

September 2015

**Ziekenhuisopnames als
gevolg van een poging
tot zelfdoding:
risicofactoren
en opvolging.
Gegevens 2011-2013.**

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	2
Inleiding.....	3
Situering	3
1. Opzet studie	6
2. Methode	6
3. Resultaten.....	6
1) Onderzochte populatie	6
1. Aantal pogingen.....	6
2. Aantallen volgens leeftijd en geslacht.....	7
3. Duur van de ziekenhuisopname	7
2) Risicofactoren	8
1. Socio-economische kenmerken.....	8
2. Psychische problematiek	12
3) Modellering van de poging tot zelfdoding.....	12
1. 18-65 jaar	12
2. min 18-jarigen.....	14
3. 65 plussers	14
4) Opvolging	15
1. ambulante zorgen : huisarts en psychiater	15
2. psychiatrische opname	17
3. medicatie	17
4. Sterfte	18
5. Situatie in Vlaanderen: gebruik van Ipeo-instrument in de ziekenhuizen	18
4. Besluit	20
5. Aanbevelingen	20

INLEIDING

SITUERING

Psychische problemen kunnen een ernstige impact hebben op de levenskwaliteit van zowel de betrokkenen als van hun directe naasten.

Ze kunnen veel verdriet veroorzaken en leiden tot sociaal isolement, werkverzuim, verslavingsproblemen zoals overdadig alcohol- en tabaksgebruik of misbruik van nog andere toxische producten. Dit emotioneel onbehagen kan zo groot worden dat het aanleiding geeft tot gewelddadig gedrag dat autodestructief en zelfs fataal kan zijn.

Geslaagde zelfdodingen en suïcidaal gedrag zijn een majeur gezondheidsprobleem geworden en de preventie ervan zou prioritair moeten zijn volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)¹. België is een van de Europese landen waar het aandeel van zelfdodingen het hoogst is met ongeveer 2.000 geslaagde zelfdodingen jaarlijks en ongeveer 35.000 jaarlijkse pogingen².

De mortaliteitsgraad door zelfdoding bedraagt hier 18,7 per 100.000 inwoners terwijl het Europees gemiddelde 11,8³ is. In 2012 telden we 2.203 overlijdens ten gevolge van zelfdoding, waarvan 1.108 in Vlaanderen, 778 in Wallonië en 137 in het Brussels gewest⁴. De cijfers van de laatste Gezondheidsenquête in 2013 tonen aan dat 14% van de Belgische populatie al serieus overwogen heeft om een einde te maken aan zijn leven en dat 4,2% dat ook reeds geprobeerd heeft.

Zelfdoding is één van de belangrijkste doodsoorzaken in ons land. Ze komt vooral voor bij het jongste en oudste deel van de populatie.⁵ Vooral Wallonië blijkt erg hard getroffen te zijn: de mortaliteitsgraad (22,3 per 100.000 inwoners gemiddeld tussen 2006 en 2010) is hoger dan in Brussel en in Vlaanderen (respectievelijk 16,8 en 14,2 per 100.000 inwoners). Deze verschillen vinden we ook terug op het niveau van de pogingen tot zelfdoding: ongeveer 6% van de populatie van de Franstalige gemeenschap heeft in zijn leven een poging tot zelfdoding ondernomen hetgeen bijna tweemaal zo hoog ligt als in het noorden van het land⁶.

Zelfdoding is een complex fenomeen dat niet kan verklaard worden door zomaar één oorzaak. Verschillende onafhankelijke factoren (sociodemografische-, biologische-, genetische-, omgevingsgerelateerde-, psychosociale-, socioculturele..) kunnen het risico op een zelfdoding verhogen. De belangrijkste hiervan zijn mentale problemen en een voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen. Daarnaast zijn er ook factoren die het risico doen verminderen, waaronder het zoeken naar hulp in geval van mentale problemen. Maar dat laatste hangt sterk af van de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van dergelijke hulp.

De problematiek van zelfdoding is veel uitgebreider dan enkel het overlijden. Het gaat om een proces van zelfmoordgedachten, -wensen, -plannen, -dreigingen en pogingen tot zelfdoding.

Dat laatste aspect is des te belangrijker daar overlijden door zelfdoding vaak tot stand komt door een recidiverend gedrag van pogingen tot zelfdoding. Meer kennis over dit aspect is daarom erg belangrijk om een fatale poging te kunnen vermijden.

¹ Wereldgezondheidsorganisatie - WGO (2014), « Preventing suicide : a global imperative », p. 09

² Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2014), « Gezondheidsenquête 2013 - Rapport 1 : Gezondheid en welzijn », Hoofdstuk 6 - Geestelijke gezondheid, p. 801-960.

³ Eurostat, gegevensbank van de doodsoorzaken
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00122&plugin=1>.

⁴ FOD Economie (2014), Statistieken Bevolking - Doodsoorzaken, Evolutie van de belangrijkste doodsoorzaken volgens ICD-10, naar geslacht, ingezetenen Belgen en vreemdelingen. België en gewesten.

http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_-_doodsoorzaken.jsp

⁵ Centre de prévention du suicide (2012), « Le suicide : un problème majeur de santé publique », p. 22.

⁶ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2014), *Ibidem*.

Tabel 1 : Risicofactoren en beschermende factoren

Risicofactoren	Beschermende factoren	
<p>Pyschosociale factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorafgaande pogingen tot zelfdoding • Psychische gezondheidsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen en psychisch onbehagen • Verslavingsproblematiek aan alcohol of aan andere psychoactieve bestanddelen (cannabis...) • Persoonlijkheidstrekken, impulsief of agressief en of gewelddadig gedrag • Laag zelfbeeld, wanhoop, verwaarlozing, • Trauma's, misbruik, familiaal dysfunctioneren • Belangrijke gezondheidsproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische zorgen en / of efficiënte medicatie tegen psychische problemen en verslavingsgedragingen • Kennis van het aanbod van de zorgen en sociale steun in het zoeken voor hulp bij psychische problemen. • Gericht zijn op strategieën om zich aan te passen en om gelukkig te zijn • Bekwaamheid om problemen of conflicten op een niet gewelddadige manier aan te pakken • Solide relaties, familiale ondersteuning, steun door de directe omgeving • Beperkte toegang tot dodelijke middelen • ... 	
<p>Omgevingsfactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belangrijke incidenten in het leven (verlies van een geliefde, verlies van werk, relationele breuk, problemen met het gerecht, financiële problemen,...) • Toegang tot dodelijke middelen. • Antecedenten van zelfdoding in de familie of de naaste omgeving (imitatie of besmettingsgedrag) • Moeilijke toegang tot de gezondheids-zorg of adequate opvang • Problematisch gebruik van sociale media 		
<p>Socioculturele factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan steun en sociaal isolement • Discriminatie • Stigmatisering van personen die hulp zoeken 		
<p>Sociodemografische factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leeftijd • Geslacht • Socio-economische toestand • Opleidingsniveau • ... 		

Bron : Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2014), Centre de prévention du suicide (2012).

De literatuur toont aan dat er epidemiologische verschillen zijn tussen de problematiek van de zelfdodingen en van de pogingen tot zelfdoding. Tabel 2 geeft de belangrijkste verschillen weer.

Tabel 2 : Epidemiologische verschillen tussen de problematiek van de geslaagde zelfdodingen en van de pogingen tot zelfdoding

	Geslaagde zelfdodingen	Pogingen tot zelfdoding
Aantal < 25 jaar > 65 jaar	Voor elke geslaagde poging zijn er: Bij jongeren en jongvolwassenen is deze verhouding 1 op: Bij personen ouder dan 65 is er sprake van 1 geslaagde zelfdoding	18 tot 20 pogingen tot zelfdoding. 100 tot 200 pogingen tot zelfdoding. Voor 2 à 3 pogingen.
Leeftijd	Verhoogde kans tot zelfdoding vanaf 35 jaar met een piek vanaf 70 jaar en ouder.	Daling van het risico tot een poging tot zelfdoding met de leeftijd. Pogingen tot zelfdoding komen vooral voor in de leeftijdsgroep van de 25-54 - jarigen.
Geslacht	Geslaagde zelfdodingen komen tot 3 keer meer voor bij mannen dan bij vrouwen. In 2012 bedroeg het sterftecijfer voor zelfdodingen voor mannen 28,8 per 100.000 bewoners tegenover 9,8 per 100.000 bewoners voor de vrouwen.	Pogingen tot zelfdoding komen frequenter voor bij vrouwen : men spreekt van 14 keer meer pogingen tot zelfdoding bij vrouwen dan geslaagde zelfdodingen (tegenover 2 keer meer bij de mannen). De gezondheidsenquête van 2013 toont aan de 5,1% van de vrouwen in de loop van hun leven een poging tot zelfdoding onderneemt tegenover 3,2% van de mannen.
Sociale klasse	Geslaagde zelfdodingen komen voor in alle lagen van de bevolking.	Pogingen tot zelfdoding komen meer voor bij personen in een preciaire sociale of economische toestand. De gezondheidsenquête toont aan dat 6,5% van de personen met een lage scholingsgraad een poging tot zelfdoding onderneemt in de loop van hun leven, hetgeen tweemaal zo hoog ligt als bij de personen met een hoge scholingsgraad (2,9%).
Seizoen	Voornameijk in het begin van jaar, en dan vooral in de lente.	Gans het jaar door.
Dag van de week	Voornameijk tijdens het begin van de week.	Gans de week door.
Antecedenten	Het risico tot overlijden stijgt bij een herhaalde poging tot zelfdoding: 50% van de personen met een geslaagde zelfdoding heeft voordien reeds een of meerdere pogingen achter de rug.	Minstens 40% recidiveert, minstens 10% sterft door suïcide

Bron : Eurostat (2014), Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2014),WGO (2014),Centre de prévention du suicide (2012).

1. OPZET STUDIE

Over pogingen tot zelfdodingen bestaan verder weinig officiële statistieken. Omdat het risico op een geslaagde zelfdoding bij de suïcidepogers veel hoger ligt dan bij de gewone bevolking wensen we deze groep van personen nader te onderzoeken, voor zover de gegevens beschikbaar zijn bij onze mutualiteit.

De huidige studie heeft dan ook als doelstelling pogingen tot zelfdoding die aanleiding gaven tot een ziekenhuisopname van onze leden in kaart te brengen en een antwoord proberen te formuleren op de volgende vragen:

- Wat is het sociodemografische en -economische profiel van de leden die een poging tot zelfdoding ondernemen?
- Wat is het gezondheidstraject dat deze mensen aflegden 3 tot 6 maanden voor de poging en tot 6 maanden na de ziekenhuisopname omwille van de poging (waren er reeds psychiatrische problemen, welke geneesmiddelen werden er genomen, meer specifiek dan de antidepressiva en de antipsychotica, in welke mate hadden deze mensen contact met de huisarts en de psychiater)?
- Kunnen we iets zeggen over het recidiverende karakter van deze pogingen tot zelfdoding?

2. METHODE

De cijfers zijn gebaseerd op gegevens van de ziekenhuisopnames bij leden van het Socialistisch Ziekenfonds (vrije tekst waarvan de pogingen tot zelfdoding gecodeerd werden). Hiervoor werden, onder toezicht van de medische directie, alle registraties in de databanken van 2011, 2012 en 2013 onderzocht. Een dubbele lezing van de geselecteerde teksten zorgde voor een verhoogde validatie van de selectie.

De onderzoekspopulatie werd gelimiteerd tot alle leden die behoren tot de midjaarpopulatie van de onderzochte periode (2011-2013), met name de foto op 1 juli 2012. Daarnaast werden de leden die stierven tijdens de hospitalisatie of binnen de 30 dagen na de hospitalisatie niet meegenomen in de studie.

In geval van meerdere pogingen werd enkel de eerste poging tot zelfdoding onderwerp van de studie. Voor de leden met 2 of meer pogingen werd het tijdsinterval tussen de eerste en de tweede poging berekend. De pogingen van leden die binnen de 90 dagen een tweede poging ondernamen werden niet mee genomen bij de analyse van de opvolging (opvolging van medicatie, contacten met de huisarts binnen 3 maanden zijn dan niet mogelijk).

3. RESULTATEN

1) ONDERZOCHE POPULATIE

1. Aantal pogingen

Omdat we de studie beperken tot niet-geslaagde pogingen werden de leden die stierven tijdens de hospitalisatie of kort na hun ontslag uit het ziekenhuis (binnen de 30 dagen) niet mee opgenomen in de studie. Het betreft 92 overleden leden waarvan 69 tijdens de hospitalisatie stierven en 23 kort daarna. Deze laatste groep werd niet meegenomen omdat de kans groot is dat hun overlijden sterk gerelateerd is aan of een gevolg is van de zelfmoordpoging.

In totaal bekomen we 4542 pogingen tot zelfdoding over 3 jaar met gegevens over de ziekenhuisopname. Het totaal aantal leden bedraagt 4174.

Daarvan waren er 3.888 leden (93%) met één poging, 242 leden (6%) met 2 pogingen en 44 leden (1%) met 3 of meer dan 3 pogingen, die aanleiding gaven tot een ziekenhuisopname.

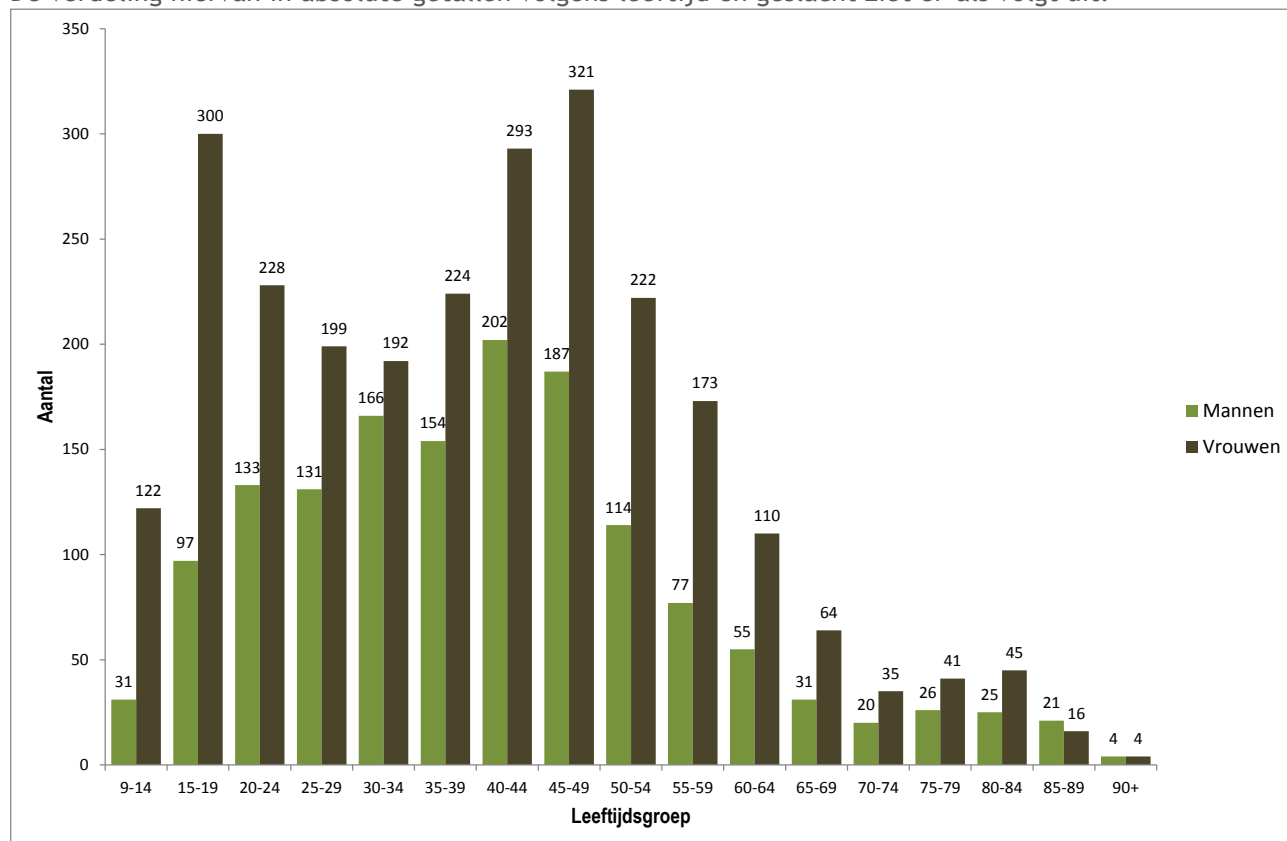
Na koppeling met de midjaarpopulatie, in casu de foto op 1 juli 2012, blijven er uiteindelijk 4.063 leden over.

Er zijn 16 leden met een nieuwe poging tot zelfdoding binnen de 90 dagen volgend na ontslag voor de eerst geregistreerde poging tot zelfdoding. Deze leden worden niet meegenomen in de analyse van de opvolging tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis, hetgeen de noemer van deze analyses op 4047 brengt.

2. Aantallen volgens leeftijd en geslacht

De gemiddelde leeftijd van een lid dat een poging tot zelfdoding onderneemt is 40 jaar. De jongste persoon is 9 jaar oud en de oudste 96. Vierenzestig procent van deze leden is een vrouw.

De verdeling hiervan in absolute getallen volgens leeftijd en geslacht ziet er als volgt uit:



Er zijn 2 pieken waar te nemen bij de vrouwen: één rond de leeftijdsgroep van 15-24 jaar en één rond de leeftijdsgroep 40-49 jaar. Bij de mannen ligt de piek rond de 40-49 jaar.

3. Duur van de ziekenhuisopname

Slechts 46 leden werden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. 4017 leden verbleven in een algemeen ziekenhuis.

De mediane verblijfsduur in het algemene ziekenhuis is 2 dagen. Percentiel 25 bedraagt 1 dag en percentiel 75 bedraagt 5 dagen. Oudere leden verblijven langer in het ziekenhuis na een poging tot zelfdoding.

Verblijfsduur in het algemene ziekenhuis							
Leeftijd	aantal	minimum	p25	mediaan	p75	maximum	gemiddelde
tot 20 jaar	604	1	1	2	4	50	3.5
21-40 jaar	1459	1	1	2	4	110	4.3
41-60 jaar	1501	1	1	2	5	203	5.3
60 jaar +	453	1	2	6	15	268	12.9
Totaal	4017	1	1	2	5	268	5.5

86% van de leden die opgenomen worden in een algemeen ziekenhuis omwille van een poging tot zelfdoding komt terecht bij de spoedafdeling.

2) RISICOFACTOREN

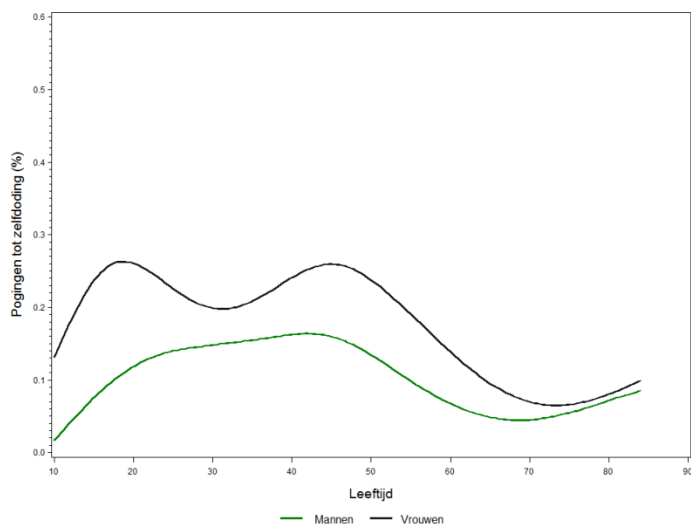
In een eerste stap wordt de relatie tussen pogingen tot zelfdoding en socio-economische karakteristieken op univariate wijze en in relatie met de leeftijd onderzocht. Daarna worden al de kenmerken waar verschillen gevonden worden in een statistisch model onderzocht.

Omdat absolute aantallen soms misleidend zijn is het beter het procentueel aantal pogingen tot zelfdoding te berekenen per leeftijd. De hierna volgende figuren maken gebruik van dergelijke percentages en stellen de onderzochte relaties weer door middel van interpolatielijnen.

1. Socio-economische kenmerken

1. leeftijd en geslacht

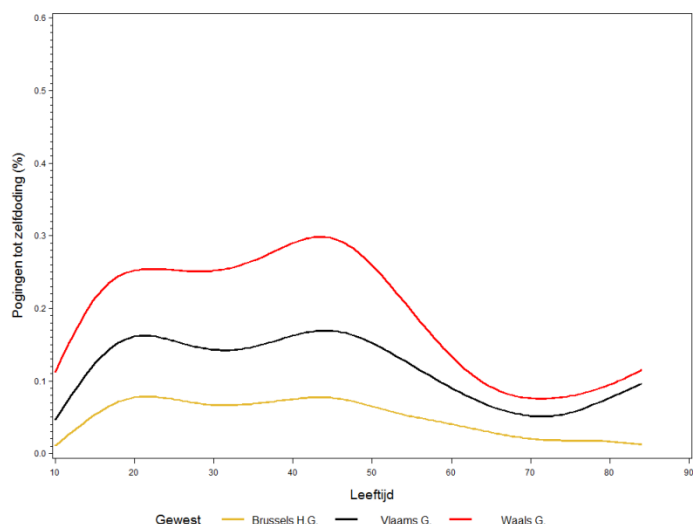
Van de mannen heeft 0,10% een of meerdere pogingen tot zelfdoding ondernomen tijdens de 3 jaren. Bij de vrouwen loopt dit percentage op tot 0,16%. Er zijn 2 pieken waar te nemen bij de vrouwen (waarvan een rond de leeftijd van 20 jaar en een rond de leeftijd van 50 jaar).



2. woonplaats

Wallonië heeft met 0,18% relatief gezien het grootste aantal pogingen tot zelfdoding over 3 jaar, gevolgd door Vlaanderen met 0,11%. De cijfers voor het Brussels hoofdstedelijk gewest liggen het laagst (0,05%).

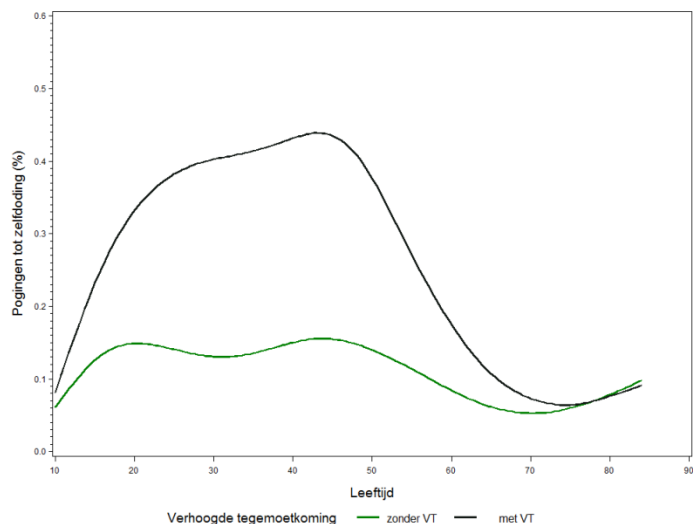
regio	poging tot zelfdoding		
	ja	nee	per 100,000
Brussel	180	378094	48
Vlaanderen	1501	1400016	107
Wallonië	2357	1319610	178
Buitenland/ongekend	25	54247	46
België	4063	3151967	129



Dat de cijfers in Brussel zo laag zijn kan wellicht deels verklaard worden door de grote groep van inwoners met een migratieachtergrond die er woont. Bij deze mensen komt zelfdoding minder voor (culturele verschillen spelen een rol: sterkere familiale banden, een groter taboe rond zelfdoding). Een stad zoals Antwerpen met eveneens een grote groep inwoners met migratieachtergrond zou in dat geval eveneens lagere cijfers moeten vertonen. De cijfers bevestigen deze stelling. In Antwerpen ligt het percentage lager dan in de rest van Vlaanderen: 0,08% tegenover 0,11%.

3. recht op verhoogde tegemoetkoming

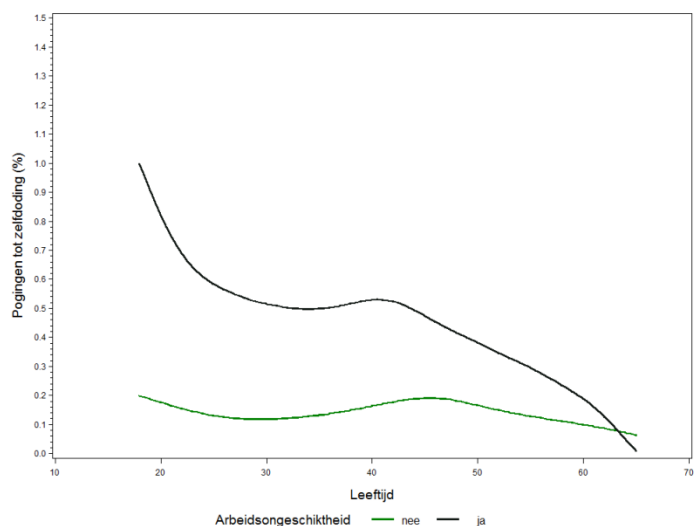
Het percentage pogingen tot zelfdoding ligt hoger bij leden met een verhoogde tegemoetkoming dan bij leden met het gewone statuut (0,22% versus 0,10%).



4. arbeidsongeschiktheid en invaliditeit

Leden met meerdere dagen arbeidsongeschiktheid hebben een hoger percentage aan pogingen tot zelfdoding dan leden zonder dagen in arbeidsongeschiktheid (0,47% versus 0,14%).

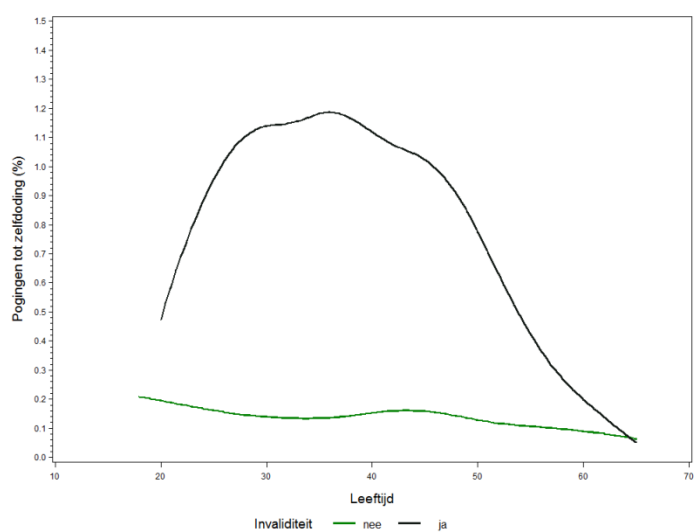
Het grote verschil tussen beide groepen situeert zich voornamelijk bij de jongere leden met arbeidsongeschiktheid (18-65 jaar). Arbeidsongeschiktheid is hier gedefinieerd zoals de mutualiteit dat doet: na 1 maand ziekte voor bediende en 14 dagen voor arbeiders.



Meer dan 20% van de leden tussen 18 en 65 met een zelfmoordpoging was nadien arbeidsongeschikt. Hiervan was meer dan de helft ervan vóór de poging reeds arbeidsongeschikt.

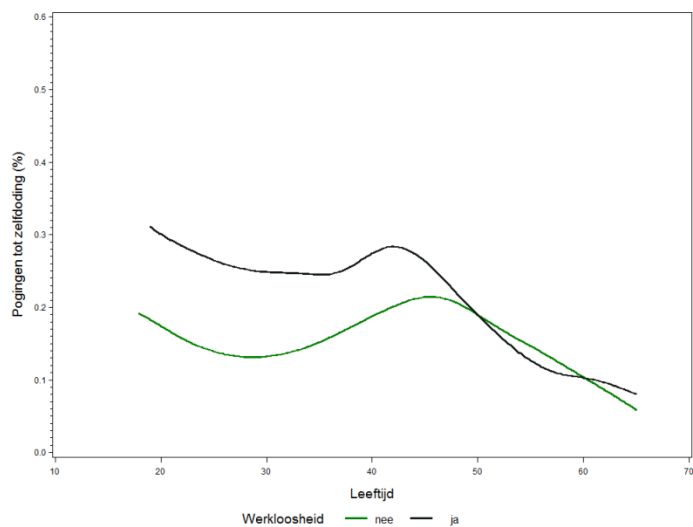
arbeidsongeschiktheid (18-65 jaar)				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	2570	341	2911	% vóór
ja	29	422	451	13%
totaal	2599	763	3362	
	% na	23%		

Bij leden onder het statuut van invaliditeit zijn de verschillen nog groter : 0,67% tegenover 0,14% (personen met het statuut van invaliditeit zijn personen die langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn).



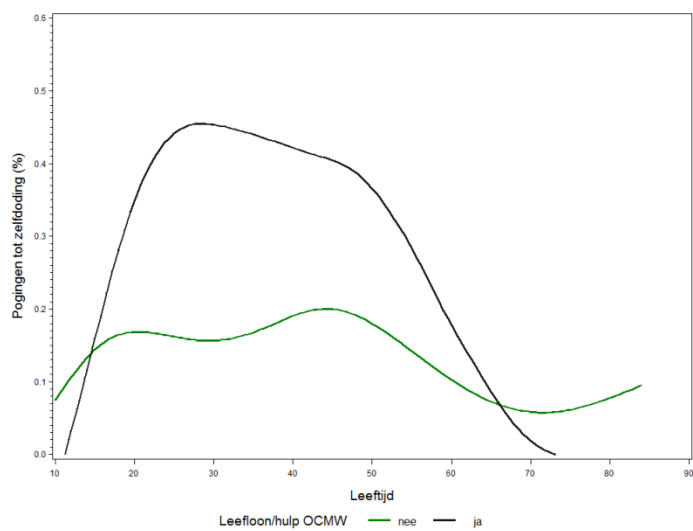
5. werkloosheid

Ook leden die werkloos zijn hebben een hoger risico dan leden die niet-werkloos zijn (0,22% versus 0,16%). Vanaf de leeftijd van 50 jaar is er evenwel geen onderscheid meer.



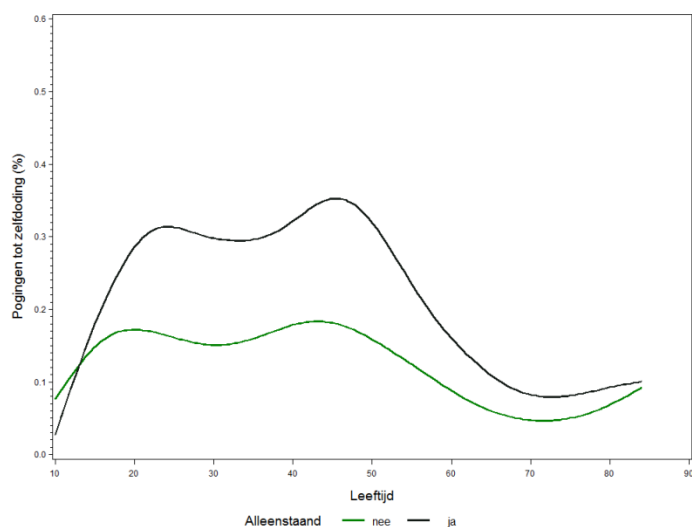
6. recht op hulp van het OCMW en leefloon

Er zijn meer pogingen tot zelfdoding bij leden met hulp van het OCMW of met het statuut van leefloon (0,43% versus 0,12%).



7. sociaal isolement

Leden die alleen wonen (situatie MAF-gezin) hebben ook een hoger risico om over te gaan tot een poging tot zelfdoding vergeleken met niet-alleenstaanden (0,21% versus 0,11 %).



2. Psychische problematiek

Om op een benaderende manier een idee te hebben van de relatie met de psychische problematiek werd het gebruik van antidepressiva en antipsychotica onderzocht gedurende de 3 maanden die voorafgingen aan de poging tot zelfdoding. Voor de andere leden uit onze populatie werd een willekeurige dag uit 2012 gekozen en de aflevering van antidepressiva en antipsychotica gedurende 3 maanden voorafgaand aan deze dag als referentieperiode genomen.

1. Antidepressiva

Van alle leden uit onze populatie met gebruik van antidepressiva ondernam 0,72% een poging tot zelfdoding. Van de leden zonder gebruik van antidepressiva was dit 0,08%.

2. Antipsychotica

Ongeveer 1,2% van de leden met gebruik van antipsychotica deed een poging tot zelfdoding tegenover 0,11% van de overige leden die geen antipsychotica gebruikten.

3) MODELLERING VAN DE POGING TOT ZELFDODING

1. 18-65 jaar

In een logistisch model worden alle variabelen onafhankelijk van mekaar op hun significante waarde getoetst. Opdat het mogelijk zou zijn om karakteristieken in verband met werkloosheid en invaliditeit mee te kunnen opnemen is de onderstaande logistische regressie beperkt tot de leeftijdsgroep tussen 18 en 65 jaar. Voor de jongere en de oudere leeftijdsgroepen werden 2 aparte modellen gebouwd.

Al de onderzochte karakteristieken zijn significant (de neutrale waarde 1 ligt buiten het betrouwbaarheidsinterval). Een odds-ratio van 2 betekent een verdubbeling van de kans op een poging tot zelfdoding. Indien een onderzochte karakteristiek meer dan 2 waarden heeft, zoals leeftijd en woonplaats, wordt de laatste waarde als referentie gebruikt. Voor de woonplaats is dat het Brussels gewest en voor de leeftijdsgroep is dit de leeftijdsgroep van 61 tot 65 jaar.

Effect	odds-ratio	95% betrouwbaarheids-interval	
vrouw	1.40	1.30	1.50
18-25 jaar	4.07	3.37	4.91
26-30 jaar	3.01	2.46	3.67
31-35 jaar	2.73	2.24	3.32
36-40 jaar	2.64	2.18	3.21
41-45 jaar	2.74	2.27	3.31
46-50 jaar	2.39	1.97	2.88
51-55 jaar	1.76	1.45	2.15
56-60 jaar	1.28	1.04	1.58
inwoner Vlaams gewest	2.37	2.01	2.79
inwoner Waals gewest	3.24	2.76	3.81
met verhoogde tegemoetkoming	1.29	1.19	1.41
arbeidsongeschikt	2.11	1.94	2.30
invalide	2.10	1.90	2.32
werkloos	1.30	1.19	1.41
met hulp van het OCMW of leefloon	2.38	2.10	2.70
leeft alleen	1.47	1.35	1.60
met gebruik van antipsychotica 3 maanden voor de poging	3.43	3.10	3.79
met gebruik van antidepressiva 3 maanden voor de poging	5.24	4.82	5.70

2. Min 18-jarigen

Bij het modelleren van de poging tot zelfdoding bij de jongeren tussen 9 en 17 jaar kunnen arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en werkloosheid niet mee in het model opgenomen worden. De effecten van geslacht, residentie en verhoogde tegemoetkoming blijven significant. Leeftijd werd in dit model als een continue variabele onderzocht. Het risico op een zelfdoding stijgt met 36% voor elk bijkomend jaar. Het effect van het gebruik van antipsychotica en vooral antidepressiva worden veel sterker dan in het vorige model.

Effect	odds-ratio	95% betrouwbaarheids-interval	
vrouw	3.87	3.03	4.94
leeftijd	1.36	1.29	1.42
inwoner Vlaams gewest	2.03	1.26	3.28
inwoner Waals gewest	4.01	2.54	6.35
met verhoogde tegemoetkoming	1.52	1.23	1.87
met gebruik van antipsychotica 3 maanden voor de poging	5.70	3.65	8.92
met gebruik van antidepressiva 3 maanden voor de poging	11.96	8.14	17.56

3. 65 plussers

Bij het modelleren van de poging tot zelfdoding bij de leden ouder dan 65 jaar, verdwijnen de significante effecten van leeftijd, geslacht en verhoogde tegemoetkoming en resten enkel nog de plaats van residentie, het sociaal isolement en het gebruik van antipsychotica en antidepressiva als significante factoren.

Effect	odds-ratio	95% betrouwbaarheids-interval	
inwoner Vlaams gewest	3.40	1.79	6.45
inwoner Waals gewest	3.99	2.10	7.56
alleen	1.30	1.04	1.63
met gebruik van antipsychotica 3 maanden voor de poging	2.14	1.55	2.96
met gebruik van antidepressiva 3 maanden voor de poging	3.62	2.86	4.58

4) OPVOLGING

1. Ambulante zorgen : huisarts en psychiater

66% van de leden met een poging tot zelfdoding heeft een contact gehad met een huisarts tot 90 dagen voorafgaand aan de poging.

Na de ziekenhuisopname omwille van een poging tot zelfdoding heeft 65% een contact gehad met een huisarts binnen de 3 maanden.

Huisartscontact, binnen 3 maanden				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	848	518	1366	% vóór
ja	587	2094	2681	66%
totaal	1435	2612	4047	
	% na	65%		

Het contact met de huisarts ligt lager bij de mannen met een poging tot zelfdoding, zowel pre als post.

Wat betreft het contact met een psychiater: 20% tot 3 maanden vóór de poging tot zelfdoding en 31% tot 3 maanden na de poging tot zelfdoding.

Indien we het contact met de huisarts en psychiater tezamen beschouwen dan blijkt dat 611 leden (15%) met een poging tot zelfdoding geen contact hebben gehad met een huisarts of psychiater, noch voordien noch nadien.

Ook het feit dat 27% na de poging tot zelfdoding de eerste 3 maanden geen enkel contact heeft gehad met een huisarts of psychiater doet vermoeden dat de opvolging van deze patiënten en de nazorg veel beter kan.

Het probleem dat zich stelt met onze data is dat we geen idee hebben in hoeverre de leden opgevolgd worden door een psychotherapeut.

Huisarts- of psychiatercontact, binnen 3 maanden				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	611	544	1155	% vóór
ja	477	2415	2892	71%
totaal	1088	2959	4047	
	% na	73%		

Het contact binnen 6 maanden volgend op het einde van de ziekenhuisopname met de huisarts en met de huisarts of psychiater ligt iets hoger (resp. 76% en 83%). Toch blijft er een groep van 370 leden (9%) zonder enig contact met huisarts of psychiater, noch voor noch na de opname omwille van de poging tot zelfdoding.

Indien we het profiel van de leden die geen contact met de huisarts of met de psychiater hadden tot 3 maanden na het einde van de ziekenhuisopname omwille van de poging tot zelfdoding nader onderzoeken dan stellen we het volgende vast:

Het blijken relatief meer leden onder de 40 jaar te zijn en minder tussen 50 en 70 jaar, meer mannen, meer alleenstaanden en minder residenten uit Vlaanderen. Verder zijn er geen verschillen te vinden met werklozen, met leden die een leefloon hebben of leden op invaliditeit.

Huisarts- of psychiatercontact, binnen 3 maanden				
Geslacht	na de poging			
	nee	%	ja	%
man	467	43%	997	34%
vrouw	621	57%	1962	66%
totaal	1088		2959	

p < 0,0001

Huisarts- of psychiatercontact, binnen 3 maanden				
inwoner Vlaams gewest	na de poging			
	nee	%	ja	%
nee	730	67%	1833	62%
ja	358	33%	1126	38%
totaal	1088		2959	

p < 0,003

Huisarts- of psychiatercontact, binnen 3 maanden				
alleen	na de poging			
	nee	%	ja	%
nee	766	70%	2172	73%
ja	322	30%	787	27%
totaal	1088		2959	

p < 0,06 (maar wel <0,05 in logistisch model)

Huisarts- of psychiatercontact, binnen 3 maanden				
< 30 jaar	na de poging			
	nee	%	ja	%
nee	624	57%	2109	71%
ja	464	43%	850	29%
totaal	1088		2959	

p < 0,0001

2. Psychiatrische opname

Zes procent van deze leden heeft tijdens de 3 maanden die voorafgaat aan de ziekenhuisopname voor poging tot zelfdoding een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Na de ziekenhuisopname heeft 9% binnen de 3 maanden (opnieuw) een psychiatrische opname.

psychiatrische opname				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	3534	288	3822	% vóór
ja	133	92	225	6%
totaal	3667	380	4047	
	% na	9%		

3. Medicatie

1. Antidepressiva

Aan 40% van de leden met een poging tot zelfdoding werden antidepressiva afgeleverd in de 90 dagen voorafgaand aan de poging.

Dat percentage loopt op tot 47% in de 3 maanden na de poging tot zelfdoding.

gebruik van antidepressiva				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	1762	671	2433	% vóór
ja	390	1224	1614	40%
totaal	2152	1895	4047	
	% na	47%		

Antidepressiva worden eerder genomen door oudere leden (> 40 jaar) en ook meer door vrouwen, zowel voor als na de poging. Het gebruik van antidepressiva loopt gelijk in de 3 gewesten, zowel tijdens de 3 maanden voor als na de poging.

2. Antipsychotica

Aan 19% van de leden met een poging tot zelfdoding werden antipsychotica afgeleverd in de 90 dagen voorafgaand aan de poging. Dat percentage loopt op tot 23% in de 3 maanden na de poging tot zelfdoding.

gebruik van antipsychotica				
vóór de poging	na de poging			
	nee	ja	totaal	
nee	2857	428	3285	% vóór 19%
ja	241	521	762	
totaal	3098	949	4047	
	% na	23%		

De aflevering van antipsychotica komt iets meer voor bij mannen op jongere leeftijd, zowel pre als post de poging.

De aflevering van antipsychotica ligt hoger in het Brussels hoofdstedelijk gewest bij de leeftijdsgroep tussen 30 en 50 jaar, zowel pre als post de poging.

4. Sterfte

Einde 2014 zijn reeds 190 (4,7%) leden van deze onderzochte populatie overleden.

Binnen het jaar volgend op de ziekenhuisopname sterft 2,1% van deze groep. Binnen de 2 jaar na de opname is dit 4%.

De gemiddelde leeftijd van de groep leden die stierven sinds de ziekenhuisopname bedraagt 60 jaar tegenover 39 jaar van de groep leden die niet overleden.

Leeftijd van de leden met een poging tot zelfdoding							
Overleden eind 2014	aantal	minimum	p25	mediaan	p75	maximum	gemiddelde
nee	3873	9	25	39	49	94	39
ja	190	22	45	56	76	95	60

Er kan geen verschil in mortaliteit vastgesteld worden tussen de leden met en zonder opvolging binnen de 3 maanden (of 6 maanden) na het einde van de hospitalisatie omwille van een zelfmoordpoging. Over de doodsoorzaken zelf hebben we als mutualiteit geen data en aangezien de overleden leden uit deze groep gemiddeld 20 jaar ouder zijn dan de andere leden zullen ook andere doodsoorzaken dan zelfdoding verantwoordelijk zijn.

5. Situatie in Vlaanderen: gebruik van Ipeo-instrument 7 in de ziekenhuizen

In Vlaanderen is een instrument voor de eerste psychosociale evaluatie en opvang (IPEO) uitgewerkt voor patiënten die in een ziekenhuis worden opgenomen na een poging tot zelfdoding.

Ongeveer de helft van de ziekenhuizen engageerden zich om dit instrument te gebruiken.

⁷ IPEO is een belangrijk Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van volwassen suïcidepogers. Het bestaat uit een semi-gestructureerd interview waarmee risicofactoren en zorgbehoeften van suïcidepogers in kaart worden gebracht. Dit instrument is in de eerste plaats bedoeld voor het ziekenhuispersoneel dat instaat voor de opvang van suïcidepogers in een algemeen ziekenhuis

Van onze leden met een poging tot zelfdoding zijn er 776 die werden gehospitaliseerd in een ziekenhuis waar het Ipeo-instrument werd gebruikt op het moment van hospitalisatie en 764 leden werden gehospitaliseerd in een ander ziekenhuis in Vlaanderen.

Ofschoon we niet alle cases tot op het detail onderzochten (sommige ziekenhuizen werken alleen met het instrument bij opnames in PAAZ), kunnen we toch algemeen een positieve invloed zien in onze data van het engagement dat door deze ziekenhuizen werd genomen.

De opvolging van patiënten in ziekenhuizen met gebruik van dit instrument ligt significant hoger dan in ziekenhuizen die niet op deze gestandaardiseerde manier werken.

Zo stellen we vast dat contact met de huisarts tot 3 maanden voor de poging tot zelfdoding even hoog ligt in beide groepen. Contact met de huisarts na de ziekenhuisopname ligt significant hoger in de groep met Ipeo (71% versus 64%, $p < 0.01$), zeker bij de leeftijdsgroep 21 - 40 jaar is er een opmerkelijk verschil. Wat betreft een contact met de psychiater voor of na de ziekenhuisopnames zien we geen verschil tussen beide groepen.

Aantal opnames in Vlaamse algemene ziekenhuizen met en zonder IPEO-registratie:
% contacten met de huisarts tot 3 maanden na einde ziekenhuisopname.

	andere	IPEO	verschil
	%	%	
tot 20 jaar	55	58	niet significant
21 - 40 jaar	56	71	$p < 0,001$
41 - 60 jaar	71	73	niet significant
61+ jaar	74	79	niet significant
totaal	64	71	$p < 0,01$

Een andere interessante vaststelling is dat de groep patiënten van ziekenhuizen met IPEO tussen 41 en 60 jaar minder gebruik maakt van antidepressiva tot 3 maanden na het einde van de ziekenhuisopname.

Aantal opnames in Vlaamse algemene ziekenhuizen met en zonder IPEO-registratie:
% met gebruik van antidepressiva tot 3 maanden na einde ziekenhuisopname,

	andere	IPEO	verschil
	%	%	
tot 20 jaar	12	15	niet significant
21 - 40 jaar	38	40	niet significant
41 - 60 jaar	58	46	$p < 0,01$
61+ jaar	53	56	niet significant
totaal	44	41	niet significant

4. BESLUIT

Uit onze gegevens blijkt dat de problematiek van zelfmoordpogingen omvangrijk en belangrijk is. In totaal komen we over 3 jaar uit op meer dan 4000 leden, waarvan een deel meerdere pogingen onderneemt.

In 2012 registreerden we 1540 pogingen bij onze leden. Het aantal zelfdodingen per 100.000 komt hiermee op 50. Indien onze leden een vergelijkbaar profiel hebben met de andere personen uit België, en met een marktaandeel van 29%, dan zou dit betekenen dat er in 2012 ongeveer 5.310 pogingen tot zelfdoding zijn geweest. Met een totaal aan 2.203 overlijdens ten gevolge van zelfdoding zou dit betekenen dat er voor elk overlijden 2,4 ziekenhuisopnames zijn als gevolg van een poging tot zelfdoding. Dat is nog een eind verwijderd van de 18 à 20 pogingen die volgens de literatuur staan tegenover elk overlijden aan zelfdoding.

In Nederland resulteren suïcidepogingen jaarlijks tot ongeveer 1.500 doden, 15.000 behandelingen op de spoedeisende hulp en 9.000 ziekenhuisopnames op een geschat totaal van 100.000 pogingen tot zelfdoding⁸.

Net zoals in Nederland zal wellicht een grote groep aan personen met een poging tot zelfdoding enkel bij de spoeddiensten terecht komen zonder dat er een hospitalisatie volgt. En een nog grotere groep zal niet naar de spoeddiensten gaan voor hulp.

Verder komen de resultaten overeen met de in de inleiding geschetste problematiek van de zelfdodingen: meer vrouwen, meer mensen in een preciaire situatie zoals arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, werkloosheid, statuut verhoogde tegemoetkoming, en ook meer sociaal geïsoleerde personen. We zien ook duidelijk dat een deel van deze leden reeds een psychiatrische achtergrond heeft (opnames in een psychiatrisch ziekenhuis voorheen en het gebruik van antipsychotica).

De opvolging kan beter: 27% had geen contact met de huisarts of psychiater de eerste 3 maanden na de ziekenhuisopname. Wellicht is er sprake van onderbehandeling.

Dat er een verschil kan gemaakt worden, blijkt wanneer er gekeken wordt naar de leden met een opname in een ziekenhuis die het instrument voor psychosociale opvang hanteren: de opvolging door huisarts na het ontslag uit het ziekenhuis ligt er hoger.

5. AANBEVELINGEN

Onze cijfers tonen aan dat de problematiek van de zelfmoordpogingen een reëel probleem is van de volksgezondheid. Het Socialistisch Ziekenfonds formuleert volgende aanbevelingen

1. Aandacht voor risicofactoren.

We wensen in het bijzonder de aandacht te vestigen op de sociaaleconomische kant van deze problematiek. In tegenstelling tot de geslaagde zelfdodingen liggen factoren zoals verlies van job, armoede, eenzaamheid veel meer aan de oorsprong van het ontstaan van pogingen tot zelfdoding. Dat deze factoren cumulatief zijn blijkt uit het statistisch model dat aangeeft dat ze onafhankelijk van mekaar significant risicoverhogend blijven.

2. Goede opvolging van alle personen die een poging tot zelfdoding achter de rug hebben.

Het feit dat meer dan een kwart van deze personen binnen de 3 maanden geen contact heeft noch met de huisarts noch met de psychiater stemt toch tot nadenken. Men kan zeker stellen dat er sprake is van onderbehandeling. Het Socialistisch Ziekenfonds pleit voor een stringente opvolging van al deze patiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Ook patiënten die op de spoed terecht komen omwille van een poging tot zelfdoding zonder dat een opname volgt zouden van dicht bij opgevolgd en begeleid moeten worden. Een veralgemeende toepassing van het IPEO-instrument met een passend voorstel van “zorgtraject” is aangewezen.

⁸ RIVM rapport 270342001/2010 ‘De ziektelast van suïcide en suïcidepogingen’

3. Laagdrempelige en betaalbare psychologische zorg

In het algemeen vragen we ook dat er betere terugbetaling komt van psychotherapie en dat dergelijke hulpverlening zo toegankelijk mogelijk wordt gemaakt. Van onze totale gezondheidsuitgaven gaat 6% naar geestelijke gezondheidszorg. In vergelijking met onze buurlanden is dat weinig. Zeker als men weet dat de globale kostprijs van alle gevolgen van psychisch onwelzijn geschat worden op een 3,5 tot 4% van het BBP⁹. Deze middelen moeten het mogelijk maken om ook de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, op het terrein ook écht waar te maken.

4. Betere kennis

Een betere wetenschappelijke kennis van zelfdoding en pogingen tot zelfdoding. In België is er geen jaarlijkse evaluatie met alle cijfers over zelfdoding en de problematiek errond.

Het is echt nodig om hier werk van te maken, om te waken over de evolutie van de pogingen tot zelfdoding en om verdere analyses te doen, om voortijdig de risicogroepen te detecteren (en bijgevolg ook te interveniëren waar nodig), om de behoeften te evalueren en ook om het gevoerde beleid te evalueren. Dit laatste vereist o.a. een systematisch verzamelen van de gegevens (zelfdoding volgens de sterftecijfers, pogingen tot zelfdoding vanuit de hospitalisatiegegevens en verklaringen van pogingen tot zelfdoding via de gezondheidsenquête, maar ook gegevens over niet terugbetaalde hulp door psychologen en psychotherapieën). Zo variëren de schattingen voor zelfmoordpogingen bijvoorbeeld van 10 tot 20 niet-fatale pogingen voor elk fatale poging. Voor België betekent dit dat de schattingen gaan van 22.000 tot 44.000 zelfmoordpogingen jaarlijks, hetgeen toch een zeer grote vork is.

Ben je dringend op zoek naar hulp?

Dan verwijzen wij je graag door naar de Zelfmoordlijn op het nummer **1813** of naar www.zelfmoord1813.be om te chatten.

⁹ Itinera (2013). Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België, p. 9

Iedereen telt mee. Altijd.

Ziek, gezond. Dik en dun. Groot en klein. Jong en oud. Man en vrouw. Gehuwd, of niet. Wit, gekleurd. Welgesteld en arm. Iedereen telt mee. Altijd. Van in het begin, tot aan het einde. Als het slecht gaat en als het goed gaat. Wij zijn er. Altijd. Voor iedereen. Voor jou.

www.socmut.be