werden de rates voor deze zestien ziekenhuizen berekend. Voor de overige ziekenhuizen werd gebruik gemaakt van de algemene EB- en PB-schattingsfactoren.

Tabel 8: Overzicht van EB-schattingsfactoren (SF) per instelling en geslacht en de algemene EB-schattingsfactor, 2014

Instelling/regio*	Jaar van KC	Man	Missing M	SF M	Vrouw	Missing V	SF V	Tot.	Missing tot.	SF tot.
AZ Delta ^	2014	25	77	4,1	39	133	4,4	64	210	4,3
AZ Heilige Familie, Rumst/Reet ^	2014	9	30	4,3	19	40	3,1	28	70	3,5
AZ Herentals ~	2012	15	49	4,3	28	41	2,5	43	90	3,1
AZ Jan Palfijn Gent ~	2014	24	51	3,1	44	40	1,9	68	91	2,3
AZ KLINA, Brasschaat ^	2012	23	23	2,0	47	31	1,7	70	54	1,8
AZ Sint-Augustinus, Veurne ^	2014	30	24	1,8	30	30	2,0	63	54	1,9
AZ Sint-Dimpna, Geel ~	2013	33	17	1,5	51	15	1,3	84	32	1,4
AZ Sint-Jan, Brugge ^	2014	59	63	2,1	88	75	1,9	148	138	1,9
AZ Sint-Lucas, Gent ~	2014	57	77	2,4	89	50	1,6	146	127	1,9
AZ Sint-Maarten, Duffel ~	2012	12	25	3,1	30	30	2,0	42	55	2,3
AZ Sint-Vincentius, Deinze ^	2014	6	8	2,3	25	11	1,4	31	19	1,6
Heilig Hart, Mol ~	2014	16	17	2,1	32	39	2,2	48	56	2,2
OLV van Lourdes ZH, Waregem ~	2014	35	25	1,7	71	35	1,5	106	60	1,6
OLV Ziekhuis, Aalst-Asse ~	2012	37	74	3,0	84	118	2,4	121	194	2,6
UZ Gent ~	2014	57	38	1,7	78	87	2,1	135	125	1,9
ZH Maas en Kempen, Maaseik ~	2012	24	15	1,6	42	16	1,4	66	31	1,5
Algemene Schattingsfactor EB				2,6			2,1			2,2

*Zie bijlage voor de gemeenten die tot een bepaalde regio behoren

~Kwaliteitscontrole uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

^Kwaliteitscontrole uitgevoerd door het ziekenhuis

Tabel 9: Overzicht van PB-schattingsfactoren (SF) per instelling en geslacht en de algemene PB-schattingsfactor, 2014

Instelling/regio*	Jaar van KC	Man	Missing M	SF M	Vrouw	Missing V	SF V	Tot.	Missing tot.	SF tot.
AZ Delta ^	2014	25	77	4,1	37	133	4,6	62	210	4,4
AZ Heilige Familie Rumst/Reet ^	2014	9	30	4,3	18	40	3,2	27	70	3,6
AZ Herentals ~	2012	15	49	4,3	27	41	2,5	42	90	3,1
AZ Jan Palfijn Gent ~	2014	22	51	3,3	44	40	1,9	66	91	2,4
AZ KLINA, Brasschaat ^	2012	23	23	2,0	47	31	1,7	70	54	1,8
AZ Sint-Augustinus, Veurne ^	2014	27	24	1,9	29	30	2,0	59	54	1,9
AZ Sint-Dimpna, Geel ~	2013	30	17	1,6	48	15	1,3	78	32	1,4
AZ Sint-Jan, Brugge ^	2014	58	63	2,1	85	75	1,9	143	138	2,0
AZ Sint-Lucas, Gent ~	2014	55	77	2,4	85	50	1,6	140	127	1,9
AZ Sint-Maarten, Duffel ~	2012	12	25	3,1	30	30	2,0	42	55	2,3
AZ Sint-Vincentius, Deinze ^	2014	6	8	2,3	24	11	1,5	30	19	1,6
Heilig Hart, Mol ~	2014	15	17	2,1	31	39	2,3	46	56	2,2
OLV van Lourdes ZH, Waregem ~	2014	33	25	1,8	65	35	1,5	98	60	1,6
OLV Ziekhuis, Aalst-Asse ~	2012	36	74	3,1	79	118	2,5	115	194	2,7
UZ Gent ~	2014	56	38	1,7	75	76	2,0	131	114	1,9
ZH Maas en Kempen, Maaseik ~	2012	21	14	1,7	41	16	1,4	62	30	1,5
Algemene Schattingsfactor PB				2,6	2,1			2,3		

*Zie bijlage voor de gemeenten die tot een bepaalde regio behoren

~Kwaliteitscontrole uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

^Kwaliteitscontrole uitgevoerd door het ziekenhuis

Vergelijking IPEO-registraties en kwaliteitscontrole UZ Gent.

Om na te gaan of de patiënten bij wie geen IPEO werd afgenomen verschillen van degene bij wie wel een IPEO werd afgenomen, werden de IPEO-registraties uit het UZ Gent op verschillende variabelen vergeleken met de “missings” afkomstig uit de kwaliteitscontrole van het UZ Gent.

De IPEO-registraties verschilden significant van de “missings” wat betreft:

- Geslacht: suïcidepogers in de IPEO-groep waren significant vaker mannen (60%) dan in de “missings”-groep (40%; $\chi^2(1) = 3.91$; $p < .05$);
- Methode: suïcidepogers uit de “missings”-groep hadden significant vaker ‘zelfvergiftiging’ als methode gebruikt dan de IPEO-groep (71.2% vs. 54.8%; $\chi^2(1) = 7.45$; $p < .01$). Suïcidepogers uit de IPEO-groep hadden significant vaker ‘zelfverwonding’ als methode gebruikt dan de “missing”-groep (42.2% vs. 22.4%; $\chi^2(1) = 11.59$; $p < .01$);
- Ernst letsel: suïcidepogers uit de “missings”-groep hadden significant vaker een ernstig letsel in vergelijking met deze uit de IPEO-groep (19.6% vs. 6%; $\chi^2(1) = 7.72$; $p < .01$);
- Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag: Indien de suïcidepogers een voorgeschiedenis van suïcidepogingen had, was de voorafgaande poging aan de huidige poging in de “missings”-groep significant vaker medisch behandeld dan in de IPEO-groep (93.5% vs. 56.9%; $\chi^2(1) = 12.84$; $p < .01$);

- Behandelplan na spoedopname: De suïcidepogers uit de “missings”-groep werden significant vaker op advies ontslagen (7.2% vs. 0%; $\chi^2(1) = 7.77$; $p < .05$) in vergelijking met deze uit de IPEO-groep. De “missings”-groep werd eveneens vaker doorverwezen voor ambulante behandeling in vergelijking met de IPEO-groep (28% vs. 16.3%; $\chi^2(1) = 5.19$; $p < .05$).

In tegenstelling tot de vorige jaren, was er qua woonsituatie en economische toestand geen significant verschil tussen de IPEO-registraties en de “missings”. De voorbije jaren waren er vooral significant meer “missings” bij de jongeren. Het feit dat er nu geen significant verschil is tussen de leeftijdsgroepen kan betekenen dat er meer IPEO’s werden afgenomen bij de jonge pogers. Dit wijst mogelijks op een positieve evolutie inzake de eerste opvang bij jonge suïcidepogers.

Een mogelijke verklaring waarom het IPEO niet werd afgenomen bij de “missings” zou kunnen zijn dat de aandacht hoofdzakelijk naar de somatische zorg uitging, doordat het lichamelijk letsel bij de “missings” vaker ernstig was.

Gezien bij de suïcidepogers uit de “missings”-groep geen IPEO werd afgenomen, kan dit als gevolg hebben dat er geen gedegen risico-inschatting is gebeurd waardoor ze vaker geen verdere ambulante of residentiële behandeling ontvingen en op ontslag werden gestuurd. Dit dient echter verder onderzocht te worden.

HOOFDSTUK 2: INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE & OPVANG (IPEO)

In de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014, werden er 2.147
suïcidepogingen geregistreerd in Vlaamse ziekenhuizen, die door 2.071
personen werden gemaakt.

Hoofdstuk 2: IPEO

In hoofdstuk 2 worden de gegevens verkregen via het IPEO terug gerapporteerd. Sinds 2007 werd het IPEO geïmplementeerd in de Vlaamse ziekenhuizen. Dit semi-gestructureerd interview werd gebruikt bij alle suïcidepogers, ongeacht hun leeftijd, die werden aangemeld op de spoeddienst van de algemene ziekenhuizen. In 2012 werd het KIPEO (zie hoofdstuk 3) ontwikkeld, deze kinderen en jongeren versie is bedoeld voor de eerste opvang en evaluatie voor -18jarigen. In 2014 was de implementatie van het KIPEO nog bezig en daarom werd in een aantal ziekenhuizen nog een IPEO afgenomen bij de aanmelding van een – 18 jarige op spoed. Dit heeft als gevolg dat in dit hoofdstuk informatie zal worden gerapporteerd omtrent zowel -18jarigen als +18jarigen.

Persoonsgerelateerde gegevens

Hieronder wordt er een overzicht gegeven van het geslacht en de leeftijd van de personen die werden aangemeld op de spoeddienst na een suïcidepoging. Er wordt eveneens informatie gerapporteerd omtrent de burgerlijke staat, woonsituatie, economische toestand, de psychiatrische voorgeschiedenis en de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, het sociaal netwerk, het al dan niet aanwezig zijn van alcohol- en medicatiemisbruik en de mogelijk gestelde diagnose.

Geslacht en leeftijd

Onder de personen die in 2014 een suïcidepoging ondernamen, bevonden zich meer vrouwen (n = 1.416, 62.4%) dan mannen (n = 852, 37.6%). De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1.7:1 en wordt in tabel 10 vergeleken met de geslachtsratio's van de voorgaande jaren.

Tabel 10: Overzicht vrouw-manratio 1999-2014

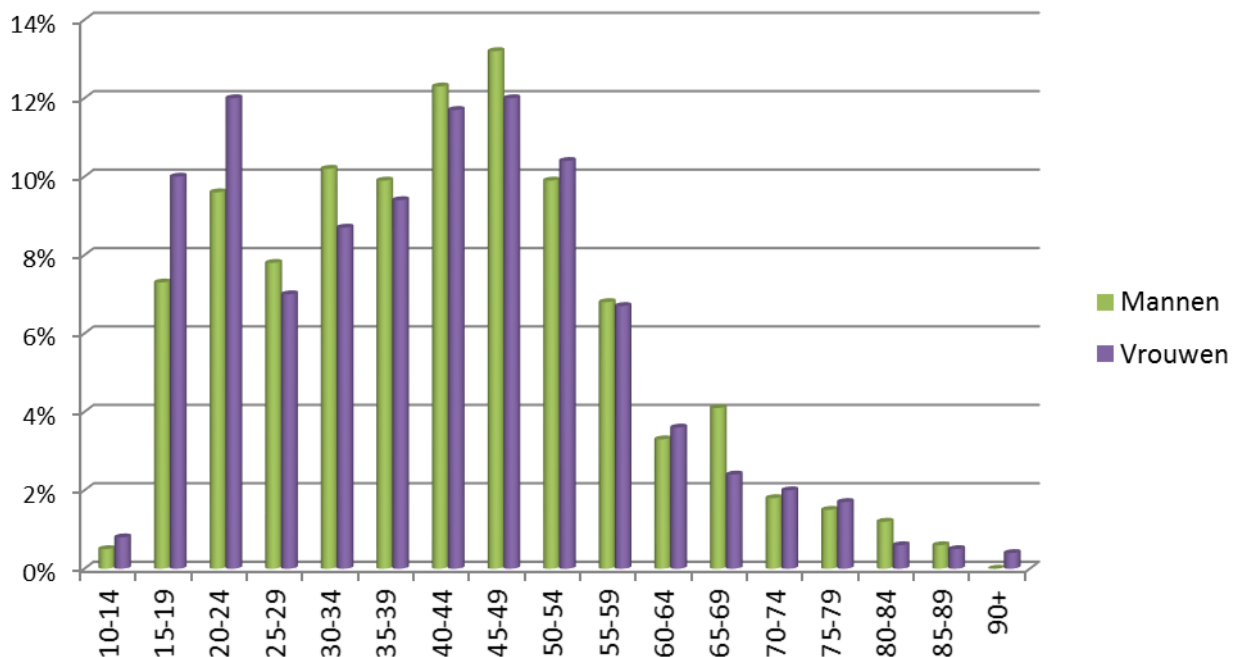
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal vrouwen	404	380	341	462	371	449	334	322	403	473	617	989	1291	1219	1281	1416
Aantal mannen	284	251	215	294	207	287	274	197	288	294	410	647	823	820	810	852
V/M-ratio	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8	1,6	1,2	1,6	1,4	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	1,6	1,7

In Figuur 9 wordt per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven dat één of meerdere suïcidepogingen ondernam in 2014. Het hoogste absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorie 20-24 jaar, 40-44 jaar en 45-49jaar, dit is gelijk aan de bevindingen van de voorbije drie jaar (2011 – 2013). Dit resultaat dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het hierbij gaat om absolute aantallen

en niet om rates, waardoor er geen rekening kan worden gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Vlaamse bevolking.

De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen was 40.8 jaar; voor mannen was dit 41.6 jaar (min.: 11; max.: 89) en voor vrouwen 40 jaar (min.: 13; max.: 95).

Figuur 9: Leeftijdsverdeling van suïcidepogers volgens geslacht, 2014



Burgerlijke staat, woonsituatie en economische toestand

BURGERLIJKE STAAT

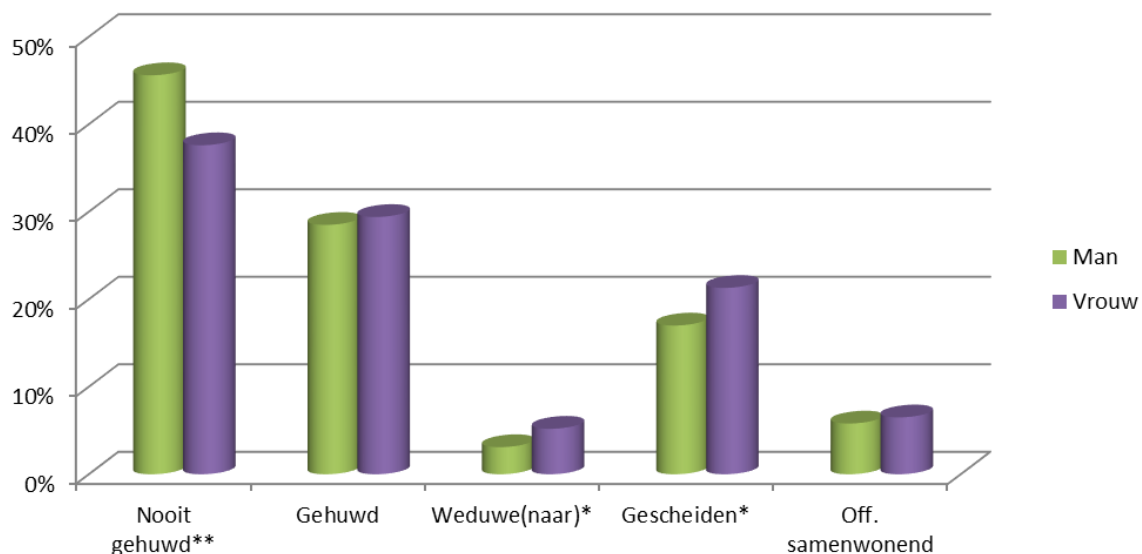
Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. Net zoals in de voorgaande jaren, met uitzondering van registratiejaar 2006, maakten ongehuwden in huidig onderzoek de grootste subgroep (40.6%) uit onder suïcidepogers die op een Vlaamse spoedopnamedienst werden aangemeld. Daarnaast was 4.4% weduwe(naar), 19.7% was gescheiden, 29.1% was gehuwd en 6.2% was officieel samenwonend. Wanneer de burgerlijke staat van de suïcidepogers vergeleken wordt met deze van algemene Vlaamse bevolking³ (op 01/01/2015), stellen we vast dat het percentage suïcidepogers dat gescheiden is (19.7%) relatief hoog is in vergelijking met het totaal percentage gescheiden personen in Vlaanderen (8.9%). Het percentage gehuwde suïcidepogers (29.1%) is daarentegen relatief laag in vergelijking met het totaal

³ Bron: statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/burgerlijke_staat

percentage gehuwden in Vlaanderen (38.2%). Wat betreft de overige burgerlijke staten was er geen duidelijk verschil tussen de suïcidepogers en de algemene bevolking in Vlaanderen.

Mannen waren significant vaker ongehuwd (45.6% vs. 37.6%; $\chi^2(1) = 12.25$; $p < .01$), terwijl vrouwen significant vaker weduwe (5.2% vs. 3.1%; $\chi^2(1) = 4.94$; $p < .05$) waren in vergelijking met mannen en significant vaker gescheiden (21.3% vs. 17%; $\chi^2(1) = 5.48$; $p < .05$) dan mannen (zie figuur 10).

Figuur 10: Burgerlijke staat van suïcidepogers in Vlaanderen, volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .05$); ** Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

WOONSITUATIE

31.1% woonde alleen op het moment van de suïcidepoging. Mannen (36.8%) woonden significant vaker alleen dan vrouwen (27.7%) ($\chi^2(1) = 18.15$; $p < .01$). Meer dan de helft van de patiënten had kinderen. Vrouwen hadden echter significant vaker kinderen dan mannen (62.9% vs. 54.9%; $\chi^2(1) = 11.57$; $p < .001$).

ECONOMISCHE TOESTAND

Patiënten die lager opgeleid zijn en (langdurig) werkloos vertonen een hogere kans op suïcidaal gedrag, zowel suïcidepogingen als suïcides [4]. In Vlaanderen was 39.1% van de geregistreerde suïcidepogers werkend en was 15.6% werkloos, 45.3% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (41.6%). 28% was economisch inactief omwille van pensioen en 29.4% omdat men student was.

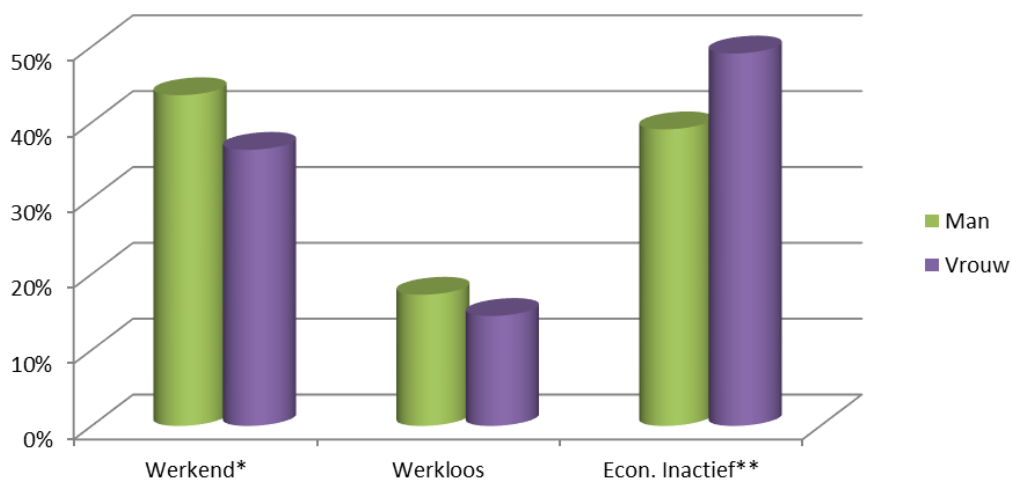
Bij vergelijking van de economische toestand van de suïcidepogers met die van de algemene Vlaamse bevolking valt op dat de algemene werkloosheidsgraad in Vlaanderen⁴, die 5.9% bedraagt (2014), relatief lager is dan die van de Vlaamse suïcidepogers (15.6%). De algemene

⁴ Bron: bestat.economie.fgov.be

werkzaamheidsgraad⁵, die 61.9% bedraagt (3^{de} kwartaal 2014), is daarentegen relatief hoger dan die van de Vlaamse suïcidepogers (39.1%).

Figuur 11 illustreert het significante verschil tussen mannen en vrouwen. Op basis van deze gegevens zien we dat mannelijke suïcidepogers significant vaker werken dan de vrouwelijke subgroep (43.6% vs. 36.4%; $\chi^2(1) = 9.48$; $p < .01$). Vrouwelijke suïcidepogers zijn vaker economisch inactief (49.1% vs. 39.1%; $\chi^2(1) = 17.87$; $p < .001$) in vergelijking met mannelijke suïcidepogers.

Figuur 11: Economische toestand van suïcidepogers in Vlaanderen volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .01$); **Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

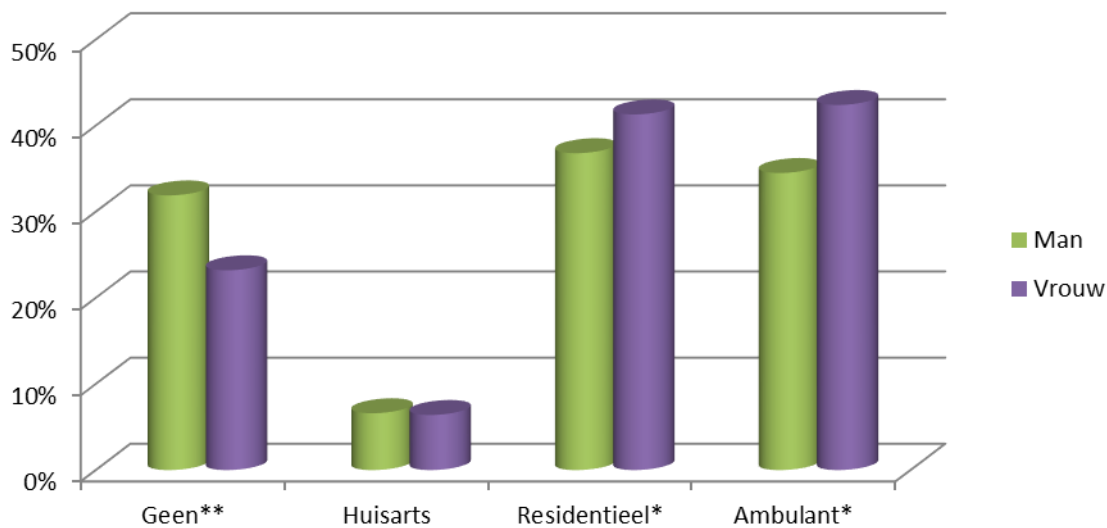
Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale patiënten reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. Huidig onderzoek bevestigt dit: bijna de helft van de patiënten wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds residentieel ($n = 584$; 40.2%) en/of ambulant ($n = 561$; 38.7%) behandeld. Bij 94 patiënten (6.5%) werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische/psychiatrische begeleiding. 26.5% ($n = 385$) van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld.

In figuur 12 wordt de psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis van de suïcidepogers grafisch weergegeven. Significant meer vrouwen kregen vooraf aan de suïcidepoging ambulante psychiatrische begeleiding (41.3%; $\chi^2(1) = 6.64$; $p < .05$) dan mannen (34.5%). In de registraties van 2014 werd er eveneens een significant verschil gevonden tussen mannen en vrouwen die eerder nog geen psychische behandeling hebben gekregen. Er waren significant meer mannen (31.9%) die vóór hun suïcidepoging geen enkele vorm van psychische hulpverlening hebben gekregen in vergelijking met vrouwen (23.2%; $\chi^2(1) = 13.30$; $p < .001$).

⁵ Bron: www.werk.be/cijfers/trends-en-conjunctuur

Tenslotte kregen significant meer vrouwen (42.4%) een residentiële behandeling dan mannen (36.8%; $\chi^2(1) = 4.45$; $p < .05$).

Figuur 12: Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis van suïcidepogers in Vlaanderen volgens geslacht, 2014



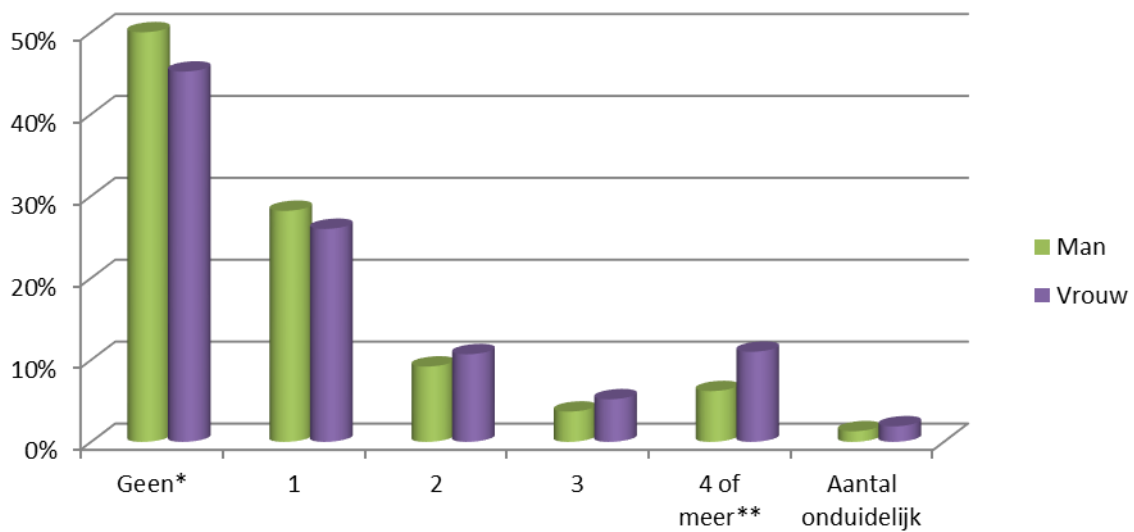
*Significant geslachtsverschil ($p < .05$); ** Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Wanneer de patiënt voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. In huidig onderzoek werd bij ongeveer 87% van de geregistreerde suïcidepogers de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in kaart gebracht. Voor bijna de helft (47.5%) was dit de eerste suïcidepoging. Ongeveer een kwart van de suïcidepogers (26.8%) had reeds één eerdere poging ondernomen, 10.1% twee, 4.6% drie en 9.2 % reeds vier of meer eerdere pogingen. 1.7% had één of meerdere voorgaande pogingen ondernomen, maar het aantal was onduidelijk.

In figuur 13 wordt het aantal suïcidepogingen voorafgaand aan de huidige poging, weergegeven. Net zoals de voorbije drie jaar, is de huidige suïcidepoging voor significant meer mannen (51.3%) dan vrouwen (45.2%; $\chi^2(1) = 6.66$; $p < .05$) hun eerste suïcidepoging. Vrouwen hadden significant vaker dan mannen al vier of meer suïcidepogingen ondernomen met respectievelijk 11% vs 6.2% ($\chi^2(1) = 11.98$; $p < .01$).

Figuur 13: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in Vlaanderen volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .05$); ** Significant geslachtsverschil ($p < .01$)

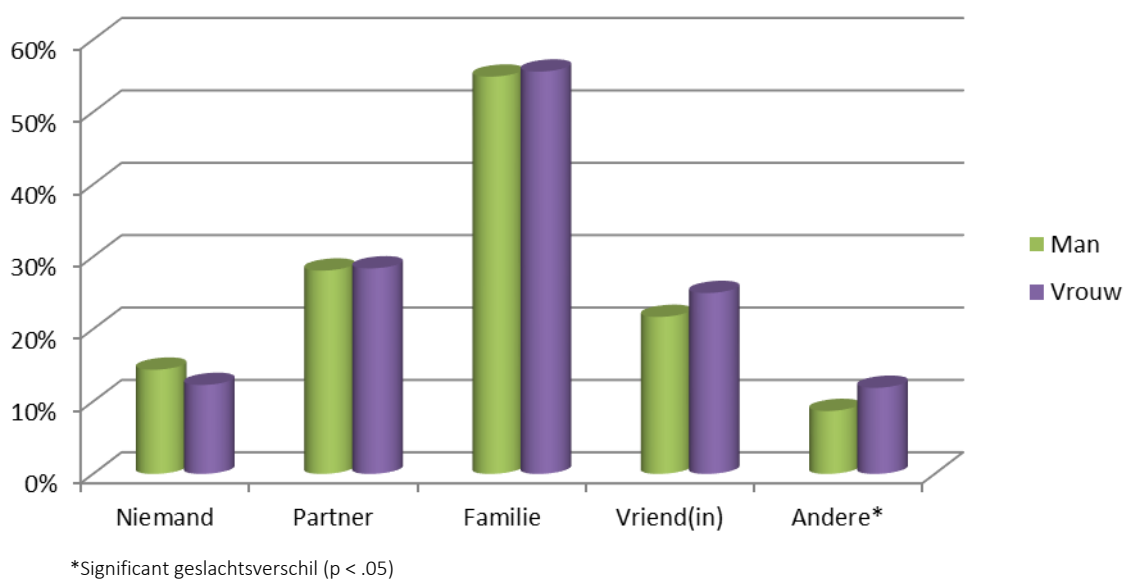
Wanneer een patiënt reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond, want hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar voor herhaald suïcidaal gedrag. Ongeveer de helft van de pogingen (49.2%) voorafgaand aan de huidige poging, werd gedurende het afgelopen jaar ondernomen. De overige pogingen vonden meer dan een jaar geleden plaats.

Bijna vier op vijf van de vorige pogingen werd medisch behandeld (76.2%). Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (85.3%). 4.3% werd door de huisarts behandeld en 9.4% werd elders medisch behandeld (bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis). Bij 67.7% van de patiënten werd aangeduid dat de voorgaande poging ook “psychisch” behandeld werd. De aanwezigheid van een psychische behandeling bleek significant te verschillen volgens geslacht. Vrouwen werden vaker psychisch behandeld na een suïcidepoging dan mannen (70.5% vs. 62.5%; $\chi^2(1) = 5.84$; $p < .05$).

Sociaal netwerk

Aangezien gebrek aan sociale steun het risico op een suïcidepoging vergroot, is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van een patiënt na te gaan. In figuur 14 wordt het sociale netwerk weergegeven. Sociale steun werd het vaakst door familie (55.3%) en de partner (28.3%) gegeven. 13.1% gaf aan niemand te hebben waarbij men terecht kan. Vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan sociale steun te vinden bij 'andere' personen (11.9% vs. 8.7% ; $\chi^2(1) = 4.34$; $p < .05$), dit kan zijn een psycholoog, thuisverpleegkundige, een werkgever waarmee een positief contact is, buurman of -vrouw.

Figuur 14: Sociaal netwerk bij suïcidepogers in Vlaanderen, volgens geslacht, 2014



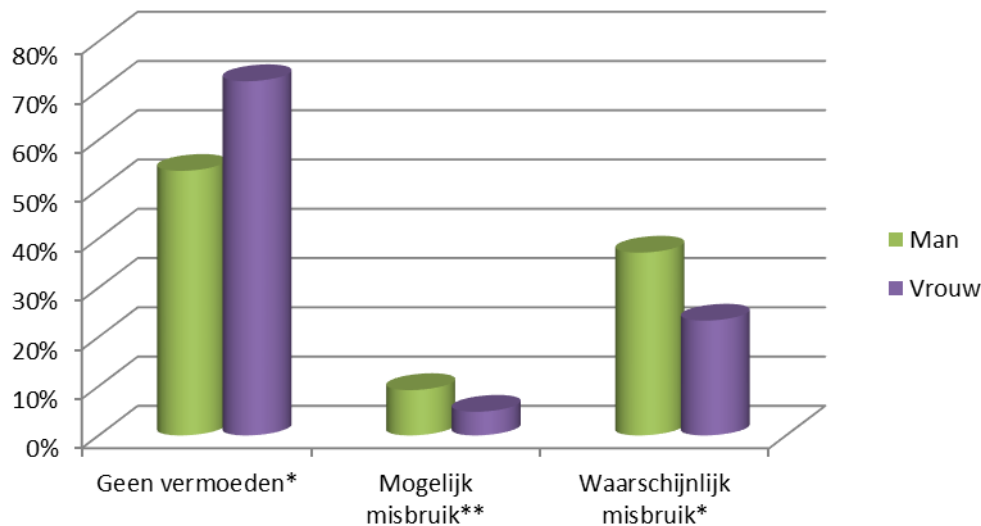
Alcohol- en middelenmisbruik

Bij 55% van de patiënten werd op basis van de CAGE-AID-vragenlijst, die onderdeel uitmaakt van het IPEO, een inschatting gemaakt van het alcohol- en/of middelenmisbruik van de patiënten. De CAGE-AID bestaat uit 4 vragen, met twee antwoordmogelijkheden, namelijk "nee" of "ja". Wanneer de patiënt één van de vier vragen positief beantwoordt, wordt dit gecodeerd als "mogelijke aanwezigheid van alcohol en/of drugmisbruik". Wanneer de patiënt twee of meer van de vier vragen positief beantwoordt, wordt dit gecodeerd als "waarschijnlijk alcohol- en/of drugmisbruik".

In de meerderheid van de gevallen (65%, $n = 746$) was er géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 74 patiënten (6.5%) was er sprake van "mogelijk misbruik" en bij 327 patiënten (28.5%) was er sprake van "waarschijnlijk misbruik". Figuur 15 illustreert de significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft alcohol- en/of middelenmisbruik. "Waarschijnlijk misbruik" kwam significant vaker voor bij mannen (37.1%

vs. 23.3%; $\chi^2(1) = 25.26$; $p < .001$) en “mogelijk misbruik” kwam eveneens significant vaker voor bij mannen dan bij vrouwen (9.2% vs. 4.8%; $\chi^2(1) = 8.84$; $p < .01$). Bij vrouwen was er significant vaker geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik dan bij mannen (71.9% vs. 53.7%; $\chi^2(1) = 39.57$; $p < .001$).

Figuur 15: Alcohol- en/of drugmisbruik bij suïcidepogers in Vlaanderen volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .001$); ** Significant geslachtsverschil ($p < .01$)

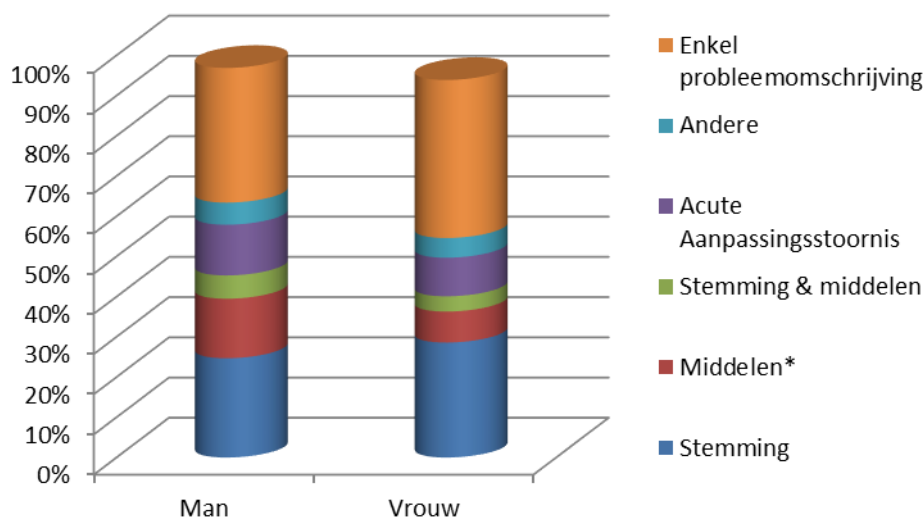
Diagnose

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen. Enkel de hoofddiagnoses werden genoteerd.

Bij 347 patiënten (37% van de totale steekproef) werd enkel probleembeschrijving en dus geen diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” ($n = 254$; 27.1%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Ook “acute aanpassingsstoornis” ($n = 101$; 10.8%) werd frequent vermeld. Daarnaast werd in 10.5% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 4.6% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. In 5.1% ($n = 48$) van de gevallen vermeldde men een andere diagnose. Hieronder werden onder andere volgende stoornissen geclassificeerd: obsessief-compulsieve stoornis, ADHD, autisme spectrumstoornis en post-traumatische stressstoornis. De diagnoses worden grafisch weergegeven in figuur 16.

Significant meer vrouwen dan mannen kregen geen diagnose (6.1% vs. 3%; $\chi^2(1) = 4.54$; $p < .05$). Bij mannen werd significant vaker “afhankelijkheid van een middel” of “middelenmisbruik” aangegeven bij de diagnose dan bij vrouwen (14.8% vs. 7.7%; $\chi^2(1) = 12.17$; $p < .001$).

Figuur 16: Diagnose (volgens DSM-V) bij suïcidepogers in Vlaanderen volgens geslacht, 2014

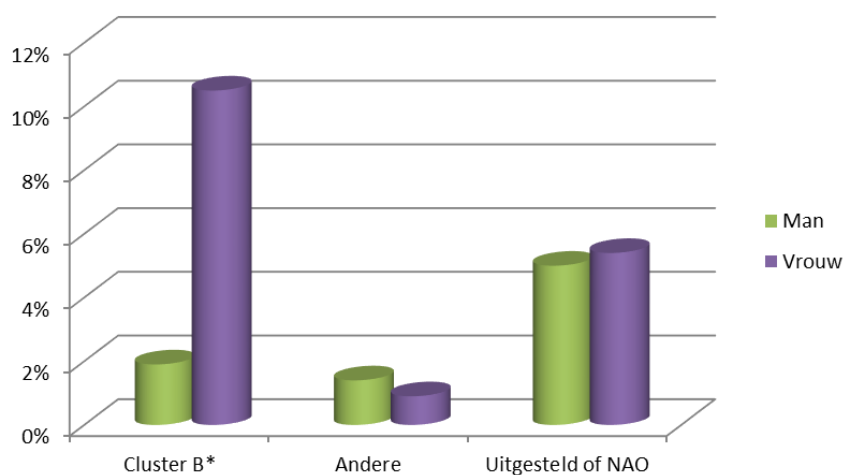


*Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

Wanneer we kijken naar de persoonlijkheidsstoornissen, zien we dat er bij 67 patiënten (7.2%) de diagnose van een “cluster B persoonlijkheidsstoornis” werd gesteld, en dan voornamelijk “borderline persoonlijkheidsstoornis”. Bij 10 personen, (1.1%) werd een andere persoonlijkheidsstoornis vermeld. Bij 49 patiënten (5.3%) werd de diagnose uitgesteld of ging het om een persoonlijkheidsstoornis NAO.

Mannen werden significant minder vaak gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis dan vrouwen (91.7% vs. 83.2%; $\chi^2(1) = 13.60$; $p < .001$). Vrouwen werden significant vaker dan mannen gediagnosticeerd met een “cluster B persoonlijkheidsstoornis” (10.5 % vs. 1.9%; $\chi^2(1) = 24.28$; $p < .001$). De geslachtsverschillen worden in onderstaande figuur 17 weergegeven.

Figuur 17: Diagnose persoonlijkheidsstoornis bij suïcidepogers in Vlaanderen volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .01$)

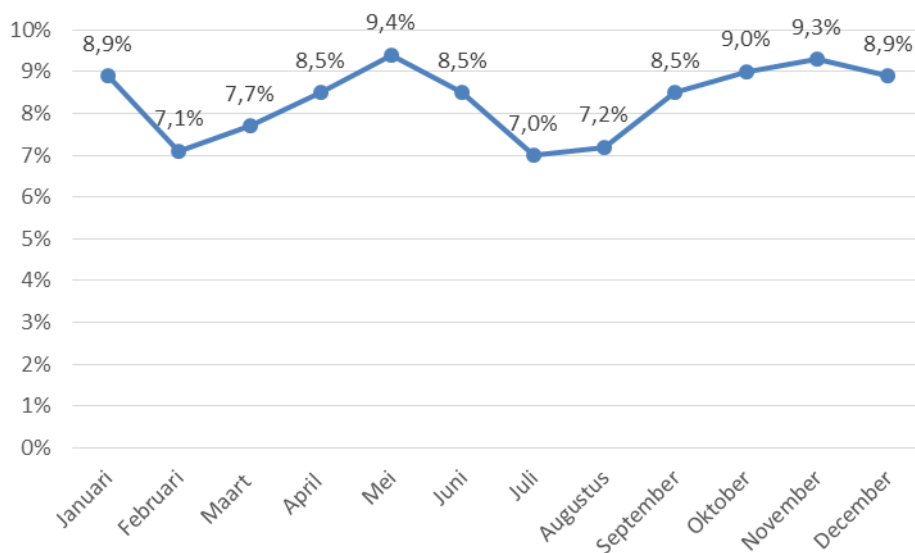
Gebeurtenisgerelateerde gegevens

In dit deel wordt er informatie gegeven met betrekking tot de suïcidepoging zelf, meer specifiek over het tijdstip, de gebruikte methode en de alcoholinname tijdens de poging. De omstandigheden van de suïcidepoging, gemeten met de Suicide Intent Scale worden nagegaan. Er wordt een overzicht gegeven van de manier waarop de patiënten worden aangemeld op spoed, de ernst van het letsel, de gevoelens die men ervaart en de aanwezigheid van suïcidaliteit na de poging. De problemen die de patiënten ervaren en de motieven voor deze poging worden eveneens weergegeven.

Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal registraties van suïcidepogingen per maand weer. Globaal werden de meeste suïcidepogingen in mei en november geregistreerd. Tijdens de maanden februari en juli werden het minste aantal suïcidepogingen geregistreerd. Over de jaren heen zien we geen terugkerend patroon wat betreft het maandelijks voorkomen van suïcidepogingen.

Figuur 18: Maand van suïcidepoging, Vlaanderen, 2014



Wat het concrete tijdstip⁶ van de suïcidepoging betreft, zien we, net zoals de voorgaande jaren, dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (37.8%) en de

⁶ Ochtend: 06.31 – 11.30
(Na)middag: 11.31 – 17.30
Avond: 17.31 – 23.30
Nacht: 23.31 – 06.30

(na)middag (29.1%). 's Nachts (16.6%) en 's ochtends (16.5%) werden minder pogingen geregistreerd. In vergelijking met vrouwen, ondernamen mannen significant vaker 's nachts een suïcidepoging (19.5% vs. 15%; $\chi^2(1) = 4.88$; $p < .05$). Wat betreft de suïcidepogingen die in de namiddag, 's ochtends, en 's avonds werden ondernomen, zijn er geen significante geslachtsverschillen gevonden.

Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd er aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie verkregen over het gekozen tijdstip: in 53.8% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 33.8% van de gevallen dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was, en bij 12.4% werd aangegeven dat interventie zo goed als uitgesloten was.

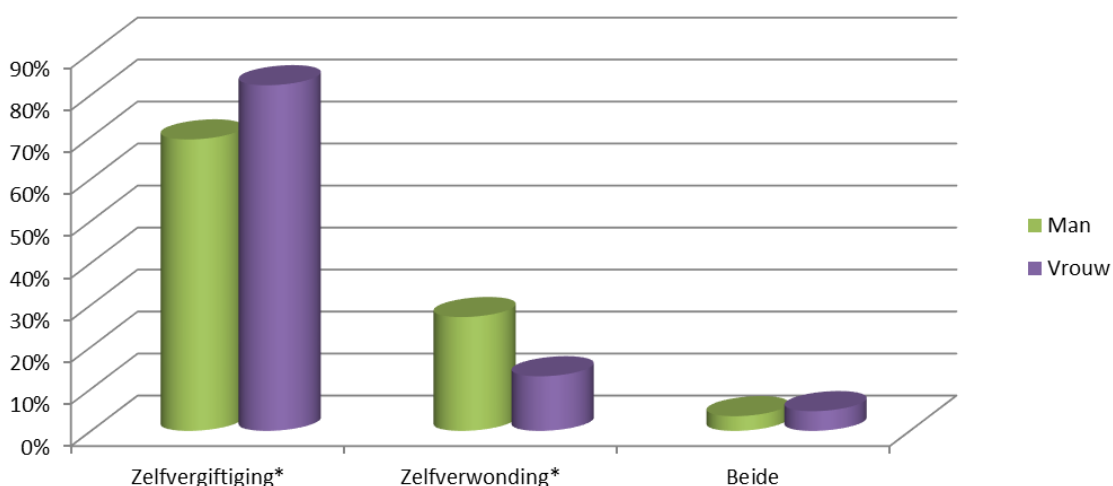
In 36.8% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging onderbroken werd door derden.

Aard van de suïcidepoging

METHODE

De meerderheid van de suïcidepogingen (77.5%, $n = 1.705$) gebeurde net zoals voorgaande jaren uitsluitend met behulp van 'zelfvergiftiging' (medicatie en/of pesticiden, chemicaliën of andere schadelijke stoffen). 18.3% ($n = 403$) van de patiënten verwondde zichzelf, en slechts 4.2% ($n = 93$) hanteerde beide methodes. Significant meer vrouwen dan mannen vergiftigden zichzelf (82.3% vs. 69.4%; $\chi^2(1) = 49.74$; $p < .001$) en significant meer mannen dan vrouwen verwondden zichzelf (27.1% vs. 13%; $\chi^2(1) = 68.89$; $p < .001$). De geslachtsverschillen worden in onderstaande figuur weergegeven.

Figuur 19: Methode van suïcidepoging, Vlaanderen, volgens geslacht, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

Tabel 11 geeft een meer gedetailleerd overzicht weer van de verschillende gebruikte methoden, per persoon zijn meerdere gebruikte methoden mogelijk. 77.8% van de suïcidepogingen gebeurde met behulp van een overdosis medicatie. Een intoxicatie met medicatie kwam significant vaker voor bij vrouwen (83.2%) dan bij mannen (68.9%) ($\chi^2(1) = 62.98$; $p < .001$). Zelfvergiftiging door het gebruik van pesticiden, chemicaliën en andere schadelijke stoffen (wasproducten, rattenvergif, ...) gebeurde bij 2% van de suïcidepogingen, dit gebeurde significant vaker door mannen (2.8%) dan door vrouwen (1.5%) ($\chi^2(1) = 4.87$; $p < .05$).

8.2% van de suïcidepogers verwondden zichzelf met een scherp voorwerp. Een verhangingspoging kwam bij 5.7% van de suïcidepogers voor, dit kwam significant meer voor bij mannen dan bij vrouwen (10.2% vs. 3%; $\chi^2(1) = 52.1$; $p < .001$). 5.9% gebruikte andere methoden zoals een vuurwapen ($n = 7$), verbranding d.m.v. hete dampen ($n = 5$), van een hoogte springen ($n = 48$), voor een bewegend voorwerp springen ($n = 41$) of het veroorzaken van een verkeersongeval ($n = 32$).

Tabel 11: Methoden gebruikt bij suïcidepoging, volgens geslacht, 2014

	Man (n)	Vrouw (n)	Totaal (n)
Overdosis medicatie**	68.9% (587)	83.2% (1.178)	77.8% (1.765)
Vergiftiging*	2.8% (24)	1.5% (21)	2% (45)
Verhanging**	10.2% (87)	3% (42)	5.7% (129)
Verdrinking	3.2% (27)	2.2% (31)	2.6% (58)
Verwonden met scherp voorwerp	9.2% (78)	7.6% (107)	8.2% (185)
Andere methoden*	7.6% (65)	4.8% (68)	5.9% (133)
Ongekende methoden	2% (17)	1.8% (25)	1.9% (42)

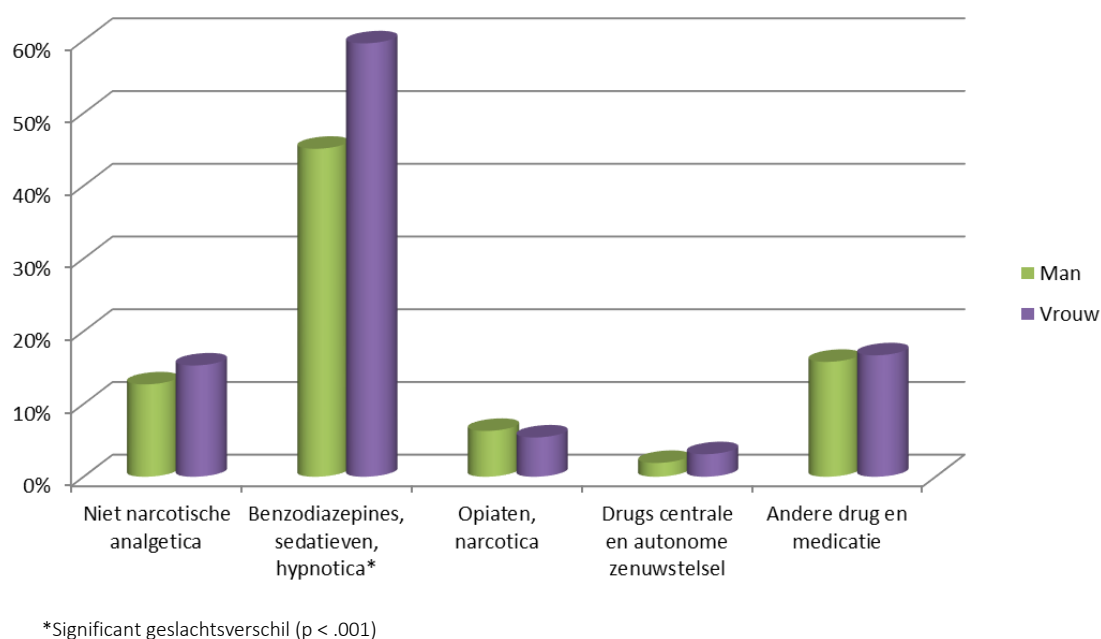
* Significant geslachtsverschil ($p < .05$)

**Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

SOORTEN MEDICATIE BIJ OVERDOSIS

Figuur 20 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 54.1% ($n = 1.228$) aan de hand van benzodiazepines, sedatieven en hypnotica. Significant meer vrouwen gebruikten medicatie uit deze groep dan mannen (59.6% vs. 45.1%; $\chi^2(1) = 4.87$; $p < .001$). Bij 16.4% ($n = 371$) werd er medicatie ingenomen die niet nader gespecificeerd werd, zoals bijvoorbeeld antihypertensiva, anti-cholesterol, de pil, Het derde meest gebruikte middel betrof medicatie uit de groep van niet-narcotische analgetica, antipyretica en antireumatica (14.3%, $n = 325$). Dit zijn medicijnen met een pijnstillende werking.

Figuur 20: Soorten medicatie bij een overdosis, volgens geslacht 2014



ALCOHOLINNAME TIJDENS SUÏCIDEPOGING

Bij de afname van het IPEO werd er ook telkens nagegaan of er alcohol werd gebruikt tijdens de suïcidepoging. 634 (28.9%) personen hadden alcohol ingenomen tijdens hun poging. Er waren significant meer mannen dan vrouwen die alcohol hadden gebruikt (32.2 % vs. 26.8%; $\chi^2(1) = 7.22$; $p < .01$).

OMSTANDIGHEDEN VAN EEN SUÏCIDEPOGING

Bij 1.215 patiënten werd via de Suicide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van een poging. Uit de gegevens blijkt dat in de helft van de gevallen (49.2%) niemand in de buurt was op het moment van de poging.

Bij 7.7% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl de meerderheid geen (78.4%) of passieve maatregelen (14%) genomen had om ontdekking tegen te gaan.

Bijna de helft van de patiënten (47.3%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd en/of verwond had. 46.4% van de patiënten bracht na de poging een mogelijke hulpverlener hiervan expliciet op de hoogte, en de overige 6.3% contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem/haar niet expliciet op de hoogte van de poging.

Slechts 29 (2.4%) personen hadden met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen zoals het maken van een testament. 80 patiënten (6.6%) namen meer beperkte maatregelen zoals het betalen van rekeningen. Het merendeel van de patiënten (91%) ondernam echter geen “laatste handelingen” toen ze besloten hadden zichzelf te verwonden en/of te vergiftigen.

Ongeveer één vijfde van de patiënten (20.3%) had één of meerdere afscheidsbrieven geschreven. 58 patiënten (4.8%) hadden dit overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan, en de overige 909 patiënten (74.9%) hadden een afscheidsbrief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging van slechts 97 patiënten (8%) uitvoerig was voorbereid. Bij ongeveer één vierde van de patiënten (23.5%) was ze minimaal gepland, en bij 68.6% was ze helemaal niet voorbereid.

Bijna de helft van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (20.7%) of expliciet (18.2%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In meer dan de helft van de gevallen (61.1%) had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

AANMELDING

19.6% van de aanmeldingen gebeurde (mede) op initiatief van de patiënt zelf. In meer dan de helft van de gevallen (57%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis, en bij 7.9% was de politie betrokken. Bij 6.9% van de gevallen werd de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van één van de registrerende ziekenhuizen. Daarnaast werd 20.5% van de patiënten (ook) door “anderen”, zoals verwanten, begeleiders, of toevallige passanten naar de spoeddienst begeleid.

Bij mannen was, in vergelijking met vrouwen, de politie significant vaker betrokken bij de aanmelding (11.6% vs. 5.7%; $\chi^2(1) = 22.95$; $p < .001$).

ERNST LETSEL NA SUÏCIDEPOGING

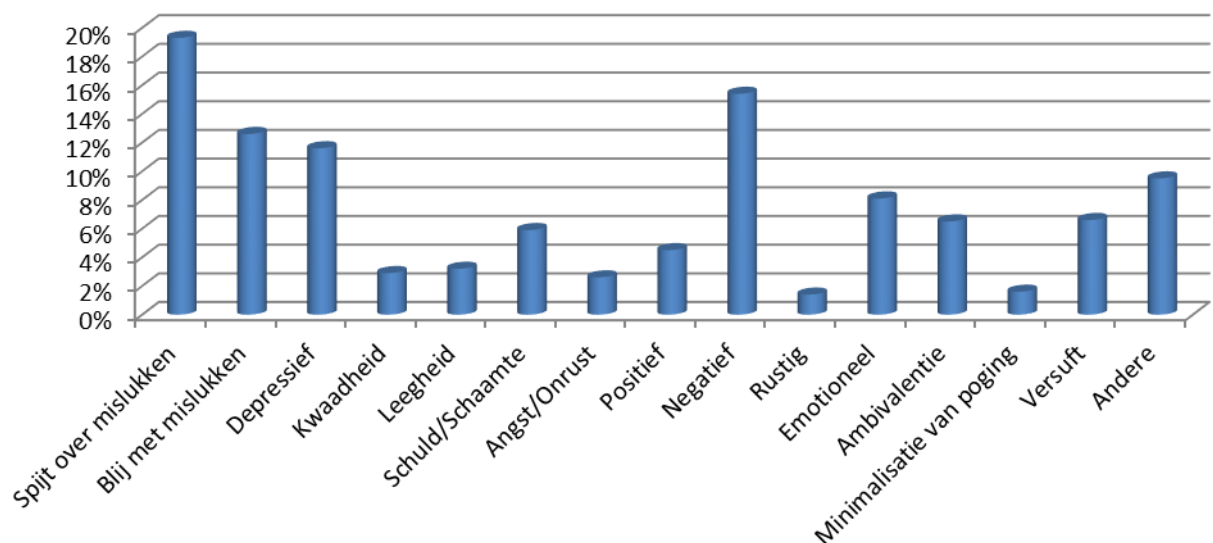
Van alle suïcidepogingen die aan de hand van het IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid een beperkt (45.1%; $n = 851$) of geen letsel (35.7%; $n = 675$) op. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel ernstig (14.4%; $n = 272$), tot levensbedreigend (4.8%; $n = 91$).

Hierbij dient opgemerkt te worden dat het hier misschien een onderschatting betreft van de ernstige en levensbedreigende letsels aangezien deze patiënten vaak naar een somatische afdeling of IZ worden gebracht. Daar kan het IPEO niet altijd afgenomen worden. Dit vinden we ook terug bij de “missings” in het UZ Gent. Bij patiënten die werden aangemeld met een ernstig lichamelijk letsel, werd er significant minder vaak een IPEO afgenomen (cfr. Supra. p. 20).

GEVOELENS

Bij 1.597 patiënten werd door de hulpverleners nagegaan en opgeschreven hoe de patiënt zich voelde kort na de suïcidepoging. Deze gevoelens werden door de onderzoekers gecodeerd in verschillende categorieën (zie figuur 21). Bij 309 patiënten (19.3%) werd vermeld dat ze expliciet aangaven dat ze spijt hadden dat de poging mislukt was. 201 patiënten (12.6%) gaven expliciet aan blij te zijn dat de poging mislukt was. Bij 180 patiënten (11.6%) werden depressieve gevoelens vermeld, bij 46 patiënten (2.9%) overheerste kwaadheid en cynisme, bij 51 patiënten (3.2%) werden gevoelens van leegheid vermeld, en 95 patiënten (5.9%) voelden zich schuldig of schaamden zich over de poging. 41 (2.6%) patiënten waren angstig en onrustig. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich positief (4.5%), negatief (15.4%), rustig (1.4%) of emotioneel (8.1%) voelden. 6.5% gaf tegenstrijdige of ambivalente gevoelens aan, 1.6% minimaliseerde de suïcidepoging en 6.6% voelde zich versuft of was te versuft om een juiste inschatting te maken van de emoties. Bij 152 patiënten (9.5%) was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Figuur 21: Gevoelens na de poging, Vlaanderen, 2014



Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van hoe de patiënt zijn/haar gevoelens na de poging omschrijft:

"Pt. voelt zich emotioneel niet goed, heeft spijt van zijn daad"

"Hij wilt niet meer leven, voelt zich nutteloos"

"Pt is heel erg beschaamd en wil niemand van de familie zien"

"Pt is heel gelaten"

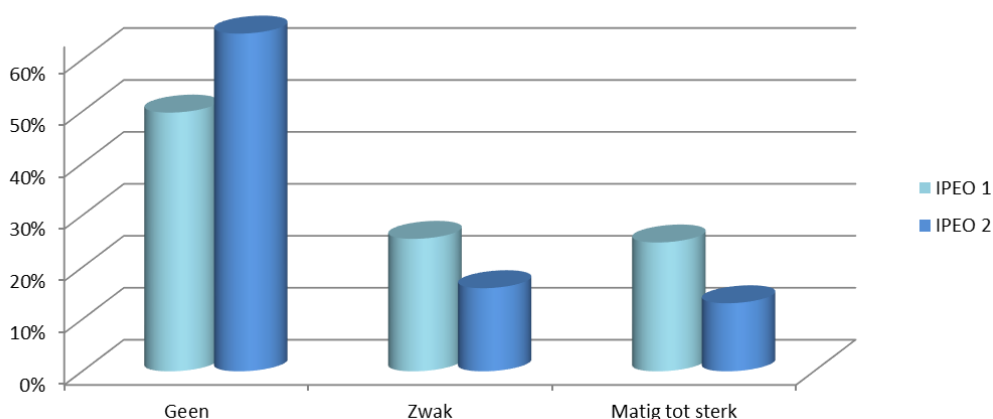
Omdat een hoge mate van hopeloosheid geassocieerd is met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag, gingen de hulpverleners bij de patiënten ook telkens de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst na. Ook deze gevoelens werden door de onderzoekers achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: de helft van de patiënten zag de toekomst eerder negatief tegemoet (49.6%), 20% zag de toekomst eerder positief tegemoet en 30.4% uitte zich ambivalent. Er waren geen significante geslachtsverschillen, wat betreft de mate van hopeloosheid.

SUÏCIDALITEIT

Het is belangrijk om zo snel mogelijk, dus gedurende IPEO 1, in te schatten of de patiënt thans nog suïcidale gedachten of plannen heeft. Het resultaat van deze bevraging werd genoteerd bij 1.617 patiënten. In de helft van de gevallen (49.8%, $n = 806$) gaven de patiënten aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 25.4% ($n = 410$) van de patiënten gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 24.8% ($n = 401$) van de patiënten gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging. Vrouwen hadden in vergelijking met mannen significant vaker zwakke gedachten aan zelfverwonding of zelfbeschadiging (27.2% vs. 22.4%; $\chi^2(1) = 4.83$; $p < .05$).

Omdat de intensiteit van de suïcidale ideatie snel kan wisselen, wordt aan de hulpverleners gevraagd om de aanwezigheid van suïcidegedachten opnieuw na te gaan gedurende IPEO 2. Dit gebeurde bij 1.303 patiënten. Het blijkt dat tijdens IPEO 2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of -beschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met IPEO 1. 70.5% van de patiënten ($n = 918$) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 16% ($n = 209$) had eerder zwakke gedachten, en 13.1% ($n = 171$) had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging (zie figuur 22). Net zoals bij de eerste meting, hadden vrouwen significant vaker zwakke gedachten aan zelfverwonding of zelfbeschadiging dan mannen (17.6% vs. 13.4%; $\chi^2(1) = 4.04$; $p < .05$).

Figuur 22: Suïcidale ideatie per IPEO 1 & 2, Vlaanderen, 2014



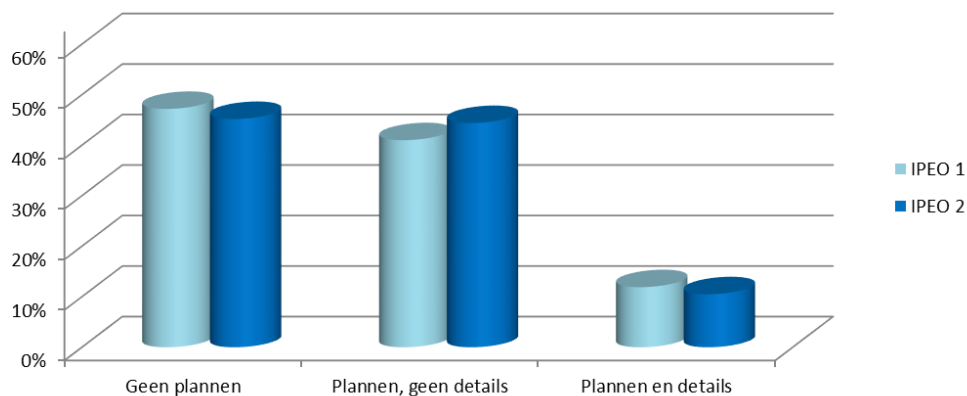
Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens IPEO 1 gaf 47.2% ($n = 342$) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 41% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 11.9% had de details reeds

uitgewerkt en goed geformuleerd. Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.

Tijdens IPEO 2 gaf 45.2% (n=160) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen: 44.4% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 10.5% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Rand-significant meer vrouwen dan mannen hadden nog niet nagedacht over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen (48.9% vs. 38%; $\chi^2(1) = 3.83$; $p = .05$).

De cijfergegevens wat betreft de concreetheid van de suïcidale ideatie tijdens IPEO 1 en 2 worden weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 23: Mate waarin suïcidale ideatie concreet is, per IPEO 1 & 2, Vlaanderen, 2014



Ervaren problemen en motieven

ERVAREN PROBLEMEN

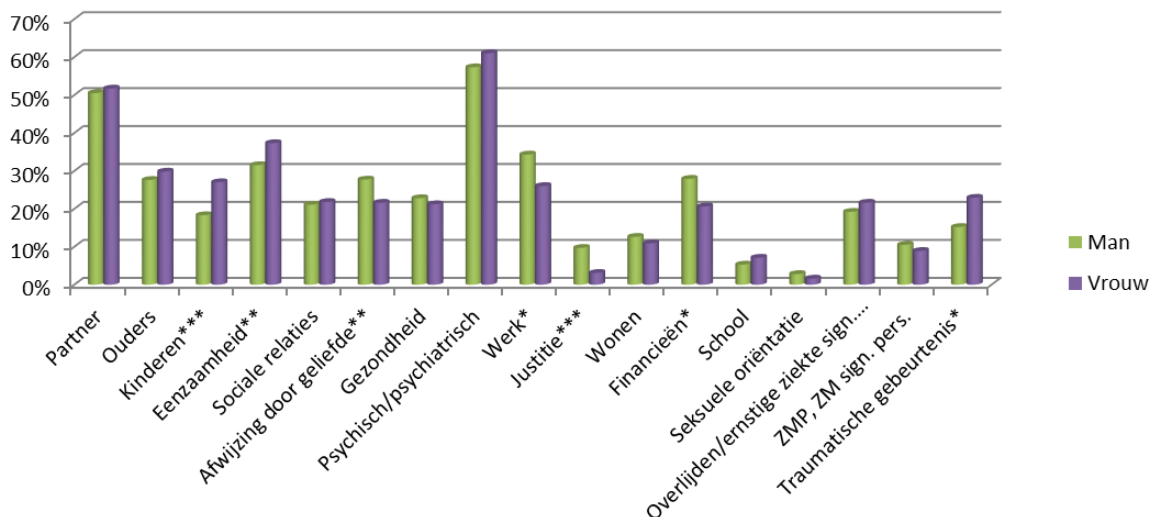
Figuur 24 geeft per geslacht weer welke ervaren problemen de patiënten *spontaan* en *expliciet* rapporteerden. Relationele problemen (51.3%) en psychische klachten of psychiatrische symptomen (59.6 %) werden het vaakst verwoord. De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (39.7%) of maanden (12.7%) aanwezig waren. Ook gevoelens van eenzaamheid werden herhaaldelijk spontaan gemeld (35.2%). Werkproblemen (29.1 %), problemen met de ouders (28.9%) afwijzing door een geliefde (23.9%), problemen met kinderen (23.8%), financiële problemen (23.6%) en problemen in het onderhouden van sociale relaties (21.6%) werden ook vaak opgegeven.

Bij de *spontaan* gerapporteerde problemen waren er enkele significante verschillen qua geslacht. Zo bleken vrouwen significant vaker dan mannen problemen met de kinderen (27%

vs. 18.3%; $\chi^2(1) = 12.87$; $p < .001$) en gevoelens van eenzaamheid (37.3% vs. 31.5%; $\chi^2(1) = 4.60$; $p < .05$) op te geven. Mannen noemden significant vaker dan vrouwen financiële problemen (27.9% vs. 20.6%; $\chi^2(1) = 7.34$; $p < .01$), werkproblemen (34.3 % vs. 26%; $\chi^2(1) = 10.43$; $p < .01$) en/of problemen met justitie/politie (9.7% vs. 3.1%; $\chi^2(1) = 25.50$; $p < .001$).

Omwillen van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de *spontane* rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard *expliciet* te bevragen. Bij 266 personen (20.2%) werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 275 personen (20.7%) werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven, en bij 126 personen (9.5%) werd vermeld dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld. Vrouwen rapporteerden significant meer dan mannen traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis (22.9% vs 15.2%; $\chi^2(1) = 11.61$; $p < .01$).

Figuur 24: Ervaren problemen per geslacht, Vlaanderen, 2014



*Significant geslachtsverschil ($p < .01$); ** significant geslachtsverschil ($p < .05$); *** significant geslachtsverschil ($p < .001$)

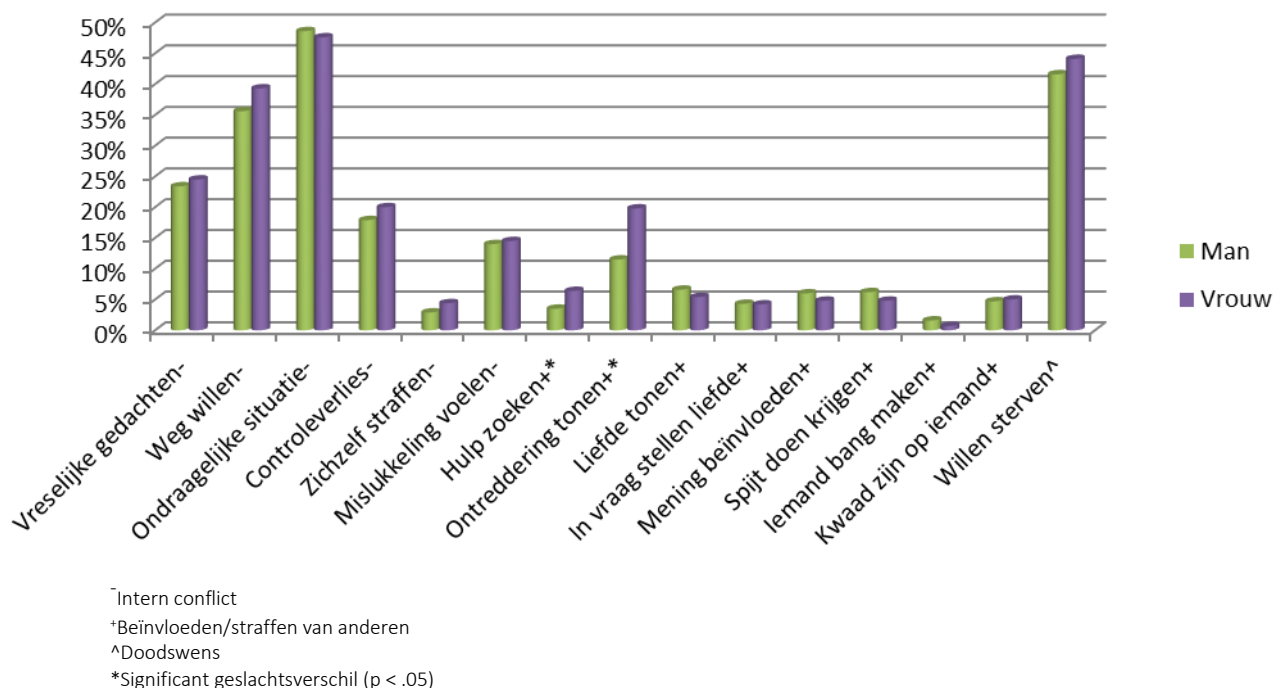
MOTIEVEN

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor hun suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in de categorieën die in Figuur 25 worden weergegeven.

Het meest frequent gerapporteerde motief was “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (46.7%), gevolgd door “Ik wilde sterven” (43.2%). Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (38%), “vreselijke gedachten” (23.6%) en controleverlies (19.2%) werden frequent aangevinkt. In de literatuur wordt aangegeven dat mensen met interne motieven (o.a. vreselijke gedachten, weg willen, ondraaglijke situatie) en met het doodsmotief “willen sterven” sterker geassocieerd worden met een risico op herval dan wanneer ze extrapunitieve motieven hebben (o.a. liefde tonen, iemand bang maken).

Vrouwen gaven significant vaker dan mannen als motief “ontredding tonen” (19.8% vs 11.5% ($\chi^2(1) = 8.93$; $p < .05$)). en vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan dat men wou hulp zoeken bij iemand voor de moeilijkheden (6.4% vs. 3.5%; $\chi^2(1) = 8.93$; $p < .05$).

Figuur 25: Motieven voor suïcidepoging per geslacht, Vlaanderen, 2014



Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van motieven die de patiënt aangeeft voor de poging:

“Situatie werd ondraaglijk en wou daaruit weg, wou anderen niet meer tot last zijn”

“Ik ben alleen, niemand heeft mij nodig”

“Kan echtscheiding niet verwerken, niemand grijpt haar, wou gewoon sterven”

“Ik kan de depressieve gevoelens niet langer aan”

“Zag het leven niet meer zitten, zag geen andere uitweg”

“Ik wou sterven, ik heb al lange tijd geen levensvreugde meer”

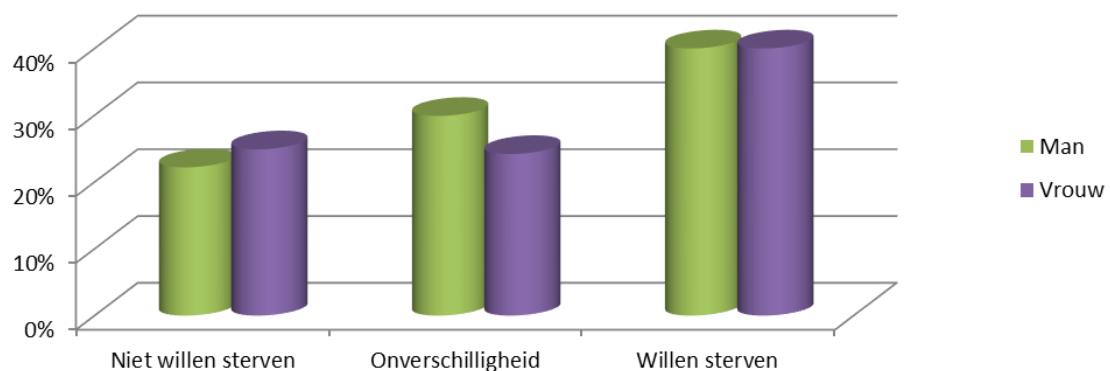
“Wou even weg uit de psychosociale problemen waar ze geen uitweg meer zag, wou ex-man tonen dat ze hem nog steeds graag ziet”

Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt wenste te sterven op het moment van de poging, werd gemeten aan de hand van de 'omstandigheden schaal' van de Suicide Intent Scale (SIS) door te peilen naar de objectieve omstandigheden van de poging. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-omstandighedenscore 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer deze score 6 of meer bedraagt. Zowel voor de mannen als voor de vrouwen was de mediaanscore 4. Op basis van de vastgelegde cut-offs voor mannen en vrouwen, was bij 46.7% van de mannen en 35.6% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie. Dit geslachtsverschil bleek significant te zijn ($\chi^2(1) = 14.57$; $p < .001$).

Aanvullend op de 'omstandigheden schaal' werd ook één item uit de 'zelf-rapportage schaal' van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven tijdens de suïcidepoging. 48.5% van de patiënten gaf expliciet aan te willen sterven, ongeveer hetzelfde percentage als het cijfer dat gerapporteerd werd bij "ik wilde sterven" als motief in voorgaande paragraaf. 27% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 24.6% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven. Er was geen significant verschil te vinden tussen mannen en vrouwen die expliciet aangaven dat ze wilden sterven.

Figuur 26: Ambivalentie tov het leven per geslacht, Vlaanderen, 2014



BEREIDHEID TOT BEGELEIDING

Wanneer op het eind van IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men verder begeleiding wenste (n = 1.390; 88.9%). 174 patiënten (11.1%) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis. Significant meer vrouwen dan mannen gaven aan verdere begeleiding te wensen (90.7% vs. 86%; $\chi^2(1) = 8.16$; $p < .01$).

ZORGBEHOEFTE

Uit eerder onderzoek blijkt dat de zorgbehoeften van de patiënt niet altijd overeen komen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Om de patiënt te kunnen engageren in het hulpaanbod is het echter zeer belangrijk beide visies op elkaar af te stemmen. Een expliciete bevraging van de zorgbehoeften van de patiënt is dus noodzakelijk.

Op het eind van IPEO 2 werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 1.114 patiënten geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als “zorgbehoeften op vormelijk niveau”. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als “zorgbehoeften op inhoudelijk niveau”.

Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van zorgbehoeften die de patiënt aangeeft na de poging:

“Patiënt wenst tot rust te komen”

“Wil hier tot rust komen, leren omgaan met emotie, werken aan alcoholprobleem”

“Patiënt wenst opname, wenst zich te laten begeleiden voor zijn depressieve klachten”

“Patiënt is niet gemotiveerd voor verdere zorg. Patiënt wenst naar huis te gaan”

“Is bereid om hier vandaag te blijven, maar heeft zelf geen psychiatrische hulpvraag”

“Patiënt wil de begeleiding in XXX verderzetten”

“Wil ambulante hulp, belde zelf naar CGG voor begeleiding”

“Agressie onder controle krijgen”

293 patiënten (26.3%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 454 (40.8%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend

en bij 173 (15.6%) louter een inhoudelijke. 194 patiënten (17.4%) formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.

Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 26.7% aan ambulante begeleiding te wensen, 26.8% residentiële begeleiding en 1.3% ondersteuning door een huisarts. 6.4% van de patiënten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling. Wat geslachtsverschillen betreft, gaven significant meer vrouwen aan behoeften te hebben aan verdere residentiële begeleiding ten op zichte van mannen (29% vs. 23.2%; $\chi^2(1) = 4.73$; $p < .05$).

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 19.1% duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 8.1% interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). 6.7% van de patiënten wenste vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldde 6.3% van de patiënten geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” (al dan niet tijdens de verdere behandeling).

BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag op de spoedopname, zo volledig mogelijk te registreren. Wanneer IPEO 2 bijvoorbeeld op de afdeling urgentiepsychiatrie werd afgenomen, en men daarna besloot tot opname op een PAAZ afdeling, werden beide opties aangevinkt.

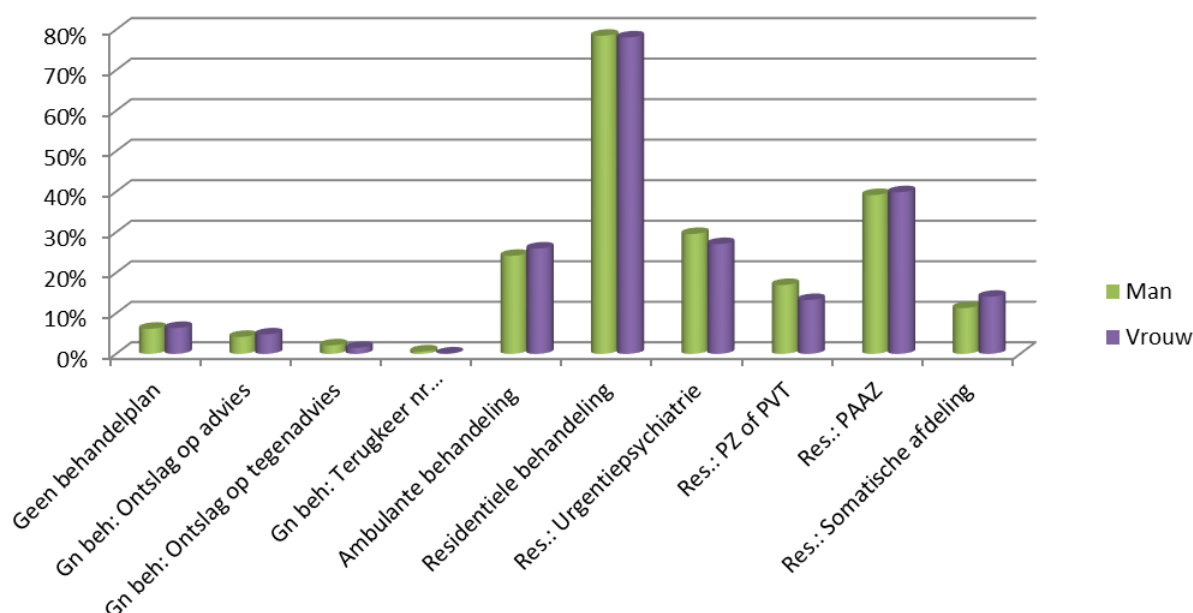
Het zorgtraject werd geregistreerd bij 1.467 patiënten (64.5% van de totale groep).

Bij 93 patiënten (6.3%) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 67 patiënten (4.6%) ging het om een ontslag op advies, bij 25 (1.7%) om een ontslag op tegenadvies en 4 (0.3%) patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis). In 2013 werd bij 10.9% van de patiënten die werden bevraagd met het IPEO aangegeven dat er geen verder zorgtraject werd voorzien. We kunnen vaststellen dat in 2014 aan meer patiënten een zorgtraject op maat werd aangeboden.

Bij 372 patiënten (25.4%) werd een ambulant zorgtraject voorgesteld. 1.148 patiënten (78.3%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 411 patiënten (28% van de totale groep) verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 215 patiënten (14.7%) werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, en 582 patiënten (39.7%) naar een PAAZ dienst. 13.1% ($n = 192$) van de patiënten verbleef op een somatische afdeling. Er is een stijging van 11.4% wat betreft de residentiele behandelingen t.o.v. 2013. Er is vooral een toename in het aantal opnames op een PAAZ-afdeling.

In figuur 27 wordt het zorgtraject per geslacht gedetailleerd weergegeven. Er waren geen significante geslachtsverschillen qua zorgtraject.

Figuur 27: Zorgtraject na ontslag op spoed per geslacht, Vlaanderen, 2014



Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van concrete behandelafspraken die door de hulpverleners werden aangegeven:

"Patiënt kan voor verdere opvolging overgaan naar PAAZ XX"

"Terug naar huis, coördinaten van ambulante drughulpverlening worden meegegeven"

"Opname PZ om moeilijke periode te overbruggen"

"Verdere ambulante opvolging na opname PAAZ"

"Patiënt verkiest ambulante psychologische zorg: MCT eigen regio"

"Gedwongen opname in XXX"

"Patiënt zal begeleiding bij psycholoog verder zetten"

In de overzichtstabel waarin de resultaten voor elk ziekenhuis apart behandeld worden, kan er vastgesteld worden dat het zorgtraject sterk kan verschillen naargelang het ziekenhuis waarnaar men verwezen wordt. Sommige ziekenhuizen werken namelijk met een urgentiepsychiatrische spoeddienst terwijl andere ziekenhuizen hierover niet beschikken.

HOOFDSTUK 3: INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE & OPVANG – KINDER EN JONGEREN (KIPEO)

In de periode 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014, werden er 63
suïcidepogingen geregistreerd in Vlaamse ziekenhuizen
en kinderpsychiatrische ziekenhuizen die door 60
adolescenten (gemiddelde leeftijd = 15 jaar) werden gemaakt.

Hoofdstuk 3: KIPEO

In hoofdstuk drie worden alle gegevens die werden verkregen via het KIPEO gerapporteerd. In 2014 werden er KIPEO's verkregen van 14 algemene ziekenhuizen en van één kinderpsychiatrisch centrum, er werden in 2014 geen KIPEO's verkregen van de CLB's en CGG's. In vergelijking met 2013, waren er in 2014 vier keer zoveel registraties gebeurd aan de hand van het KIPEO bij kinderen en jongeren na een suïcidepoging. Toch dient onderstaande informatie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De analyses kunnen niet altijd opgesplitst worden volgens geslacht, wegens de kleine groep jongens. Wanneer het gebruik van het KIPEO in de algemene ziekenhuizen, CLB's en CGG's gradueel toeneemt, kan er meer nauwkeurige en specifieke informatie omtrent deze doelgroep gegeven worden.

Volgende ziekenhuizen hebben in 2014 het KIPEO gebruikt: AZ Sint-Lucas Gent, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Herentals, OLV van Lourdes Waregem, AZ Groeninge Kortrijk, Heilig Hart ziekenhuis Lier, Jan Yperman ziekenhuis, AZ Sint-Blasius Dendermonde, AZ Sint-Augustinus Veurne, AZ Sint-Dimpna Geel, AZ Lokeren, Ziekenhuis Maas & Kempen Maaseik, RZ Sint-Trudo en AZ Vesalius Tongeren. Het UPC afdeling Beaufort Leuven maakt ook gebruik van het KIPEO bij de eerste opvang van een jongere na een suïcidepoging.

Persoonsgerelateerde gegevens

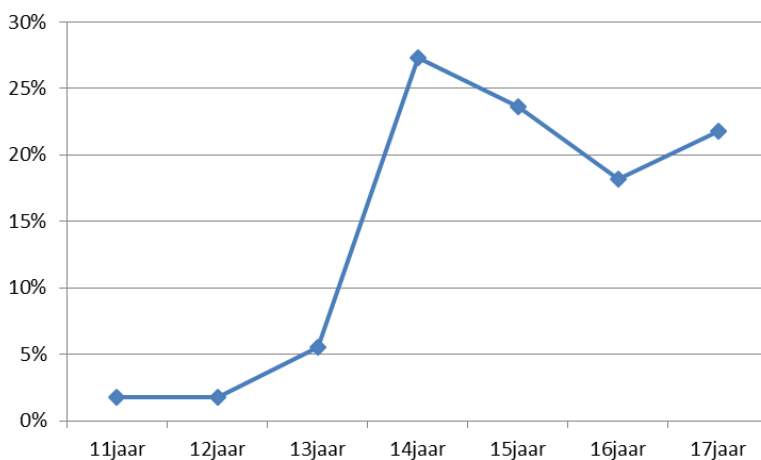
Hieronder wordt er een beschrijving gegeven van het geslacht en de leeftijd van de jongeren die werden aangemeld bij een algemeen ziekenhuis of kinderpsychiatrisch ziekenhuis na een suïcidepoging. Er wordt eveneens gerapporteerd omtrent de woonsituatie, de schoolsituatie van de jongere, de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, het sociaal netwerk, het al dan niet aanwezig zijn van alcohol, drugs en/of medicatie misbruik en het copingsgedrag van de jongere.

Geslacht en leeftijd

Onder de jongeren die in 2014 een suïcidepoging ondernamen en die bevraagd werden met het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (79.6%; n=43) dan jongens (20.4%; n=11). In de literatuur vinden we dezelfde trend terug, suïcidepogingen worden vaker door jonge meisjes ondernomen dan door jongens [5,6].

In huidige studie was de gemiddelde leeftijd van de jongere 15 jaar (min.: 11; max.: 17). Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 14 jaar, bij de meisjes was dit 15 jaar.

Figuur 28: Leeftijdsverdeling van jonge suïcidepogers, 2014



Woonsituatie en schoolsituatie

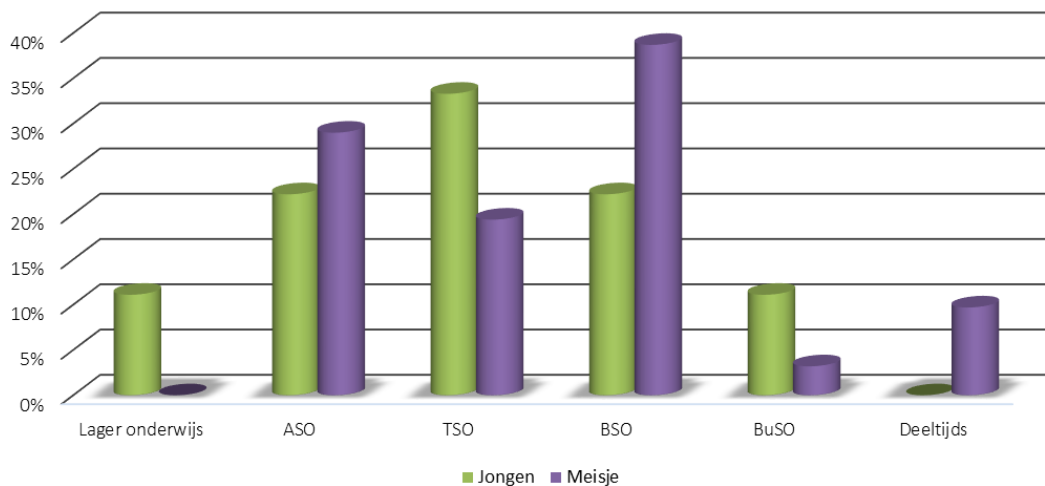
90% van de jongeren woonde bij familie. Meer specifiek woonde 48.7% bij zijn beide ouders, 12.8% in co-ouderschap, 20.5% in een eenoudergezin, 7.7% woonde in een nieuw samengesteld gezin en 10.3% woonde bij iemand anders (vb. bij broer/zus, grootouders of tante). 10% woonde in een gezinsvervangende situatie, de helft van deze jongeren woonde in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg) en de andere jongeren woonde in een pleeg- of adoptiegezin.

De meerderheid van de jongeren (35%) volgde een BSO-richting in het secundair onderwijs. 27.5% van de jongeren volgde een ASO richting en 22.5% volgde een TSO richting. 5% van de jongeren volgde een richting in het BuSO en 7.5% volgde deeltijds onderwijs. In figuur 29 wordt de schoolsituatie van de jongeren weergegeven. Wanneer de schoolsituatie van de jonge suïcidepogers vergeleken wordt met deze van de jongeren die het Nederlandstalig secundair onderwijs volgen in de tweede en derde graad (situatie op 01/02/2014)⁷, stellen we

⁷ Bron: <http://www.ond.vlaanderen.be/onderwijsstatistieken/2013-2014/rapporten>

vast dat het percentage jonge suïcidepogers die het BSO volgen (35%) relatief hoog is in vergelijking met het totaal percentage leerlingen in de tweede en derde graad van het BSO (25.7%). Het percentage jonge suïcidepogers die het ASO volgen (27.5%) is daarentegen relatief laag in vergelijking met het totaal percentage leerlingen in de tweede en derde graad van het ASO (40.5%).

Figuur 29: Schoolsituatie van de jonge suïcidepogers, volgens geslacht, 2014



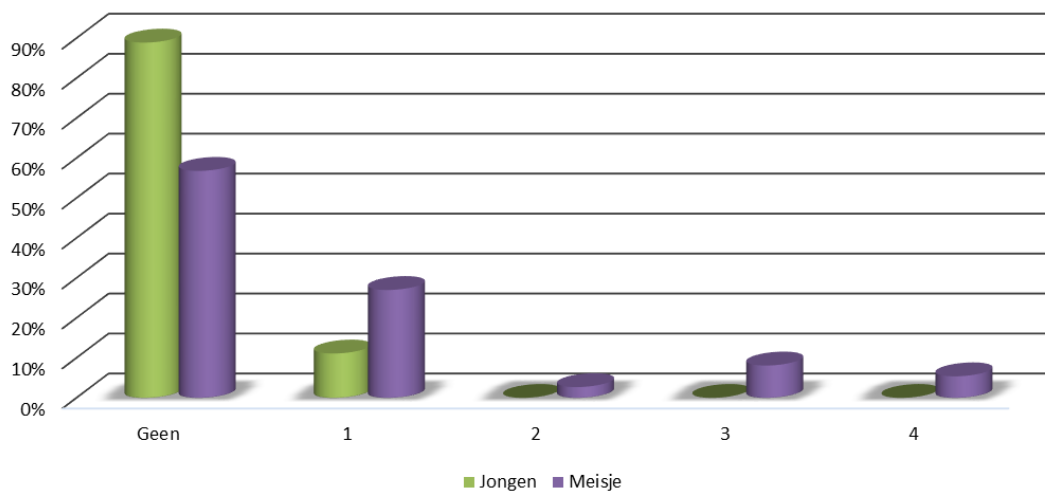
Er was geen significant verschil te vinden tussen jongens en meisjes wat betreft hun schoolsituatie.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag en automutilatie

Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide [7,8]. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. Uit huidig onderzoek bleek dat voor 63.8% van de jongeren dit de eerste suïcidepoging was. 23.4% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen, 2.1% twee, 6.4% drie en 4.3% reeds vier pogingen.

In figuur 30 wordt het aantal suïcidepogingen voorafgaand aan de huidige poging, weergegeven. Er was geen significant verschil te vinden tussen jongens en meisjes wat betreft de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag.

Figuur 30: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag bij de jonge poger, 2014



Bij 82.4% van de jongeren was de vorige poging minder dan 6 maand geleden en bij 93.8% van de jongeren was er iemand op de hoogte gebracht zoals een ouder, broer of zus, een vriend(in) en/of een vertrouwenspersoon op school. 61.5% van de jongeren gaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. 16.7% van de jongeren werd geholpen door hun ouders of voogd en 83.3% door een psycholoog.

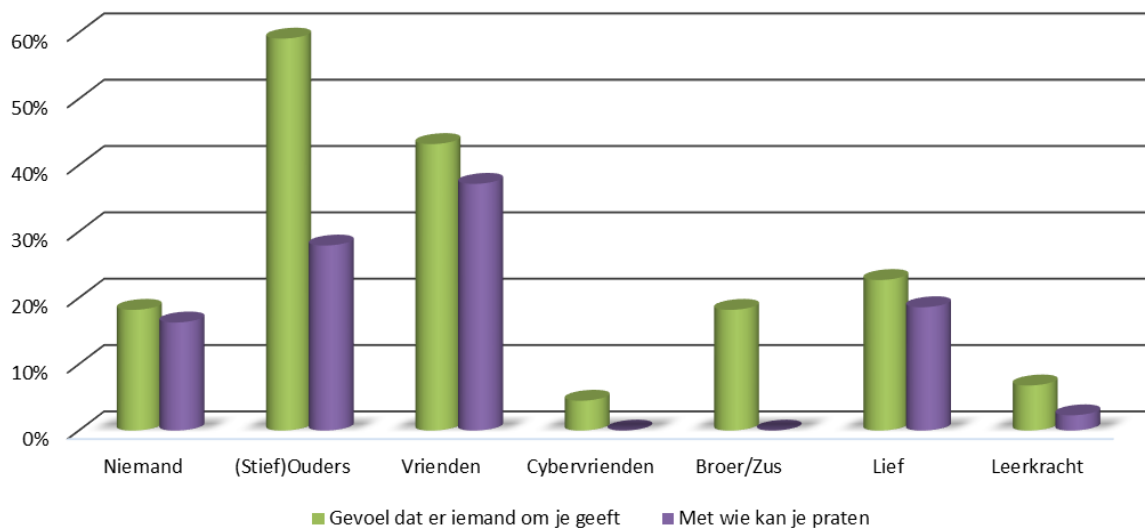
Door 57.6% van de jongeren werd aangegeven dat men aan automutilatie doet. Bij 94.4% van de jongeren was dit minder dan 6 maanden geleden. Significant meer meisjes doen aan automutilatie dan jongens (67.9% vs 0%; $\chi^2(1) = 7.99$; $p < .05$)

Sociaal netwerk en steun

Aangezien gebrek aan sociale steun het risico op een suïcidepoging vergroot, is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van een patiënt na te gaan. 18.2% van de jongeren gaf aan het gevoel te hebben dat niemand om hen geeft. Men had vaakst het gevoel dat (stief)ouders (60.5%) en vrienden (41.9%) om hen gaven. Vervolgens gaf men aan het gevoel te hebben dat broer en/of zus (18.6%), cybervrienden (4.7%), een lief (23.3%) en de leerkracht (7%) om hen geven.

14.3% van de jongeren gaf aan niet geneigd te zijn om met anderen te praten. 16.7% gaf aan met niemand te kunnen praten. Men kon het vaakst praten met de (stief)ouders (28.6%) en met hun vrienden (35.7%). Voor een aantal jongeren was het lief (19%) en de leerkracht (2.4%) een belangrijk persoon bij wie men terecht kan om te praten. Geen enkele jongere gaf aan geneigd te zijn met zijn/haar broer of zus te praten. Significant meer jongens (44%) dan meisjes (6.1%) gaven aan niet geneigd te zijn om met anderen te praten ($\chi^2(1) = 8.51$; $p < .01$). In figuur 31 wordt er weergegeven met wie de jongeren kunnen praten en aan wie ze sociale steun ervaren.

Figuur 31: Sociale steun die de jonge poger ervaart, 2014



Alcohol, drugs en/of medicatie misbruik

Studies van onder andere Vajda, Steinbeck en Factors (2000), Kotila en Lonnqvist (1987), O'Connor, Rasmussen en Hawton (2014) en van Reith, Whyte en Carter (2003) hebben aangetoond dat overmatig alcoholgebruik, medicatiegebruik (bijvoorbeeld benzodiazepines) en druggebruik belangrijke risicofactoren zijn voor het herhaald ondernemen van een suïcidepoging. Op basis van de CRAFFT-vragenlijst, die onderdeel uitmaakt van het KIPEO, werd een screening gedaan naar problematisch middelengebruik bij de jongeren.

Bij 70.6% van de bevroagde jongeren was er geen vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. 43.2% van de jongeren gaf wel aan alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 9.1% van de jongere gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 25% van de jongere gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan voorgeschreven door de arts.

Wanneer de jongere op één van de vragen, "Heb je tijdens de afgelopen 3 maanden alcohol; drugs of medicatie gebruikt in hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?", "JA" had geantwoord werd er verder gepeild naar het alcohol, drugs en/of medicatie misbruik

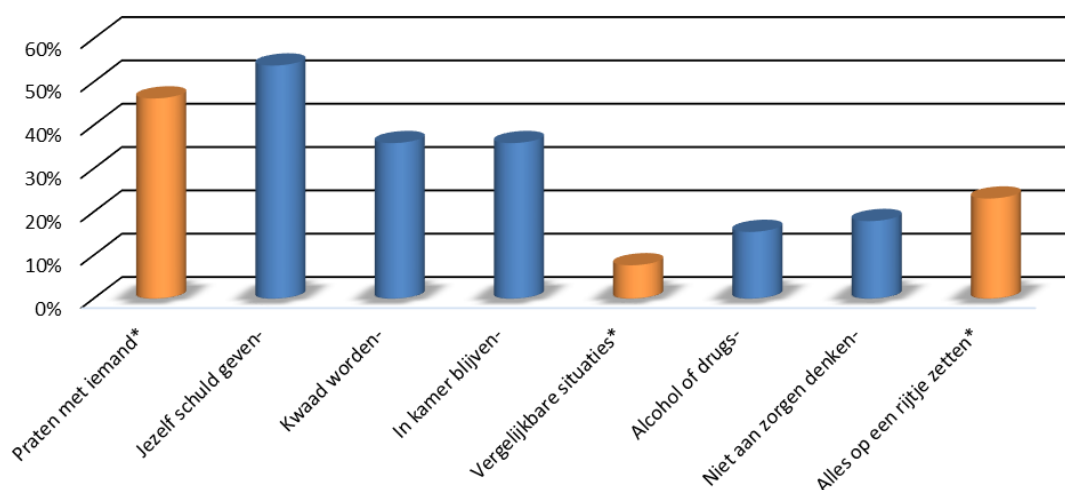
Hierbij gaf 33.3% van de jongeren aan dat men alcohol, drugs of medicatie had gebruikt om zich te ontspannen of om ergens bij te horen, 22% gebruikte alcohol, drugs of medicatie als hij/zij alleen is. 44.4% gaf aan soms dingen te vergeten als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt, 27.8% gaf aan dat familie of vrienden vragen om te minderen met het alcoholgebruik en 27.8% gaf aan ooit in de problemen zijn geraakt nadat men alcohol, drugs of medicatie had gebruikt.

Coping

Wanneer aan de jongeren wordt gevraagd hoe men met problemen of moeilijke situaties omgaat, gaf 63.6% van de jongeren aan een probleemgerichte aanpak te hanteren. De meerderheid van de jongeren (72.7%) gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren. Aangezien meerdere copingstrategieën konden worden aangegeven door de jongeren, is het mogelijk dat sommige jongeren zowel de probleemgerichte aanpak als de emotiegerichte aanpak selecteerden bij de aanpak van problemen.

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak van problemen geven 51.5% van de jongeren aan dat men hierover praat met iemand, 6.1% denkt aan hoe men ermee is omgegaan in vergelijkbare situaties en 21.2% probeert de dingen op een rijtje te zetten. Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de emotiegerichte aanpak van problemen geven 48.5% van de jongeren aan de schuld van de problemen bij zichzelf te leggen, 33.3% wordt kwaad, 36.4% blijft in de kamer, 9.1% gaf aan iets alcoholisch te drinken of zelfs drugs te gebruiken en tenslotte gaf 15.2% aan proberen niet aan de zorgen te denken.

Figuur 32: Copingmechanisme van de jonge poger, 2014



- Emotie-georiënteerd; * Probleem-georiënteerd

Gebeurtenisgerelateerde gegevens

In dit deel wordt er informatie gegeven met betrekking tot de suïcidepoging zelf, meer specifiek over het tijdstip, de gebruikte methode en de alcoholinname tijdens de poging. De omstandigheden van de poging gemeten met de Suicide Intent Scale worden nagegaan. Er wordt een overzicht gegeven van de manier waarop de jongere werd aangemeld op de spoedafdeling, de ernst van het letsel, de gevoelens die men ervaart en de aanwezigheid van suïcidaliteit na de poging. De problemen die de jongere ervaart en de motieven voor deze poging worden eveneens in dit deel weergegeven.

Situering in de tijd

Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (46.7%) tussen 17.31u en 23.30u. Tijdens de namiddag (11.31u – 17.30u) en 's nachts (23.31u – 6.30u) werden evenveel pogingen geregistreerd (20%). In de ochtend (6.31u en 11.30u) werden minder pogingen geregistreerd (13.3%).

Wanneer KIPEO 2 werd afgenomen, werd er aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie verkregen over het gekozen tijdstip: in 67.4% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de jongere aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 26.1% van de gevallen dat interventie onwaarschijnlijk was en in 6.5% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was.

Aard van de suïcidepoging

METHODE

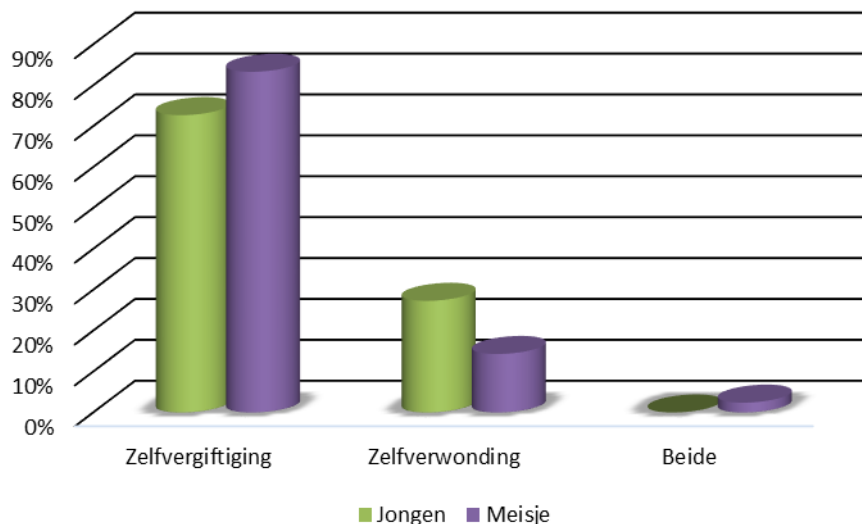
De meerderheid van de suïcidepogingen (79.6%, $n = 43$) gebeurde uitsluitend met behulp van 'zelfvergiftiging' (medicatie en/of pesticiden, chemicaliën of andere schadelijke stoffen). 18.5% ($n = 10$) van de jongeren verwondde zichzelf en slechts 1.9% ($n = 1$) hanteerde beide methodes. In de literatuur vinden we dezelfde trend terug. De studie van Rhodes et al. toonde eveneens aan dat zelfvergiftiging door de meeste jonge suïcidepogers wordt gebruikt. Er was geen significant geslachtsverschil te weerhouden wat betreft de gebruikte methode. Figuur 33 biedt een overzicht van de gebruikte methode.

Bijna twee derde (77.8%) van de suïcidepogingen bij de jongeren gebeurde met behulp van een overdosis medicatie. Zelfvergiftiging door het gebruik van pesticiden, chemicaliën en

andere schadelijke stoffen (wasproducten, rattenvergif,...) gebeurde bij 3.7% van de suïcidepogingen.

11.1% van de jonge suïcidepogers verwondden zichzelf met een scherp voorwerp. Een verhangingspoging kwam bij 3.7% van de suïcidepogers voor, 5.6% gebruikte andere methoden zoals van een hoogte springen en voor een bewegend voorwerp springen. Bij 9 jonge suïcidepogers was de gebruikte methode niet gekend.

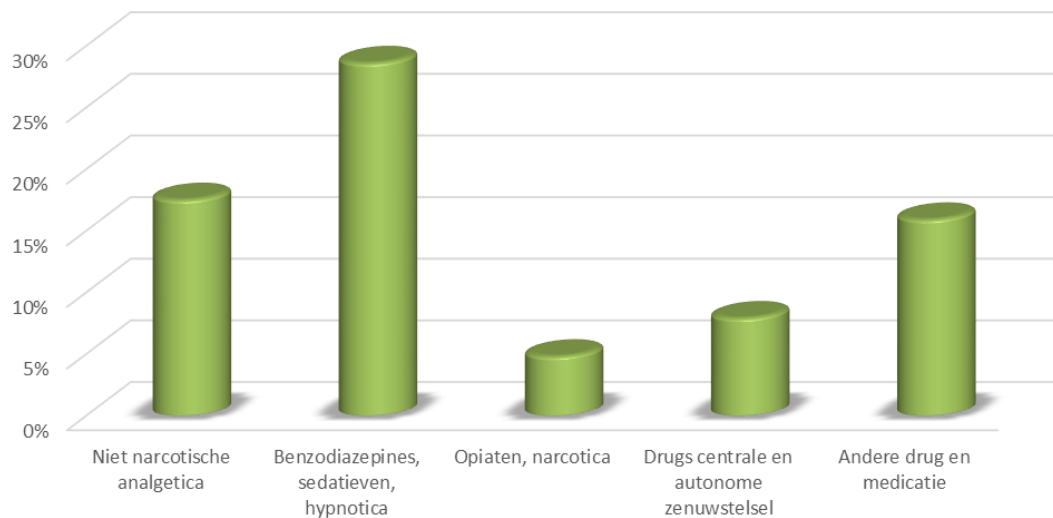
Figuur 33: Methode van suïcidepoging van de jonge poger, per geslacht, 2014



SOORTEN MEDICATIE BIJ OVERDOSIS

Figuur 34 biedt een overzicht van de gebruikte soorten medicatie bij een suïcidepoging aan de hand van zelfvergiftiging. Van alle geregistreerde pogingen bij de jongeren gebeurde 19.3% aan de hand van niet-narcotische analgetica (medicatie met een pijnstillende werking). Bij 31.6% werden benzodiazepines, sedatieven en hypnotica ingenomen. Dit is net zoals bij de volwassenen de meest gebruikte medicatie tijdens de poging uit deze specifieke groep. Er werden ook vaak medicijnen gebruikt uit de groep van opiaten/ narcotica zoals marihuanna, amfetaminen (5.3%) en medicijnen die een werking hebben op het centrale en autonome zenuwstelsel (8.8%). Bij 17.5% werd er medicatie ingenomen die niet nader gespecificeerd werd. Dit zijn medicijnen die een lokale werking hebben, bijvoorbeeld anti-hypertensiva, anti-cholesterol, de pil,... .

Figuur 34: Soorten medicatie bij een overdosis, 2014



ALCOHOL INNAME TIJDENS SUÏCIDEPOGIGN

Bij de afname van het KIPEO werd er telkens nagegaan of er alcohol werd gebruikt tijdens de suïcidepoging. 11.3% van de jongeren had alcohol ingenomen tijdens hun poging. Er was geen significant verschil tussen jongens en meisjes wat betreft het gebruik van alcohol.

OMSTANDIGHEDEN VAN EEN SUÏCIDEPOGING

Via de Suicide Intent Scale (SIS) werd er informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging. Uit de gegevens blijkt dat er bij één derde van de gevallen (32.6%) niemand in de buurt was op het moment van de poging. Bij 39.1% was er iemand in de buurt en in 28.3% was er iemand aanwezig. Bij 69.6% werden geen maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, bij 28.3% werden passieve maatregelen (vb. anderen ontlopen) genomen om ontdekking tegen te gaan. Tenslotte nam 2.2% van de jonge pogers actieve maatregelen, vb. alleen in een kamer met de deur op slot.

63% van de jongeren bracht een mogelijke hulpverlener op de hoogte nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. 8.7% van de jongeren bracht na de poging een mogelijke hulpverlener hiervan expliciet op de hoogte en de overige 28.3% contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem/haar niet expliciet op de hoogte van de poging.

82.6% van de jongere hadden geen 'laatste handeling' ondernomen zoals bepaalde spullen aan anderen geven na het besluit zichzelf te verwonden en/of te vergiftigen. 10.9% had overwogen om bepaalde zaken af te wikkelen en 6.5% had definitieve regelingen getroffen.

58.7% van de jongeren had noch een afscheidsbrief geschreven, noch eraan gedacht, 8.7% van de jongeren had wel overwogen om een afscheidsbrief te schrijven, maar heeft dit uiteindelijk niet gedaan. 32.6% van de jongeren had effectief een brief geschreven of via sms, e-mail of facebook iets gestuurd.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat 58.7% geen voorbereidingen heeft getroffen. 32.6% van de jongeren had de suïcidepoging minimaal voorbereid en bij 8.7% was deze uitvoerig voorbereid.

32.6% van de jongeren had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie expliciet aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. 41.3% had zich hierover op geen enkele manier uitgelaten en 26.1% had impliciet aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen.

AANMELDING

11.8% van de aanmeldingen gebeurde op (mede)initiatief van de jongere zelf. In meer dan de helft van de gevallen (54.9%) waren de ouders betrokken bij de aanmelding. Bij 5.9% van de gevallen werd de jongere door vrienden aangemeld en 7.8% werd door de school aangemeld. In 17.6% van de gevallen was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis en bij 2% van de gevallen werd de jongere door de huisarts doorverwezen naar de spoeddienst van één van de registerende ziekenhuizen. Tenslotte werd 7.8% van de jongeren door een dienst uit de bijzondere jeugdzorg aangemeld.

ERNST LETSEL NA SUÏCIDEPOGING

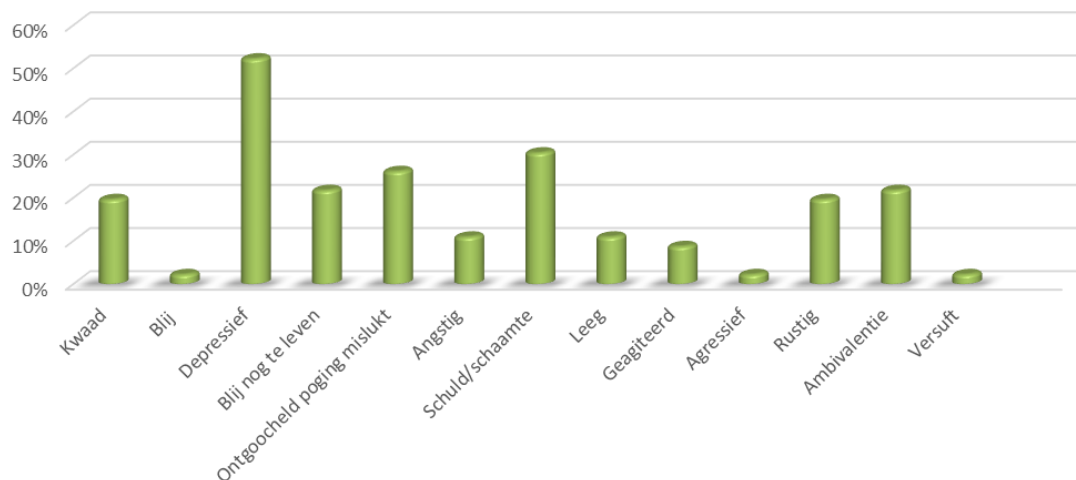
Van alle suïcidepogingen die aan de hand van het KIPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid een beperkt (48.8%) of geen letsel (25.6%) op. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel ernstig (25.6%).

Inschatting van emoties en suïcidaliteit na de poging

GEVOELENS

Bij de jongeren werd door de hulpverleners nagegaan en opgeschreven hoe de jongere zich voelde kort na de suïcidepoging. Deze gevoelens werden door de onderzoekers gecodeerd in verschillende categorieën (zie figuur 35). Bij 26.1% van de jongeren werd vermeld dat ze expliciet aangaven dat ze spijt hadden dat de poging mislukt was. Bij 52.2% van de jongeren werden depressieve gevoelens vermeld, bij 19.6% overheerste kwaadheid en 30.4% voelde zich schuldig of schaamde zich over de poging. 10.9% voelde zich angstig en 8.7% voelde zich onrustig na de suïcidepoging. In de overige gevallen werd gemeld dat men blij was nog te leven (2.2%), voelde men zich rustig (19.6%), gelaten/leeg (10.9%), geagiteerd (8.7%) of had men tegenstrijdige gevoelens (21.7%).

Figuur 35: Gevoelens na de poging, jonge pokers, 2014



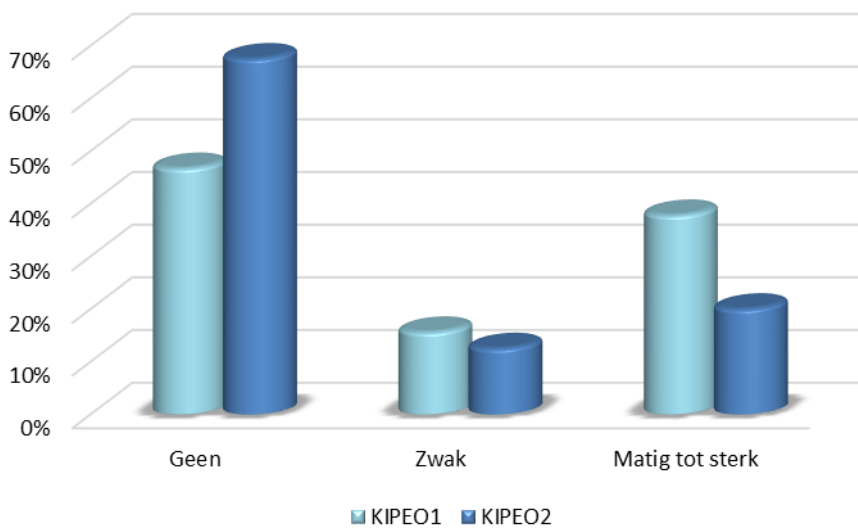
Wanneer de jongere geen positieve toekomstvisie meer kan maken en de negatieve gevoelens worden niet als voorbijgaand ervaren, dan is er sprake van hopeloosheid. Een hoge mate van hopeloosheid is geassocieerd met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag. Daarom gingen de hulpverleners bij de jongeren ook telkens de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst na. Deze gevoelens werden door de onderzoekers achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 34.1% van de jongeren uitte zich ambivalent en 29.3% zag de toekomst eerder negatief tegemoet. De meerderheid van de jongeren (36.6%) zag de toekomst eerder positief tegemoet.

SUÏCIDALITEIT

Het is belangrijk om zo snel mogelijk, dus gedurende KIPEO1, in te schatten of de jongere thans nog suïcidale gedachten of plannen heeft. In bijna de helft van de gevallen (46.7%) gaven de jongeren aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 15.6% van de jongeren gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 37.8% van de jongeren gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

Omdat de intensiteit van de suïcidale ideatie snel kan wisselen, wordt aan de hulpverleners gevraagd om de aanwezigheid van suïcidegedachten opnieuw na te gaan gedurende KIPEO2. Het blijkt dat tijdens KIPEO2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of – beschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met KIPEO1. 67.5% van de jongeren gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf en 12.5% had eerder zwakke gedachten en 20% gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfbeschadiging.

Figuur 36: Suïcidale ideatie per KIPEO 1 & 2, 2014

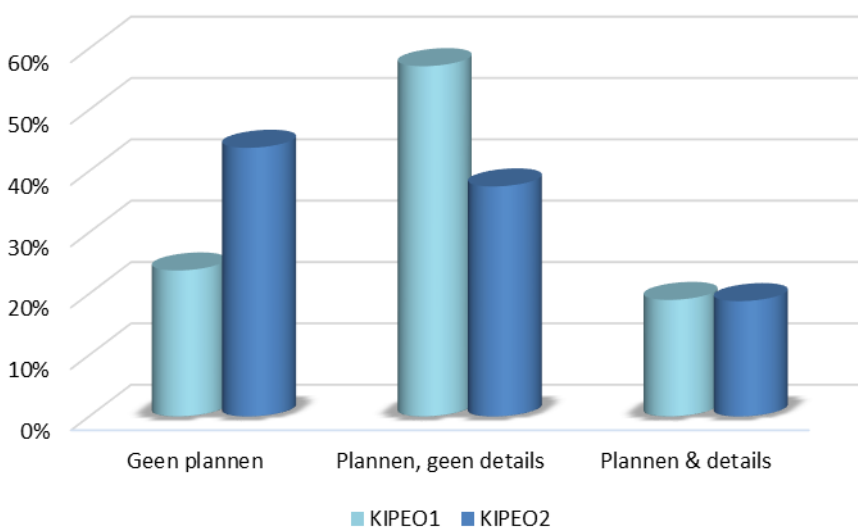


Bij de jongeren die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens KIPEO1 gaf 23.8% van deze jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen, 57.1% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken en 19% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Tijdens KIPEO2 gaf 43.8% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen, 37.5% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode, evenwel zonder details uit te werken. 18.8% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

De cijfergegevens wat betreft de concreetheid van de suïcidale ideatie tijdens KIPEO1 en KIPEO2 worden weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 37: Mate waarin suïcidale ideatie concreet is, per KIPEO 1 & 2, 2014

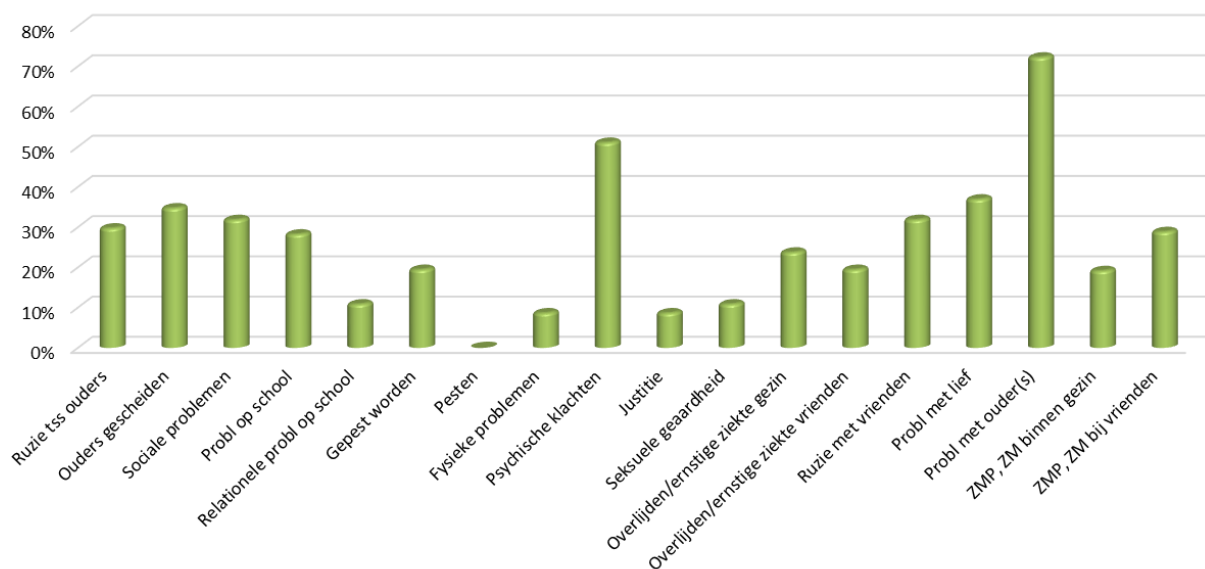


VOORAFGAANDE PROBLEMEN

Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de risicofactoren die aan een suïcidepogingen voorafgaan bij adolescenten in twee clusters kunnen opgedeeld worden: (1) omgeving en/of psychosociale factoren zoals niet samenwonen bij beide ouders, ouders die gescheiden zijn, gepest worden, ernstige bezorgdheid hebben rond hun seksuele geaardheid, problemen hebben met de politie, en familie en/of vrienden hebben die een suïcidepoging hebben gedaan, en (2) persoonlijkheids- en psychologische kenmerken zoals impulsiviteit, perfectionisme, angst en depressiviteit [6]. In het KIPEO werd een groot aantal omgevings- en psychosociale factoren spontaan gerapporteerd. De jongeren gaven vaak aan dat het moeilijk is om vrienden te maken/ te houden (31.9%) en vermeldten vaak dat er problemen waren op school (28.3%). Ruzie tussen ouders (29.8%), gescheiden ouders of ouders die uit elkaar gaan (34.8%) en de aanwezigheid van psychische klachten (51.1%) werden ook vaak opgegeven. Tenslotte gaven een aantal jongeren aan gepest te worden (19.5%), problemen met justitie te hebben (8.7%) en dat er iemand in het gezin is overleden of ernstig ziek is (23.8%).

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de voorafgaande problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. 31.9% rapporteerde ruzie met vrienden, 72.3% problemen met één of beide ouders, 37% problemen met een lief, 19.2% een suïcidepoging of suïcide binnen het gezin en tenslotte vermeldde 28.9% een suïcide of suïcidepoging bij vrienden. Deze bevindingen liggen in dezelfde lijn als de resultaten van verschillende andere studies. Daarin werd eveneens aangegeven dat jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen serieuze problemen kennen met hun vriend(in) en dat ze significant meer vrienden of familieleden kennen die een suïcidepoging hebben ondernomen [6,12].

Figuur 38: Voorafgaande problemen, 2014



MOTIEVEN

Er werd aan de jongeren telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor hun suïcidepoging. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van motieven die de jongere aangeeft voor de poging.

“Gevoel niets goed te kunnen doen voor ouders”

“Doodgaan, een einde aan alle negatieve gedachten”

“Geeft aan dat het gewoon niet meer ging”

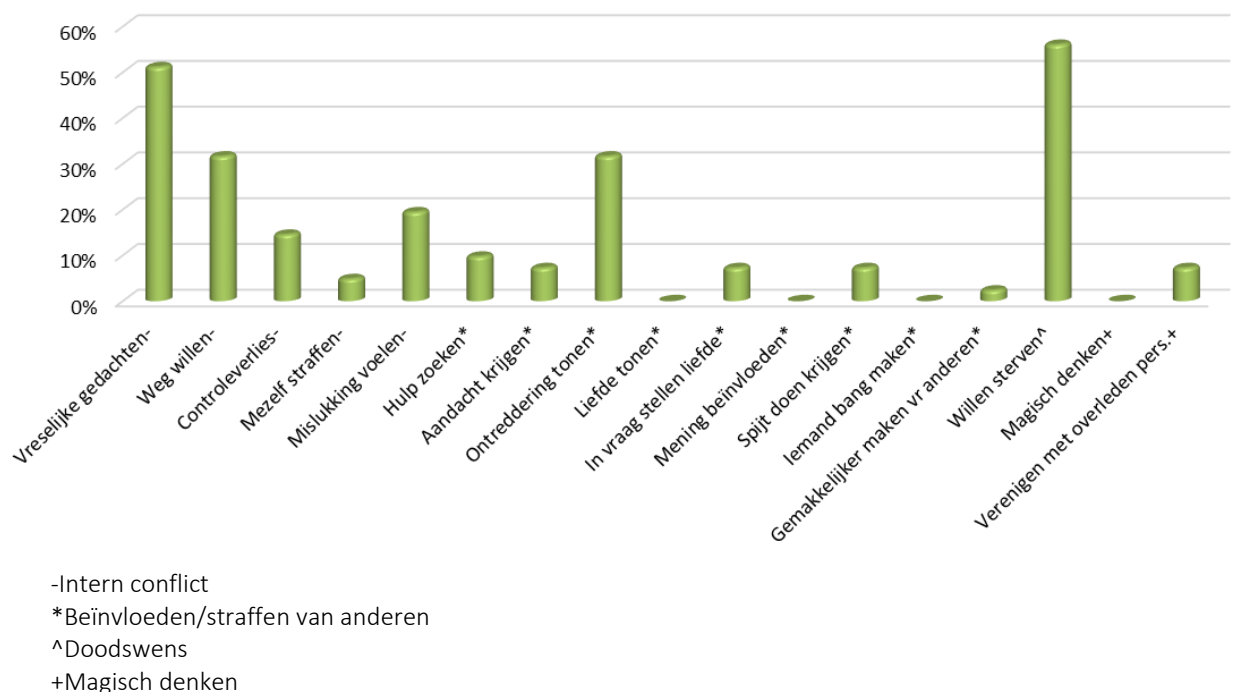
“Het was teveel, wou weg van het leven”

“Patiënt voelt zich enorm slecht, het was exact een jaar geleden dat vriendin suïcide pleegde”

“Alle problemen samen waren teveel geworden”

Het meest frequent gerapporteerde motief was “Ik wilde sterven” (56.1%) en “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (51.2%), “Mensen laten begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was” (31.7%) en “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (31.7%). Ook “Ik verloor de controle over mezelf en weet niet waarom ik dat toen deed” (14.6%) werden frequent aangehaald. Het motief “Ik wilde sterven” wordt bij de jongeren vaker aangegeven in vergelijking met volwassenen (cfr. Supra p. 40).

Figuur 39: Motieven voor suïcidepoging, 2014



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de jongere wenste te sterven op het moment van de poging, werd gemeten aan de hand van de 'omstandigheden schaal' van de Suicide Intent Scale (SIS) door te peilen naar de objectieve omstandigheden van de poging. Bij jongens vanaf 15 jaar spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-omstandighedenscore 5 of meer bedraagt, bij meisjes vanaf 15 jaar wanneer deze score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze vastgelegde cut-offs voor jongens en meisjes, was bij 62.5% sprake van een lage suïcidale intentie.

Aanvullend bij de 'omstandigheden schaal' werden ook twee items uit de 'zelf-rapportage schaal' van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven tijdens de suïcidepoging en de mate van impulsiviteit. 40.5% van de jongeren gaf aan dat de poging impulsief is gebeurd. 21.6% van de jongeren gaf aan de daad 3u of kort voor de poging overwogen te hebben en 37.8% gaf aan de daad meer dan 3u voor de poging overwogen te hebben. Deze bevindingen omtrent de impulsiviteit bij de suïcidepoging liggen in dezelfde lijn als de resultaten van de studie van O'Connor et al. (2014). Daar gaf 41% van de jongeren aan dat de daad impulsief was gebeurd.

Wat betreft de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven gaf 52.5% van de jongeren expliciet aan te willen sterven, 22.5% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven en 25% gaf duidelijk aan niet te willen sterven.

Zorgtraject

BEREIDHEID TOT BEGELEIDING

Wanneer op het eind van KIPEO1 aan de jongere gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf 63.6% aan verdere begeleiding te wensen. 11.4% van de jongeren weigerde expliciet verdere professionele begeleiding en 25% van de jongeren stond hier neutraal tegenover.

ZORGBEHOEFTE

Om de jongere te kunnen engageren in het hulpaanbod is het zeer belangrijk het zorgaanbod af te stemmen op de zorgbehoeftes. Op het eind van KIPEO2 werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de jongere verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als "zorgbehoeften op vormelijk niveau". Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de jongere wenste te werken, werd dit geregistreerd als "zorgbehoeften op inhoudelijk niveau".

Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van zorgbehoeften die de jongere aangeeft na de poging.

"Ik moet er terug voor gaan, positiever denken, ambulante begeleiding, wil naar huis"

"Patiënt(e) wil verder gaan met de therapie bij haar psycholoog"

"Wil in de week met iemand praten, ziet langdurige opname niet zitten"

"Patiënt(e) wil graag opgenomen worden om even tot rust te komen"

"Werken aan voedingspatroon, stoppen met automutilleren"

25.6% formuleerde noch een vormelijke, noch een inhoudelijk zorgbehoefte. Bij 28.2% van de jongeren werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 30.8% van de jongeren louter een inhoudelijke. 30.8% van de jongeren formuleerde zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de jongeren bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werd, gaf 23.1% aan ambulante begeleiding te wensen en 10.3% residentiële ondersteuning. Voor 7.7% van de jongeren was de keuze voor verdere begeleiding onbeslist.

Bij de jongeren die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 28.2% duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 17.9% interpersoonlijke behoeften (zoals relatieproblemen). 5.1% van de jongeren wenst vooral praktische ondersteuning. Tenslotte vermeldden 7.7% van de jongeren geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar "rust".

BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de jongere zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag op de spoedopname, zo volledig mogelijk te registreren. Bij 5.6% van de jongeren werd aangeduid dat na het ontslag op de spoeddienst géén verdere behandeling of begeleiding voorzien werd. Bij 94.4% werd er wel een zorgtraject na de spoedopname voorgesteld. Bij 58.3% van de jongeren werd een ambulant zorgtraject voorgesteld. 36.1% van de jongeren werden residentieel behandeld. 5.6% verbleven minstens één nacht op de urgentiepsychiatrische dienst, 13.9% verbleef op een jeugdpsychiatrische afdeling, 8.3%

verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit en 8.3% van de jongeren werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling.

Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van concrete behandelaafspraken die door de hulpverleners worden aangegeven:

“Opname dienst pediatrie”

“Opname psychiatrisch centrum XXX”

“Afspraak in XXX voor ambulante gesprekstherapie”

“Transfer naar jeugdpsychiatrische crisisunit”

“CLB op de hoogte gebracht van ontslag en verdere geregelde vervolgzorg”

Bespreking

In het deel dat volgt, wordt er eerst een korte samenvatting gegeven van de bevindingen omtrent de suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van het (K)IPEO, daarna volgt er een bespreking van de sterktes en beperkingen van deze studie. Tenslotte worden er nog implicaties voor preventie en verder onderzoek meegegeven.

Korte samenvatting van de bevindingen

In 2014 bedroeg de event-based rate voor suïcidepogingen in Vlaanderen 159/100.000. Dit betekent een niet-significante stijging van 1.9% ten opzichte van 2013.

In 2014 kwamen naar schatting 10.236 suïcidepogingen voor in Vlaanderen, dit komt neer op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag.

De rates van 2014 liggen hoger in het westen (West-Vlaanderen) dan in het oosten van Vlaanderen (Vlaams-Brabant, Antwerpen en Limburg). De cijfers van West-Vlaanderen zijn significant hoger dan deze van Oost-Vlaanderen, Antwerpen, Vlaams-Brabant en Limburg.

IPEO

De man/vrouw verhouding voor wat betreft het voorkomen van suïcidepogingen is 1:1.7. Het hoogst absolute aantal suïcidepogers was tussen de 20-24 jaar en tussen 40 en 49 jaar oud, dit is gelijk aan de bevindingen van de voorbije drie jaar (2011-2013).

52.8% van de aangemelde suïcidepogers had reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernomen in het verleden. Iets minder dan de helft van hen (49.2%) ondernam een poging gedurende het afgelopen jaar.

50.2% van de suïcidepogers had ten tijde van IPEO 1 zwakke tot sterke gedachten om zichzelf opnieuw te verwonden of beschadigen. Meer dan de helft van hen (52.9%) gaf aan reeds te hebben nagedacht over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 11.9% rapporteerde hieromtrent gedetailleerde plannen. Tijdens IPEO 2 rapporteerde nog 30% gedachten aan zelfbeschadiging. 44% had reeds nagedacht over de manier waarop, evenwel zonder de details uit te werken. 10.5% had de details echter reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Bijna één derde van de patiënten (27.1%) bij wie een probleemomschrijving werd geformuleerd, kreeg de DSM diagnose “stemmingsstoornis”. Bij 7.2% van de patiënten werd de diagnose “persoonlijkheidsstoornis” geformuleerd.

Het merendeel van de suïcidepogers behoorde tot de groep werkenden (39.1%) of waren economisch inactief (45.3%). Conform met andere registratiejaren is de meerderheid van de suïcidepogers nooit gehuwd geweest (40.6%) en woont meer dan de helft (69.9%) van de onderzoeksgroep ‘niet alleen’ op het ogenblik van de poging.

Meer dan drie op vier suïcidepogingen (77.5%) gebeurden aan de hand van zelfvergiftiging (voornamelijk door middel van benzodiazepines, sedatieven en hypnotica), terwijl bij 18.3% van de suïcidepogingen sprake is van zelfverwonding (voornamelijk door middel van een scherp voorwerp of verhangen en wurging) en bij 4.2% van een combinatie van

zelfverwonding en zelfvergiftiging. Alcohol werd bij 28.3% van de suïcidepogingen ingenomen. Onze bevindingen wat betreft de gehanteerde methode bij de suïcidepoging zijn conform aan de bevindingen uit een Engelse studie [14]. Uit de gerapporteerde gegevens van Oxford, Manchester en Derby bleek dat 78.3% zelfvergiftiging had gebruikt als methode, 17.6% zelfverwonding en 4.1% had beide methodes gebruikt. Wat betreft het alcohol gebruik, zien we dat in Engeland de helft van de aangemelde suïcidepogers op de spoeddienst alcohol heeft geconsumeerd tijdens de act zelf.

Conform met andere registratiejaren is er bij meer dan één derde van de patiënten, op basis van de CAGE-AID, sprake van “mogelijk alcohol- en/of middelenmisbruik” (6.5%) of “waarschijnlijk misbruik” (28.5%). “Waarschijnlijk misbruik” kwam significant vaker voor bij mannen (37.1% en 23.3%) dan bij vrouwen. Bij vrouwen was er significant vaker geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik dan bij mannen (71.9% en 53.7%).

KIPEO

Bij de -18jarigen was 79.6% van de aangemelde suïcidepogers meisjes. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 15 jaar. Bijna de helft (48.7%) van deze jongeren woonde bij beide ouders.

36.2% van de aangemelde suïcidepogers jonger dan 18 jaar had reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernomen in het verleden. Bij 17.6% van de jongeren was dit meer dan 6 maand geleden. Door 57.6% van de jongeren werd eveneens aangegeven dat men automutileert. 59.1% van de jongeren gaf aan dat men bij hun (stief)ouders terecht kan voor steun of om met hen te praten. Bijna de helft van de jongeren gaf aan dat hun vrienden belangrijk zijn om bij terecht te kunnen.

De meerderheid (79.6%) van de suïcidepogingen gebeurden aan de hand van zelfvergiftiging, net zoals bij de +18jarigen werd in deze groep vooral gebruik gemaakt van benzodiazepines en sedatieven. 18.5% van de jongeren verwondden zichzelf en gebruikten hierbij als methode vooral een scherp voorwerp. In de literatuur wordt er eveneens aangegeven dat de jongeren zichzelf vaak verwonden door middel van zichzelf te snijden [6,12].

52.2% van de jonge suïcidepogers had ten tijde van KIPEO1 zwakke tot sterke gedachten om zichzelf opnieuw te verwonden of beschadigen. 76% gaf aan reeds te hebben nagedacht over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 19% rapporteerde hieromtrent gedetailleerde plannen. Tijdens KIPEO 2 rapporteerde nog 37% gedachten aan zelfbeschadiging. 56% gaf aan reeds te hebben nagedacht over hoe ze zichzelf zouden verwonden of beschadigen. 18.8% had de details reeds uitgewerkt.

Aan de hand van de CRAFFT-vragenlijst kan er worden vastgesteld dat er bij 70.6% van de jongeren geen vermoeden was van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. 43.2% van de jongeren gaf wel aan alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden en 9.1% van de jongeren gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden.

Sterktes en beperkingen

In 2014 bezorgden 37 ziekenhuizen (=51% van de ziekenhuizen met een spoeddienst) de registraties aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Door deze grote hoeveelheid data is het mogelijk om enige conclusies inzake trends in de aantallen en kenmerken van suïcidepogingen in Vlaanderen te rapporteren. Jaarlijks neemt het aantal deelnemende ziekenhuizen ook toe.

Niettemin moet bij de interpretatie van de bevindingen in het licht van de preventie van suïcidaal gedrag in 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. Patiënten die na hun suïcidepoging in een ziekenhuis worden behandeld representeert slechts een deel van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen. 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. Het IPEO en KIPEO worden niet altijd volledig afgenomen van de patiënt die werd aangemeld op de spoeddienst. Vooral IPEO 2 en KIPEO 2 worden blanco gelaten, dit heeft als gevolg dat we bij heel wat registraties de informatie van IPEO 2 en KIPEO 2 missen.

Het feit dat veel bevindingen ook in buitenlands onderzoek worden aangetroffen [14, 15, 16, 17] 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 [18]. De beschikbaarheid van de diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg maakt dan ook een belangrijk deel uit van de preventiestrategie. Het IPEO, dat kadert binnen preventie,⁸ 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 residentiële) gegeven. Bij 25.4% van de patiënten werd een ambulant zorgtraject voorgesteld, maar liefst bij 78.3% werd een residentiële behandeling geadviseerd. 39.7% werd opgenomen op een PAAZ afdeling.

Uit de cijfers van Vlaanderen zien we dat 52% van de suïcidepogers een voorgeschiedenis van één of meerdere suïcidepogingen heeft. Wat betreft de cijfers van regio Groot Gent zien we dat 45% van de suïcidepogers een voorgeschiedenis van één of meerdere suïcidepogingen heeft, in 2011 was dit nog 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

⁸ USI-model: De actuele wetenschappelijke indeling van suïcidepreventiestrategieën in universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie richt zich naar de volledige bevolking, selectieve preventie is gericht naar doelgroepen die een verhoogd risico hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen, geïndiceerde preventie richt zich naar mensen die reeds suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen.

beschrijvende studie zoals deze niet aangetoond worden. 8% van de mensen die werden aangemeld op de spoeddienst zijn jongeren onder de 20 jaar. Voor de opvang van jonge suïcidepogers werd het KIPEO ontwikkeld [10]. 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 zorgbehoeften 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. Het KIPEO wordt momenteel in Vlaanderen geïmplementeerd.

Naast suïcidepogers vormen ook personen met psychische problemen en personen met lichamelijke aandoeningen een belangrijke risicogroep voor suïcide [20]. Uit de cijfers van Vlaanderen blijkt dat 45.3% economisch inactief is, van wie bijna de helft invalide is ten gevolge van zowel psychische (vb. depressie) als somatische (vb. fibromyalgie) aandoeningen. De review van Hawton en collega's [21] toonden 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 Vlaanderen tonen aan dat deze risicofactoren frequent voorkomen bij de suïcidepogers in dit onderzoek. Bij 27.1% van de patiënten werd de diagnose "stemmingsstoornis" vermeld. Daarnaast werd in 10.5% van de gevallen "afhankelijkheid van een middel" of "misbruik van een middel" gediagnosticeerd en bij 4.6% van de gevallen werd "middelenmisbruik" gecombineerd met de diagnose "stemmingsstoornis". 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 [22]. In het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II (VASII 2012-2020) is deskundigheidsbevordering nog steeds een belangrijke preventiestrategie [23].

Driekwart (77.5%) van de suïcidepogingen gebeurt met behulp van een overdosis medicatie. Meest frequent (54.1%) 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 problemen) [24,25]. 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 [24]. 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

Vlaamse suïcidepreventiestrategieën worden gebaseerd op up-to-date onderzoeksbevindingen omtrent suïcidepogingen in Vlaanderen. Verder onderzoek naar suïcidepogingen zorgt ervoor dat deze strategieën relevant blijven voor het klinisch veld. 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.

HOOFDSTUK 4: SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN/GROOT GENT VS. ANDERE EUROPESE LANDEN/REGIO'S

In volgende deel worden verschillende Europese registratiestudies
Met elkaar vergeleken wat betreft de rate van het aantal suïcidepogingen
Door mannen en vrouwen, leeftijd, gebruikte methode
en het gebruik van alcohol tijdens de poging.

Hoofdstuk 4: Suïcidepogingen in Vlaanderen versus andere Europese landen/regio's

Inleiding

Op internationaal niveau bestaan er (zover voor ons gekend) 13 registratiestudies met de focus op het aantal aanmeldingen van suïcidepogers in ziekenhuizen. De langstlopende registratiestudie is de 'Oxford Monitoring System of deliberate self-harm', deze studie begon in 1976 en is op heden nog altijd actief. Deze studie registreert alle suïcidepogingen die worden aangemeld in het John Radcliffe hospital in Oxford. Sinds 2000 werd er in de UK de 'Multicentre Monitoring system of deliberate self-harm' opgericht, de registratie template die voor deze studie wordt gehanteerd, werd door de 'Oxford Monitoring System of deliberate self-harm' aangeleverd. De UK Multicentre studie heeft betrekking op de patiënten die aangemeld worden na een suïcidepoging in de ziekenhuizen in Oxford, Manchester en Derby (= vijf ziekenhuizen). Systematische registratie van suïcidepogingen die worden aangemeld in ziekenhuizen gebeurt op nationaal niveau alleen in Ierland (= 40 ziekenhuizen). Het Vlaamse registratieonderzoek is, na de 'Oxford Monitoring system of deliberate self-harm' één van de grootste regionale onderzoeken. De definitie die voor een suïcidepoging wordt gehanteerd, is voor de meeste Europese landen gelijkaardig aan de WHO-definitie die ook in Vlaanderen gebruikt wordt. De registraties over de jaren heen zorgen ervoor dat zowel onderzoekers als hulpverleners meer kennis krijgen over de trends bij suïcidepogingen. Het zorgt er tevens voor dat er meer kennis verkregen wordt over de risico - en protectieve factoren. Door de jaarlijkse registraties kan er doelgericht gewerkt worden aan preventiecampagnes en kan het effect ervan gemeten worden. Tenslotte laat het systematisch registreren van suïcidepogingen op nationaal en/of regionaal niveau toe om de incidentie rates tussen de verschillende gebieden en landen te vergelijken.

Tabel 12: Registratiestudies van het aantal suïcidepogingen aangemeld in een ziekenhuis

Locatie	Regio's/ Steden	Aantal ziekenhuizen	Duur van studie
Ierland	Nationaal	40	2003 – heden
Noord Ierland	Noord – Ierland	3	2007 – heden
UK Multicenter	Oxford – Derbyshire – Manchester	6	01/01/2000 – heden
UK – Oxford	Oxford	1	1976 – heden

Belgium – Gent	Gent	4	1986 – heden
Belgium -Vlaanderen	Vlaanderen	37	2007 – heden
Denemarken	Funen		1989 - heden
Fiji	Viti Levu	11	2005 – 2006
India	Mysore	1	02/2013 – 06/2013
Jamaica		5	1999 – heden
Nicaragua	Leon	1	2004 – 2007
Pakistan	Karachi	1	01/2004 – 12/2004
China	Nantou	1	07/2000 – 12/2005

In dit deel van het jaarverslag worden de cijfers van Vlaanderen vergeleken met die van andere Europese landen of regio's. Hiervoor werden de meest recente, beschikbare gegevens gebruikt, voor Oxford (U.K.[26]) is dit data uit 2012, en voor Ierland (National Suicide Research Foundation [NSRF; 30] uit 2013. Eerst is er een vergelijking van de data uit 2012 tussen drie verschillende landen/regio's en daarna volgt een vergelijking van de data uit 2013 tussen Vlaanderen [31] en Ierland [30]. Aangezien de andere Europese landen/regio's niet zoveel informatie over de suïcidepoging registreren als Vlaanderen wordt enkel de informatie die alle landen/regio's hebben, hieronder beschreven.

Suïcidepogingen in Vlaanderen/ Groot Gent versus andere Europese landen/ regio's in 2012

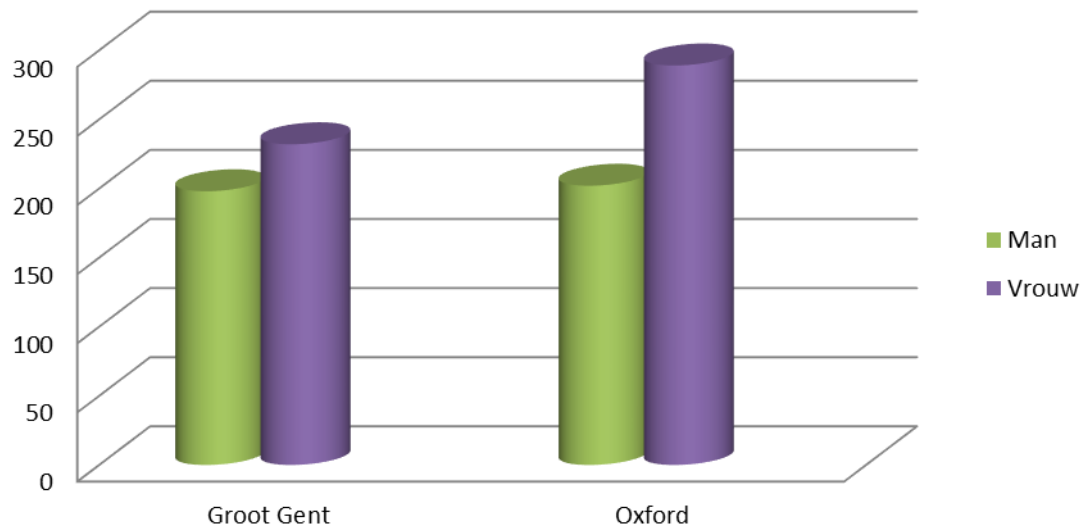
Rates in Groot Gent versus andere Europese regio's in 2012

Er werd gekozen om de person-based rates van 2012 te vergelijken tussen Groot Gent [28] en Oxford [26]. De rates van Vlaanderen en Ierland werden niet geïncludeerd aangezien deze meerdere steden of een heel land omvatten.

In onderstaande figuur wordt een overzicht gegeven van de person-based rates van suïcidepogingen in Groot Gent [28], en Oxford [26] in 2012. Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze rates is aangewezen, aangezien het slechts om één registratiejaar gaat. Hieruit blijkt dat de rates voor het aantal suïcidepogingen ondernomen door vrouwen

consistent hoger zijn dan de rates voor mannen bij de twee registrerende EU-regio's in 2012. De vrouw-man ratio bedroeg in 2012 voor Groot Gent 1,2:1 en voor Oxford 1,4:1.

Figuur 40: Person-based rates van suïcidepogingen in Groot Gent vs Oxford, volgens geslacht, 2012



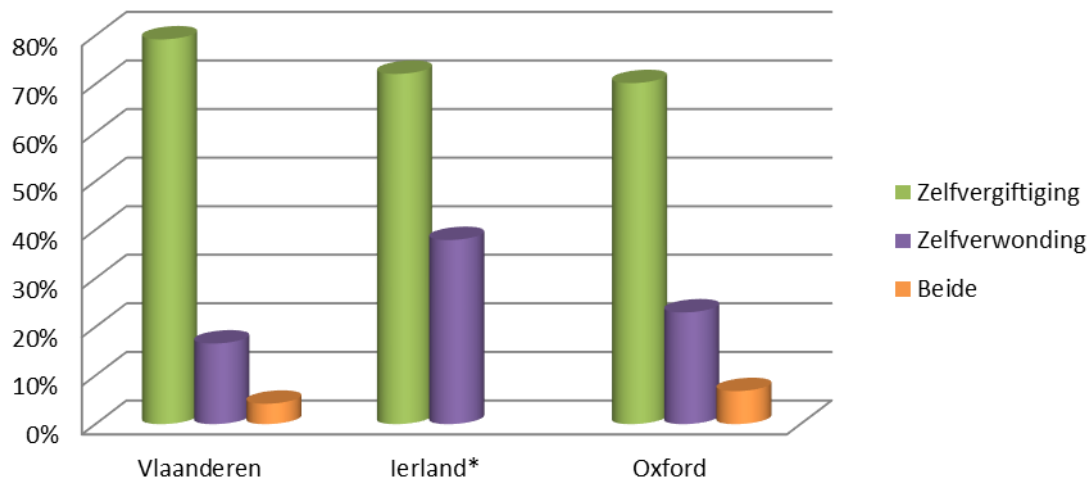
Aard van de poging, Vlaanderen versus andere Europese landen/ regio's, 2012

METHODE

Figuur 41 geeft een overzicht van de gebruikte methodes bij suïcidepogingen in Vlaanderen [29] Ierland (NSRF) [27] en Oxford [26] in 2012. Zelfvergiftiging is in de verschillende Europese gebieden de meest gehanteerde methode. Vlaanderen en Ierland rapporteerden dat significant meer vrouwen dan mannen zelfvergiftiging hanteerden als methode. In de rapportering van Oxford werd er geen opdeling volgens geslacht teruggevonden. Wat betreft de suïcidepogingen door middel van zelfverwonding rapporteerde Vlaanderen het laagste percentage (16.6 %). Uit de rapportering van de verschillende Europese gebieden bleek dat zichzelf snijden en verhangen de meest gebruikte methoden van zelfverwonding zijn.

Vlaanderen [29] en Oxford [26] geven aan dat respectievelijk 4.2% en 6.8% van de suïcidepogers gebruik maakten van zowel zelfvergiftiging als zelfverwonding. In Ierland [27] werden de suïcidepogers die de combinatie van zelfvergiftiging en zelfverwonding gebruikten niet in een aparte categorie geregistreerd. Hierdoor is er bij hen mogelijks een overschatting van het aantal pogers die zelfvergiftiging of zelfverwonding hanteerden. Toch zal dit eerder een kleine overschatting zijn rekening houdend met het percentage suïcidepogers die in Vlaanderen en Oxford beide methodes hebben toegepast.

Figuur 41: Methode suïcidepoging, Vlaanderen vs. EU, 2012

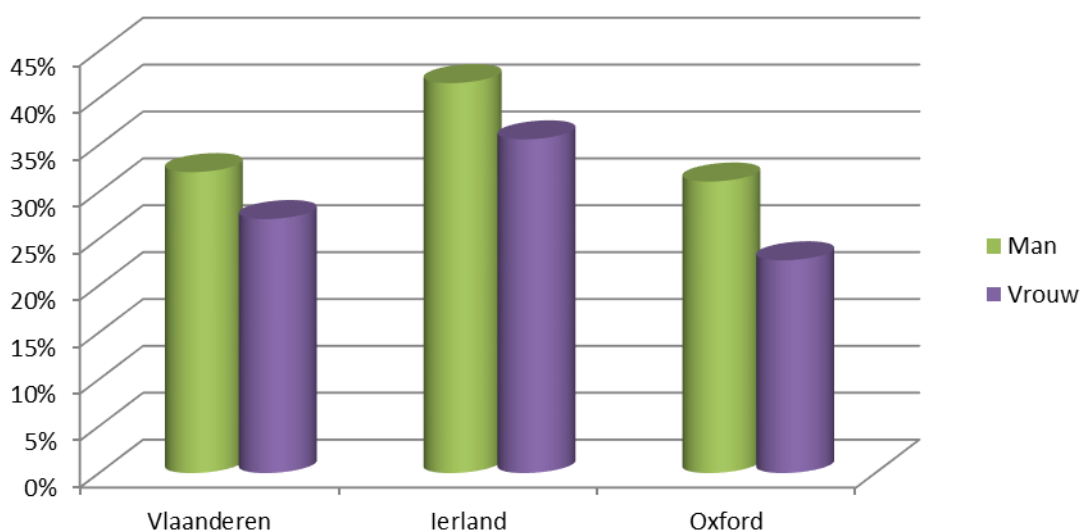


*Gebruiken de categorie "beide" niet in hun registraties

ALCOHOLINNAME TIJDENS SUÏCIDEPOGIGN

Net zoals Vlaanderen [29], rapporteerden Ierland [27] en Oxford [26] vaak alcoholgebruik tijdens de suïcidepoging in 2012. De drie onderzoekseenheden rapporteerden onafhankelijk van elkaar dat meer mannen dan vrouwen alcohol hadden gebruikt tijdens de poging.

Figuur 42: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs EU, volgens geslacht, 2012

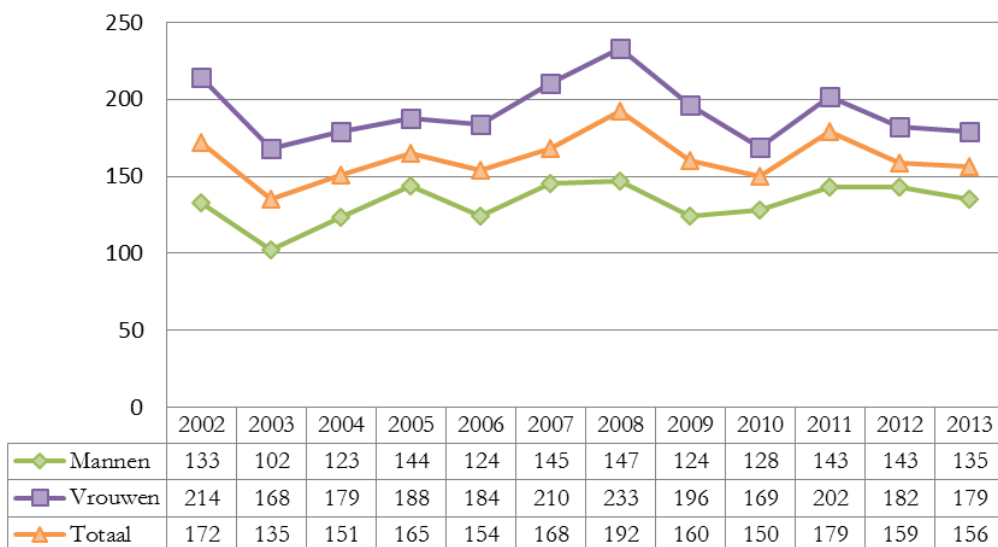


Suïcidepogingen in Vlaanderen versus Ierland 2013

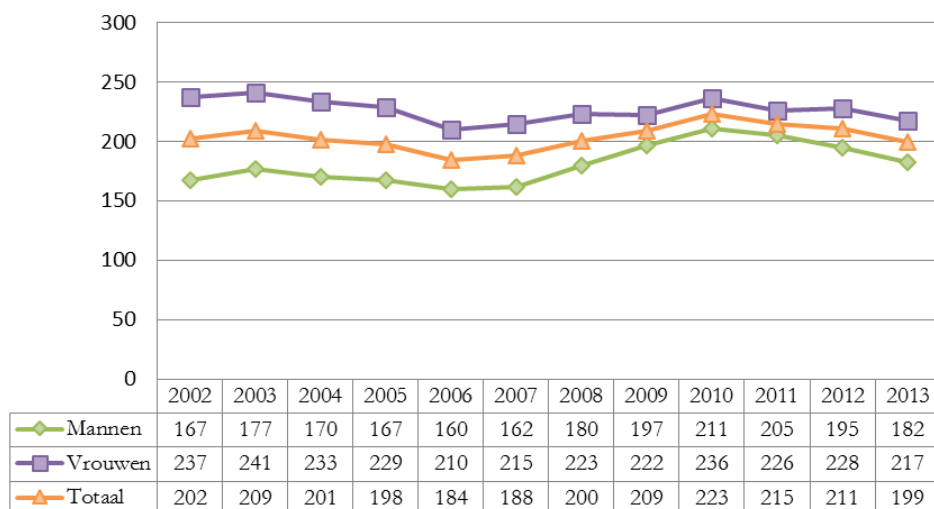
Rates in Vlaanderen versus Ierland in 2013

Figuren 43 en 44 geven de evolutie van de person-based rates voor Vlaanderen [31] en Ierland [30] van 2002-2013 opgedeeld volgens geslacht weer. In 2013 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen [32], 135/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 182/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot, respectievelijk 179/100.000 ten opzichte van 217/100.00. Tot en met 2011 was het opvallend dat het geslachtsverschil in Vlaanderen ongeveer gelijk blijft over de jaren heen terwijl het geslachtsverschil in Ierland daalt. In 2012 is er een omgekeerd effect, namelijk in Vlaanderen is het geslachtsverschil beetje verkleind, en in Ierland is het geslachtsverschil daarentegen wat groter geworden.

Figuur 43: Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 2002-2013



Figuur 44: Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland, volgens geslacht, 2002-2013

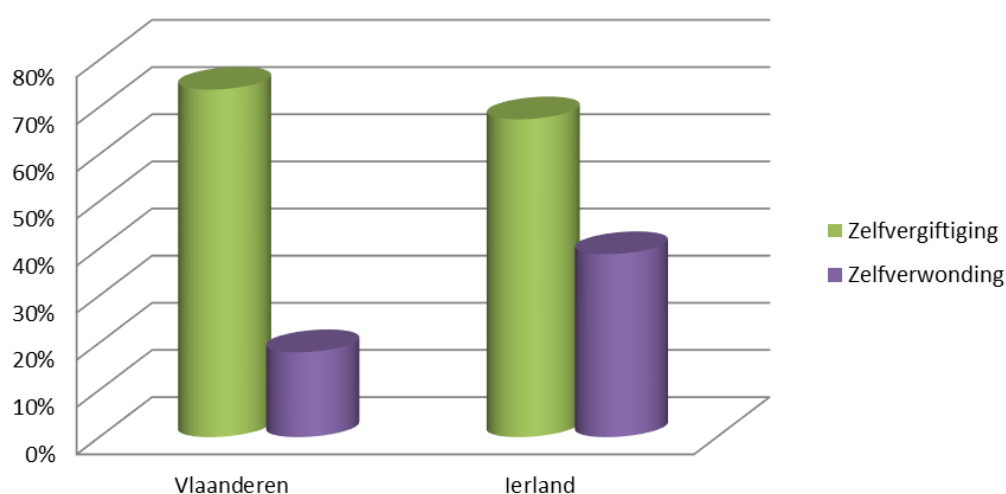


Aard van de poging, Vlaanderen versus Ierland in 2013

METHODE

Zelfvergiftiging was de meest gebruikte methode als suïcidepoging in 2013, zowel in Vlaanderen [31] als in Ierland [30]. Bij beide waren er eveneens meer vrouwelijke dan mannelijke suïcidepogers die zichzelf vergiftigden. Zelfverwonding werd in vergelijking met zelfvergiftiging minder vaak gehanteerd als methode van de suïcidepoging. Zowel in Vlaanderen als in Ierland waren er meer mannen dan vrouwen die zelfverwonding als methode hadden gebruikt.

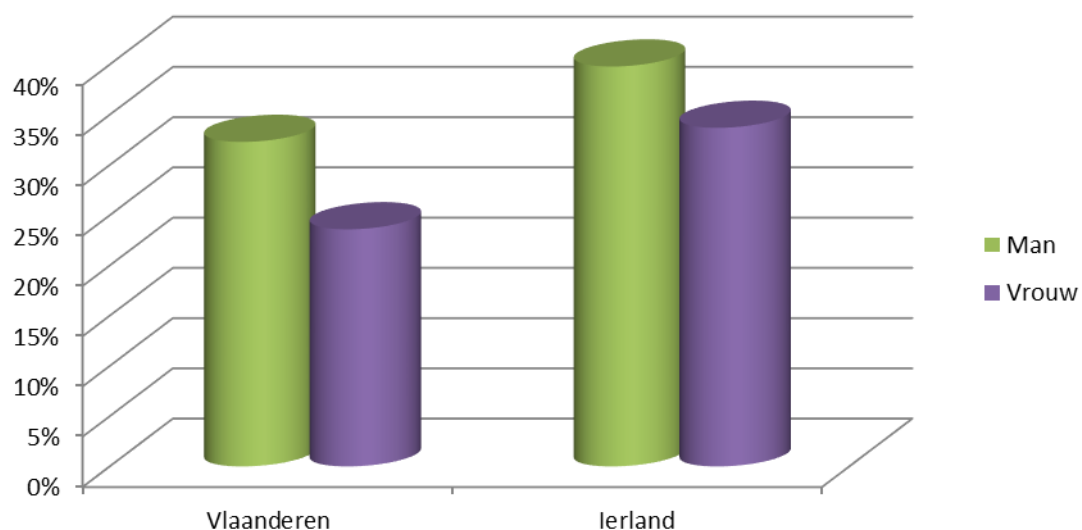
Figuur 45: Methode suïcidepoging, Vlaanderen vs Ierland, 2013



ALCOHOLINNAME TIJDENS SUÏCIDEPOGING

In figuur 46 wordt de alcoholinname tijdens de suïcidepoging weergegeven in Vlaanderen [31] en Ierland [30]. Uit de registraties bleek dat zowel in Vlaanderen als in Ierland meer mannen dan vrouwen alcohol hadden ingenomen tijdens de suïcidepogingen.

Figuur 46: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs Ierland, 2013



Overzichtstabel

De overzichtstabel van de 37 registrerende ziekenhuizen is terug te vinden in de digitale versie van het jaarverslag. Deze is beschikbaar op de website van de EZO: www.eenheidzelfmoordonderzoek.be.

In deze overzichtstabel staan alle kenmerken van de suïcidepogers en de suïcidepogingen beschreven per ziekenhuis. De ziekenhuizen staan in alfabetische volgorde. Een asterisk (*) naast een percentage wijst op een significant geslachtsverschil ($p < .05$)

Bijlage: relevante invloedsferen

Relevante invloedsferen van de deelnemende ziekenhuizen (gemeenten die behoren tot de regio van het desbetreffende ziekenhuis)

Algemeen Stedelijk Ziekenhuis, Aalst

Aalst	Erpe-Mere	Herzele	Roosdaal
Affligem	Galmaarden	Laarne	Sint-Lievens-Houtem
Berlare	Geraardsbergen	Lede	Ternat
Bever	Gooik	Liedekerke	Wetteren
Brakel	Haaltert	Lierde	Wichelen
Denderleeuw	Herne	Ninove	

AZ Alma, Sijsele/Eeklo

Aalter	Eeklo	Lovendegem	Zelzate
Assenede	Evergem	Maldegem	Zomergem
Beernem	Kaprijke	Sint-Laureins	
Damme	Knesselare	Waarschoot	

AZ Damiaan, Oostende

Bredene	Gistel	Middelkerke	Oudenburg
De Haan	Ichtegem	Nieuwpoort	
Diksmuide	Koekelare	Oostende	

AZ Delta, Roeselare/Menen

Alveringem	Izegem	Menen	Staden
Ardoosie	Koekelare	Meulebeke	Tielt
Diksmuide	Kortemark	Moorslede	Torhout
Heuvelland	Langemark-Poelkapelle	Oostrozebeke	Vleteren
Hooglede	Ledegem	Pittem	Wervik
Houthulst	Lendelede	Poperinge	Wevelgem
Ieper	Lichtervelde	Ruiselede	Wingene
Ingelmunster	Lo-Reninge	Roeselare	Zonnebeke

AZ Diest

Aarschot	Geetbets	Herk-de-stad	Lummen
Bekkevoort	Glabbeek	Herselt	Scherpenheuvel-Zichem
Beringen	Ham	Kortenaken	Tessenderlo
Diest	Halen	Laakdal	Tielt-Winge

AZ Glorieux, Ronse

Avelgem	Kluisbergen	Ronse
Brakel	Maarkedal	Wortegem-Petegem
Horebeke	Oudenaarde	

AZ Groeninge, Kortrijk

Anzegem	Kortrijk	Oostrozebeke	Wielsbeke
Avelgem	Kuurne	Spiere-Helkijn	Zwevegem
Deerlijk	Ledegem	Waregem	
Harelbeke	Lendeledede	Wervik	
Ingelmunster	Menen	Wevelgem	

AZ Heilige Familie, Rumst/Reet

Aartselaar	Hemiksem	Puurs	Willebroek
Boom	Londerzeel	Rumst	
Bornem	Niel	Schelle	

AZ Herentals

Grobbendonk	Herselt	Lille	Vorselaar
Herentals	Hulshout	Nijlen	Westerlo
Herenthout	Kasterlee	Olen	Zandhoven

AZ Jan Palfijn, Gent

Aalter	Gent	Nazareth	Wetteren
De Pinte	Lochristi	Nevele	Zelzate
Destelbergen	Lovendegem	Sint-Martens-Latem	Zomergem
Evergem	Melle	Waarschoot	
Gavere	Merelbeke	Wachtebeke	

AZ KLINA Brasschaat

Brasschaat	Kalmthout	Schoten
Brecht	Kapellen	Stabroek
Essen	Schilde	Wuustwezel

AZ Lokeren

Berlare	Lochristi	Moerbeke	Wachtebeke
Hamme	Lokeren	Waasmunster	Zeel

AZ Maria Middelaers, Gent

Aalter	Kaprijke	Nazareth	Wichelen
De Pinte	Kruishoutem	Nevele	Zelzate
Deinze	Laarne	Oosterzele	Zingem
Destelbergen	Lochristi	Sint-Lieven-Houtem	Zomergem
Evergem	Lovendegem	Sint-Martens-Latem	Zulte
Gavere	Melle	Wachtebeke	Zwalm
Gent	Merelbeke	Wetteren	

AZ Monica, Antwerpen

Antwerpen	Malle	Wijnegem	Zwijndrecht
Boechout	Ranst	Wommelgem	
Borsbeek	Schilde	Zandhoven	
Brecht	Schoten	Zoersel	

AZ Oudenaarde

Anzegem
Avelgem
Gavere

Horebeke
Kluisbergen
Kruishoutem

Maarkedal
Oudenaarde
Wortegem-Petegem

Zingem
Zwal

AZ St-Augustinus, Veurne

Alveringem
De Panne
Diksmuide

Koksijde
Lo-Reninge
Middelkerke

Nieuwpoort
Veurne
Vleteren

AZ St-Blasius, Dendermonde

Berlare
Buggenhout
Dendermonde
Hamme

Lebbeke
Lokeren
Londerzeel

Merchtem
Opwijk
Sint-Amands

Waasmunster
Wichelen
Zeile

AZ Sint-Dimpna, Geel

Balen
Dessel
Geel
Ham

Herselt
Kasterlee
Laakdal

Meerhout
Mol
Olen

Retie
Tessenderlo
Westerlo

AZ St-Jan, Brugge

Aalter
Alveringem
Beernem
Blankenberge
Bredene
Brugge
Damme
De Haan

De Panne
Diksmuide
Gistel
Ichtegem
Jabbeke
Knesselare
Knokke-Heist
Koekelare

Koksijde
Kortemark
Lichtervelde
Maldegem
Middelkerke
Nieuwpoort
Oostende
Oostkamp

Oudenburg
Sint-Laureins
Torhout
Veurne
Wingene
Zedelgem
Zuienkerke

AZ St-Jozef Malle

Beerse
Brecht
Essen
Hoogstraten

Kalmthout
Lille
Malle
Ranst

Rijkevorsel
Schilde
Wijnegem
Wuustwezel

Zandhoven
Zoersel

AZ St-Lucas, Brugge

Aalter	Jabbeke	Ruiselede
Beernem	Knesselare	Wingene
Brugge	Maldegem	Zedelgem
Damme	Oostkamp	Zuilenkerke

AZ St-Lucas, Gent

Aalter	Gent	Merelbeke	Wachtebeke
Assenede	Kaprijke	Moerbeke	Wetteren
De Pinte	Laarne	Nazareth	Wortegem-Petegem
Destelbergen	Lochristi	Nevele	Zelzate
Eeklo	Lokeren	Oosterzele	Zomergem
Evergem	Lovendegem	Sint-Martens-Latem	
Gavere	Melle	Waarschoot	

AZ St-Maarten, Duffel-Mechelen

Berlaar	Hove	Lint	Rumst
Bonheiden	Kapelle-op-den-Bos	Londerzeel	Sint-Katelijne-Waver
Boortmeerbeek	Keerbergen	Mechelen	Willebroek
Duffel	Kontich	Nijlen	Zemst
Heist-op den-Berg	Lier	Putte	

AZ St-Vincentius, Deinze

Aalter	Gavere	Nevele	Zingem
Dentergem	Kruishoutem	Ruiselede	Zulte
Deinze	Nazareth	Sint-Martens-Latem	

AZ Vesalius, Tongeren

Bilzen	Herstappe	Lanaken	Voeren
Borgloon	Hoeselt	Riemst	Wellen
Heers	Kortesseem	Tongeren	

H. Hartziekenhuis, Lier

Berlaar	Herentals	Lint	Ranst
Boeckhout	Herenthout	Nijlen	Vorselaar
Duffel	Hulsthout	Olen	Wommelgem
Grobbendonk	Lier	Putte	Zandhoven
Heist-op-den-berg			

H. Hartziekenhuis, Mol

Balen	Ham	Lommel	Mol
Dessel	Leopoldsburg	Meerhout	Retie

Imeldaziekenhuis, Bonheiden

Aarschot	Heist-op-den-berg	Kapelle-op-den-bos	Sint-Katelijne-Waver
Begijnendijk	Herenthout	Keerbergen	Steenokkerzeel
Berlaar	Herselt	Mehelen	Tremelo
Bonheiden	Hulsthout	Putte	Westerlo
Boortmeerbeek	Kamphenhout	Rotselaar	Zemst
Haacht			

Jan Yperman ZH, Ieper

Alveringem	Houthulst	Lo-Reninge	Vleteren
Diksmuide	Ieper	Mesen	Wervik
Heuvelland	Langemark-Poelkapelle	Poperinge	Zonnebeke

Mariaziekenhuis, Overpelt

Balen	Hamont-Achel	Lommel	Overpelt
Bochtel	Hechtel-Eksel	Meeuwen-Gruitrode	Peer
Bree	Leopoldsburg	Neerpelt	

OLV Aalst & Asse

Aalst	Erpe-Mere	Lede	Opwijk
Affligem	Galmaarden	Lennik	Pepingen
Asse	Geraardsbergen	Liedekerke	Roosdaal
Berlare	Gooik	Lierde	Sint-Lievens-Houtem
Buggenhout	Haaltert	Londerzeel	Ternat
Denderleeuw	Herne	Meise	Wetteren
Dendermonde	Herzele	Merchtem	Wichelen
Dilbeek	Lebbeke	Ninove	Zeel

OLV van Lourdes ZH, Waregem

Anzegem	Dentergem	Waregem	Zulte
Avelgem	Kruishoutem	Wielsbeke	
Deerlijk	Oostrozebeke	Wortegem-Petegem	

RZ St-Maria Halle

Beersel	Gooik	Linkebeek	Sint-Pieters-Leeuw
Bever	Halle	Pepingen	
Drogenbos	Herne	Roosdaal	
Galmaarden	Lennik	Sint-Genesius-Rode	

RZ St-Trudo, Sint-Truiden

Alken	Heers	Linter	Zoutleeuw
Borgloon	Herk-de-Stad	Nieuwerkerken	
Geetbets	Kortenaken	Sint-Truiden	
Gingelom	Landen	Wellen	

UZ Gent

Aalter	Herzele	Maldegem	Waasmunster
Anzegem	Heuvelland	Melle	Wachtebeke
Assenede	Herzele	Merelbeke	Waregem
Berlare	Horebeke	Moerbeke	Wetteren
Brakel	Kaprijke	Nazareth	Wichelen
De Pinte	Kluisbergen	Nevele	Wielsbeke
Deinze	Knesselare	Oosterzele	Wortegem-Petegem
Dentergem	Kruishoutem	Oudenaarde	Zeel
Destelbergen	Laarne	Sint-Laureins	Zelzate
Eeklo	Lede	Sint-Lievens-Houtem	Zingem
Evergem	Lierde	Sint-Martens-Latem	Zomergem
Gavere	Lochristi	Sint-Niklaas	Zottegem
Gent	Lokeren	Stekene	Zulte
Geraardsbergen	Lovendegem	Spiere-Helkijn	Zwalm
Hamme	Maarkedal	Waarschoot	

ZH Maas en Kempen, Maaseik

Bocholt	Kinrooi	Meeuwen-Gruitrode
Bree	Maaseik	Opglabbeek
Dilsen-Stokkem	Maasmechelen	Peer

ZH Oost-Limburg, Genk

As	Hamont-Achel	Maaseik	Tongeren
Bilzen	Hechtel-Eksel	Maasmechelen	Voeren
Bocholt	Hoeselt	Meeuwen-Gruitrode	Zonhoven
Borgloon	Houthalen-Helchteren	Neerpelt	Zutendaal
Bree	Kinrooi	Opglabbeek	
Diepenbeek	Kortesseem	Overpelt	
Dilsen-Stokkem	Lanaken	Peer	
Genk	Lommel	Riemst	

Referenties

1. Vogels, M., Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS I) 2006-2010.
2. 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*. Leiden: DSWO Press.
3. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen* (Rapport 09). Leuven: A. Reynders, C. van Heeringen, J. De Maeseneer, C. Van Audenhove.
4. Bogdanovica, I., Jiang, G., Löhr, C., Schmidtke, A., Mittendorfer-Rutz, E. (2011). Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 1103-1114.
5. Pitman, A., Krysinka, K., Osborn, D., et al. (2012). Suicide in young men. *Lancet*, 59, 2383-2392.
6. O'Connor, R.C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of affective disorders*, 159, 46-52.
7. Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British journal of psychiatry*, 181, 193-199.
8. Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., Lonnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117-121.
9. Vajda, J. & Steinbeck K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34, 437-445.
10. Kotila, L. & Lonnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 386-393.
11. Reith, D.M., Whyte, I., & Carter, G. (2003). Repetition risk for adolescent self-poisoning: a multiple event survival analysis. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37, 212-218.
12. Rhodes, A.E., Bethell, J., Carlisle, C., Rosychuk, R.J., Lu, H., & Newton, A. (2014). Time trends in suicide-related behaviours in girls and boys. *The Canadian journal of psychiatry*, 3, 152-159.

13. O'Connor, R.C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2009). Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. *Suicide & life threatening behavior*, 39, 364-375.
14. 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.
15. Corcoran, P., Arensman, E., Griffin, E., & Perry, I.J. (2011). Deliberate self-harm in the Republic of Ireland. National Suicide Research Foundation.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. De Jaegere, E., Hoorens, V., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2011). KIPEO, Instrument voor psychosociale opvang en evaluatie van suïcidepogers (kinderen en jongeren). Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent.
20. Nordentoft, M. (2010) Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
21. 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.
22. Otto, M.A. (2011). Suicide Prevention Poster Improves ED Recognition, Management, Elsevier Global Medical News.
23. Vandeurzen, J. Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II (2012-2020).
24. 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.
25. 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.
26. Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Rutherford, D., Bergen, H., Simkin, S., ...Lascelles, K. (2014). *Self-Harm in Oxford 2012*. Oxford: Centre for Suicide Research.

27. National Suicide Research Foundation. (2013) *National Registry of Deliberate Self Harm Ireland Annual Report 2012*. Cork: National Suicide Research Foundation.
28. Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2013). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Groot Gent: Jaarverslag 2012*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
29. De Jaegere, E., Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2013). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2012*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
30. National Suicide Research Foundation. (2014) *National Registry of Deliberate Self Harm Ireland Annual Report 2013*. Cork: National Suicide Research Foundation.
31. Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2014). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2013*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.