



**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Onderzoek naar verklarende factoren voor de  
verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in  
vergelijking met Europese landen**

Alexandre Reynders  
Prof. Dr. Cornelis Van Heeringen  
Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22  
E-mail: [swvg@med.kuleuven.be](mailto:swvg@med.kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2009/06  
SWVG-Rapport 09  
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ad-hocproject: Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidedcijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove  
Co-promotor: Prof. dr. Cornelis Van Heeringen, Prof. dr. Jan De Maeseneer  
Onderzoekers: Drs. Alexandre Reynders

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

Stuurgroep: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG, Alexandre Reynders (Lucas), Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Prof. Dr. Cees Van Heeringen (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek UGent), Bart Van Hoof (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en gezin), Dr. Dirk Dewolf (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en gezin), Pieter Vandenbulcke (Agentschap Zorg en Gezondheid), Dr. Jessy Hoste (Agentschap Zorg en Gezondheid), Veerle Audenaert (Agentschap Zorg en Gezondheid), Marjolijn van den berg (Agentschap Zorg en Gezondheid)

Als experts werden eveneens geconsulteerd: Dr. Anne Kongs (Agentschap Zorg en Gezondheid), Karl Andriessen (Zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke gezondheidszorg)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



## **Promotoren en Partners van het Steunpunt**

### **K.U.Leuven**

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG  
Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek  
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht  
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

### **UGent**

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde  
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg  
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen  
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

### **VUBrussel**

Prof. Dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Orthopsychologie

### **KHKempen**

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

## Rapport 09

### Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen

Onderzoeker: Alexandre Reynders  
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove; co-promotor: Prof. dr. Cornelis Van Heeringen, Prof.dr. Jan De Maeseneer

## Samenvatting

In 2007 bedroeg de incidentie van suïcide in Vlaanderen 22,6 per 100.000 inwoners voor mannen en 9,8 voor vrouwen. Dit zijn 14,7 suïcides per 100.000 inwoners of gemiddeld 2,7 suïcides per dag. In vergelijking met Frankrijk (14,8), Duitsland (9,8) en Nederland (8,7) heeft Vlaanderen daarmee een van de hoogste suïdecijfers in West-Europa. De evolutie van de suïdecijfers in de periode 2000-2006 is eerder positief te noemen. Zowel bij mannen als vrouwen is een dalende tendens te zien. Niettemin blijft het suïdecijfer in Vlaanderen hoog.

Waarom zijn de suïdecijfers in Vlaanderen zo hoog in vergelijking met de meeste andere West-Europese landen? In opdracht van de *Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* zocht het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) een antwoord op deze vraag. Het SWVG voerde daartoe een grondige literatuurstudie uit naar determinanten en verklaringsmodellen voor verschillen in suïdecijfers tussen landen in combinatie met een vergelijkende analyse van data voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland. In dit vergelijkend onderzoek stellen we 13 onderzoeksvragen rond 4 thema's met betrekking tot risicofactoren van suïcide op populatieniveau.

### Thema 1. Betrouwbaarheid van de nationale suïdecijfers

1. *Zijn officiële suïdecijfers betrouwbaar? Kunnen vertekeningen en onbetrouwbaarheid van officiële suïdecijfers nationale verschillen (deels) verklaren?*  
Ja, officiële suïdecijfers zijn voldoende betrouwbaar en vergelijkbaar maar men moet steeds rekening met concurrerende doodsoorzaken. Dit neemt niet weg dat officiële suïdecijfers een onderrapportering zijn van de realiteit en dat de mate van onderrapportering niet in alle landen even sterk is.
2. *Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen met betrekking tot de registratie- en coderingsprocedures?*  
Ja, er zijn verschillen op vlak van registratie- en coderingsprocedures maar deze zijn eerder beperkt. Er is echter zeker ruimte voor en vraag naar een standaardisering van de registratie- en coderingsprocedures op Europees niveau.

3. *Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen betreffende het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO)?*

Ja, er zijn duidelijke verschillen in het gebruik van de SOI- en SOO-categorie tussen de verschillende landen. Duitsland maakt het meest gebruik van de SOI-categorie en Nederland het minst. Nederland maakt het meest gebruik van de SOO-categorie terwijl Vlaanderen er minst gebruik van maakt.

4. *Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland aanwijzingen dat de concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO) een noemenswaardig proportie vals negatieve suicides bevatten?*

Ja, experts stellen dat de SOI-categorie een aanzienlijk aandeel vals negatieve suicides bevat. Experts die nauw betrokken zijn bij de codering van sterftcijfers in Vlaanderen en Nederland stellen dat het aandeel vals negatieve suicides in SOO-categorie minimaal is.

5. *Is er een relatie tussen de officiële verdeling van suïcidemethodes en de onderschatting van de suïdecijfers.*

Neen, de data ondersteunen de stelling niet dat in landen waar meer gebruik gemaakt wordt van de SOI-categorie, het aandeel harde suïcidemethodes (e.g. verhangings) groter en het aandeel zachte methodes (e.g. intoxicatie) kleiner is in vergelijking met landen die minder gebruik maken van de SOI-categorie.

6. *Kunnen de verschillen tussen Vlaamse, Franse, Duitse en Nederlandse suïdecijfers verklaard worden door vertekeningen in de suïdecijfers?*

Ja, maar in beperkte mate. Er zijn aanwijzingen dat onderrapportering in Duitsland groter is dan in Vlaanderen, Frankrijk en Nederland. Vlaanderen maakt de laatste jaren meer gebruik van de SOI-categorie en dit gaat gepaard met een opmerkelijke daling van de suïdecijfers (bij mannen). Vlaanderen heeft de neiging om zo vaak mogelijk de doodsoorzaak te benoemen, wat resulteert in een relatief laag aandeel SOO.

## **Thema 2. Een nationale suïdecultuur: attitudes, suïdepogingen en methodes**

7. *Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?*

Ja, crossnationaal onderzoek toont een verband aan tussen open attitudes ten aanzien van suïcide en suïdecijfers. Frankrijk en Nederland hebben een tolerante houding. België en Duitsland hebben eerder een afkeurende houding. Er is echter geen verband tussen de indicator 'tolerante attitude' en suïdecijfers voor de vier in dit onderzoek opgenomen landen. Meer onderzoek naar de relatie tussen attitudes en suïcide is nodig om de relatie tussen beide beter te begrijpen.

8. *Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door een hogere incidentie van suïdepogingen en een hogere prevalentie van suïcidale gedachten?*

Ja, met betrekking tot suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag merken we dat er zowel voor Vlaanderen en als voor de 3 andere landen in dit onderzoek een verband is met de incidentie van suïcide.

9. *Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door een groter aandeel 'mannelijke' of 'harde' suïcidemethodes?*

Ja, de vergelijkende analyse met betrekking tot suïcidemethodes leert ons dat het aandeel harde suïcidemethodes in Vlaanderen groter is dan in Duitsland en Nederland. Er is een tendens waar te nemen waarbij Vlaanderen meer 'mannelijke' methoden hanteert dan Duitsland en Duitsland meer dan Nederland. Dit is waarneembaar voor verhangen en vuurwapen.

### **Thema 3. Prevalentie van psychiatrische aandoeningen, hulpzoekend gedrag en hulpverlening**

10. *Hebben landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?*

Neen, de prevalentie van psychiatrische aandoeningen is niet in lijn met de verwachtingen die men zou hebben op basis van de suïdecijfers. Er blijken opmerkelijke verschillen te zijn in de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Respondenten in Frankrijk rapporteren meer psychiatrische aandoeningen terwijl in Duitsland de prevalentie het laagst is. De prevalentie van psychiatrische stoornissen is in Nederland en Vlaanderen vergelijkbaar.

11. *Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door minder effectief hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?*

Neen, we stellen geen duidelijke associatie tussen de efficiëntie van hulpzoekend gedrag voor psychiatrische stoornissen (in termen van frequentie en uitstel) en suïdecijfers vast. Nederlandse mensen zoeken de meeste hulp en stellen dit ook het minst uit. Opvallend is dat Frankrijk en België sterker gericht zijn op medisch en niet-gespecialiseerde hulp dan Duitsland en Nederland, waar men vaker geestelijke gezondheidsspecialisten consulteert en minder medisch georiënteerd is.

12. *Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?*

Ja, het aandeel minimaal adequate behandelingen en follow-up consultaties is in België lager dan in de buurlanden. Duitsland en Nederland scoren het best op minimaal adequate hulp. Belgische huisartsen zijn bovendien minder snel geneigd om psychosociale problemen te diagnosticeren terwijl hun Nederlandse collega's het meest aandacht besteden aan psychosociale problemen. In de landen waar de suïdecijfers lager zijn, worden psychotherapeutische behandelingen terugbetaald en is er een nauwe samenwerking tussen huisartsen en andere hulpverleners.

### **Thema 4. Sociale integratie en levenskwaliteit**

13. *Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door minder sociale integratie en minder levenskwaliteit dan landen met lage suïdecijfers?*

Ja, sociale integratie blijkt een matige voorspeller te zijn voor suïdecijfers op macroniveau. Vooral Nederland scoort over de gehele lijn zeer gunstig. Ondanks het feit dat Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland socio-economisch zeer sterk op elkaar gelijken, merken we toch verschillen op die de hypothetische relatie tussen sociale integratie en suïdecijfers lijken te bevestigen.

## **Beleidsadviezen**

We stellen voor dat in de kwaliteit van de suïcidecijfers wordt geïnvesteerd door te streven naar verbeterde registratie- en coderingsprocedures. Een tweede aanbeveling betreft de verbetering van de geestelijke gezondheidszorg met aandacht voor getrapte zorg, een multidisciplinaire aanpak, goede samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg, erkenning van psychotherapie, een adequater gebruik van psychofarmaca, aandacht voor participatie van de patiënt, goede opvolging van suïcidepogers. Tenslotte, moet de overheid stappen ondernemen om stigma en zelfstigma ten gevolge van psychiatrische stoornissen en hulp zoeken voor deze stoornissen via sensibiliseringscampagnes te reduceren.

# Inhoud

Lijst met grafieken	7
Lijst met tabellen	9
Lijst met figuren	11
Inleiding	13
1 Inhoud van het rapport	15
2 Beperkingen en verwachtingen van dit onderzoek	17
HOOFDSTUK 1 Suïcidecijfers in Vlaanderen binnen een Europese context	19
1 Inleiding	19
2 Suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen	20
2.1 Definities, methode en bronnen	20
2.2 Resultaten	21
2.2.1 Leeftijds- en geslachtsverdeling	21
2.2.2 Evolutie van de Vlaamse suïcidecijfers	22
2.2.3 Suïcidemethodes en plaats van overlijden	25
2.2.4 Tijd van het jaar	26
2.2.5 Suïcidepoging en suïcidale ideatie	27
2.3 Discussie	28
3 Vlaamse suïcidecijfers binnen een regionale, nationale en Europese context	29
3.1 Methode en bronnen	29
3.2 Resultaten	30
3.2.1 Regionale verschillen binnen Vlaanderen	30
3.2.2 Vlaamse suïcidecijfers binnen een Belgische context	32
3.2.3 Vlaamse suïcidecijfers binnen een Europese context	34
3.3 Discussie	40
4 Besluit	41
5 Referenties	43

HOOFDSTUK 2	Betrouwbaarheid van de nationale suïcidecijfers	45
1	Inleiding Factoren die bijdragen tot betrouwbaarheid van suïcidecijfers: een literatuurstudie	45
2	Betrouwbaarheid van de suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Frankrijk, Duitsland en Nederland: een vergelijkende analyse	50
2.1	Verschillen in registratie- en coderingsprocedures	50
2.1.1	Methode en bronnen	51
2.1.2	Resultaten	51
2.1.3	Discussie	54
2.2	Verschillen in gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën. Onbepaalde intentie (SOI) en Onbepaalde oorzaak (SOO).	57
2.2.1	Methode en bronnen	58
2.2.2	Resultaten	59
2.2.3	Discussie	64
2.3	Verschillen in suïcidemethodes	68
2.3.1	Methode en Bronnen	68
2.3.2	Resultaten	69
2.3.3	Discussie	70
3	Besluit	70
4	Referenties	75
HOOFDSTUK 3	Een nationale suïdecultuur: attitudes, suïdepogingen en suïcidemethodes	79
1	Inleiding	79
2	Cultuur en suïcide	80
2.1	Attitudes ten aanzien van suïcide	81
2.1.1	Methode en bronnen	83
2.1.2	Resultaten	83
2.1.3	Discussie	84



---

2.2	Suïcidale ideatie en niet-fataal zelfverwondend gedrag	84
2.2.1	Methode en bronnen	86
2.2.2	Resultaten	87
2.2.3	Discussie	89
2.3	Verdeling suïcidemethodes	90
2.3.1	Methode en bronnen	90
2.3.2	Resultaten	91
2.3.3	Discussie	92
3	Besluit	93
4	Referenties	95
HOOFDSTUK 4 Prevalentie van psychiatrische aandoeningen en hulpzoekend gedrag		101
1	Inleiding	101
2	Prevalentie van psychiatrische stoornissen	102
2.1	Methode en bronnen	103
2.2	Resultaten	103
2.3	Discussie	103
3	Hulp zoeken en krijgen voor psychiatrische problemen	104
3.1	Frequentie, voorkeur en uitstel van hulp zoeken	104
3.1.1	Methode en bronnen	105
3.1.2	Resultaten	105
3.2	Kwaliteit van de hulpverlening	110
3.2.1	Methode en bronnen	110
3.2.2	Resultaten	110
3.3	Discussie	112
3.3.1	Organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg	113
3.3.2	De rol van attitudes en stigma	114
3.3.3	De wisselwerking tussen organisatie en attitudes	116
4	Besluit	117
5	Referenties	120

HOOFDSTUK 5 Sociale integratie en levenskwaliteit	127
1 Inleiding	127
2 Sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden	128
2.1 Religieuze integratie	130
2.2 Economische Integratie	130
2.3 Familiale integratie en sociale steun	130
2.4 Sociaal kapitaal	130
2.5 Levenskwaliteit	131
3 Methode en data	131
4 Resultaten	132
5 Discussie	135
6 Besluit	136
7 Referenties	137
HOOFDSTUK 6 Besluiten, nabeschouwing en adviezen	139
1 Inleiding	139
2 Resultaten en conclusies	139
2.1 Suïcidecijfers in Vlaanderen binnen een Europese context	139
2.2 Betrouwbaarheid van de nationale suïcidecijfers	140
2.3 Een nationale suïcidecultuur: attitudes, suïcidepogingen en methodes	143
2.4 Prevalentie van psychiatrische aandoeningen, hulpzoekend gedrag en hulpverlening	145
2.5 Sociale integratie en levenskwaliteit	147
3 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk van preventie	149
3.1 Het Suïcidepreventiebeleid in Vlaanderen	149
4 Reference List	153

## Lijst met grafieken

Grafiek 1. Suicide incidentie en relatieve suïcidesterfte per leeftijdscategorie en geslacht (2007)	22
Grafiek 2. Evolutie van de leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR) per 100.000 inw. voor mannen en vrouwen, Vlaanderen, 1930-2007.	23
Grafiek 3. Evolutie van het suïcidecijfer per leeftijdscategorie bij mannen voor de periode 2000-2007.	24
Grafiek 4. Evolutie van het suïcidecijfer per leeftijdscategorie bij vrouwen voor de periode 2000-2007.	24
Grafiek 5. Evolutie van de leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR) per 100.000 inw. voor mannen en vrouwen 95% betrouwbaarheidsintervallen, som van sterftes door suïcide en sterftes waarvan de intentie onbepaald is, Vlaanderen, 1990-2007.	25
Grafiek 6. Opdeling van het aantal suïcides naar methode, mannen, 2000-2006	26
Grafiek 7. Opdeling van het aantal suïcides naar methode, vrouwen, 2000-2006	26
Grafiek 8. Geobserveerd en verwacht suïcidecijfer, totaal voor de periode 1998-2004, Vlaanderen	27
Grafiek 9. Percentage van de Vlaamse mensen die zeggen ooit een suïcidepoging ondernomen te hebben, per geslacht en leeftijdscategorie, 2004. (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008)	27
Grafiek 10. Percentage van de Vlaamse mensen die zeggen ooit een suïcide overwogen te hebben, per geslacht en leeftijdscategorie, 2004. Bron: (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008)	28
Grafiek 11. Bruto suïcidecijfers per 100.000 inw. Per provincie en Gewest (2004)	33
Grafiek 12. Suïcidecijfers per 100.000 inw. voor de 4 regio's, per geslacht en leeftijd, 2005 - 2006	34
Grafiek 13. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers per 100.000 inwoners, per geslacht in Europa, 2006. (* = 2005; ** = 2004).	35
Grafiek 14. Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor mannen.	37
Grafiek 15. Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor vrouwen.	37
Grafiek 16. Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor de totale suïcidecijfers.	38
Grafiek 17. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06	39

Grafiek 18. Evolutie suïdecijfers en som van suïcide- en SOI-cijfers uitgedrukt per 100.000 inw. over de per 2000-2006 voor mannen en vrouwen.	40
Grafiek 19. Invloed van de overgang van ICD-9 naar ICD-10 (verticale rechte) op de leeftijdsgestandaardiseerde suïcide- en SOI-cijfers per 100.000 inw. (1995-2006)	54
Grafiek 20. Suïdecijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000-'06)	60
Grafiek 21. SOI-cijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000 - '06)	61
Grafiek 22. SOO-cijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000 - '06)	61
Grafiek 23. Suïcide-, SOI- en SOO-cijfers per land/regio, per geslacht voor de periode 2000-2006.	63
Grafiek 24. Suïdecijfers en gecorrigeerde suïdecijfers voor 2006.	
Grafiek 25. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06	69
Grafiek 26. Mate van rechtvaardiging van suïcide in België, Frankrijk, Nederland, West- en Oost-Duitsland (European value Survey, 1999)	84
Grafiek 27. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06	92
Grafiek 28. Type hulpverlener gekozen door personen die hulp zoeken voor psychiatrische stoornissen bron: (Kovess-Masfety et al., 2007)	107
Grafiek 29. Percentage van de personen die ooit een psychiatrische stoornis hebben gehad die psychofarmaca voorgeschreven hebben gekregen.	109

---

## Lijst met tabellen

Tabel 1.	Europese Standaard Bevolking (Waterhouse et al., 1976)	21
Tabel 2.	Direct gestandaardiseerde suïcidecijfers (100.000 inwoners), 2006.	36
Tabel 3.	Gemiddelde direct gestandaardiseerde (ASR(E)) SOI-cijfers per 100.000 inwoners voor de periode 2000-2006 per geslacht en regio.	39
Tabel 4.	Resultaten uit het ANAMORT-project / * uit (Jougla, Niyonsenga, Chappert, johansson, & Pavillon, 2001)	53
Tabel 5.	Aandeel mannen op het totaal aantal sterftes per categorie.	59
Tabel 6.	Correlatie (significantieniveau ** $p < 0.01$ ; * $p < 0.05$ en ( $*$ ) $< 0.07$ ) tussen de leeftijdscategorieën van suïcide en onbepaalde intentie én suïcide (SOI) en oorzaak onbepaald (SOO) (gemiddelde voor 2000-2006)	60
Tabel 7.	Correlatie (significantieniveau ** $p < 0.01$ ; * $p < 0.05$ en ( $*$ ) $< 0.07$ ) tussen suïcide en onbepaalde intentie en suïcide en oorzaak onbepaald voor de periode 2000 - 2006.	62
Tabel 8.	'Sprong voor' en 'Suïcides op het spoor' voor de periode 2003-2006	64
Tabel 9	Incidentie van suïcidepogingen uitgedrukt per 100.000 inwoners	87
Tabel 10.	Percentage van de respondenten die ooit een suïcidepoging ondernomen (ESEMeD) of zelfverwondend gedrag (CASE-studie) gesteld hebben.	87
Tabel 11.	Percentage van de respondenten die ooit suïcidegedachten (ESEMeD) of gedachten aan zelfverwondend gedrag (CASE-studie) hebben gehad.	88
Tabel 12.	Suïcidecijfers/100.000 inw. per provincie en percentage van de respondenten die ooit een suïcidepoging of suïcidale gedachten hebben gehad, 2004.	88
Tabel 13.	Prevalentie van psychiatrische stoornissen gedurende het afgelopen jaar bron: (Kessler, Demyttenaere, Bruffaerts, & Posada-Villa, 2004)	103
Tabel 14.	Percentage van de personen met een psychiatrische aandoening die professionele hulp (huisarts, psychiaters of psychotherapeuten) gezocht hebben gedurende het afgelopen jaar. Bron: (Kessler et al., 2004)	105
Tabel 15.	Percentage van de personen die ooit hulp gezocht hebben voor psychiatrische problemen. Bron: (Kovess-Masfety et al., 2007)	106
Tabel 16.	Aantal huisartsen, psychiaters, psychologen, psychiatrische bedden en apothekers per 100.000 inw.	107
Tabel 17.	Gebruik van psychofarmaca gedurende de afgelopen 12 maanden bij de algemene bevolking. Bron: (Alonso et al., 2004).	108
Tabel 18.	Percentage van de mensen die professionele hulp zoeken binnen één jaar na aanvang van de psychiatrische aandoening	109

Tabel 19. Percentage follow-up en minimaal adequate behandelingen volgens ernst van de mentale aandoening. Bron:(Wang et al., 2007a)	111
Tabel 20. Percentage van de mensen met psychiatrische stoornissen die stigma ervaren. bron:(Alonso et al., 2008)	116
Tabel 21. Indicatoren van religieuze integratie	133
Tabel 22. Indicatoren voor economische integratie	133
Tabel 23. Indicatoren voor familiale integratie en sociale steun	134
Tabel 24. Indicatoren voor sociaal kapitaal	134
Tabel 25. Indicatoren voor geluk en levenstevredenheid	135

---

*Lijst met figuren*

Figuur 1. Schematische voorstelling van de inhoud van dit rapport	16
Figuur 2. Spreiding SMR, mannen, opdeling in 60 zorgregio's, 1998-2006	31
Figuur 3. Spreiding SMR, vrouwen, opdeling in 60 zorgregio's, 1998-2006	31
Figuur 4. Spreiding SMR, mannen, opdeling in gemeenten, 1998-2006	32
Figuur 5. Spreiding SMR, vrouwen, opdeling in gemeenten, 1998-2006	32
Figuur 6: Overzicht associaties tussen determinanten en de incidentie van suicide.	148





## Inleiding

In 2007 was het Vlaamse suïcidecijfer voor mannen 22,6 en voor vrouwen 9,8 per 100.000 inwoners. In absolute cijfers komt dit neer op 984 suïcides per jaar of gemiddeld 2,7 suïcides per dag in Vlaanderen. Vlaanderen heeft een van de hoogste suïcidecijfers van West-Europa.

Voor de overheid brengt dit mee dat er vragen gesteld worden waarop men niet onmiddellijk een eenduidig antwoord heeft:

1. Waarom zijn de suïcidecijfers in Vlaanderen zo hoog in vergelijking met de meeste andere West-Europese landen?
2. Welke beleidsinitiatieven kan de Vlaamse Overheid nemen, bovenop haar huidig suïcidepreventiebeleid, om de Vlaamse suïcidecijfers terug te dringen?
3. Aan welke wetenschappelijke onderzoeken is er nood om de Vlaamse Overheid nog beter te ondersteunen in de uitvoering van haar suïcidepreventiebeleid?

Dit heeft *Vlaams Minister van Welzijn, volksgezondheid en Gezin Steven Vanackere* gemotiveerd om aan het Vlaams Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de opdracht te geven om een antwoord te formuleren op deze vragen.

Suïcide is een fenomeen waarbij talloze risico-, beschermende, drempelverhogende en drempelverlagende factoren met elkaar interageren en zo het suïcidaal proces determineren. Ondanks dat suïcide een strikt individueel gedrag is, hebben epidemiologen reeds lang opgemerkt dat suïcidecijfers kunnen verschillen tussen landen en zelfs tussen regio's binnen een land. Deze verschillen zijn vaak duurzaam doorheen de tijd. Dit heeft onderzoekers geïnspireerd om suïcide niet enkel als een strikt individueel fenomeen te benaderen maar tevens te interpreteren als een fenomeen dat gekaderd moet worden binnen een bredere maatschappelijke context. De benadering van suïcide binnen een macroniveau betekent dat het individu niet los gezien kan worden van de structuur en cultuur waarvan het deel uit maakt. Deze structuur en cultuur hebben een ondersteunende en begeleidende functie ten aanzien van het individu. Structuur en cultuur geven mee vorm aan de risico- en beschermende factoren maar vooral ook aan de drempelverhogende (bv. toegankelijkheid geestelijke gezondheidszorg) en drempelverlagende (bv. mediaberichtgeving) factoren voor suïcidaal gedrag binnen een samenleving.

Een antwoord bieden op de vraag naar verklaringen voor de verschillen in suïcidecijfers op macroniveau draagt niet enkel bij tot een beter inzicht in suïcide. Deze inzichten maken tevens duidelijk binnen welke domeinen van de samenleving suïcidepreventie mogelijk en noodzakelijk is. Leemtes in onze kennis zullen daarnaast een aanwijzing zijn voor noodzaak aan nieuw, toekomstig onderzoek.

Voor dit onderzoek werd gekozen voor een grondige literatuurstudie naar determinanten en verklaringsmodellen voor verschillen in suïcidecijfers tussen

landen, gecombineerd met een vergelijkende analyse van data voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland.

Op basis van de literatuurstudie hebben we 4 thema's weerhouden. Voor ieder thema werden in totaal 13 onderzoeksvragen gesteld waarop we, door middel van een vergelijkende analyse, een antwoord zullen formuleren.

1. Betrouwbaarheid van de officiële suïdecijfers.
  - 1.1. Zijn officiële suïdecijfers betrouwbaar? Kunnen vertekeningen en onbetrouwbaarheid van officiële suïdecijfers nationale verschillen (deels) verklaren?
  - 1.2. Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen met betrekking tot de registratie- en coderingsprocedures?
  - 1.3. Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen betreffende het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO)?
  - 1.4. Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland aanwijzingen dat de concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO) een noemenswaardige proportie vals negatieve suïcides bevatten?
  - 1.5. Is er een relatie tussen de officiële verdeling van suïcidemethodes en de onderschatting van de suïdecijfers?
  - 1.6. Kunnen de verschillen tussen Vlaamse, Franse, Duitse en Nederlandse suïdecijfers verklaard worden door vertekeningen in de suïdecijfers?
2. Suïdecultuur (attitudes ten aanzien van suïcide, prevalentie van suïcidale gedachten en gedragingen, voorkeur van suïcidemethodes).
  - 2.1. Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide (D en NL)?
  - 2.2. Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een hogere incidentie van suïcidepogingen en een hogere prevalentie van suïcidale gedachten (D en NL)?
  - 2.3. Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een groter aandeel 'mannelijke' of 'harde' suïcidemethodes (D en NL)?
3. Hulpzoekend gedrag voor psychiatrische stoornissen en de kwaliteit van de hulpverlening.
  - 3.1. Hebben landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?
  - 3.2. Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder effectief hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?

3.3. Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers (D en NL)?

4. Sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden.

4.1. Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder sociale integratie en minder levenskwaliteit dan landen met lage suïcidecijfers (D en NL)?

Bij de selectie van de drie landen werd er gekozen om enkel landen te betrekken die:

1. sociaal en cultureel vergelijkbaar zijn;
2. vergelijkbare registratieprocedures voor overlijdens hanteren en
3. waarvoor data beschikbaar zijn om de vergelijkende analyse mogelijk te maken.

Het rapport besluit met een krachtig antwoord op dertien onderzoeksvragen met betrekking tot de verschillen in suïcidecijfers tussen Vlaanderen en de buurlanden. Daarnaast worden beleidsadviezen en onderzoeksvorstellen geformuleerd met het oog op een verdere optimalisering van het suïcidepreventiebeleid van de Vlaamse Overheid.

In het kader van dit ad hoc onderzoek werd op 15 december 2008 in het Provinciehuis te Leuven de studiedag '*Less is more. Een wetenschappelijke kijk op de cijfers en de preventie van suïcide in Vlaanderen*' georganiseerd. De studiedag diende als 'voeding' voor dit onderzoeksproject. Experts uit binnen en buitenland, hulpverleners, beleidsmensen waaronder opdrachtgever en Minister van Welzijn, volksgezondheid en Gezin Steven Vanackere en zelfs Koning Albert II, kregen er de mogelijkheid om hun kennis en opinies met elkaar te delen. Het was bovendien een mooie gelegenheid om het uitgebreide Vlaamse suïcidepreventiebeleid kenbaar te maken en toe te lichten. Op de website van het Steunpunt WVG kunnen het verslag en alle presentaties nog eens nagelezen worden

(<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html#rapporten>).

## **1 Inhoud van het rapport**

In een *eerste hoofdstuk* schetsen we de omvang van het suïcideprobleem in Vlaanderen in vergelijking met Frankrijk, Duitsland en Nederland.

In de vier volgende hoofdstukken trachten we een verklaring te bieden voor de verschillen in suïcidecijfers tussen Vlaanderen en 3 buurlanden.

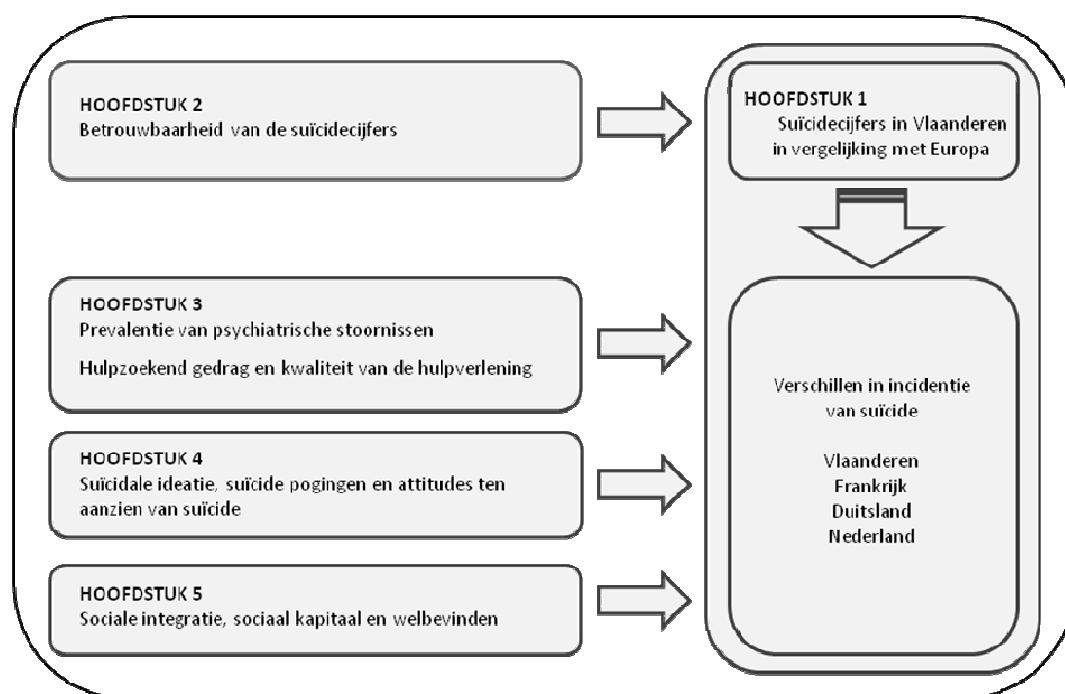
In *hoofdstuk twee* gaan we na of de verschillen in suïcidecijfers ook effectief de realiteit weerspiegelen. We onderzoeken dus of de officiële suïcidecijfers voldoende betrouwbaar zijn om onderling te vergelijken. Met andere woorden, gaan we na of verschillen in suïcidecijfers verklaard kunnen worden door onbetrouwbare registratie- en coderingsprocedures.

*Hoofdstuk drie* behandelt het concept van een suïdecultuur. We testen de hypothese die stelt dat landen met hogere suïdecijfers, een hogere prevalentie van suïcidale gedachten en niet-dodelijk suïcidaal gedrag hebben, een tolerantere attitude ten aanzien van suïcide hebben en hardere suïcidemethodes hanteren.

Psychiatrische stoornissen zijn een van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Daarom gaan we in *hoofdstuk vier* na of er verschillen zijn in de prevalentie van psychiatrische stoornissen. Hulp zoeken voor psychiatrische aandoeningen is daarnaast een belangrijke beschermende factor. We onderzoeken of er verschillen in hulpzoekend gedrag zijn en of er verschillen zijn in de kwaliteit van de aangeboden hulpverlening.

*Hoofdstuk vijf* gaat dieper in op de Durkheimiaanse traditie die uitgaat van een determinerend effect van sociale integratie op de incidentie van suïcide. Verder analyseren we de associatie tussen enerzijds sociaal kapitaal en welbevinden en anderzijds suïcide op populatieniveau.

In het laatste en *zesde hoofdstuk* vatten we de belangrijkste conclusies samen, reiken we beleidsadviezen aan voor suïcidepreventie en doen we voorstellen voor verder wetenschappelijk onderzoek.



*Figuur 1. Schematische voorstelling van de inhoud van dit rapport*

## **2 Beperkingen en verwachtingen van dit onderzoek**

Zoals reeds gesteld worden suïcidecijfers gedetermineerd door talloze risico- en beschermende factoren die onderling met elkaar interageren. De determinanten zijn bovendien moeilijk te operationaliseren en we kunnen hierbij niet anders dan gebruik maken van indicatoren waarvoor er data voor Vlaanderen en de 3 landen beschikbaar zijn. De gebruikte data zijn de meest recent beschikbare data. Dit wil echter niet zeggen dat in de tussentijd situaties kunnen wijzigen, waardoor de data de huidige toestand niet geheel nauwkeurig weergeven.

Voor sommige indicatoren zijn enkel data beschikbaar voor België en dus niet enkel voor Vlaanderen. Deze data moeten met de nodige voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat de situatie in Wallonië en Brussel gevoelig kan verschillen van die in Vlaanderen.

Tenslotte, betreft het hier een vergelijking van slechts vier regio's / landen. Dit wil zeggen dat het niet mogelijk is om significante statistische relaties te vinden tussen bepaalde indicatoren en de suïcidecijfers.

Daarom wensen we er de nadruk op te leggen dat de gevonden verbanden, associaties zijn die een tendens suggereren en geïnterpreteerd worden vanuit een theoretisch kader. Deze associaties mogen dus niet gezien worden als statistisch onderbouwde, causale relaties tussen de determinanten en de suïcidecijfers.

Het doel van dit rapport is een wel onderbouwd antwoord te geven voor de hoge suïcidecijfers in Vlaanderen met als het doel de preventie van suïcide beter af te stellen aan de noden. We hopen dan ook dat de conclusies van dit rapport zullen bijdragen tot een constructief debat tussen de overheid en alle betrokken partners in de preventie van suïcide.



## **HOOFDSTUK 1**

### **Suïdecijfers in Vlaanderen binnen een Europese context**

*Dit hoofdstuk heeft als doel een duidelijk overzicht te geven van de belangrijkste, aan suïcide gerelateerde cijfers. De meest recente cijfers met betrekking tot leeftijds- en geslachtsverdeling en suïcidemethodes worden aangereikt en besproken. Verder worden regionale en nationale verschillen en de evolutie doorheen tijd geduid. Dit hoofdstuk biedt een cijfermatig kader waarbinnen de volgend hoofdstukken moeten geïnterpreteerd worden.*

#### **1 Inleiding**

De Vlaamse suïdecijfers behoren tot de hoogste van West-Europa. Alvorens in volgende hoofdstukken dieper in te gaan op mogelijke verklaringen voor dit hoge cijfer, is het aangewezen om een duidelijk beeld te hebben van de omvang en de aard van deze doodsoorzaak. Net zoals alle andere doodsoorzaken vertoont ook suïcide een specifieke leeftijds- en geslachtsverdeling. We werpen eveneens een blik op de evolutie van de suïdecijfers. Omdat de gebruikte suïcidemethodes relevant zijn vanuit preventief standpunt, zullen we ook hieraan de nodige aandacht besteden.

Suïcide wordt voorafgegaan door een suïcidaal proces bestaande uit suïcidale gedachten en/of suïcidaal gedrag. Hoewel het niet tot de opzet van dit onderzoeksrapport behoort om hierop dieper in te gaan, is het interessant om ook de prevalentie van suïcidale gedachten en suïcidepogingen bondig te schetsen.

Bij de registratie van een suïcide moet men informatie hebben over de externe doodsoorzaak (verwonding), wie de verwonding heeft aangebracht (suïcide vs. doding) maar ook over de intentie (suïcide vs. ongeval). Vooral dit laatste is vaak moeilijk te bepalen en maakt dat een aanzienlijk aandeel van de categorie 'sterftes waarvan de intentie onbepaald is' (SOI) bestaat uit verborgen suïcides. Daarom zullen we de incidentie van deze SOI-categorie en de invloed op het suïdecijfer kort bespreken.

In dit hoofdstuk worden deze aan suïcide verbonden cijfers beschreven en toegelicht. De Vlaamse cijfers worden vergeleken binnen een Belgisch en Europees perspectief.

## 2 Suicide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen

### 2.1 Definities, methode en bronnen

Voor een beter begrip van wat suïcidaal gedrag in de context van dit onderzoek betekent, reiken we eerst enkele definities aan. We merken op dat suïcidaal gedrag een verandering van een ondraaglijke situatie beoogt. De dood is hierin geen doel maar een middel tot doel. Ook in de definitie van een suïcidepoging wordt geen uitspraak gedaan over de doodswens of -intentie.

**Suicide** is een daad met fatale afloop welke de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop, heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2004).

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 (Bille-Brahe et al., 1994).

**Suïcidale ideatie** betreft alle gedachten waarbij men suicide overweegt. Het gaat over algemene gedachten, suïcidewensen en concrete suïcideplannen. Het gaat dus over het cognitief proces dat het gedrag voorafgaat.

Alle data in dit deel hebben enkel betrekking op Vlaanderen.

De cijfers met betrekking tot suicide zijn afkomstig van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De suïdecijfers bestaan uit de categorieën x60 tot en met x84. In ICD-10 staan deze codes voor 'sterfte door zichzelf opzettelijk schade toe te brengen'. De opdeling van deze categorieën gebeurt volgens de gebruikte suïcidemethode. De in dit hoofdstuk gebruikte opdeling naar methode gebeurt als volgt:

Suïcidemethode	Overeenstemmende ICD-10 code
Intoxicatie	X60-x69
Verhanging	X70
Verdrinking	X71
Vuurwapen	X72-x74
Sprong van een hoogte	X80
Sprong voor een bewegend voorwerp	X81
Snijden	X78
Laten verongelukken van motorvoertuig	X82
Andere en niet nader omschreven	X75-x77, x79, x83, x84



Voor de cijfers met betrekking tot suïcidale ideatie en suïcidepogingen werd gebruik gemaakt van het online databestand HISIA (Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis) (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008). De data komen uit de Belgische gezondheidsenquête door interview (Bayingana et al., 2006).

Voor een vergelijking doorheen de tijd werden de cijfers gestandaardiseerd door middel van de Europese Standaard Bevolking (Waterhouse, Muir, Corea, & Powel, 1976). Onderstaande tabel geeft de Europese leeftijdsverdeling weer.

<b>Leeftijdsgroep</b>	<b>Aantal</b>
0	1600
1-4	6400
5-9	7000
10-14	7000
15-19	7000
20-24	7000
25-29	7000
30-34	7000
35-39	7000
40-44	7000
45-49	7000
50-54	7000
55-59	6000
60-64	5000
65-69	4000
70-74	3000
75-79	2000
80-84	1000
+84	1000
totaal	100000

Tabel 1. Europese Standaard Bevolking (Waterhouse et al., 1976)

## 2.2 Resultaten

### 2.2.1 Leeftijds- en geslachtsverdeling

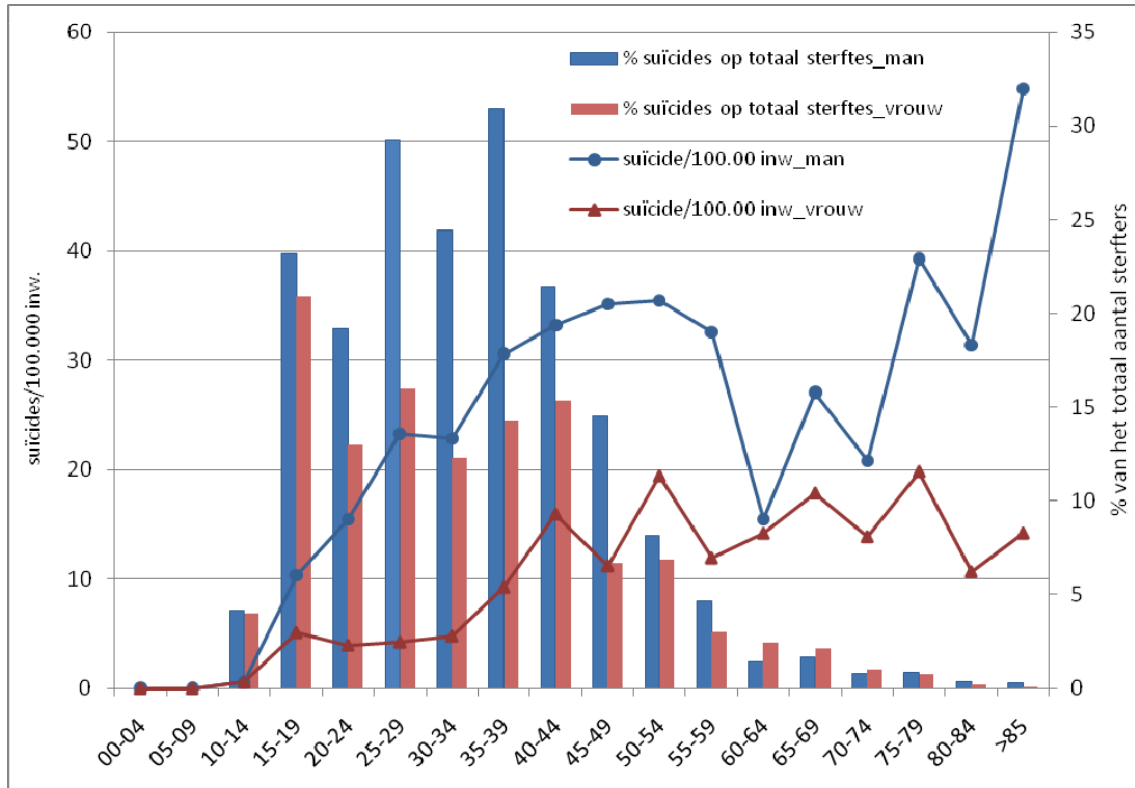
In 2007 bedroeg het totale suïcidecijfer 16.1 / 100.000 inwoners. Net als in de meeste landen komt suïcide vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. In Vlaanderen gebeuren bijna 70% van de suïcides door mannen.

Het bruto suïcidecijfer voor mannen was 22,6 en voor vrouwen 9,8 per 100.000 inwoners. In absolute cijfers komt dit neer op 984 of gemiddeld 2,7 suïcides per dag in Vlaanderen.

Het leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfer (zie Grafiek 1) stijgt met de leeftijd, maar bij mannen tekent dit fenomeen zich sterker af dan bij vrouwen. Het suïcidecijfer bij mannen bereikt een top rond de leeftijd van 45 à 60 jaar. Nadien daalt de ratio, maar

piekt opnieuw zeer sterk bij ouderen boven de 80 jaar. Bij vrouwen is het suïcidecijfer het hoogst tussen 40 en 80 jaar. Nadien neemt het suïcidecijfer geleidelijk af.

De relatieve suïciderfste (i.e. het aandeel suïcides op de totale sterfte uitgedrukt in %) geeft een heel ander beeld weer (zie Grafiek 1). Van alle overlijdens bij mannen tussen de 15 en 35 jaar is meer dan 25% toe te schrijven aan suïcide. Bij beide geslachten piekt de relatieve suïciderfste op vrij jonge leeftijd. In 2,4% van alle overlijdens bij mannen in 2007 was suïcide de doodsoorzaak. Bij vrouwen was dit 1,1%.

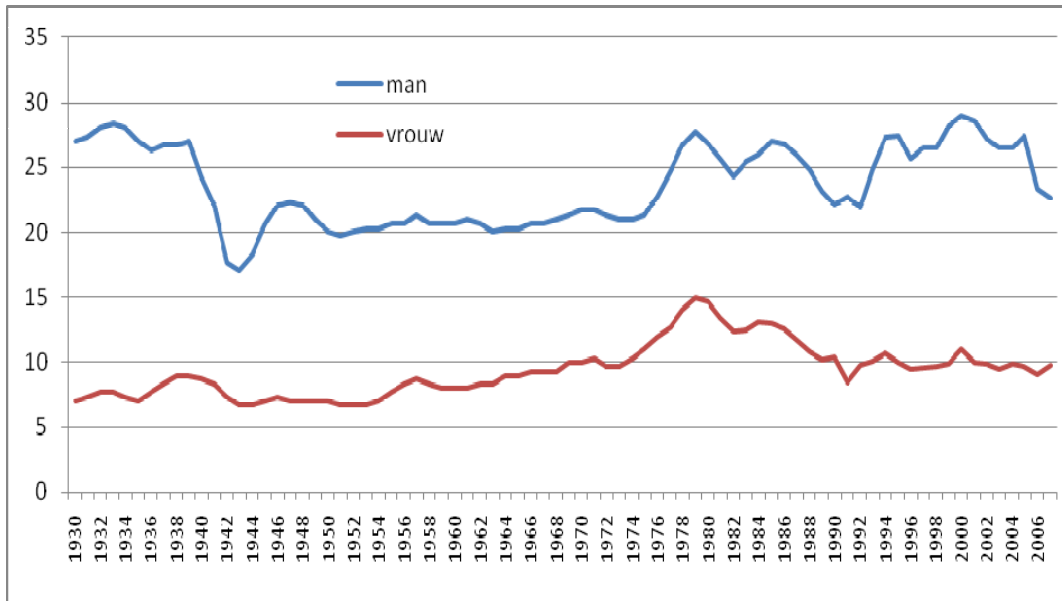


Grafiek 1. Suïcide incidentie en relatieve suïciderfste per leeftijdscategorie en geslacht (2007)

### 2.2.2 Evolutie van de Vlaamse suïcidecijfers

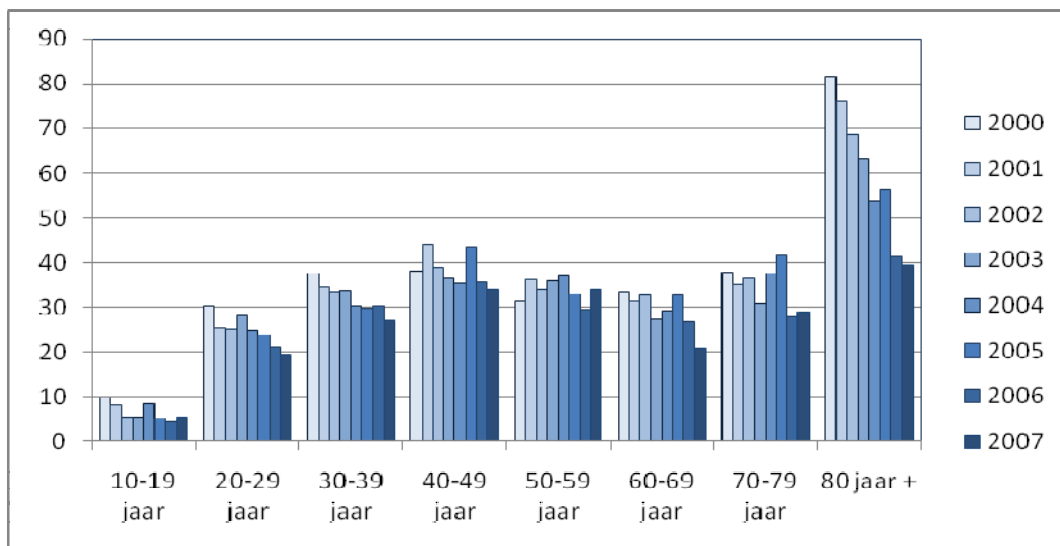
Gedurende de jaren '30 waren de suïcidecijfers bij mannen hoog en bevonden ze zich op het niveau van de periode 1995 tot 2005 (zie Grafiek 2). Tijdens de Tweede Wereldoorlog daalde het aantal suïcides, om nadien te pieken. Tijdens de jaren '50 tot midden jaren '70 stellen we een stagnatie vast. Nadien blijft het aantal suïcides gedurende 15 jaar hoog. Na een korte terugval steeg begin jaren negentig het suïcidecijfer opnieuw en in 2000 werd het hoogste suïcidecijfer sinds 1930 bereikt. Vanaf dan tekent zich globaal een dalende trend af met een laatste piek in 2005. In 2006 en 2007 zien we een opmerkelijke daling van het aantal suïcides.

De evolutie van de suïcidecijfers bij vrouwen vertoont een stabiel patroon. Er is een stijging tijdens de vooroorlogse jaren tot en met 1941. Het daaropvolgende decennium stagneert het aantal suïcides. Vanaf de jaren '50 merken we een gestage stijging met een hoogtepunt eind jaren '70. Vanaf dan nemen de suïcidecijfers terug af. In 2000 is de incidentie per 100.000 inwoners 11.1. Sindsdien heeft het suïcidecijfer de grens van 10/100.000 inw. niet meer overschreden.

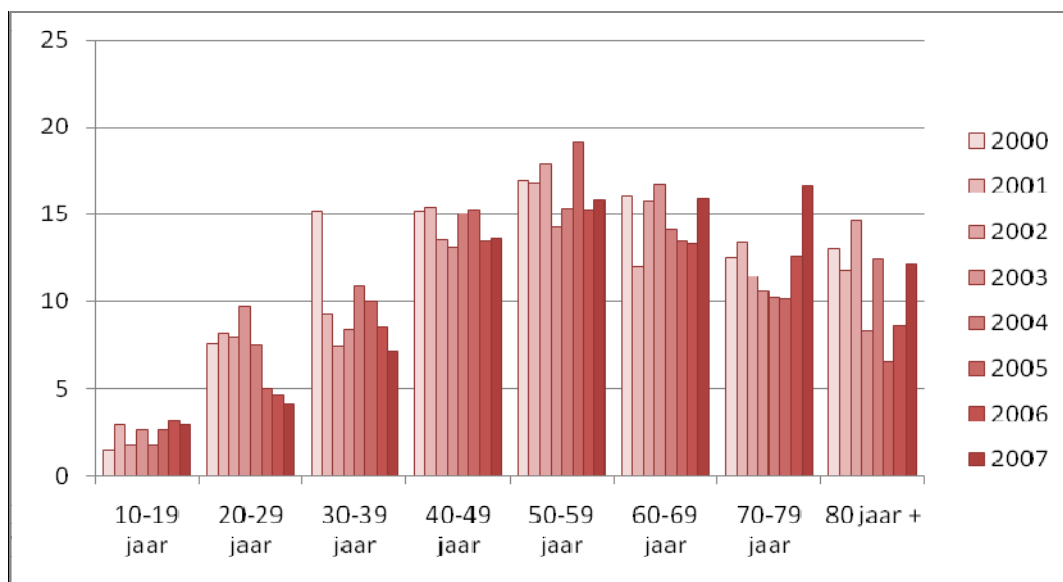


Grafiek 2. Evolutie van de leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR) per 100.000 inw. voor mannen en vrouwen, Vlaanderen, 1930-2007.

De evolutie van de suïcidecijfers verschilt niet enkel tussen mannen en vrouwen. Ook de evolutie van de suïcidecijfers tussen de verschillende leeftijdscategorieën verloopt anders. De dalende trend van de totale suïcidecijfers sinds 2000 is voor een groot deel toe te schrijven aan een sterke daling van het aantal suïcides bij mannen boven de 60 jaar (zie Grafiek 3). Het aantal suïcides bij 80-plussers is in 2007 gehalveerd in vergelijking met 2000. We stellen eveneens, zowel bij mannen als vrouwen (zie Grafiek 4), een opmerkelijke daling vast bij de 20 tot 40 jarigen.



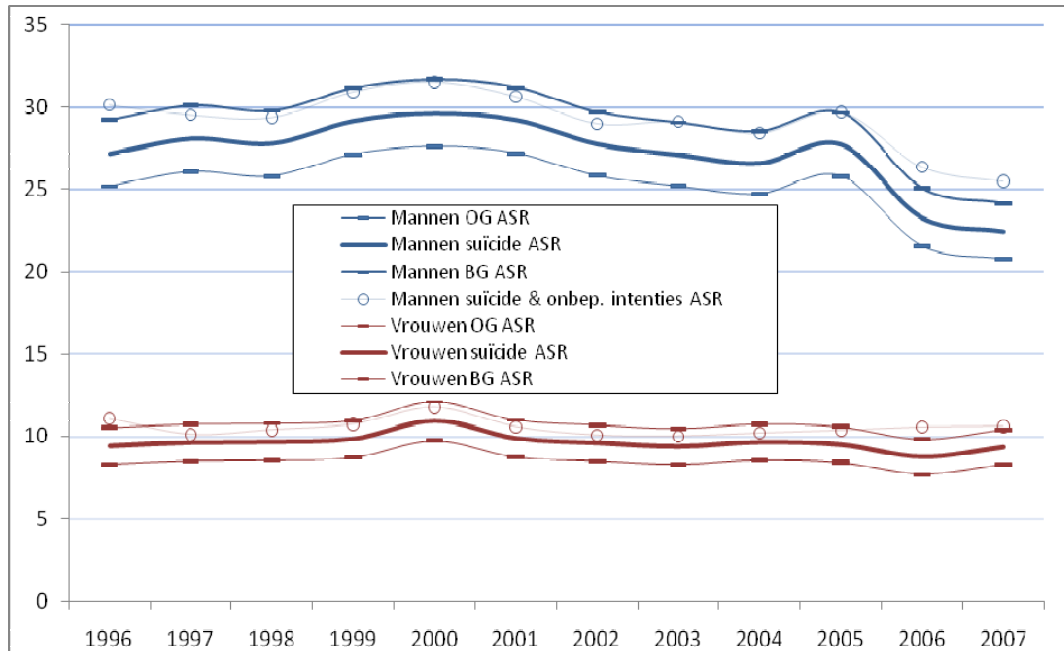
Grafiek 3. Evolutie van het suïcidecijfer per leeftijdscategorie bij mannen voor de periode 2000-2007.



Grafiek 4. Evolutie van het suïcidecijfer per leeftijdscategorie bij vrouwen voor de periode 2000-2007.

Het aantal gerapporteerde suïcides is hoogstwaarschijnlijk een onderschatting van het reële aantal suïcides (zie Hoofdstuk 2 'Betrouwbaarheid van nationale suïcidecijfers') (Ohberg & Lonnqvist, 1998; Belanger, Ung, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008; Graeff & Mehlkop, 2007; Neeleman, 2007). De meerderheid van de suïcides die niet als dusdanig geregistreerd staan, worden vermoedelijk het vaakst opgenomen in de categorie 'sterfte waarvan de intentie onbepaald is' (SOI) (Belanger et al., 2008). In

onderstaande grafiek zijn naast suïdecijfers eveneens de som van suïcide- en SOI-cijfers opgenomen. Tussen 1997 en 2005 bevond het totaal van de suïcide- en SOI-cijfers zich steeds binnen de betrouwbaarheidsintervallen van de suïdecijfers. Het aantal SOI's in deze periode bedroeg 5 à 6 % van het totaal van de suïcide- en SOI-cijfers samen. In 2006 en 2007 was het SOI-aandeel opnieuw veel hoger (respectievelijk 14,6 tot 12.1%).



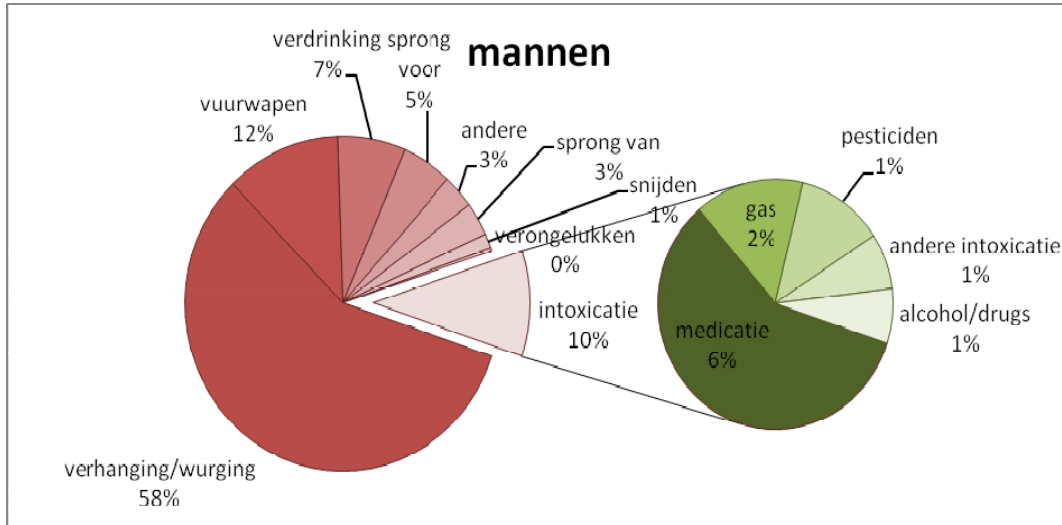
Grafiek 5. Evolutie van de leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (ASR) per 100.000 inw. voor mannen en vrouwen 95% betrouwbaarheidsintervallen, som van sterftes door suïcide en sterftes waarvan de intentie onbepaald is, Vlaanderen, 1990-2007.

### 2.2.3 Suïcidemethodes en plaats van overlijden

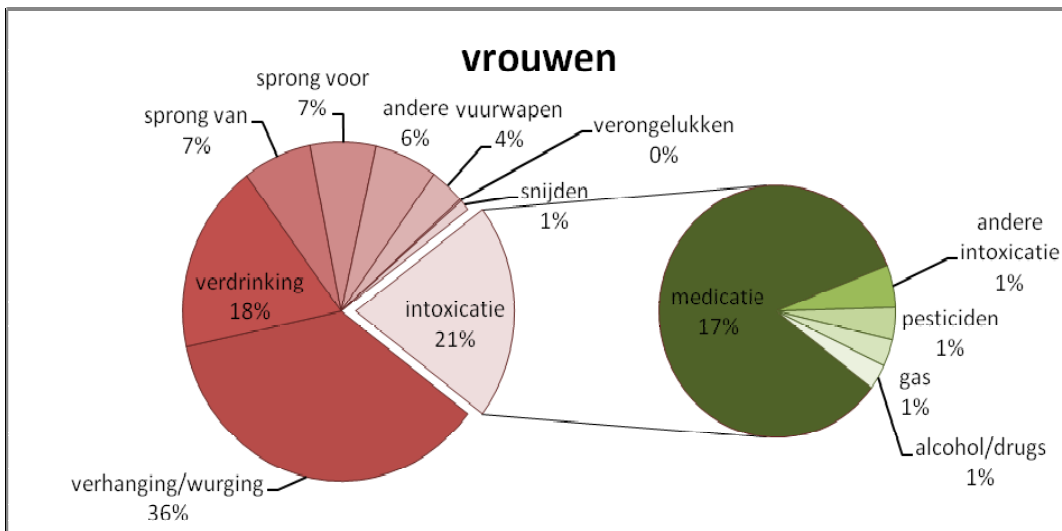
De meest gehanteerde suïcidemethodes bij mannen zijn verhangning, vuurwapens en intoxicatie (zie Grafiek 6). Vrouwen hanteren eveneens het vaakst verhangning, gevolgd door intoxicatie en verdrinking (zie Grafiek 7). Bij 'intoxicatie' wordt het vaakst gebruik gemaakt van medicatie. In 25 à 30% van de gevallen maakt men hierbij gebruik van psychotrope geneesmiddelen. Mannen hanteren vaker 'harde' methodes zoals 'verhangning' en 'vuurwapens'. Vrouwen maken meer gebruik van 'zachte' methodes zoals 'intoxicatie'.

Suïcide in het verkeer (meestal sprong voor een trein) komt vaker voor bij jongeren en jongvolwassenen, terwijl verdrinking vaker gehanteerd wordt op oudere leeftijd. Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat de meeste suïcides thuis plaatsvinden. Op de tweede plaats komt de openbare weg en op de derde plaats het ziekenhuis. In het laatste geval gaat het meestal over personen die elders een suïcidepoging ondernomen hebben, maar in het ziekenhuis overlijden. Plaats en gehanteerde

methode hangen sterk van elkaar af. Jongeren doen een suïcide vaker dicht bij spoorwegen en ouderen vaker in de omgeving van waterlopen en plassen.



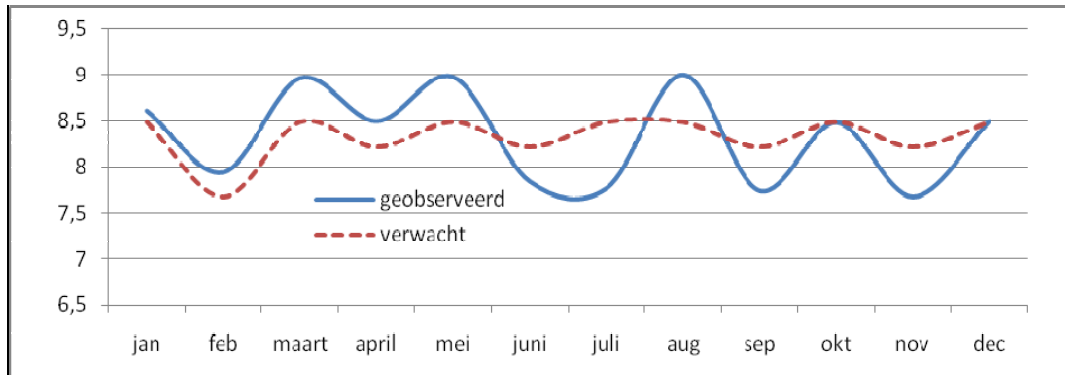
Grafiek 6. Opdeling van het aantal suïcides naar methode, mannen, 2000-2006



Grafiek 7. Opdeling van het aantal suïcides naar methode, vrouwen, 2000-2006

#### 2.2.4 Tijd van het jaar

In onderstaande grafiek zien we dat suïcides frequenter voorkomen in het voorjaar dan in het najaar. Maart, april en mei hebben hogere suïcidecijfers dan verwacht. De vaak gehoorde veronderstelling dat de donkere wintermaanden gepaard gaan met hogere suïcidecijfers wordt niet bevestigd. Opvallend is dat ook augustus relatief veel suïcides kent.

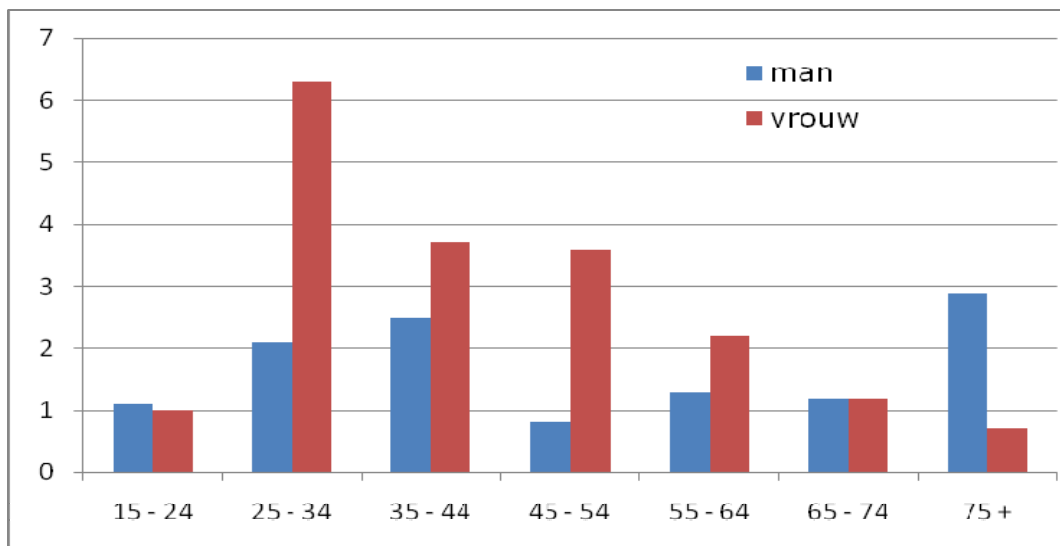


Grafiek 8. Geobserveerd en verwacht suicidecijfer, totaal voor de periode 1998-2004, Vlaanderen

### 2.2.5 Suïcidepoging en suïcidale ideatie

Uit de Gezondheidsenquête (**zie tabel**) blijkt dat 2,3% van de vrouwen en 1,7% van de mannen ooit een suïcidepoging ondernomen heeft (Bayingana et al., 2006).

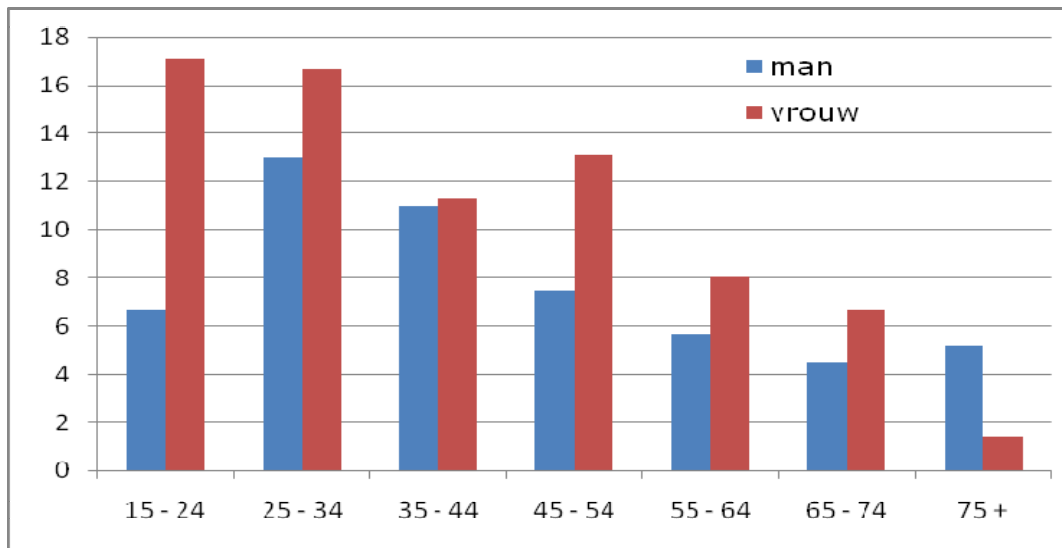
De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek schat het aantal 'person based' suïcidepogingen op 165 / 100.000 inwoners. Deze schatting is gebaseerd op het aantal spoedopnames na een suïcidepoging. Het gaat hier dus over een onderrapportering waarbij suïcidepogingen waarvoor geen medische hulp gezocht werd, niet geregistreerd werden. Uit hun onderzoek blijkt dat het aantal suïcidepogingen bij vrouwen hoger ligt dan bij mannen (1.56 op 1 voor de periode 1999-2005). (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, 2009).



Grafiek 9. Percentage van de Vlaamse mensen die zeggen ooit een suïcidepoging ondernomen te hebben, per geslacht en leeftijdscategorie, 2004. (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008)

De verhouding suïcidepoging / suïcide varieert echter zeer sterk tussen geslacht en leeftijd. Jongeren ondernemen meer pogingen dan ouderen. Gebaseerd op het onderzoek naar suïcidepogingen door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek en de suïcidecijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, kunnen we concluderen dat voor iedere suïcide van een jongere er naar schatting 50 suïcidepogingen zijn. Bij ouderen boven de 70 jaar is dit 1 op 2.

Ongeveer 9% van de Vlamingen zou ooit aan suïcide gedacht hebben. Jongeren en vrouwen denken vaker aan suïcide dan ouderen en mannen (zie Grafiek 10). De prevalentie van suïcidedachten neemt af met de leeftijd.



Grafiek 10. *Percentage van de Vlaamse mensen die zeggen ooit een suïcide overwogen te hebben, per geslacht en leeftijdscategorie, 2004. Bron: (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008)*

### 2.3 Discussie

In 2007 bedroeg de incidentie van suïcide in Vlaanderen 22,6 per 100.000 inwoners voor mannen en 9,8 voor vrouwen. In absolute aantallen, komen de meeste suïcides voor tussen 35 en 60 jaar voor mannen. De hoogste risicogroep, uitgedrukt per 100.000 inwoners, zijn echter mannen boven de 80 jaar. Het suïcidecijfer bij vrouwen is het hoogst tussen de 40 en 80 jaar.

Het aandeel suïcides op het totaal aantal sterftes is het hoogst tussen 15 en 45 jaar. Dit wordt grotendeels verklaard door het feit dat op jonge leeftijd het grootste aandeel sterftes veroorzaakt wordt door suïcides en (verkeers)ongevallen. Natuurlijke sterftes komen in Westerse landen op deze leeftijd relatief weinig voor. Vanaf 35 jaar neemt de relatieve suïciderisicosterfte af omdat andere doodsoorzaken (zoals kanker en hart- en vaatziekten) steeds frequenter voorkomen. Suïcide is de eerste doodsoorzaak bij mannen tussen de 25 en 50 jaar en bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar.



De hoogste suïcidecijfers sinds 1930 werden gemeten in 2000. Sindsdien vertonen de suïcidecijfers, met uitzondering van 2005, een dalende trend. De daling van de totale suïcidecijfers is grotendeels toe te schrijven aan een daling van het aantal suïcides bij oudere mannen.

Naast een feitelijke afname van het aantal suïcides, is de opmerkelijke daling van de suïcidecijfers in 2006 en 2007 deels te verklaren door een versnelde verwerkingsprocedure van de sterftestatistieken, waardoor extra controles niet steeds tijdig kunnen gebeuren (Kongs, 2008). Bovendien kunnen hierdoor de resultaten van bijkomende juridische onderzoeken niet steeds opgenomen worden in de officiële statistieken. Deze cases worden tijdelijk ondergebracht onder de officieuze SOI-categorie 'y39 - nog geen definitief antwoord van het parket'. De officiële maar voorlopige suïcidecijfers worden 18 maanden na het einde van jaar vrijgegeven. Nog een jaar later worden de definitieve cijfers vastgelegd waarbij de overlijdens onder categorie Y39 aan een officiële categorie worden toegewezen. In 2007 werden er tijdelijk 56 overlijdens in deze categorie opgenomen. Een groter aandeel binnen de SOI-categorie zou hiervan een gevolg kunnen zijn. Voor 2004, 2005, 2006 en 2007 bedroeg het absoluut aantal 'sterftes door onbepaalde intentie' respectievelijk 67, 74, 143 en 119.

Een andere verklaring voor de dalende suïcidecijfers is dat het suïcidepreventiebeleid van de Vlaamse Overheid haar vruchten begint af te werpen. Het is echter te vroeg om hierover gefundeerde uitspraken te doen.

Verhanging is de meest gehanteerde suïcidemethode bij beide geslachten. Mannen maken daarnaast vaak gebruik van een vuurwapen. Vrouwen kiezen vaker voor verdrinking en intoxicatie. De voorkeur voor hardere methodes is een gedeeltelijke verklaring voor de hogere suïcidecijfers bij mannen.

Heel wat pogingen blijven onopgemerkt voor de directe omgeving en de meerderheid wordt dus nooit geregistreerd. Het aantal suïcidepogingen wordt geschat op een tien- à vijftienvoud van het aantal suïcides. Suïcidale ideatie en suïcidepogingen maken deel uit van het suïcidaal proces. Toch merken we op dat het profiel van deze groep anders is dan dat van de personen die aan suïcide overlijden. Vooral jongeren en vrouwen overwegen suïcide of ondernemen een poging.

### **3 Vlaamse suïcidecijfers binnen een regionale, nationale en Europese context**

#### **3.1 Methode en bronnen**

De bronnen voor de data zijn voor:

- Vlaanderen: Agentschap voor Zorg en Gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>)

Voor regionale vergelijkingen binnen Vlaanderen maken we gebruik van geaggregeerde data voor de periode 1998 – 2006. De reden hiervoor is dat de

absolute cijfers op het niveau van zorgregio's en gemeenten te klein zijn om met elkaar te kunnen vergelijken. We vergelijken de zorgregio's en gemeenten, gebruikmakend van de indirect gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (SMR). SMR geeft de verhouding weer tussen het aantal geobserveerde sterftes (door suïcide) en het theoretisch verwachte aantal sterftes door suïcide, indien de regio dezelfde leeftijdspecifieke sterftcijfers zou hebben als de referentie regio (Vlaamse Gewest).

- Brussels Hoofdstedelijk Gewest: Brussels Observatorium (Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2008)
- Wallonië: (Belgische Senaat, 2008; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008)
- Frankrijk: Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès (<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>)
- Duitsland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de/>)
- Nederland: Centraal Bureau voor Statistiek (<http://www.cbs.nl>)

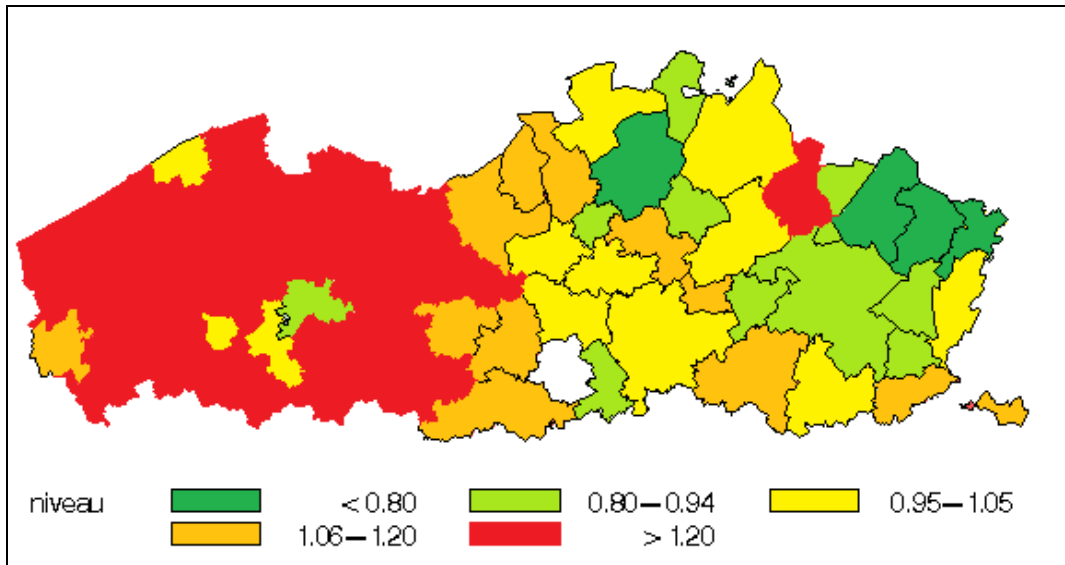
Data met betrekking tot suïcidemethodes voor Frankrijk en Duitsland zijn afkomstig van de European detailed Mortality database WHO/Europe (<http://data.euro.who.int/dmdb/>).

Voor vergelijkingen tussen landen en jaren werden de cijfers gestandaardiseerd gebruik makend van de Europese Standaard bevolking (zie 2.1).

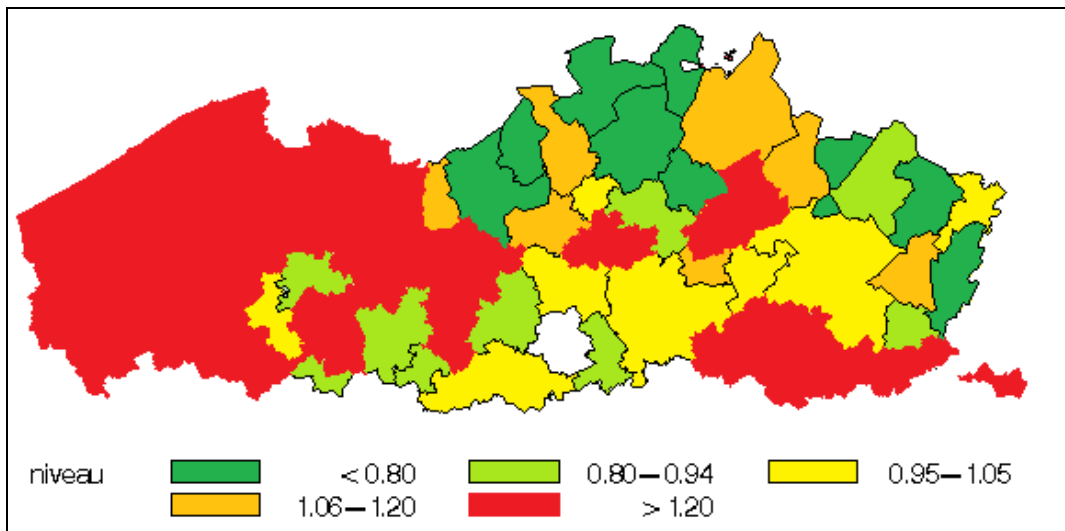
## **3.2 Resultaten**

### **3.2.1 Regionale verschillen binnen Vlaanderen**

We merken dat West- en Oost-Vlaanderen de hoogste suïdecijfers hebben (zie Figuur 2 en 3). Binnen deze provincies heeft enkel Deinze een suïdecijfer dat voor beide geslachten lager is dan het Vlaamse gemiddelde. Gent, Kortrijk en Brugge hebben een significant hoger suïdecijfer voor beide geslachten. Bovendien scoren de zorgregio's Eeklo, Zottegem, Dendermonde, Menen, Tielt, Roeselare en Veurne significant hoger dan de rest van Vlaanderen, maar enkel bij mannen. Zorgregio's buiten West- en Oost-Vlaanderen die slecht scoren zijn Mechelen, Geel, Aarschot, Tienen en het zuiden van Limburg, maar voornamelijk bij vrouwen. Regio's met lage suïdecijfers, en dit voor beide geslachten, zijn Schilde (significant voor mannen) en Bree.

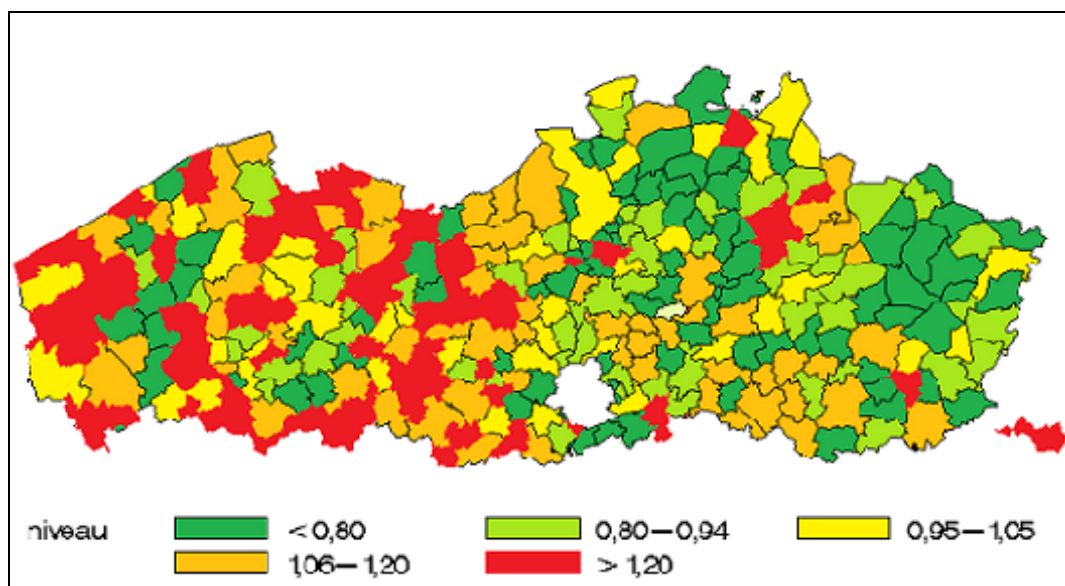


Figuur 2. Spreiding SMR, mannen, opdeling in 60 zorgregio's, 1998-2006

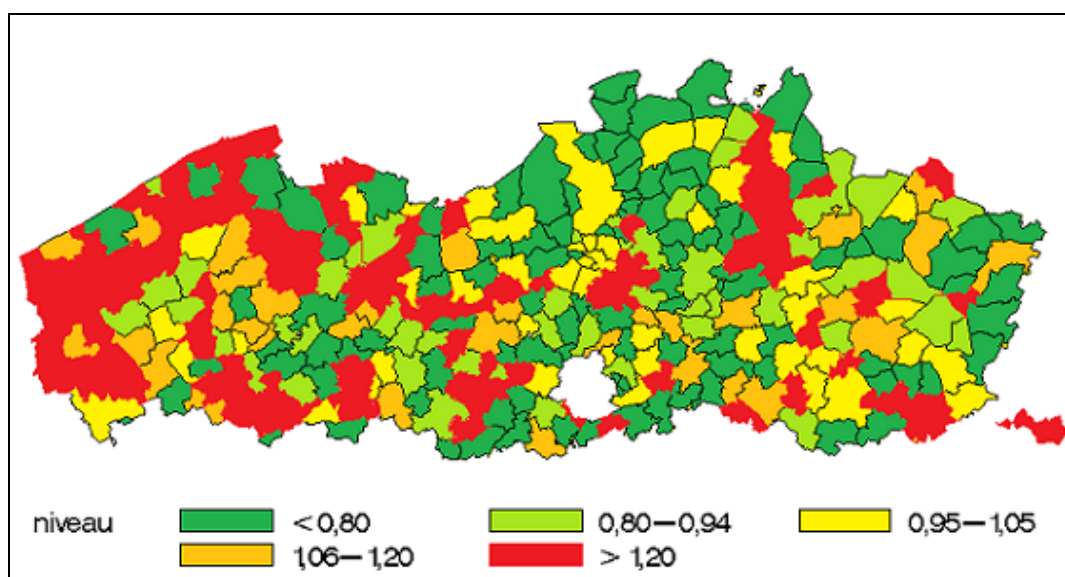


Figuur 3. Spreiding SMR, vrouwen, opdeling in 60 zorgregio's, 1998-2006

Op gemeenteniveau (zie Figuur 4 en 5) is het minder evident om een duidelijk patroon te vinden. Enkel Gent heeft een significant hoger suïcidecijfer bij mannen. Hoewel we de cijfers met de nodige voorzichtigheid moet interpreteren worden omwille van de relatief kleine aantallen, zien we dat gemeenten met hogere suïcidecijfers voornamelijk in het westen van Vlaanderen gelegen zijn.



*Figuur 4. Spreiding SMR, mannen, opdeling in gemeenten, 1998-2006*



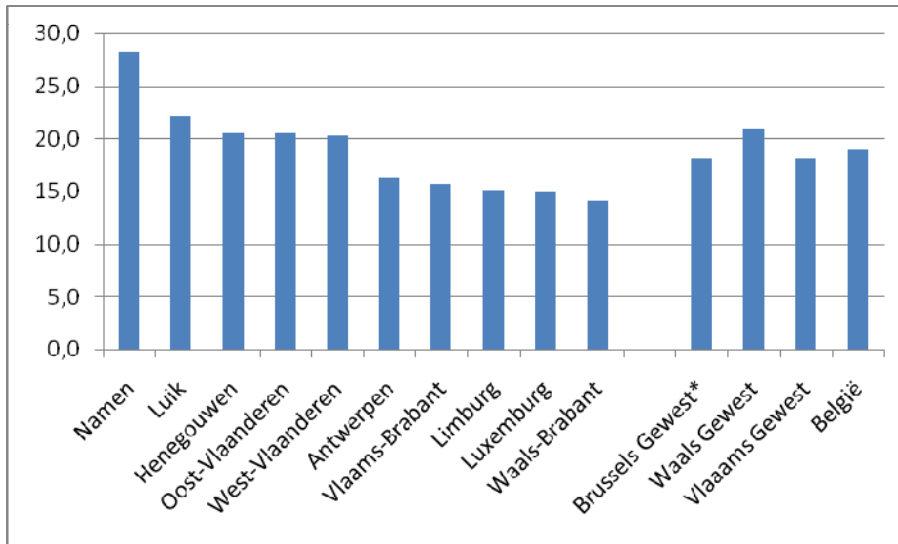
*Figuur 5. Spreiding SMR, vrouwen, opdeling in gemeenten, 1998-2006*

### 3.2.2 Vlaamse suïcidecijfers binnen een Belgische context

Alvorens dieper in te gaan op de Vlaamse suïcidecijfers binnen een Europese context, is het zinvol om eerst kort de Belgische situatie te schetsen.

Er zijn weinig gedetailleerde suïcidecijfers bekend voor België in zijn geheel. Sinds 1997 werden voor Wallonië geen jaarcijfers voor sterfte door suïcide gepubliceerd. In 2008 werden de absolute suïcidecijfers voor 2004 bekendgemaakt. Deze cijfers hebben betrekking op de gehele populatie (geen opdeling naar geslacht of leeftijd) maar ze werden wel opgedeeld per provincie. Voor de vergelijking van deze cijfers

beperken we ons noodgedwongen tot het jaar 2004. Dit wil zeggen dat de interpretatie van de data met de nodige omzichtigheid dient te gebeuren omdat het hier om slechts één enkel jaar gaat.



Grafiek 11. Bruto suïdecijfers per 100.000 inw. Per provincie en Gewest (2004)

\*cijfers voor het Brussels Gewest hebben betrekking op 2003 en 2004 samen.

Bron: Vlaams Gewest: Agentschap Zorg & Gezondheid

Waals Gewest: (Belgische Senaat, 2008)

Brussels Hoofdstedelijk Gewest: (Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2008)

België staat in West-Europa, na Finland, op de tweede plaats wat het aantal suïcides betreft. Hoewel België een klein land is, merken we toch noemenswaardige verschillen op tussen de gewesten en de provincies. In Grafiek 11 zien we dat het Waals Gewest zowel de provincie met het hoogste (Namen) als die met het laagste (Waals-Brabant) suïdecijfer omvat. Op gewestelijk niveau merken we dat Wallonië een hoger suïdecijfer heeft dan Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit cijfer bevestigt de trend die eveneens waarneembaar was gedurende de jaren '90.

Er is geen verschil tussen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaanderen in 2004. Gedurende de jaren '90 waren de suïdecijfers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hoger dan in Vlaanderen. Vanaf 1999 kantelde deze situatie en kende Vlaanderen in totaal iets meer suïcides<sup>1,2</sup>. Bij vrouwen waren de suïdecijfers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest echter steeds hoger. In 2006 kende het Brussels Hoofdstedelijk Gewest opnieuw een hoger suïdecijfer (BHG: 17,5/100.000; Vlaanderen: 16,1). Dit

1 In de periode '98 - '02 daalden de suïdecijfers van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 30,4 naar 23,5/100.000inw. De daling was voornamelijk bij mannen boven de 65 jaar (gezondheidsindicatoren, 2004).

2 Men kan verwachten dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gekenmerkt door een hoge urbanisatiegraad, een hoger suïdecijfer zou hebben i.v.m. Vlaanderen. Een mogelijke verklaring is het grote aandeel niet-Belgen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (26,8% heeft geen Belgische nationaliteit en 46,3% is niet in België geboren). Het suïdecijfer ligt bij Belgische mannen 2,5 en bij vrouwen 3,3 keer hoger dan bij niet-Belgen.

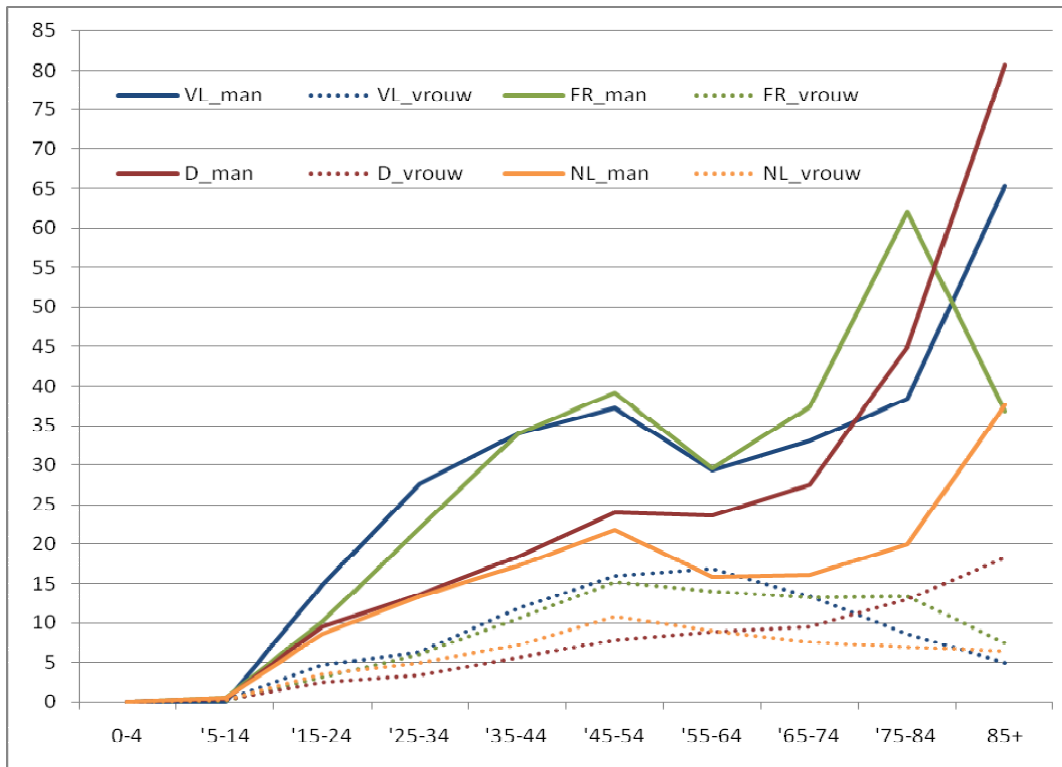
kunnen we voornamelijk toeschrijven aan de hogere suïcidecijfers bij (autochtone) vrouwen in het Brussels Gewest en een zeer sterke daling van het aantal suïcides bij (oudere) mannen (-14.9%) in Vlaanderen.

### 3.2.3 Vlaamse suïcidecijfers binnen een Europese context

#### *Leeftijd en geslacht*

In Grafiek 12 zien we dat de leeftijdsverdeling voor de verschillende landen gelijkaardig verloopt. De suïcidecijfers bij mannen nemen toe tot de leeftijd van ongeveer 50 jaar. Nadien neemt het aantal suïcides af of treedt er een stagnatie op. Vanaf 65 jaar neemt het aantal suïcides sterk toe. Enkel Frankrijk kent een sterke terugval bij plus-85-jarigen.

Bij vrouwen zien we eveneens een duidelijk patroon. De suïcidecijfers zijn uiteraard lager dan die van de mannen en bovendien zijn de verschillen tussen de leeftijden minder uitgesproken. De suïcidecijfers nemen gestaag toe tot een leeftijd van ongeveer 50 jaar. Vanaf dan tekent zich een omgekeerde tendens af. Enkel Duitsland kent een afwijkend patroon doordat het suïcidecijfer blijft toenemen met de leeftijd.



Grafiek 12. Suïcidecijfers per 100.000 inw. voor de 4 regio's, per geslacht en leeftijd, 2005 - 2006

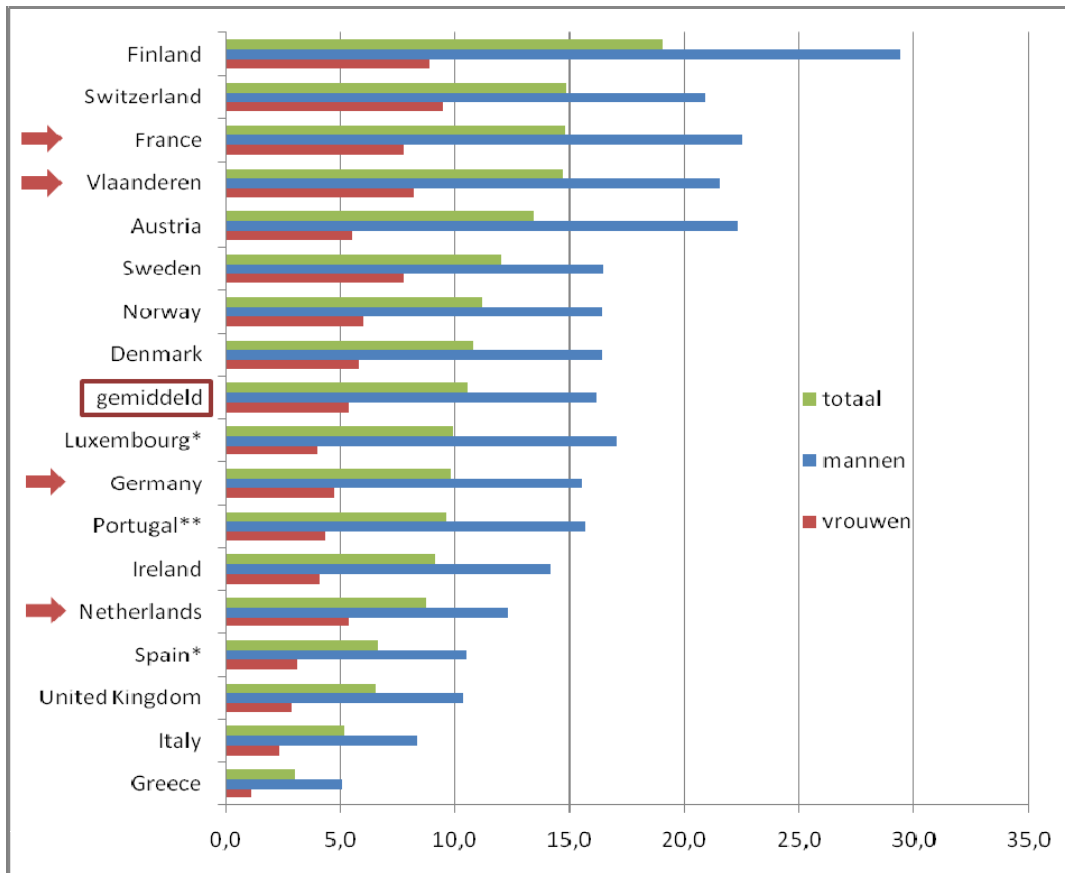
Naast de duidelijk terugkerende patronen stellen we toch enkele belangrijke verschillen vast. Over de periode 2005-2006 heeft Duitsland in vergelijking met de overige drie regio's een significant hoger suïcidecijfer bij ouderen boven de 85 jaar.

Binnen de leeftijdscategorie 75-84 jaar heeft Frankrijk het hoogste suïcidecijfer. Voor de leeftijdscategorieën 34-65 jaar vallen Vlaanderen en Frankrijk op door hun hogere suïcidecijfers in vergelijking met Nederland en Duitsland.

Voor Vlaanderen is de belangrijkste waarneming dat de suïcidecijfers bij jongeren en jongvolwassen mannen het hoogst zijn.

*Incidentie en evolutie*

Vlaanderen kent in vergelijking met andere (Europese) landen zeer hoge suïcidecijfers. Binnen West-Europa neemt Vlaanderen samen met Frankrijk en Zwitserland de tweede plaats in (zie Grafiek 13).



Grafiek 13. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers per 100.000 inwoners, per geslacht in Europa, 2006. (\* = 2005; \*\* = 2004).

Bron: European mortality database WHO/Europe (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>)

Voor een diepgaandere vergelijkende analyse van de suïcidecijfers van Vlaanderen binnen een Europese context, concentreren we ons op de suïcidecijfers van Nederland,

Frankrijk en Duitsland<sup>3</sup>. Nederland heeft een suïcidecijfer dat, vooral bij mannen, opvallend onder het Europese gemiddelde ligt. Duitsland ligt dicht bij het Europese gemiddelde. Frankrijk heeft een hoog suïcidecijfer, vergelijkbaar met dat van Vlaanderen. In onderstaande tabel staan de leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR(E))<sup>4</sup> uitgedrukt per 100.000 inwoners voor 2006.

	<b>mannen</b>	<b>vrouwen</b>	<b>totaal</b>
<b>Vlaanderen</b>	21,5	8,2	14,7
<b>Frankrijk</b>	22,5	7,8	14,8
<b>Duitsland</b>	15,5	4,7	9,8
<b>Nederland</b>	12,3	5,4	8,7

Tabel 2. Direct gestandaardiseerde suïcidecijfers (100.000 inwoners), 2006.

De evolutie van de suïcidecijfers in de periode 2000-2006 is eerder positief te noemen. Met uitzondering van Nederland is er bij mannen een duidelijk dalende trend te zien (zie Grafiek 14). Bij vrouwen (Grafiek 15) zien we een gelijkaardige tendens maar enkel voor Vlaanderen en Duitsland. Opmerkelijk is de sterke daling in Vlaanderen in 2006 en 2007.

3 Bronnen voor de data:

Vlaanderen: Agentschap voor Zorg en Gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>)

Frankrijk: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

(<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>)

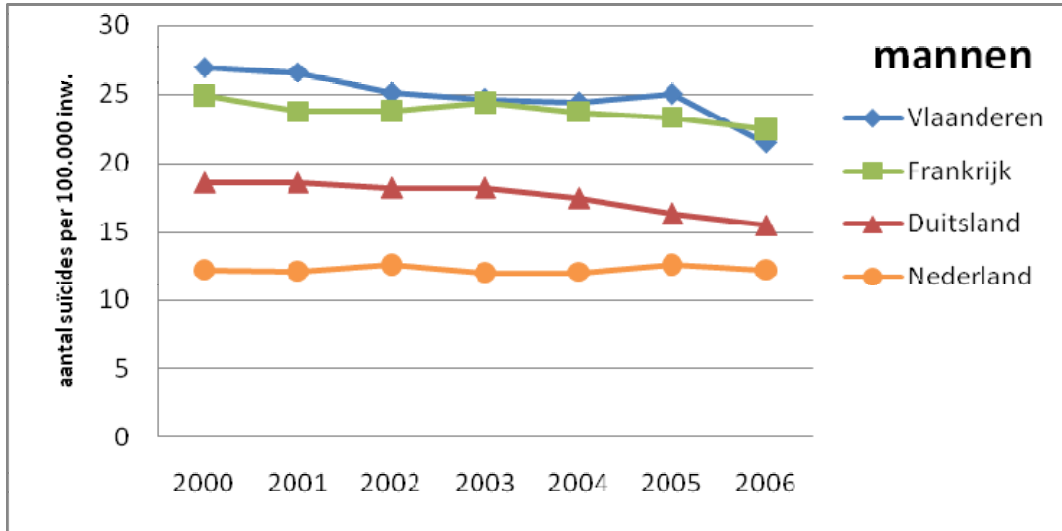
Duitsland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de/>)

Nederland: Centraal Bureau voor Statistiek (<http://www.cbs.nl>)

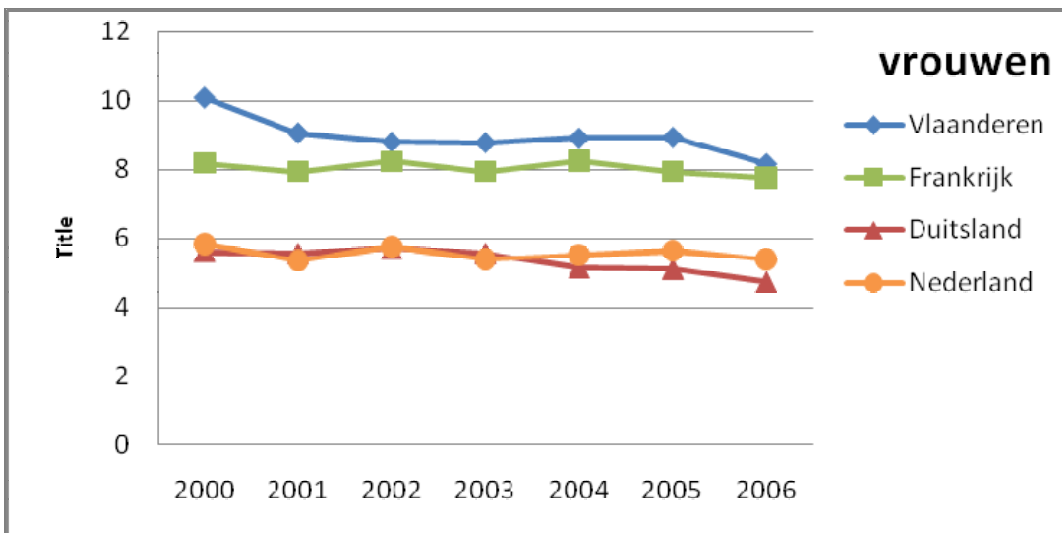
Aanvullingen: European Mortality database WHO/Europe (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>)

4 (ASR(E) betekent 'Age Standardized mortality Ratio (Europe). Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruikt gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking. Waterhouse JAH, Muir CS, Correa P, Powell J, eds. Cancer incidence in five continents. Lyon: IARC, 1976; 3: 456. Zie [http://www.euphix.org/object\\_document/o5338n27620.html](http://www.euphix.org/object_document/o5338n27620.html) voor de leeftijdsverdeling.

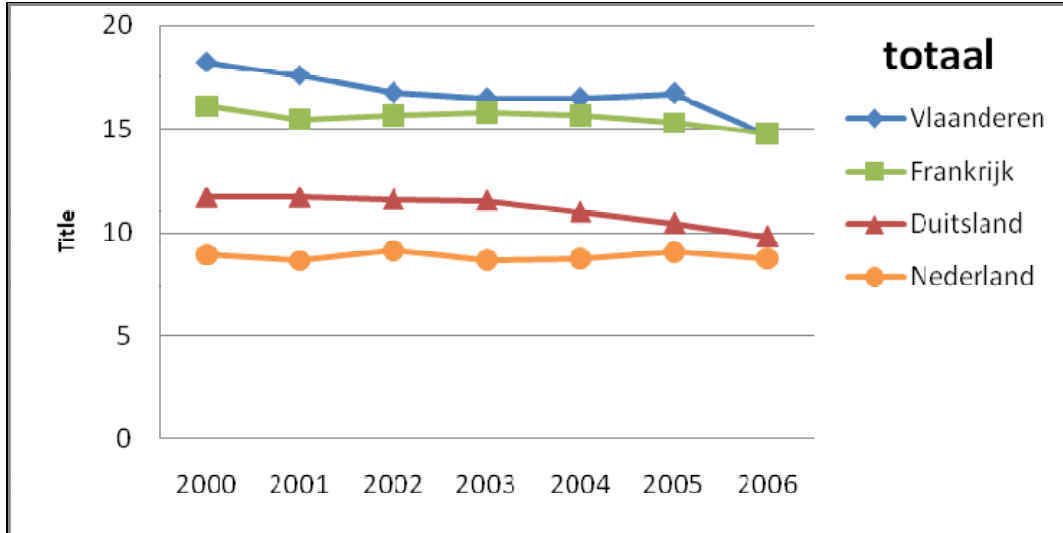




Grafiek 14. Evolutie van de suicidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor mannen.



Grafiek 15. Evolutie van de suicidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor vrouwen.

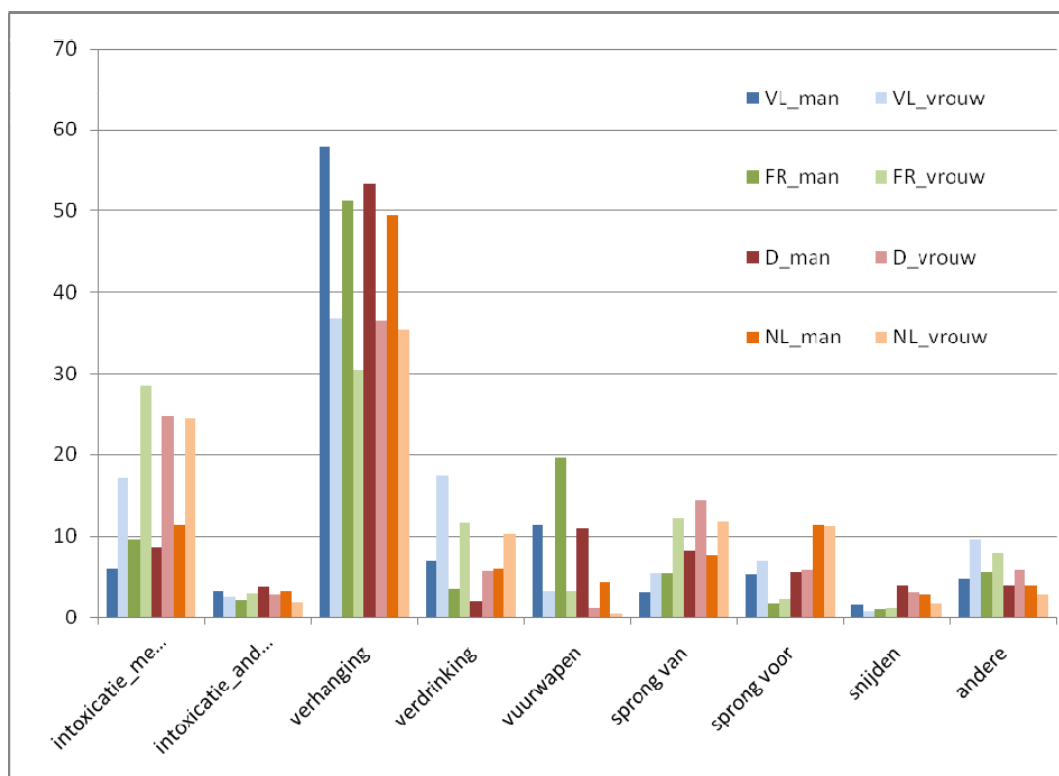


Grafiek 16. Evolutie van de suïdecijfers in Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2006, voor de totale suïdecijfers.

#### Suïcidemethodes

'Verhanging' is de meest voorkomende suïcidemethode (zie Grafiek 17). Vlaanderen valt op door een hoog aandeel verhangingen en verdrinkingen. Frankrijk heeft een groot aandeel vuurwapengebruik. Duitsland heeft een hoger aandeel 'sprong van een hoogte'. Gezien de geografische karakteristieken en de enorme beschikbaarheid van waterwegen en -plassen, heeft Nederland eerder een laag aandeel verdrinkingen. Nederland heeft wel een hoog aandeel spoorwesuïcides<sup>5</sup>. De geslachtsverhoudingen voor alle suïcidemethodes zijn voor de vier landen vergelijkbaar. Harde methodes zoals verhanging en vuurwapens worden vaker door mannen gehanteerd. Vrouwen kiezen dan weer vaker 'intoxicatie', 'verdrinking' en 'sprong van'.

<sup>5</sup> Aandeel 'sprong voor' (x81) in Nederland is 11,4% tegenover 5,9% in Vlaanderen en 5,5% in Duitsland.



Grafiek 17. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06

#### Sterftes waarvan de intentie onbepaald is

De proportie 'sterftes waarvan de intentie onbepaald is' ('SOI) is een belangrijke categorie (y-10-y34) binnen de 'ICD-10'-classificatie. Een aanzienlijk aandeel van de suïcides die niet als dusdanig gerapporteerd worden komen in deze categorie terecht. Het onderbrengen van sterftes in deze categorie verschilt sterk van land tot land (zie Tabel 3) Nederland maakt het minst gebruik van deze categorie, terwijl Duitsland veruit de hoogste SOI-cijfers heeft.

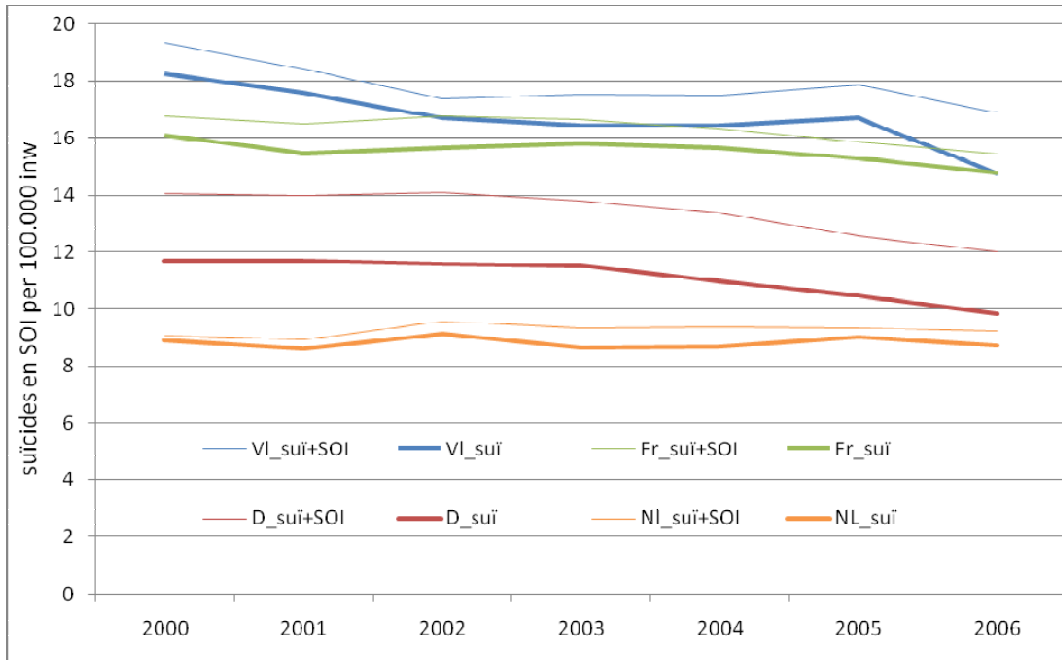
	mannen	vrouwen	totaal
<b>Vlaanderen</b>	1.62	0.69	1.15
<b>Frankrijk</b>	1.29	0.35	0.81
<b>Duitsland</b>	3.24	1.42	2.32
<b>Nederland</b>	0.57	0.32	0.44

Tabel 3. Gemiddelde direct gestandaardiseerde (ASR(E)) SOI-cijfers per 100.000 inwoners voor de periode 2000-2006 per geslacht en regio.

In bovenstaande grafiek worden de direct gestandaardiseerde suïcidecijfers en de som van de suïcidecijfers en SOI-cijfers per 100.000 inwoners weergegeven. Hieruit

kunnen we duidelijk afleiden dat Nederland een 'traditie' heeft om de SOI-categorie weinig te gebruiken en sterftes zo vaak mogelijk te 'classificeren'. Duitsland maakt vaker gebruik van de SOI-categorie. Opvallend is dat Vlaanderen sinds 2006 bijna dubbel zoveel sterftes onder SOI classificeerde dan in de voorafgaande jaren.

In hoofdstuk 2 'betrouwbaarheid van nationale suïcidecijfers' gaan we dieper in op SOI en bespreken we wat de relevantie is van deze categorie voor de interpretatie van de suïcidecijfers.



Grafiek 18. Evolutie suïcidecijfers en som van suïcide- en SOI-cijfers uitgedrukt per 100.000 inw. over de per 2000-2006 voor mannen en vrouwen.

### 3.3 Discussie

Het Westen van Vlaanderen heeft hogere suïcidecijfers dan het centrum en het Oosten. Er zijn geen sluitende verklaringen voor dit fenomeen.

Wallonië heeft opmerkelijk hogere suïcidecijfers dan Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Gedurende de jaren '90 waren de suïcidecijfers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hoger dan in Vlaanderen. Vanaf 1999 kantelde deze situatie en kende Vlaanderen in totaal iets meer suicides<sup>6,7</sup>. Bij vrouwen waren de suïcidecijfers

<sup>6</sup> In de periode 1998 – 2002 daalde de suïcidecijfers van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 30,4 naar 23,5/100.000 inw. De daling was voornamelijk bij mannen boven de 65 jaar (gezondheidsindicatoren, 2004).

<sup>7</sup> Men zou kunnen verwachten dat het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, gekenmerkt door een hoge urbanisatiegraad, een hoger suïcidecijfer zou hebben i.v.m. Vlaanderen. Een mogelijke verklaring is het grote aandeel niet-Belgen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (26,8% heeft geen Belgische nationaliteit en 46,3% is niet in België geboren). Het suïcidecijfer ligt bij Belgische mannen 2,5 en bij vrouwen 3,3 keer hoger dan bij niet – Belgen.

in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest echter steeds hoger. In 2006 kende het Brussels Hoofdstedelijk Gewest opnieuw een hoger suïcidecijfer (BHG: 17,5/100.000; Vlaanderen: 16,1). Dit kunnen we voornamelijk toeschrijven aan de hogere suïcidecijfers bij (autochtone) vrouwen in het Brussels Gewest en een zeer sterke daling van het aantal suïcides bij (oudere) mannen (-14.9%) in Vlaanderen.

Binnen een West-Europese context zijn de suïcidecijfers in Vlaanderen samen met Frankrijk en Zwitserland<sup>8</sup> het tweede hoogst na Finland. Duitsland zit rond het gemiddelde en Nederland heeft opmerkelijk lagere suïcidecijfers. In de volgende hoofdstukken trachten we een verklaring te geven voor de verschillen tussen Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland.

De geslachts- en leeftijdsverdeling lopen in Vlaanderen en de 3 buurlanden in grote lijnen gelijk. Vlaanderen heeft opvallend hogere suïcidecijfers bij jongeren.

De dalende tendens van de suïcidecijfers in Vlaanderen vinden we eveneens terug in Frankrijk en Duitsland.

In alle landen zijn, voor alle suïcides samen, verhangings- en intoxicatie de meest gehanteerde suïcidemethodes. De nationale verschillen worden meer in detail besproken in hoofdstuk 2 en 3.

Het gebruik van de SOI-categorie is het hoogst in Duitsland en het laagst in Nederland. De implicaties hiervan voor de suïcidecijfers wordt besproken in hoofdstuk 2.

#### **4 Besluit**

In 2007 bedroeg het suïcidecijfer in het Vlaams Gewest 16.1/100.000 inw. In 2006 en 2007 stellen we een sterke daling van de suïcidecijfers vast, voornamelijk bij oudere mannen. Mannen boven de 80 jaar vormen verhoudingsgewijs de belangrijkste risicogroep. Suïcide is echter de eerste doodsoorzaak bij mannen tussen de 25 en 50 jaar en bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar.

Voor beide geslachten geldt verhangings- als de meest gebruikte suïcidemethode. Het grootste aandeel suïcides vindt thuis plaats.

Het aantal suïcidepogingen wordt geschat op een tien- à vijftienvoud van het aantal suïcides. Vrouwen en jongeren ondernemen meer suïcidepogingen en denken vaker aan suïcide.

Oost- en West-Vlaanderen hebben in Vlaanderen de hoogste suïcidecijfers.

Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben vergelijkbare suïcidecijfers. Wallonië heeft het hoogste suïcidecijfer.

Vlaanderen had in 2006 een gestandaardiseerd suïcidecijfer (14,7/ 100.000 inw.) dat bij benadering even hoog was als dat van Frankrijk (14,8) en Zwitserland. Enkel

---

<sup>8</sup> In Zwitserland wordt euthanasie eveneens onder suïcide geïnclassificeerd.

Finland heeft binnen West-Europa een hoger suïcidecijfer. Duitsland (9,8) zit net onder het Europese gemiddelde. Nederland (8,7) heeft voor een Centraal-Europees land opmerkelijk lage suïcidecijfers.

De leeftijds- en geslachtsverdeling van de suïcidecijfers in Vlaanderen verlopen in grote lijnen gelijkaardig aan die van Frankrijk, Duitsland en Nederland. Vlaanderen onderscheidt zich echter van de overige landen door hogere suïcidecijfers bij 14 tot 35 jarige mannen.

De tendens van de laatste 8 jaar wijst op een afname van het aantal suïcides in Vlaanderen. Deze dalende trend is tevens merkbaar in Frankrijk en Duitsland. De suïcidecijfers in Nederland zijn vrij constant.

Duitsland maakt systematisch het meest en Nederland het minst gebruik van de SOI-categorie. De categorie 'late gevolgen van een suïcidepoging' is in alle landen verwaarloosbaar klein.

## 5 Referenties

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P. J., Tafforeau, J. et al. (2006). *Gezondheidsenquête door interview België 2004* Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Belanger, F., Ung, A. B., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008). *Suicide-related deaths in an enlarged European Union* Institut de Veille Sanitaire - Saint-Maurice.

Belgische Senaat. (2008). Schriftelijke vraag 4-562 van Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Belgische Senaat. 3-4-2008.

Ref Type: Hearing

Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2008). *Mortaliteitsstatistieken in het Brussels Gewest 2003 - 2004* Brussels: Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. (2009). Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent).

Ref Type: Generic

Graeff, P. & Mehlkop, G. (2007). When anomie becomes a reason for suicide: a new macro-sociological approach in the durkheimian theory. *European Sociological Review*, 0, 1-15.

Kongs, A. (4-12-2008). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Ref Type: Personal Communication

Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.), *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.

Ohberg, A. & Lonnqvist, J. (1998). Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 98, 214-218.

Vlaamse Overheid. (2009). Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. Ref Type: Personal Communication

Waterhouse, J. A. H., Muir, C. S., Corea, P., & Powel, J. (1976). *Cancer incidence in five continents*. (vols. 3) Lyon: IARC.

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2008). Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis. <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/hisia/index.htm> [On-line].





## HOOFDSTUK 2

### Betrouwbaarheid van de nationale suïdecijfers

*Zowel onderzoekers als beleids mensen zijn geïnteresseerd in de verklaring van verschillen tussen nationale suïdecijfers. Daarvoor zijn we afhankelijk van de officiële sterftestatistieken. Omdat de opmaak van deze sterftestatistieken volgens complexe procedures verloopt, kan de vraag niet uitblijven of suïdecijfers een correcte weergave zijn van het effectief aantal suïcides. Met andere woorden, zijn nationale suïdecijfers betrouwbaar en onderling vergelijkbaar?*

*Om op deze onderzoeksvragen een antwoord te bieden, voeren we eerst een literatuurstudie uit. We gaan hierin na welke factoren bijdragen tot mogelijke vertekeningen van de suïdecijfers. De conclusies uit de literatuurstudie passen we vervolgens toe op Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland. Aan de hand van concrete data trachten we een antwoord te bieden op drie bijkomende onderzoeksvragen. Zijn er verschillen tussen de registratie- en coderingsprocedures die kunnen resulteren in vertekende suïdecijfers? Vervolgens gaan we na in welke mate het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën verschilt tussen de landen onderling en hoe dit eventueel een effect heeft op de suïdecijfers. Onder concurrerende doodsoorzaken verstaan we doodsoorzaken waarvan verondersteld wordt dat ze de meeste, vals negatieve suïcides bevatten. Ten slotte, testen we de hypothese die stelt dat er een relatie is tussen de onderschatting van suïdecijfers en de verdeling van gebruikte suïcidemethodes.*

*We besluiten met een samenvatting van de resultaten en wat dit betekent voor de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de suïdecijfers.*

#### **1 Inleiding**

##### **Factoren die bijdragen tot betrouwbaarheid van suïdecijfers: een literatuurstudie**

Een belangrijk element bij de interpretatie en verklaring van nationale suïdecijfers is de betrouwbaarheid van de suïdecijfers. De betrouwbaarheid van suïdecijfers wordt bepaald vanaf het moment dat iemand overlijdt, de doodsoorzaak door de bevoegde personen en instanties wordt bepaald en later bij de codering van de sterftecertificaten. Het is evident dat deze en alle tussenliggende fases een invloed hebben op de betrouwbaarheid van de sterftestatistieken.

**Onderzoeksvraag: Zijn officiële suïdecijfers betrouwbaar? Kunnen vertekeningen en onbetrouwbaarheid van officiële suïdecijfers nationale verschillen (deels) verklaren?**

De moeilijkheid bij het identificeren van een suïcide zit net in de eigenheid van een suïcide. In tegenstelling tot de meeste andere doodsoorzaken moet bij een suïcide niet enkel de oorzaak bepaald worden. Ook moet bepaald worden of de verwonding zelf toegebracht is en of dit met opzet gebeurde. Dus naast het vaststellen van de externe oorzaak, moet men een antwoord bieden op de vraag wie de verwondingen toegebracht heeft en wat de intentie was om dit te doen.

Officiële suïdecijfers zijn gewoonlijk een onderrapportering van de realiteit (Graeff & Mehlkop, 2007; Neeleman, 2007)<sup>9</sup>. De vraag blijft echter of deze onderschatting voor alle regio's, voor alle leeftijden en voor beide geslachten even sterk is. Of anders uitgedrukt, kan het zijn dat de nationale suïdestatistieken zo onbetrouwbaar zijn dat ze de verschillen tussen landen kunnen verklaren? Als dit het geval is, kan men terecht twijfels hebben over interpreteerbaarheid van internationale vergelijkende analyses.

Hierover bestaan zeer uiteenlopende opinies die deze discussie reeds geruime tijd aan de gang houden. Douglas (Douglas, 1967) stelt dat suïdecijfers producten zijn van percepties die de culturele normen weerspiegelen. Dit leidt tot systematische vertekeningen, waardoor nationale suïdecijfers niet voldoende betrouwbaar zijn om onderling te vergelijken. Men kan er inderdaad van uitgaan dat sociale normen en taboes in ieder land in zekere mate leiden tot onderrapportering van het aantal suïcides.

Naast culturele factoren zijn er ook nog andere factoren die nationale suïdecijfers kunnen beïnvloeden. In het Verenigd Koninkrijk werd suïcide pas in 1961 gedecriminaliseerd. Hierdoor heeft het principe van 'onschuldig tot het tegendeel bewezen is' nog steeds een effect op de registratie van suïcides (O'Donnell & Farmer, 1995; Serruys, 2008). In tegenstelling tot medische argumenten, is dit een juridisch criterium, wat maakt dat de bewijslast sterker moet zijn dan bijvoorbeeld in Vlaanderen of Nederland. Een ander belangrijk element is dat in het Verenigd Koninkrijk de doodscertificaten voor iedereen toegankelijk zijn (Belanger, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008c). Dit verhoogt de weerstand om een suïcide als dusdanig te benoemen. Beroepsgeheim en vertrouwelijkheid van de sterftestatistieken zijn een noodzakelijke voorwaarde voor de betrouwbaarheid van suïdecijfers. Wellicht ligt in deze twee elementen, late decriminalisering en vertrouwelijkheid, een deel van de verklaring waarom het Verenigd Koninkrijk een suïdecijfer heeft dat lager en een SOI-cijfer dat hoger is dan het West-Europese gemiddelde.

---

<sup>9</sup> Uit het ANAMORT blijkt dat experts uit 20 landen van mening zijn dat het gecombineerde effect van vals positieve en vals negatieve suïcides resulteert in een onderschatting van het aantal suïcides. Zweden en Kroatië veronderstellen dat de misclassificaties elkaar opheffen. Enkel Hongarije gaat uit van een overschatting van het aantal suïcides (Belanger, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008b).

De positie van de arts die het sterftcertificaat invult is eveneens uitermate belangrijk. Hij kan terughoudend zijn en strenge criteria hanteren om een overlijden als suïcide te registreren of onder druk staan van de omgeving. Naast deze attitudes, spelen ook de vaardigheden van de attesterende arts een belangrijke rol. Hij kan misleid worden; niet voldoende expertise hebben op het gebied van lijkschouwingen; incorrecte, onduidelijke of onvoldoende informatie rapporteren; etc. Het is daarom aangewezen om de bepaling van de doodsoorzaak en de attestering zoveel mogelijk te laten uitvoeren door gespecialiseerde deskundigen met een grondige kennis van lijkschouwingen en registratieprocedures.

Onderzoeken suggereren dat er een verband bestaat tussen enerzijds een afname van het aantal autopsies en anderzijds een daling van het suïcidecijfer en een stijging van het aantal overlijdens waarvan de intentie onbepaald is (Belanger, Ung, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008c). Een recent onderzoek in de vier Scandinavische landen concludeert hieruit dat nationale suïcidecijfers gezien moeten worden als het aantal geregistreerde suïcides en niet als het aantal feitelijke suïcides (Reseland, Le Noury, Aldred, & Healy, 2008).

Het is dus bijzonder belangrijk dat er bijkomend medisch-juridisch onderzoek verricht wordt naar de omstandigheden waarin het overlijden plaatsvond. Het is daarbij uiteraard aangewezen dat, indien bijkomend onderzoek tot nieuwe inzichten leidt met betrekking tot de doodsoorzaak, deze informatie correct en tijdig wordt overgemaakt aan de instanties die de sterftcertificaten verwerken tot officiële sterftestatistieken.

Onnauwkeurige registratie en slechte doorstroming van de informatie hebben logischerwijs een direct effect (niet correcte doodsoorzaak en onvoldoende of onnauwkeurige informatie) op het coderingsproces (Belanger, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008a; Värnik, Sisask, Laido, Meise & Reynders, 2009). Maar daarnaast kunnen ook op het niveau van de codering onnauwkeurigheden binnensluipen. Bij meervoudige doodsoorzaken, is het voor de codeur niet eenvoudig om de doodsoorzaak en intentie om te zetten in een correcte ICD-code<sup>10</sup>. Het is dan ook evident dat wijzigingen in de certificatieprocedure of coderingssleutels een weerslag hebben op de doodsoorzakenstatistieken (Meslé & Vallin, 2007).

Hoewel 'verdoken' suïcides verkeerdelijk in bijna alle andere categorieën ondergebracht kunnen worden, gaat men ervan uit dat de meeste vals negatieve suïcides terecht komen in de categorie 'sterfte waarvan de intentie onbepaald is' (SOI)<sup>11</sup> en in mindere mate in de categorie 'sterfte waarvan de oorzaak onbepaald is' (SOO)<sup>12</sup> (Andriessen, 2006; Linsley, Schapira, & Kelly, 2001; Marusic, Roskar, & Zorko, 2003; Ohberg & Lonnqvist, 1998). Het profiel van personen die overlijden en geclassificeerd worden onder deze concurrerende categorieën, vertoont vaak heel wat

---

10 ICD-10 is de 10de versie van de International Classification of Diseases. Dit classificatiesysteem wordt door de meeste landen in zijn huidige vorm, of eventueel eerdere versies, gehanteerd om doodsoorzaken te classificeren.

11 SOI bestaat uit de ICD-10 code y10 tot y34.

12 SOO bestaat uit 'plots overlijden' (R96), 'overlijden waarbij niemand aanwezig was' (R98) en 'onbekende oorzaak en slecht omschreven' (R99). Volgens de WHO-richtlijnen mag de R-code enkel gebruikt worden wanneer er geen enkele andere code toewijsbaar is en er geen bijkomend onderzoek verricht werd naar de oorzaak van het overlijden.

gelijkenissen met het profiel van personen die een suïcide ondernamen (Linsley et al., 2001; Marusic et al., 2003; Ohberg et al., 1998). Het aandeel van deze SOI- en SOO-categorieën verschilt aanzienlijk tussen de Europese landen. Onderzoek in Frankrijk (Chappert, Pequignot, & Pavillon, 2003; Jougla et al., 2002) schat het aandeel suïcides in de categorie 'SOI' op 35% en in de categorie 'SOO' op 25%. Dit leidt tot een geschatte toename van het suïdecijfer met ongeveer 20%. In een ander onderzoek pasten dezelfde onderzoekers deze schattingen toe op 17 Europese landen. Hoewel het aandeel van deze SOI- en SOO-categorieën aanzienlijk varieert tussen de Europese landen, kwamen zij tot de conclusie dat suïdecijfers overal onderschat worden maar dat de rangorde tussen de landen, met uitzondering van Denemarken en Portugal, dezelfde blijft. Ook de socio-, demografische en geografische principes bleven, samen met de tijdstrends, overeind (Jougla et al., 2002). Experts besluiten bijgevolg dat suïdecijfers best niet los van deze categorieën geïnterpreteerd kunnen worden (Belanger et al., 2008c).

Een andere belangrijke categorie zijn de ongevallen. Deze bevatten eveneens een aanzienlijk aandeel vals negatieve suïcides, maar in tegenstelling tot de andere concurrerende categorieën is dit een zeer kleine minderheid binnen het totaal aantal ongevallen.

Naast cultuur, wetgeving, registratie- en coderingsprocedures is er nog een factor die ons een beter inzicht kan geven in de mate van onderschatting van de suïdecijfers. Zoals we later zullen zien, verschillen landen aanzienlijk wat betreft de meest gehanteerde suïdemethodes. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de nationale voorkeur voor bepaalde methodes mede door culturele factoren bepaald wordt (Värnik, Realo, Allik, & Hegerl, 2009). Bovendien is de gebruikte methode een belangrijke aanwijzing in het bepalen van de intentie van het zelfverwondend gedrag. Zo wijst verhangings, gebruik van een vuurwapen, verstikking door uitlaatgassen eerder op intentioneel zelfverwondend gedrag dan bijvoorbeeld verdrinking, sprong of val van een hoogte, intoxicatie door medicatie, alcohol of drugs. Deze aanwijzingen kunnen echter ook misleidend zijn. Verhangingen waarvan de intentie niet bepaald is, worden vaker als suïcide geregistreerd<sup>13</sup>, terwijl 'verdrinking' vaker als een ongeval wordt aangeduid (Belanger et al., 2008c). Dit doet onderzoekers besluiten dat de verdeling van gebruikte suïdemethodes niet enkel iets zegt over de cultuur of de toegankelijkheid van middelen, maar ook over de mate van onderrapportering (Ajdacic-Gross, Weiss, Ring, & Hepp, 2008; Chappert et al., 2003). De hypothese luidt dat methodes waarvan de intentie makkelijker af te leiden is, minder snel als 'onbepaalde intentie' geïnterpreteerd worden en dus minder gevoelig zijn voor onderschatting. 'Zachtere' methodes kunnen dan weer sneller tot twijfel leiden en zouden dus in sterkere mate ondergerapporteerd worden. Indien een land lage suïdecijfers kent en dit door onderrapportering te verklaren valt, dan zou volgens deze hypothese het aandeel harde methodes groter en het aandeel zachte methodes kleiner zijn dan verwacht. Dezelfde hypothese kan men toepassen op landen met een groot aandeel 'onbepaalde intenties' indien men ervan uitgaat dat deze categorie een indicator is voor onderrapportering.

---

<sup>13</sup> 1 op 3 Vlaamse huisartsen duidt systematisch suïcide aan bij een verhangings (Van Brussel, 2007).

Ondanks de talloze factoren die de betrouwbaarheid en validiteit van suïdecijfers kunnen beïnvloeden, vinden we in literatuurstudies ook heel wat aanwijzingen dat de suïdecijfers bruikbaar zijn voor wetenschappelijke analyses. De conclusie is dat misclassificaties en bepaalde registratie- en coderingsprocedures kunnen bijdragen tot vertekende suïdestatistiek, dat deze vertekeningen meestal onderschattingen zijn, maar ook dat deze vertekeningen voor de meeste West-Europese landen stabiel en niet sterk genoeg zijn om verschillen tussen landen te verklaren (Chishti, Stone, Corcoran, Williamson, & Petridou, 2003; Jouglà et al., 2002; Moens, 1985). Dit zou zich uiten in suïdecijfers, leeftijds- en geslachtsverdelingen die vrij constant zijn doorheen de tijd. Dit zijn goede redenen om ervan uit te gaan dat, zeker in de ontwikkelde landen, officiële suïdecijfers voldoende betrouwbaar en valide zijn om met elkaar vergeleken te worden (De Leo & Evans, 2004; Sainsbury & Jenkins, 1982).

Desondanks moet er omzichtig met nationale suïdecijfers worden omgegaan. Indien normen en procedures een invloed hebben op de betrouwbaarheid van de suïdecijfers en deze normen en procedures fundamenteel verschillen tussen de landen, dan kan men er ook van uitgaan dat de vertekeningen niet overal even sterk zijn.

### Overzicht ...

*... van factoren die een effect hebben op de betrouwbaarheid van nationale suïcide-cijfers (Jouglà et al., 2002; Walker, Chen, & Madden, 2008):*

- *de attitude en vrijheid van oordeel van de attesterende persoon;*
- *de expertise en bevoegdheden van de attesterende persoon;*
- *de aanwezigheid van een duidelijke definitie van suïcide;*
- *eenduidige richtlijnen bij het bepalen van doodsoorzaken en het invullen van de sterftecertificaten;*
- *duidelijke procedures voor het verzamelen van extra informatie over de doodsoorzaken en de omstandigheden waarin het overlijden plaatsvond;*
- *de frequentie en kwaliteit van bijkomende medische en juridische onderzoeken;*
- *de frequentie van autopsies;*
- *procedures om de resultaten van bijkomend onderzoek snel en efficiënt aan de verwerkende instanties door te geven;*
- *de wetgeving rond vertrouwelijkheid;*
- *de coderingsprocedure;*
- *de culturele context (normen, taboes, etc.)*
- *gebruikte suïcidemethode*

In het volgende deel bekijken we of en in welke mate de hierboven besproken factoren een ander licht kunnen werpen op de verschillen in suïcidecijfers tussen Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland.

## **2 Betrouwbaarheid van de suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Frankrijk, Duitsland en Nederland: een vergelijkende analyse**

Tallose factoren kunnen een negatieve invloed uitoefenen op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van suïcidecijfers. De discussie over de betrouwbaarheid van Europese suïcidecijfers is dan ook nog steeds niet ten gronde gevoerd. In dit rapport willen we een antwoord bieden op de vraag waarom suïcidecijfers in Vlaanderen opmerkelijk hoger zijn dan in Nederland en Duitsland. Om hiertoe te komen, moeten we eerst een beter zicht hebben op de betrouwbaarheid van de beschikbare suïcidecijfers.

In dit deel analyseren we de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de suïcidecijfers van Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland op drie manieren:

1. vergelijking van registratie- en coderingsprocedures;
2. vergelijking van gebruik van concurrerende categorieën (SOI en SOO) en
3. vergelijking van gerapporteerde suïcidemethodes.

***Onderzoeksvraag: Kunnen de verschillen tussen Vlaamse, Franse, Duitse en Nederlandse suïcidecijfers verklaard worden door vertekeningen in de suïcidecijfers?***

### **2.1 Verschillen in registratie- en coderingsprocedures**

Ieder overlijden wordt geregistreerd. Het is aan de arts om te bepalen of iemand al dan niet aan een natuurlijke doodsoorzaak overleden is. Het is dus evident dat doodsoorzakenstatistieken bepaald worden vanaf het moment dat een overlijden vastgesteld wordt. In geval van een onnatuurlijke, externe doodsoorzaak of bij onduidelijkheid wordt meestal bijkomend onderzoek verricht. Vervolgens wordt het sterftecertificaat naar een instantie gestuurd die de doodsoorzaak codeert volgens de ICD-10 classificatie. In deze fase kan de doodsoorzaak nog steeds herzien worden. De organisatie van de communicatie tussen alle betrokken instanties is dus belangrijk voor de juistheid van de gegevens. De richtlijnen bij het coderen en de mogelijkheid op bijkomende controle bepalen eveneens de doodsoorzakenstatistieken. In grote lijnen verlopen de registratie- en coderingsprocedures in Vlaanderen en de drie in dit onderzoek opgenomen landen op een vergelijkbare wijze. Toch kunnen we duidelijke verschillen observeren die invloed hebben op de sterftcijfers in het algemeen en op suïcidecijfers in het bijzonder. In deze paragraaf gaan we na welke de voornaamste verschillen zijn.

**Onderzoeksvraag: Zijn er tussen de landen verschillen wat de betreft de registratie- en coderingsprocedures?**

### 2.1.1 Methode en bronnen

Een algemeen vergelijkend kader met betrekking tot de verschillende officiële procedures wordt bekomen aan de hand van een literatuurstudie. Omdat het hier een technische materie betreft, werd ook informatie ingewonnen via persoonlijke communicatie met experts in Vlaanderen en Nederland. Er wordt een synthese gemaakt op basis van de resultaten van het ANAMORT-project (Belanger et al., 2008b; Belanger et al., 2008c). Het ANAMORT-project (Belanger et al., 2008c; Belanger et al., 2008b; Belanger et al., 2008c) heeft als doel de certificatie- en coderingsprocedures in geval van sterfte ten gevolge van een externe doodsoorzaak binnen de Europese Unie te inventariseren.

De concrete invloed van de registratie- en coderingsprocedures wordt geïllustreerd aan de hand van een analyse van de evolutie van de suïcidecijfers en de incidentie van sterftes waarvan de intentie onbepaald (SOI) is. De bronnen voor de ruwe data zijn voor:

- Vlaanderen: Agentschap voor Zorg en Gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>)
- Nederland: Centraal Bureau voor Statistiek (<http://www.cbs.nl>)
- )Frankrijk en Duitsland: European Mortality database WHO/Europe (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>).

De data werden vervolgens verwerkt tot 'Age Standardized mortality Ratio-Europe (ASR(E)) uitgedrukt per 100.000 inwoners. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd gebruikt gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking (Waterhouse, Muir, Corea, & Powel, 1976) **(zie Hoofdstuk 1 voor de leeftijdsverdeling)**.

### 2.1.2 Resultaten

In tabel 4 staan de belangrijkste bevindingen met betrekking tot de registratie- en coderingsprocedures voor de vier in dit onderzoeksproject opgenomen landen op basis van het ANAMORT-project.

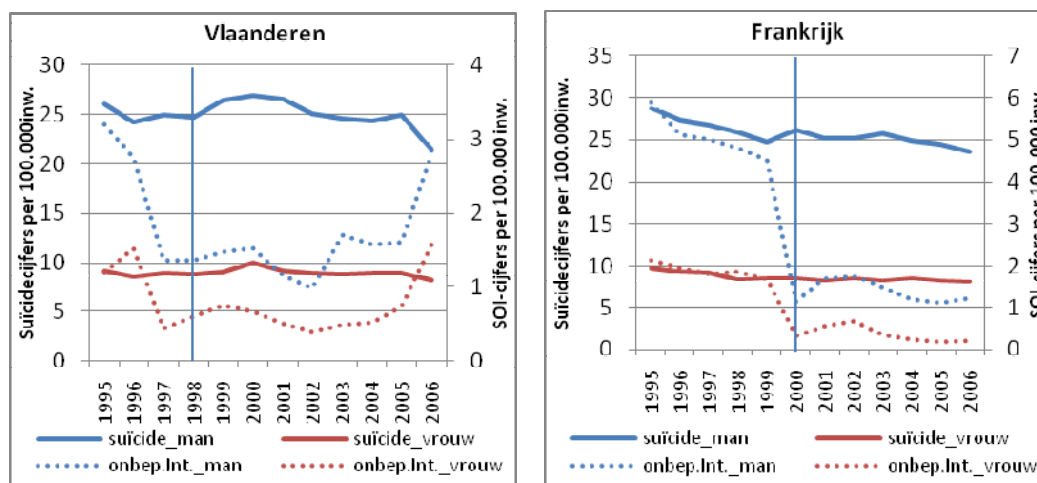
<b>ANAMORT '08*</b>	<b>VI</b>	<b>Fr</b>	<b>D</b>	<b>NI</b>
<b><i>Wat staat op het sterftecertificaat vermeld?</i></b>				
Uitvoering van bijkomend onderzoek	ja	ja	ja	ja
Uitvoering van een autopsie	nee	ja	ja	ja
Richtlijnen bij het attesteren van het overlijden	nee	nee	ja	ja
Voorgedrukte pijl om causaliteit van verschillende oorzaken aan te duiden	nee	nee	nee	ja
<b><i>Onder welke omstandigheden wordt er bijkomend medisch en/of juridisch onderzoek uitgevoerd?</i></b>				
Bij oorzaak onbekend	ja	soms	soms	onbekend
Plotse dood	ja	soms	soms	soms
Externe doodsoorzaak	ja	soms	soms	ja
Ongeval	ja	soms	soms	ja
Opzettelijke zelfverwonding	ja	soms	soms	ja
Onbepaalde intentie	ja	soms	soms	soms
Ontvangen de codeurs de resultaten van bijkomend onderzoek	soms	soms	soms	soms
Worden aanpassingen na bijkomend onderzoek doorgevoerd in de sterftestatistieken?	ja	ja	ja	ja
Naar schatting in hoeveel procent van de gevallen wordt er bijkomende informatie ingewonnen bij de codering?	7%	<1%	1-3%*	5%
Is het wenselijk om de richtlijnen voor attesterende personen te verbeteren?	ja	ja	ja	ja
Worden de ICD-10 richtlijnen regelmatig geüpdatet?	ja	ja	ja	nee (voorkeur aan continuïteit)
Wie vult in de meeste gevallen het sterftecertificaat in wanneer er bijkomend onderzoek werd verricht?	de eerste arts	de eerste arts	forensisch geneeskundige	forensisch geneeskundige
Bestaan er duidelijke criteria voor de attesterende persoon om suicide te omschrijven	nee	nee	nee	nee
Wordt er bijkomende informatie ingewonnen wanneer de doodsoorzaak slecht omschreven is of het sterftecertificaat onvolledig is?	meestal	soms	meestal	bij onduidelijkheid, onvolledigheid of na autopsie
Worden suïcidecijfers onderschat ten gevolge van vertrouwelijkheidsregels?	nee	nee	nee	nee

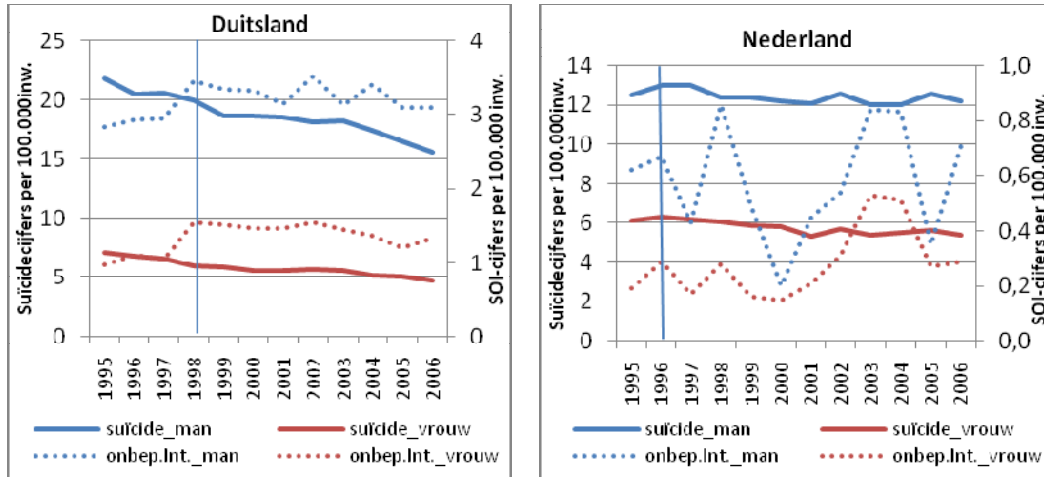


ANAMORT '08*	VI	Fr	D	NI
Is het aandeel niet gespecificeerde en onbekende oorzaken een overschatting van de realiteit?	ja	ja	ja	ja
<b>Opzettelijke zelfverwonding (x60-x84)</b>				
Bevat deze categorie vals positieven suïcides?	nee	nee	nee	nee
Bevat deze categorie vals negatieven (zo ja, door registratie (R) en / of codering (C))?	ja (vooral R)	ja (R & C)	ja (vooral R)	ja (R & C)
Bij welke bevolkingsgroepen is deze onderrapportering het sterkst? Wat zijn verklaringen voor deze onderrapportering?	vooral bij ouderen	onbekend	onbekend	bij twijfel geen suïcide; onder invloed van taboe; bij ouderen; bij gebruik van <i>zachte</i> methodes
Indien men de suïdecijfers zou corrigeren, zou de positie binnen de Europese rangorde veranderen?	nee	nee	ja	nee
<i>De antwoorden vertegenwoordigen niet de officiële standpunten van de landen maar zijn de opinies van nationale experts.</i>				

Tabel 4. Resultaten uit het ANAMORT-project / \* uit (Jougl, Niyonsenga, Chappert, johansson, & Pavillon, 2001)

Grafiek 19 geeft de evolutie van 1995 tot en met 2006 van de gestandaardiseerde suïcide- en SOI-cijfers. De verticale lijn geeft de overgang van ICD-9 naar ICD-10 weer.





Grafiek 19. Invloed van de overgang van ICD-9 naar ICD-10 (verticale rechte) op de leeftijdsgestandaardiseerde suicide- en SOI-cijfers per 100.000 inw. (1995-2006)<sup>14</sup>

De SIO-cijfers lopen voor Vlaanderen grimmig. De verandering van ICD-9 naar ICD-10 en de aanpassing van de sterftcertificaten in 2000 lijken weinig invloed te hebben gehad op de statistieken. In 1997 en 2006 zien we respectievelijk wel een sterke daling en een sterke stijging van de SOI-cijfers en -zeer opvallend- een gelijktijdige maar omgekeerde trend bij de suicidecijfers.

In Frankrijk werd de overgang van ICD-9 naar ICD-10 in 1998 gerealiseerd. In dat jaar zien we een relatief sterke daling van het SOI-cijfer voor beide geslachten en een lichte stijging van de suicidecijfers bij mannen.

In Duitsland, waar in 1998 werd overgeschakeld naar ICD-10, zien we een omgekeerde beweging. De SOI-cijfers stijgen er noemenswaardig. De suicidecijfers dalen, maar dit is een trend die reeds merkbaar was sinds 1996 en verder gaat tot op heden.

Nederland maakt reeds sinds 1996 gebruik van de ICD-10. De evolutie van SOI-cijfers lijkt zeer grimmig, maar is veel kleiner in vergelijking met de andere landen ,waardoor de variatie groter lijkt.

### 2.1.3 Discussie

In Vlaanderen mag iedere arts een lijkschouwing uitvoeren en bepalen of een sterfte al dan niet verdacht is. Bij benadering 1 op 2 sterftes wordt door een andere dan de behandelende arts vastgesteld (Kongs, 2009b). Uit een bevraging bij Vlaamse artsen blijkt dat 6 op de 10 artsen het een bijkomende moeilijkheid vindt om een lijkschouwing uit te voeren wanneer de voorgeschiedenis van de overledene niet

<sup>14</sup> Merk op dat de schalen van de twee y-assen verschillen. Hierdoor lijkt het alsof de SOI-cijfers sterker variëren dan de suicidecijfers.

gekend is (Van Brussel, 2007). Het is dus een belangrijk voordeel dat de arts een duidelijk beeld heeft van de voorgeschiedenis van de overledene wanneer hij/zij de doodsoorzaak moeten bepalen (Chappert et al., 2003). Dit neemt echter niet weg dat de helft van de huisartsen er niet van overtuigd is dat ze over de nodige expertise beschikken om een ongewoon sterfgeval te onderzoeken. En slechts 1 op 5 vindt zich goed geplaatst om een suïcide te onderzoeken (Van Brussel, 2007). Deze expertise is zeker noodzakelijk wanneer het overlijden het gevolg is van meerdere oorzaken, wanneer zachte methodes gehanteerd worden of wanneer het ouderen betreft.

De personen die bevoegd zijn om een sterftcertificaat in te vullen verschillen bovendien van land tot land. In Vlaanderen is iedere arts bevoegd, in Frankrijk is dit de *médecin de ville* of de *médecin hospitalier* en in Duitsland iedere arts, gevestigd in de gemeente waar de lijkschouwing plaatsvindt. In Nederland kan enkel de *behandelende* arts (in geval van natuurlijk overlijden) of de gemeentelijke lijkschouwer een lijkschouwing uitvoeren. Indien men geconfronteerd wordt met een verdacht overlijden kan het gerecht een bijkomende autopsie gelasten. Dit is echter niet noodzakelijk aangezien een eenvoudige politietussenkomst reeds volstaat. In België kan iedere arts, zonder enige kwaliteitsgarantie, door de Procureur des Konings tijdelijk als wetsdokter aangesteld worden. Niet zelden wordt in de praktijk dan ook een niet-forensisch geschoolde arts ingeschakeld (UZLeuven Dienst Forensische pathologie, 2009). In Duitsland en Nederland wordt desgevallend steeds een beroep gedaan op een gerechtelijk patholoog (Das & van de Wal, 2002).

In Vlaanderen geeft 4 op de 10 huisartsen te kennen dat ze systematisch gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aantekenen bij een suïcide en laat 15% weten dit nooit te doen (Van Brussel, 2007). Nochtans zou bij iedere onnatuurlijke dood een gerechtelijk-geneeskundig bezwaar aangetekend moeten worden, gevolgd door een politieel of gerechtelijk onderzoek (Belanger et al., 2008c; Serruys, 2008). In Vlaanderen wordt het aantal forensische autopsies geraamd op 0.5 tot 1% van alle overlijdens, terwijl dit in bijvoorbeeld Duitsland 8% is (Serruys, 2008).

Hieruit blijkt dat er verschillen zijn op vlak van registratie en codering. Opmerkelijk is dat in Nederland en Duitsland, in geval van een onnatuurlijke dood, een forensisch arts de autopsie uitvoert en tevens het sterftcertificaat invult. In België en Frankrijk gebeurt dit vaak door de eerste arts. Nochtans kan men concluderen dat de omstandigheden waarin de huisarts een lijkschouwing moet uitvoeren en vervolgens moet attesteren, de beoordeling van de doodsoorzaak sterk kunnen bepalen<sup>15</sup>. De attesterende artsen hebben vaak geen inzicht in het juridisch dossier. In Nederland wordt echter naast het sterftcertificaat ook het proces-verbaal met betrekking tot het overlijden betrokken bij de codering van de sterfteoorzaken. Dit betekent dus dat er een tweede controle op de gegevens mogelijk is (Serruys, 2008).

Tijdens de codering wordt in Vlaanderen in ongeveer 7% van de gevallen bijkomende informatie ingewonnen over de sterfteoorzaak, terwijl dit in Frankrijk slechts 1% is. Een ander opmerkelijk verschil is dat Nederland de updates van de ICD-richtlijnen niet

---

<sup>15</sup> Bijvoorbeeld: een huisarts die een hechte band heeft met de patiënt en diens familie, kan onder druk staan om officieel alternatieve doodsoorzaken aan te duiden.

steeds implementeert om de continuïteit van de statistieken te kunnen garanderen. Enkel Duitsland is van mening dat de suïcidecijfers zodanig afwijken van het feitelijk aantal suïcides dat hun positie binnen de officiële Europese rangorde wellicht niet correct is. Uit het ANAMORT-rapport blijkt overigens dat codeurs eenzelfde overlijden niet steeds op dezelfde manier coderen, wat dus kan resulteren in afwijkende sterftecijfers<sup>16</sup>.

Het effect van veranderende procedures en de verschillen tussen landen wordt duidelijk geïllustreerd in grafiek. In iedere grafiek worden de suïcide- en SIO-cijfers per geslacht over de periode 1995- 2006 weergegeven. De verticale lijn geeft de overgang van ICD-9 naar ICD-10 aan. In Nederland werd deze wijziging doorgevoerd in 1996, in Duitsland en Vlaanderen in 1998 en in Frankrijk in 2000.

In Vlaanderen blijkt de verandering van ICD-9 naar ICD-10 en de aanpassing van de sterftcertificaten in 1998 weinig invloed gehad te hebben op de statistieken. In 1997 en 2006 zien we respectievelijk wel een sterke daling en een sterke stijging van de SOI-cijfers en -zeer opvallend- een gelijktijdige maar omgekeerde trend bij de suïcidecijfers. De sterke daling in 1997 wordt mogelijk verklaard doordat attesterende artsen vanaf dan de mogelijkheid kregen om bijkomende doodsoorzaken in te vullen. Dit werd voorzien in aanloop van de veranderde procedures in 1998. Deze mogelijkheid leidde tot bijkomende informatie voor de codeurs, waardoor het aandeel SOI's mogelijk in aantal beperkt kon worden (Kongs, 2009b). Een deel van deze daling in de SOI-categorie werd mogelijk gecompenseerd door een lichte stijging van het aantal suïcides. Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat in 1997 een deel van de codeursploeg vervangen werd (Kongs, 2009b). Deze veranderingen lijken de veranderingen in 1998 grotendeels geanticipeerd te hebben, waardoor het effect relatief beperkt bleef.

De verklaring voor de trendbreuk in 2006 zou deels kunnen liggen bij een snellere verwerking van de sterftecijfers waardoor er minder ruimte is voor extra controle van twijfelachtige sterftcertificaten. Een andere verklaring is het vroeger afsluiten van de bestanden waardoor overlijdens, waarvan het onderzoek nog niet is afgerond, nog niet geïnclassificeerd kunnen worden (Cloots, 2009; Kongs, 2008).

De aanpassing in 1998 naar ICD-10 lijkt een duidelijk effect te hebben op de SOI-cijfers in Duitsland. De incidentie van SOI neemt met de helft toe. De suïcidecijfers vertonen geen trendbreuk en nemen gestaag af. In Frankrijk is het effect omgekeerd en sterker dan in Duitsland. We zien dat in 2000 de SOI-cijfers herleid worden tot een kwart van het aantal in 1999. Enkel bij mannen stijgt het suïcidecijfer met 2 eenheden. Nederland lijkt, net zoals Vlaanderen, minder gevoelig voor de veranderingen. Het SOI-cijfer lijkt relatief sterk te variëren, maar in absolute termen en in vergelijking met de andere landen, is het behoorlijk constant.

---

<sup>16</sup> Bijvoorbeeld: verstikking ten gevolge van een mentale stoornis wordt in België en Nederland als verstikking gecodeerd maar in Frankrijk als mentale stoornis. Een verkeersongeval ten gevolge van een hartaanval codeert België als hartaanval. Frankrijk en Duitsland duiden als sterfteoorzaak verkeersongeval aan.

Niet alleen zien we dat een veranderende procedure een effect kan hebben op de suïcide- en SOI-cijfers, maar tevens dat vergelijkbare aanpassingen toch een verschillend effect kunnen hebben.

## **2.2 Verschillen in gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën. Onbepaalde intentie (SOI) en Onbepaalde oorzaak (SOO).**

Ondanks gelijkaardige procedures, kunnen we niet naast het feit kijken dat sommige landen bepaalde categorieën frequenter gebruiken dan andere landen. Het gebruik van deze codes hangt vaak af van land tot land. Zo is er een WHO-richtlijn die aanspoort om R99 (slecht omschreven of oorzaak onbekend) zo weinig mogelijk te gebruiken. Dit wil concreet zeggen dat, van zodra er een onderzoek heeft plaatsgevonden naar de oorzaken van een overlijden, men de R-code niet meer mag gebruiken. De R-code mag dus enkel gebruikt worden wanneer men zodanig weinig informatie heeft dat andere codes niet mogelijk zijn. In Vlaanderen deelt men deze mening en werden de codeurs aangespoord deze code zo weinig mogelijk toe te wijzen (Kongs, 2009a). Nederland heeft dezelfde houding maar stelt eveneens dat men, als deze code te weinig wordt gebruikt, teveel vals positieven heeft in anderen categorieën (Kardaun, 2009). Bovendien worden in België landgenoten die in het buitenland overlijden niet opgenomen in de doodsoorzakenstatistieken, meestal omdat men te weinig informatie krijgt vanuit het buitenland. In Nederland worden deze overlijdens ondergebracht onder de R-code. Dit leidt tot een relatief laag R99-cijfer in Vlaanderen en een hoog cijfer in Nederland.

We hebben eerder gezien dat onderzoek heeft aangetoond dat 'sterftes waarvan de intentie onbepaald is' (SOI) en 'sterftes waarvan de oorzaak onbepaald is' (SOO) vermoedelijk belangrijke categorieën zijn voor de interpretatie van de suïcidecijfers.

Hoogst waarschijnlijk bevat de categorie 'ongevallen' eveneens een aanzienlijk aandeel vals negatieve suïcides. In tegenstelling tot SOI is het aandeel verdoken suïcides op het totaal aantal ongevallen zeer klein. Hierdoor kunnen de verdoken suïcides niet voldoende geïsoleerd worden en zijn ze niet geschikt om onderrapporteringen te onderzoeken.

In dit onderdeel gaan we na of we aanwijzingen vinden voor de veronderstelling dat een aanzienlijk deel van de SOI- en SOO-categorieën bestaat uit vals negatieve suïcides en of dit in één land eventueel meer voorkomt dan in een ander land.

***Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland aanwijzingen dat de concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO) een noemenswaardig proportie vals negatieve suïcides bevatten?***

***Onderzoeksvraag: Zijn er tussen de landen verschillen betreffende het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO)?***

### 2.2.1 Methode en bronnen

Om bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden doen we een vergelijkende analyse tussen:

- Suïdecijfers: ICD-code x60 – x84
- SOI-cijfers: ICD-code y10 tot y34
- SOO-cijfers: ICD-code R96 (plots overlijden) – R98 (niemand aanwezig) – R99 (oorzaak onbepaald)

Voor de vier regio's doen we eerst een exploratieve en beschrijvende analyse en kijken we of er een associatie is tussen de verschillende doodsoorzaken.

In eerste instantie gaan we na of er een verband is tussen de drie doodsoorzaken op het vlak van *geslachtsverdeling*.

Vervolgens berekenen we de correlatie met significantietoets voor enerzijds suïcide en SOI en anderzijds suïcide en SOO. We doen dit voor de *leeftijdsverdeling* en de *evolutie doorheen de tijd* voor de periode 2000 tot en met 2006. Deze periode werd gekozen omdat 2000 het referentie jaar is om na te gaan of het suïcidepreventiebeleid zijn doelstelling heeft gerealiseerd. Een tweede reden is dat sindsdien alle landen gebruik maken van ICD-10.

De bronnen voor de suïcide-, SOI- en SOO-cijfers zijn voor:

- Vlaanderen: Agentschap voor Zorg en Gezondheid ([www.zorg-en-gezondheid.be/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/))
- Frankrijk: Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ([www.cepidc.vesinet.inserm.fr/](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/))
- Duitsland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes ([www.gbe-bund.de/](http://www.gbe-bund.de/))
- Nederland: Centraal Bureau voor Statistiek ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl))

In een laatste deel gaan we na of er een verschil is in registratie van suïcides op het spoor voor Vlaanderen, Duitsland en Nederland. We vergelijken hiervoor de officiële sterftcijfers met de cijfers van instanties die verbonden zijn met het spoorwezen en betrokken zijn bij de veiligheid op het spoor. Deze instanties zijn:

- Vlaanderen: Infrabel (enkel treinverkeer)
- Nederland: Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW) (trein, tram en metroverkeer)
- Duitsland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Stabag) (enkel treinverkeer)

'Ongevallen' verbergen een aanzienlijk deel verborgen suïcides. We beperken ons voor deze casus tot suïcides op het spoor. Omdat 90% van deze groep suïcides door voetgangers gebeurt, beperken we ons in de categorie ongevallen op het spoor tot voetgangers. Het betreft hier de categorie die in de ICD-10 de code v05 meekrijgt. De data werden verzameld voor de periode 2003-2006.

## 2.2.2 Resultaten

*Geslachtsverdeling*

Tabel 5 illustreert dat het aandeel mannen dat door een suïcide sterft bij benadering 3 op 4 is. Hoewel de geslachtsverdeling voor de verschillende categorieën niet in ieder land gelijk is, kunnen we stellen dat het aandeel mannen varieert van twee derde tot drie vierde. Voor alle categorieën zijn, net zoals bij suïcide, de mannen sterk oververtegenwoordigd.

	VL	FR	DE	NL
Suïcide	72,5	74,4	76,7	69,5
Onbepaalde intentie	63,7	85,0	69,6	71,5
Onbepaalde oorzaak	65,3	68,3	68,8	66,5

Tabel 5. Aandeel mannen op het totaal aantal sterftes per categorie.

*Leeftijdsverdeling*

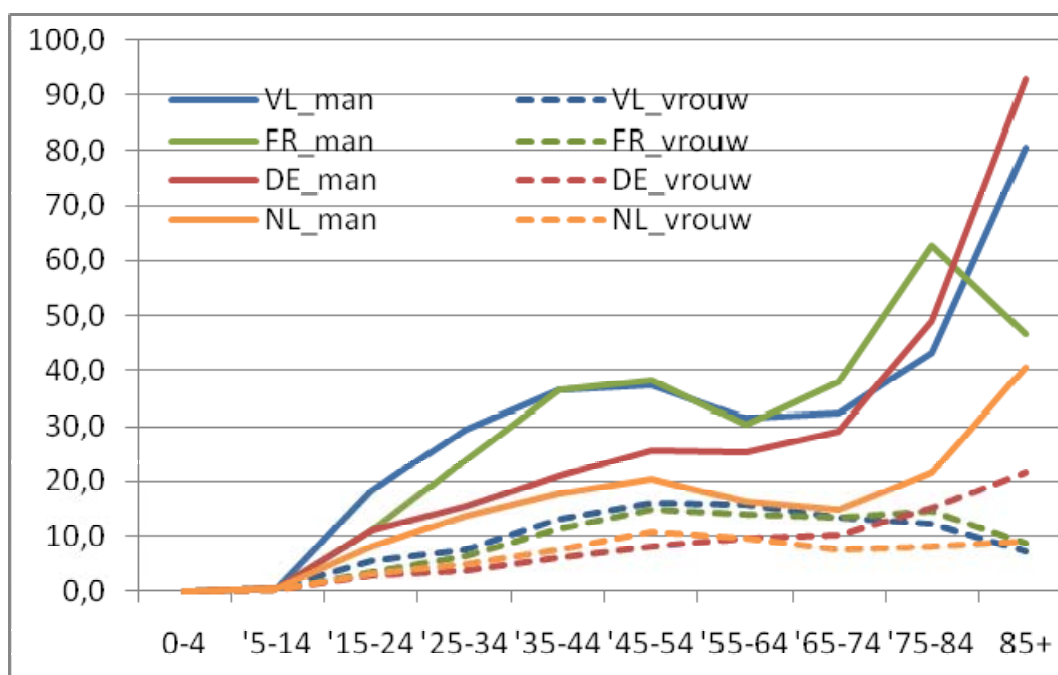
Uit Grafiek 20 en 21 stellen we vast dat de leeftijdsverdeling van de SOI-cijfers hetzelfde patroon vertoont als de suïdecijfers, zij het minder uitgesproken. Verschillen zijn dat SOI-categorie sterftes telt onder de leeftijd van 10 jaar<sup>17</sup>. Ook de sterke stijging bij ouderen is, met uitzondering van Duitsland, afwezig. In tabel 6 zien we voor alle landen dat er sterke en significante correlaties zijn tussen de leeftijdsverdeling van suïcide- en SOI-cijfers.

De SOO-cijfers (zie Grafiek 22) tonen een heel ander patroon. De incidentie stijgt exponentieel met de leeftijd en dit voor beide geslachten. Opmerkelijk is dat Nederland, die de SOI-categorie het minst benut, in totaal de hoogste SOO-cijfers heeft, in het bijzonder bij plus 55-jarigen. Vlaanderen heeft de laagste SOO-cijfers. In Tabel 6. Correlatie (significantieniveau  $**p < 0.01$ ;  $*p < 0.05$  en  $(*) < 0.07$ ) tussen de leeftijdscategorieën van suïcide en onbepaalde intentie én suïcide (SOI) en oorzaak onbepaald (SOO) (gemiddelde voor 2000-2006) zien we dat bij mannen de correlatie tussen de leeftijdsverdeling van suïcide- en SOO-cijfers positief en significant is. Bij vrouwen is enkel de correlatie in Duitsland significant.

<sup>17</sup> Suïcide onder de leeftijd van 10 jaar is uiterst uitzonderlijk en in de meeste gevallen gaat het dan ook over twijfel tussen ongeval of doding.

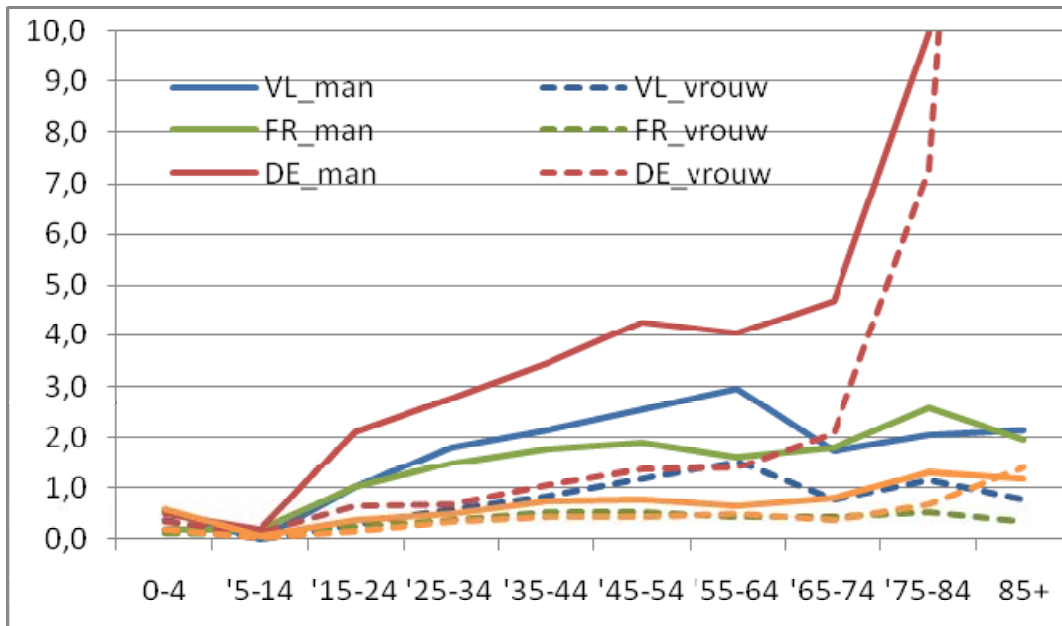
		Onbepaalde intentie (Y10-Y34)	Oorzaak onbepaald (R96-R99)
VL	Man	<b>0.61(*)</b>	<b>0.84**</b>
	Vrouw	<b>0.89**</b>	0.04
FR	Man	<b>0.98**</b>	<b>0.81**</b>
	vrouw	<b>0.94**</b>	0.23
DE	Man	<b>0.96**</b>	<b>0.97**</b>
	vrouw	<b>0.82**</b>	<b>0.90**</b>
NL	Man	<b>0.79**</b>	<b>0.84**</b>
	vrouw	<b>0.63*</b>	0.40

Tabel 6. Correlatie (significantieniveau  $**p < 0.01$ ;  $*p < 0.05$  en  $(*) < 0.07$ ) tussen de leeftijdscategorieën van suicide en onbepaalde intentie én suicide (SOI) en oorzaak onbepaald (SOO) (gemiddelde voor 2000-2006)

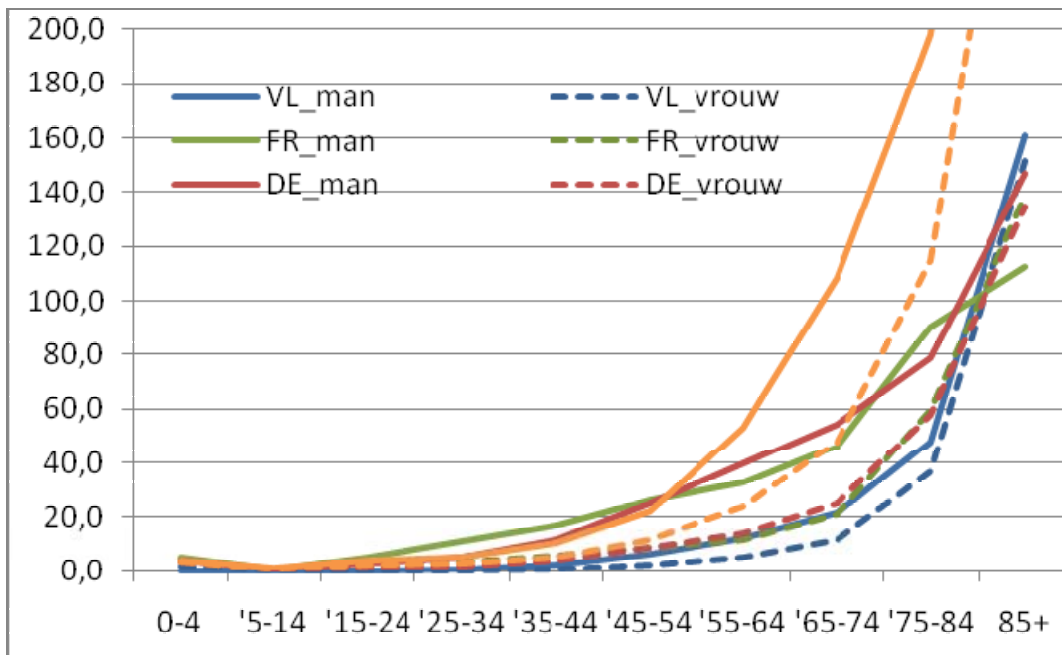


Grafiek 20. Suïdecijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000-'06)





Grafiek 21. SOI-cijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000 -'06)



Grafiek 22. SOO-cijfers per 100.000 inw. per geslacht, per leeftijd (gemiddeld 2000 -'06)

### Tijdstrend

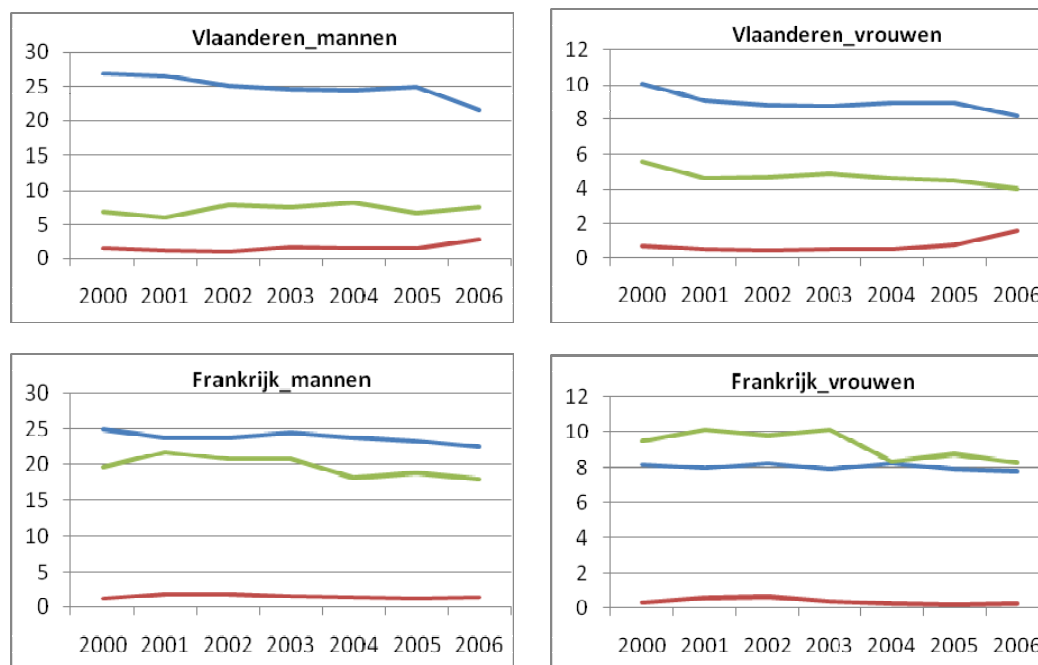
De sterkste relatie vinden we voor Duitsland (Tabel 7), waar alle correlaties positief zijn en enkel de SOO-cijfers voor vrouwen niet significant zijn.

Voor Vlaanderen is er een significante negatieve correlatie tussen SOI-cijfers en suïdecijfers bij mannen en een significante positieve relatie tussen suïcide- en SOO-cijfers bij vrouwen. Voor Frankrijk werd geen statistisch verband gevonden.

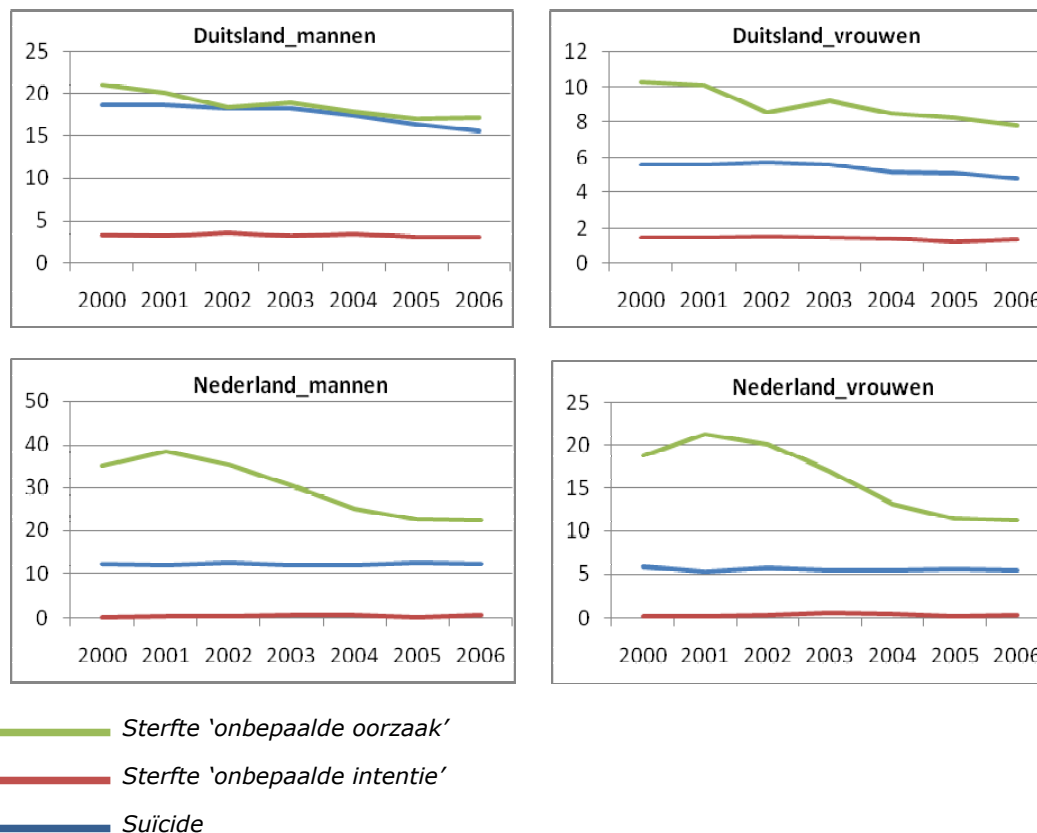
Nederland (zie Grafiek 23) heeft het laagste SOI-cijfer maar het hoogste SOO-cijfer. Sinds 2001 daalt deze laatste categorie drastisch. Wat in het oog springt is dat deze daling geen effect lijkt te hebben op de suïdecijfers<sup>18</sup>.

		Onbepaalde intentie (Y10-Y34)	Oorzaak onbepaald (R96-R99)
VL	Man	<b>-0.82*</b>	-0.52
	Vrouw	-0.49	<b>0.93**</b>
FR	Man	0.11	0.48
	vrouw	0.36	0.09
DE	Man	0.46	<b>0.83*</b>
	vrouw	<b>0.78*</b>	<b>0.73(*)</b>
NL	Man	-0.49	-0.10
	vrouw	-0.42	0.18

Tabel 7. Correlatie (significantienniveau \*\* $p < 0.01$ ; \* $p < 0.05$  en (\*) $< 0.07$ ) tussen suïcide en onbepaalde intentie en suïcide en oorzaak onbepaald voor de periode 2000 - 2006.



<sup>18</sup> De grootste categorie binnen SOO is R99 (onbekende oorzaak en slecht omschreven). R99 bestaat uit sterftes waarvan de oorzaak niet geweten is en uit 'onzuiverheden' van het administratieve systeem.



Grafiek 23. Suïcide-, SOI- en SOO-cijfers per land/regio, per geslacht voor de periode 2000-2006.

#### Casus: suïcide op het spoor

In onderstaande tabel (Tabel 8) zien we dat het aandeel van SOI-categorie het laagst is in Nederland en het hoogst in Duitsland. Nederland heeft volgens de officiële sterftestatistiek bijna dubbel zoveel suïcides op het spoor dan Vlaanderen en Nederland. De cijfers van de spoorweginstanties zijn in Duitsland 27,5% hoger dan de officiële suïdecijfers. In Vlaanderen is dit verschil 3,1% en in Nederland 2,6%. Indien we de overlijdens waarvan de intentie onbepaald is (y31) mee in rekening brengen, blijven de cijfers van de alternatieve bron hoger dan die van de officiële statistiek. In Duitsland is 1 op 5 overlijdens op het spoor een gevolg van een ongeval. In Vlaanderen is dit 12,4% en in Nederland 5,4%.

BRON		VL	NL	DE
Nationaal of Regionaal Instituut voor statistiek:	Suicide per 100.000 inw (x60-x84)	14,7	8,7	9,8
	SOI-cijfers per 100.000 inw.	1,5	0,5	2,2
Vlaams Agentschap voor Zorg & Gezondheid / CBS / Gesundheitsberichters	Aandeel SOI op SOI + suicide	9,2%	5,4 %	20,0%
	Aandeel x81 op totaal suicide	5,9%	11,4%	5,5%
tattung des Bundes	Absoluut aantal x81	249	696	2290
	Absoluut aantal y31	6	3	238
	Aandeel y31 op (x81 + y31)	2,4%	0,4%	9,4%
	Absoluut aantal v05	36	40	693
	V05 per 100.000 inw	0,15	0,06	0,21
	Aandeel vo5 op (x81 + y31 + v05)	12,4%	5,4%	21,5%
Infrabel / IVW / STABAG	Absoluut aantal suïcides op het spoor	263	717	2919
	Underschatting t.a.v. x81 (zonder y31)	5,6%	3,0%	27,5%
	Underschatting t.a.v. x 81 + y31	3,1%	2,6%	15,5%

Tabel 8. 'Sprong voor' en 'Suïcides op het spoor' voor de periode 2003-2006

**X81:** suicide - Opzettelijk zichzelf schade toebrengen door sprong voor of liggen voor bewegend voorwerp

**Y31:** opzet niet bepaald - Vallen, liggen of lopen voor of tegen bewegend voorwerp

**V05:** ongeval - Voetganger gewond bij botsing met trein of spoorwegvoertuig

### 2.2.3 Discussie

#### *Geslachtsverdeling*

De geslachtsverdeling van de drie doodsoorzakencategorieën is vergelijkbaar.

#### *Leeftijdsverdeling*

Het gelijke verloop van de leeftijdsverdeling van de suïcidecijfers en de SOI-cijfers, wijst ook hier op een verband tussen het profiel van beide groepen.

Deze conclusie kunnen we niet trekken uit de resultaten met betrekking tot de relatie tussen SOO- en suïcidecijfers. Gezien de sterk afwijkende leeftijdsverdelingen, moeten deze correlaties met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. De toename in beide categorieën van het aandeel overlijdens naarmate de leeftijd vordert, leidt al snel tot een positief verband. De visuele voorstelling aan de hand van grafieken toont echter dat de leeftijdsverdelingen een andere patroon vertonen.

#### *Tijdstrend*

Een derde manier om na te gaan of er een relatie is tussen de drie doodsoorzakencategorieën, is de evolutie doorheen de tijd van naderbij bekijken. We vermoeden dat er twee effecten spelen tussen SOI/SOO en suïcidecijfers. Het eerste effect veronderstelt dat SOI/SOO een relatief constante proportie suïcides bevat.

Jougla (Jougla et al., 2002) schat deze proportie op 25 à 35%. Dit wil zeggen dat er een positieve relatie is tussen beide categorieën. Het aandeel SOI/SOO wordt verondersteld rechtstreeks bepaald te worden door het werkelijke aantal suïcides. Omdat het aantal suïcides relatief stabiel is, kunnen we verwachten dat ook SOI/SOO vrij stabiel is. In die zin kunnen we spreken van een *systematische proportionele vertekening*. Het tweede effect verloopt volgens het principe van de communicerende vaten. Het aandeel van één categorie wordt voor een deel bepaald door het aandeel in de andere categorie. Bij dit effect ligt de nadruk minder op het aantal werkelijke suïcides maar eerder op de registratie- en coderingsprocedures. Beide categorieën kunnen afzonderlijk meer variatie vertonen door het toevallige karakter, maar indien men ze sommeert, hebben ze een stabiliserend effect op elkaar. Beide effecten sluiten elkaar niet uit en vinden wellicht in bepaalde mate gelijktijdig plaats.

Voor Vlaanderen is er een significante negatieve correlatie tussen SOI-cijfers en suïcidecijfers bij mannen. Deze negatieve relatie wijst mogelijk op een 'communicerende-vateneffect'. Dit wil zeggen dat SOI- en SOO-cijfers een 'uitvlakkend' effect hebben op de suïcidecijfers. Dit effect is duidelijk waarneembaar bij Nederlandse mannen voor suïcide en SOI ( $r=0.95^{**}$ ) in de periode 2002-2006 (zie Grafiek 19) Indien beide cijfers opgeteld worden krijgt men quasi een rechte lijn.

Opmerkelijk is de significante en positieve correlatie tussen SOO en suïcide bij Vlaamse vrouwen. Dit suggereert een systematische, proportionele vertekening. Nochtans is een dergelijk relatie theoretisch moeilijk te verklaren aangezien het aandeel verborgen suïcides in de SOO-categorie volgens experts zeer klein zou zijn.

#### *Casus: suïcide op het spoor*

Verschillen in het gebruik van de SOI-categorie kunnen geïllustreerd worden aan de hand van een vergelijking van suïcidecijfers afkomstig van twee onafhankelijke bronnen. Deze vergelijking is mogelijk voor suïcides op het spoor.

We hebben data van twee onafhankelijke bronnen verzameld en vergeleken voor suïcides op het spoor in Vlaanderen, Nederland en Duitsland. De eerste groep bronnen zijn de officiële instanties die de sterftecijfers beheren<sup>19</sup>. De tweede groep bronnen betreft instanties (infrastructuurbeheer, inspectie, etc.) die verbonden zijn aan de nationale spoorwegen. Voor Vlaanderen is dit Infrabel, de infrastructuurbeheerder van de Belgische Spoorwegen (Infrabel, 2008). Voor Nederland werden de data verzameld via de Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW). De suïcidecijfers zijn gebaseerd op vaststellingen door ProRail, de Nationale Spoorwegen-Reizigers en de Inspectie Verkeer en Waterstaat (Götz, 2008). De cijfers voor Duitsland ten slotte, werden bekomen via Statistik der Bahnbetriebsunfälle und Gefährlichen Unregelmäßigkeiten (STABAG) (Ladwig, 2008)<sup>20</sup>. Deze data zijn onafhankelijk van de officiële, nationale suïcidecijfers (Debbaut, 2009a; Inspectie Verkeer en Waterstaat, 2009).

---

<sup>19</sup> Vlaanderen: Vlaams Agentschap voor Zorg & Gezondheid; Nederland: Centraal Bureau voor Statistiek; Duitsland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

<sup>20</sup> STABAG is een centraal register voor alle personenongevallen op de Duitse spoorwegen.

De instituten voor statistiek coderen suicides op het spoor onder **x81** (staan, liggen of sprong voor bewegend voorwerp). Indien de intentie niet bepaald kan worden, wijst men code **y31** toe (staan, liggen of sprong voor bewegend voorwerp – intentie onbepaald). Dit betekent dat een sprong voor een ander bewegend voorwerp dan een trein ook in deze categorieën terechtkomt. Het betreft hier echter een zeer kleine groep.

We kunnen veronderstellen dat de intentie van dodelijke ongevallen op het spoor relatief eenvoudig te achterhalen is<sup>21</sup>. Dit kunnen we ook afleiden uit de onderstaande tabel waaruit blijkt dat het aandeel y31 op 'x81+y31' voor ieder land kleiner is dan het aandeel van alle SOI's samen (y10-y34) op alle suicides (x60-x84) en SOI's samen.

In **tabel 8** zien we dat het aantal door spoorweginstanties geregistreerde suicides op het spoor voor alle landen hoger ligt dan het aantal cases onder x81 en y31 samen. Voor Vlaanderen (3.1%) en Nederland (2.6) zijn deze verschillen vrij klein en lijken de beschikbare data elkaar te ondersteunen. Opmerkelijk is dat het verschil veel groter is in Duitsland (15,5%), waar ook het aandeel SOI (y31) groter is (9,4%).

Opvallend is dat Duitsland naast het grote verschil tussen officiële suïdecijfers en die van STABAG, en het grootste aandeel SOI's, eveneens het hoogste aantal ongevallen met voetgangers op het spoor heeft. Nederland heeft het hoogste aandeel suicides op het spoor, het kleinste aandeel SOI, maar tevens het laagste aandeel ongevallen met voetgangers.

We kunnen dus schatten dat van alle suicides die door STABAG geregistreerd werden ongeveer 78,5% onder x81 'sprong voor – opzettelijk' geclassificeerd worden, 8,2% onder y31 'sprong voor – onbepaalde intentie' en 13,4% onder andere categorieën zoals ongevallen. Dit zou betekenen dat 56,4% van de geregistreerde ongevallen van voetgangers op het spoor verborgen suicides zijn.

---

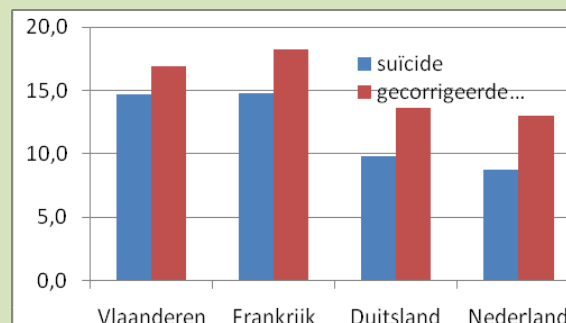
<sup>21</sup> Bij de meeste spoorwegongevallen is er een getuige (treinbestuurder) die het gedrag van de verongelukte persoon kan observeren net voor het ongeval. 75% staat, zit, ligt of wandelt op het spoor op het moment van het ongeval. 14% springt voor de trein. De overigen bevonden zich op de fiets of in de wagen (Debbaut, 2009b).

Deze cijfers suggereren dat suïcide-, SOI- en ongevallen-cijfers elkaar aanvullen maar dat dit communicerende-vateneffect niet overal op dezelfde manier verloopt.

Deze data moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. We hebben geen aanwijzingen om te veronderstellen dat één bron betrouwbaarder is dan de andere, al kunnen we wel stellen dat onderschatting van suïcides waarschijnlijker is dan overschatting. Als dit klopt kunnen we stellen dat de data van de spoorweginstanties betrouwbaarder zijn. Toch is het opmerkelijk dat de twee onafhankelijke bronnen in Vlaanderen en Nederland vergelijkbare suïdecijfers rapporteren, terwijl in Duitsland, waar de SOI-categorie vaker gebruikt wordt, het verschil opmerkelijk groter is.

**Ter illustratie...**

*Vaak worden suïdecijfers samen met SOI-, en in mindere mate SOO-cijfers, geïnterpreteerd. SOI en SOO zijn indicatoren voor onderrapportering. In hun onderzoek stelden Jouglà et al. (Jouglà, Pequignot, Chappert, & Rossoloin, 2002; Kardaun, 2009) dat naar schatting 35% van de SOI en 25% van SOO in werkelijkheid suïcides zijn. In onderstaande grafiek staan de suïcides en de 'gecorrigeerde' cijfers voor de vier landen weergegeven, in de veronderstelling dat het percentage vals negatieve suïcides in SOI en SOO bij benadering voor alle landen gelijk is. Deze premisse lijkt niet erg aannemelijk maar illustreert dat, hoewel de onderschatting van het aantal suïcides wellicht niet in alle landen even sterk is, de rangorde tussen landen bewaard blijft. De toename van suïdecijfers na correctie gaat van 15% (Vlaanderen) tot 49% (Nederland). Dit is voornamelijk toe te schrijven aan de grote verschillen in SOO-cijfers*



### 2.3 Verschillen in suïcidemethodes

Een andere, mogelijke indicator voor de betrouwbaarheid van de suïcidecijfers heeft betrekking op de frequentieverdeling van de gehanteerde suïcidemethodes binnen de verschillende landen. De hypothese is dat harde<sup>22</sup> methodes ('vuurwapen' en 'verhanging') minder snel foutief geregistreerd worden en dus minder gevoelig zijn voor onderschatting. Zachte methodes ('overdosis drugs of alcohol') of methodes waarvan de intentie moeilijk te bepalen is ('verdrinking' en 'sprong van')<sup>23</sup> kunnen dan weer sneller tot twijfel leiden en zouden dus in sterkere mate ondergerapporteerd worden in de vorm van een toename in de SOI-categorie (Schmidtke & Weinacker, 1991).

Uit deze redenering kunnen we twee hypothesen distilleren:

- Landen met lage suïcidecijfers ten gevolge van onderrapportering, hebben een hoger aandeel suïcides door middel van harde methodes en een lager aandeel suïcides door middel van zachte methodes.
- Landen met een groter aandeel 'sterftes waarvan de intentie onbepaald is' ten gevolge van onderrapportering, hebben een hoger aandeel suïcides door middel van harde methodes en een lager aandeel suïcides door middel van zachte methodes.

Volgens de eerste hypothese zou Nederland een hoger aandeel verhangingen hebben en een lager aandeel intoxicaties en verdrinkingen dan Vlaanderen en Frankrijk.

**Onderzoeksvraag: Is er een relatie tussen de officiële verdeling van suïcidemethodes en onderschatting van de suïcidecijfers?**

#### 2.3.1 Methode en Bronnen

Voor de gegevens voor Frankrijk en Duitsland werd gebruik gemaakt van de European Detailed Mortality Database (World Health Organization Regional Office for Europe, 2009).

Voor Vlaanderen zijn de data afkomstig van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De data voor Nederland zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor Statistiek. De data voor de suïcidemethodes werden verzameld voor de periode 2004-2006. De opdeling van de methodes gebeurde, op basis van de ICD-10, als volgt:

---

<sup>22</sup> Onder harde methodes verstaan we suïcidemethodes waarvan de opzet eenvoudiger te bepalen is (bv. verhanging en vuurwapen). Zachte methodes zijn methodes waarvan de intentie minder eenduidig af te leiden is (bv. verdrinking en intoxicatie).

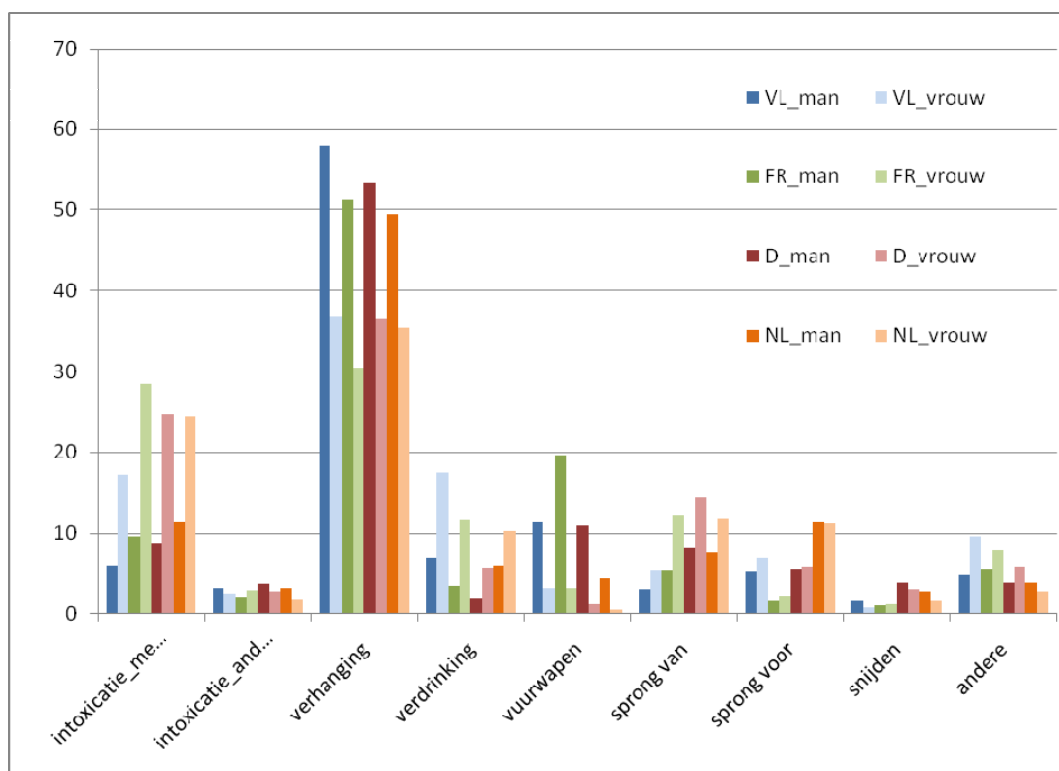
<sup>23</sup> 'Verdrinking', 'intoxicatie' en 'sprong van' komen verhoudingsgewijs het vaakst voor in de SOI-categorie (Linsley et al., 2001; Ohberg et al., 1998).



Suïcidemethode	Overeenstemmende ICD-10 code
Intoxicatie door medicatie	X60-x64
Intoxicatie door andere substantie	X65-x69
Verhanging	X70
Verdrinking	X71
Vuurwapen	X72-x74
Sprong van een hoogte	X80
Sprong voor een bewegend voorwerp	X81
Snijden	X78
Andere en niet nader omschreven	X75-x77, x79, x82-x84

'Harde' suïcidemethodes zijn methodes met een grote kans op overlijden; moeilijk te doseren in ernst en een korte tijdsspanne tussen het initialiseren van de handeling en het overlijden. Harde methodes zijn verhanging, vuurwapen, sprong voor een rijdend voertuig. Zachte methodes zijn intoxicatie.

### 2.3.2 Resultaten



Grafiek 25. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06

### 2.3.3 Discussie

De eerste hypothese was dat landen met lage suïdecijfers ten gevolge van onderrapportering, een hoger aandeel suïcides door middel van harde methodes en een lager aandeel suïcides door middel van zachte methodes hebben. In Grafiek 25 zien we dat deze verwachting niet bevestigd wordt. Het aandeel intoxicaties en verdrinkingen is in Nederland hoog terwijl verhangen (enkel mannen) en vuurwapens laag zijn in vergelijking met de overige landen.

De tweede hypothese veronderstelt dat Duitsland, dat het grootste aandeel 'sterftes waarvan de intentie niet bepaald is' heeft, in vergelijking met de andere landen een groter aandeel 'verhangen' en 'vuurwapens' heeft en een lager aandeel 'opzettelijke intoxicaties', 'val van een hoogte' en 'verdrinkingen'. De verhouding zou in Nederland, met een klein aandeel SOI, net andersom moeten zijn. Duitsland heeft inderdaad het laagste aandeel 'verdrinkingen' voor beide geslachten. Het aandeel suïcides door een vuurwapen en 'sprong van' is echter niet in lijn met de hypothese.

We vinden dus geen evidentie dat de officiële verdeling van gebruikte suïcidemethodes in relatie staat met het aandeel van de SOI-categorie of met eventuele onderschatting.

Vermoedelijk zijn hier twee mechanismen aan het werk. De nationale 'suïdecultuur' (zie hoofdstuk 3) impliceert dat ieder land of regio een voorkeur heeft voor bepaalde suïcidemethodes. Indien een land gekenmerkt wordt door een groter aandeel suïcides door middel van zachte methodes, dan kan dit de registratieprocedure extra 'op de proef stellen', wat resulteert in een groter aandeel overlijdens waarvan de opzet niet te bepalen is. Een ander mechanisme is dat onderrapportering via SOI systematisch is en verschilt van land tot land. In dit geval zal dus, los van de suïcidemethode, onderrapportering sterker zijn in één land dan in een ander land.

## 3 Besluit

De betrouwbaarheid van suïdecijfers is sinds geruime tijd een punt van discussie. Zijn de nationale suïdecijfers geschikt om vergelijkende crossnationale analyses op uit te voeren of zijn deze data in die mate onderhevig aan vertekening dat ze zelf aan de basis liggen van nationale verschillen?

**1. Onderzoeksvraag: Zijn officiële suïdecijfers betrouwbaar? Kunnen vertekeningen en onbetrouwbaarheid van officiële suïdecijfers nationale verschillen (deels) verklaren?**

Ja, nationale suïdecijfers zijn voldoende betrouwbaar om onderling te vergelijken. Dit neemt echter niet weg dat officiële suïdecijfers een onderrapportering zijn van de realiteit en dat deze mate van onderrapportering niet in alle landen even sterk is.

Tallose factoren beïnvloeden de kwaliteit van de suïdecijfers. Ten eerste, is het niet steeds mogelijk om een suïcide als dusdanig te herkennen. Naast de doodsoorzaak moet men niet enkel nagaan of de verwondingen zelf zijn toegebracht maar ook of dit opzettelijk gebeurde. Binnen West-Europa zijn er opvallende verschillen tussen de coderings- en registratieprocedures. Zo verschillen de sterftecertificaten van land tot land. In het Verenigd Koninkrijk, Wales en Ierland zijn individuele sterftecertificaten openbaar; in Luxemburg is een afscheidsbrief noodzakelijk om een overlijden als suïcide te classificeren; in de meeste Angelsaksische landen zijn het lijkschouwers die bevoegd zijn om bij een verdacht overlijden het sterftecertificaat in te vullen, terwijl in Finland de politie en in België een arts bevoegd is; in Zwitserland wordt euthanasie als suïcide geclassificeerd, etc. Deze factoren hebben ontegensprekelijk een effect op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de suïdecijfers.

Naast deze verschillen, zijn er in West-Europa ook heel wat gelijkenissen op het vlak van cultuur, regelgeving, registratie- en coderingsprocedures. Sterftcijfers, en in het bijzonder suïdecijfers, zijn behoorlijk stabiel doorheen de tijd wat het aantal, de leeftijds- en geslachtsverdeling betreft.

Uit onderzoek naar de betrouwbaarheid van suïdecijfers en concurrerende doodsoorzaken blijkt dat suïdecijfers onderschat worden, dat de onderschatting niet in alle landen even sterk is en dat 'ongevallen', SOI- en, in mindere mate, SOO-cijfers een behoorlijk aandeel verdoken suïcides bevatten. Desondanks blijkt dat indien concurrerende categorieën in rekening worden gebracht, de rangorde van de nationale suïdecijfers, op enkele uitzonderingen na, behouden blijft. Vertekeningen kunnen slechts deels de verschillen tussen de landen verklaren.

Daarom wordt er vaak geargumenteed dat de suïdecijfers in West-Europa betrouwbaar en vergelijkbaar zijn maar dat men steeds rekening moet houden met concurrerende doodsoorzaken.

We hebben de vergelijk- en betrouwbaarheid van de suïdecijfers van Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland op drie manieren geanalyseerd:

1. vergelijking van registratie- en coderingsprocedures;
2. vergelijking van gebruik van concurrerende categorieën (SOI en SOO) en
3. vergelijking van gerapporteerde suïcidemethodes.

**2. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen met betrekking tot de registratie- en coderingsprocedures?**

Ja, er zijn verschillen op het vlak van registratie- en coderingsprocedures tussen Vlaanderen en de drie overige landen maar deze zijn eerder beperkt. Er is echter zeker ruimte voor en vraag naar een standaardisering van de registratie- en coderingsprocedures op Europees niveau (zie (Jouglà, Niyonsenga, Chappert, Johansson, & Pavillon, 2001) voor een overzicht van aanbevelingen).

Daarnaast stellen we eveneens heel wat parallellen vast tussen de verschillende procedures. In alle betrokken landen mogen enkel artsen een sterftecertificaat

invullen. Bij externe doodsoorzaken worden meestal bijkomende onderzoeken verricht. De instanties die instaan voor de codering van de sterftcertificaten, maken allen gebruik van de ICD-10 voor het classificeren van de doodsoorzaken. Bij twijfel of onduidelijkheid hebben deze instanties de mogelijkheid om bijkomende informatie in te winnen bij de attesterende arts of de bevoegde juridische instanties. In alle landen geldt een strenge wetgeving inzake vertrouwelijkheid en geheimhouding.

De mate waarin de verschillende procedures de suïcidecijfers vertekenen is echter zeer moeilijk te kwantificeren.

**3. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen betreffende het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO)?**

Ja, er zijn duidelijke verschillen in het gebruik van de SOI- en SOO-categorie. Duitsland maakt het meest gebruik van de SOI- categorie en Nederland het minst. Nederland maakt echter het meest gebruik van de SOO-categorie terwijl Vlaanderen het minst gebruik maakt van deze categorie.

**4. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland aanwijzingen dat de concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO) een noemenswaardige proportie vals negatieve suïcides bevatten?**

Ja, experts stellen dat de SOI-categorie een aanzienlijk aandeel vals negatieve suïcides bevat. Onderzoekers menen eveneens hetzelfde over de SOO-categorie. Experts uit Vlaanderen en Nederland die nauw betrokken zijn bij de codering van sterftcijfers spreken dit echter tegen.

Er is een sterke positieve relatie tussen de leeftijdsverdeling van SOI en suïcide. Deze relatie, zij het minder uitgesproken, vinden we eveneens terug tussen SOO en suïcide. De evolutie doorheen de tijd tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken is minder eenduidig. De relatie tussen SOI- /SOO- en suïcidecijfers is het sterkst in Duitsland.

De case over suïcides op het spoor illustreert dat Duitsland, naast het veelvuldig gebruik van de SOI-categorie en de sterkste correlatie tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken, suïcides het meest lijkt te onderschatten.

We hebben geen aanwijzingen dat de rangorde tussen de 4 landen zou veranderen maar wel dat de onderschatting van het suïcidecijfer in Duitsland het sterkst is.

**5. Onderzoeksvraag: Is er een relatie tussen de officiële verdeling van suïcidemethodes en de onderschatting van de suïcidecijfers.**

Neen, de data ondersteunen de stelling niet dat landen waar meer gebruik gemaakt wordt van de SOI – categorie, het aandeel harde suïcidemethodes groter en het aandeel zachte methodes kleiner is in vergelijking met landen die minder gebruik maken van de SOI - categorie.

**6. Onderzoeksvraag: Kunnen de verschillen tussen Vlaamse, Franse, Duitse en Nederlandse suïcidecijfers verklaard worden door vertekeningen in de suïcidecijfers?**

Ja maar in beperkte mate. Er zijn aanwijzingen dat de onderrapportering in Duitsland groter is dan in Vlaanderen, Frankrijk en Nederland. Met andere woorden, kan een deel van het verschil tussen enerzijds Duitsland en anderzijds Vlaanderen, Frankrijk en Nederland verklaard worden door vertekeningen in de suïcidecijfers, al zijn deze vertekeningen zeer moeilijk te kwantificeren?

**Duitsland** maakt het meest gebruik van de SOI-categorie, kent de sterkste correlaties tussen suïcidecijfers en concurrerende doodsoorzaken en onderschat suïcides op het spoor het sterkst. Dit doet ons besluiten dat de Duitse suïcidecijfers de sterkste onderrapportering kennen.

**Nederland** maakt het minst gebruik van de SOI-categorie maar het meest van de SOO-categorie. Het vermoeden dat dit wijst op een sterke onderrapportering wordt door de zwakke verbanden tussen SOO en suïcide niet bevestigd. Suïcides op het spoor lijken in Nederland het minst onderschat te worden.

**Frankrijk** maakt van de SOI-categorie minder maar van de SOO-categorie meer gebruik in vergelijking met Vlaanderen. Frankrijk vertoont geen relatie tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken doorheen de tijd.

**Vlaanderen** maakt de laatste jaren meer gebruik van de SOI-categorie en dit gaat gepaard met een opmerkelijke daling van de suïcidecijfers (bij mannen). Vlaanderen heeft de neiging om zo vaak mogelijk de doodsoorzaak te benoemen, wat resulteert in een relatief laag aandeel SOO. De casus met betrekking tot suïcides op het spoor suggereert dat de mate van onderrapportering beperkt is.

Onderschatting van suïcidecijfers lijkt de regel te zijn maar deze is niet overal even sterk. De mate van onderrapportering kan verschillen in suïcidecijfers tussen landen deels verklaren. Het is echter uiterst moeilijk om de mate van onderrapportering te kwantificeren. In het geval van de vier in dit onderzoek opgenomen landen, besluiten we dat Duitsland de suïcidecijfers het sterkst lijkt te onderschatten. We hebben geen evidentie gevonden dat de suïcidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk en Nederland niet vergelijkbaar zijn of dat de verschillen tussen deze landen geen reflectie zijn van de realiteit. We gaan er daarom van uit dat de rangorde tussen de landen een correcte weergave is van de realiteit.

Er is zeker nood aan een betere afstemming van de nationale registratie- en coderingsprocedures. Toch mogen we stellen dat de procedures heel wat gelijkenissen vertonen. Bovendien zijn de leeftijds- en geslachtsverdeling van de suïcidecijfers vrij

stabiël doorheen de tijd. Daarom stellen we dat suïdecijfers betrouwbaar en vergelijkbaar zijn. Het is echter aangewezen om steeds de SOI-cijfers in rekening te brengen omdat deze categorie een aanzienlijke proportie suïcides bevat.

#### 4 Referenties

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., Ring, M., & Hepp, U. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.

Andriessen, K. (2006). Do we need to be cautious in evaluating suicide statistics. *European Journal of Public Health*, 16, 445.

Belanger, F., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008a). *Results for part 1: Anamort questionnaire 2008* Institut de Veille Sanitaire - Saint Maurice.

Belanger, F., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008c). *Results for part 1: Annamort questionnaire 2008* Institut de Veille Sanitaire - Saint Maurice.

Belanger, F., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008b). *Results for part 2: Annamort questionnaire 2008* Institut de Veille Sanitaire - Saint Maurice.

Belanger, F., Ung, A. B., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008c). *Suicide-related deaths in an enlarged European Union* Institut de Veille Sanitaire - Saint-Maurice.

Chappert, J. L., Pequignot, F., & Pavillon, G. (2003). *Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide: Bias et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention*. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc INSERM).

Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13, 108-114.

Cloots, H. (23-3-2009). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Ref Type: Personal Communication

Das, C. & van de Wal, G. (2002). De rol van artsen bij overlijden en het beroepsgeheim in Nederland, België, Duitsland, Engeland en de VS. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 2044-2047.

De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Debbaut, K. (26-3-2009a). Cel Preventie spoor-suïcide - Infrabel. Ref Type: Personal Communication

Debbaut, K. (13-3-2009b). Cel Preventie spoor-suïcide - Infrabel. Ref Type: Personal Communication

Douglas, J. D. (1967). *The social meaning of suicide*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Götz, W. W. J. (2008). *Trendanalyse 2007. Trens in de veiligheid van het spoorwegsysteem in Nederland* Inspectie Verkeer en Waterstaat.

Graeff, P. & Mehlkop, G. (2007). When anomie becomes a reason for suicide: a new macro-sociological approach in the durkheimian theory. *European Sociological Review*, 0, 1-15.

Infrabel (2008). *Actieplan ter voorkoming van zelfdodingen op het spoor* Infrabel.

Inspectie Verkeer en Waterstaat. (26-3-2009). info@ivw.nl.  
Ref Type: Personal Communication

Jougla, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).

Jougla, E., Pequignot, F., Chappert, J. L., & Rossoloin, F. (2002). La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'Epidmiologie et de Santé Publique*, 50, 49-62.

Kardaun, J. (10-3-2009). Centraal Bureau voor Statistiek, medisch ambtenaar.  
Ref Type: Personal Communication

Kongs, A. (4-12-2008). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.  
Ref Type: Personal Communication

Kongs, A. (1-3-2009a). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.  
Ref Type: Personal Communication

Kongs, A. (20-7-2009b). Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.  
Ref Type: Personal Communication

Ladwig, K. H. (2008). Railway Suicide prevention in Germany.  
Ref Type: Slide

Linsley, K. R., Schapira, K., & Kelly, T. P. (2001). Open verdict v. suicide - importance to research. *British Journal of Psychiatry*, 178, 465-468.

Marusic, A., Roskar, S., & Zorko, M. (2003). Undetermined deaths: are they suicides? *Croatian Medical Journal*, 44, 550-552.

Meslé, F. & Vallin, J. (2007). Impact of ICD-10 implementation on the continuity of the cause of death statistics. The case of France. In *Population Association of America 2007 Annual Meeting Program* Institut National d'Études Démographiques (INED).

Moens, G. (1985). The reliability of reported suicide mortality statistics: an experience from Belgium. *International Journal of Epidemiology*, 14, 272-275.

Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.), *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.

O'Donnell, I. & farmer, A. (1995). The limitations of official suicide statistics. *British Journal of Psychiatry*, 166, 458-461.

Ohberg, A. & Lonnqvist, J. (1998). Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 98, 214-218.



Reseland, S., Le Noury, J., Aldred, G., & Healy, D. (2008). National suicide rates 1961-2003: further analysis of Nordic Data for Suicide, Autopsie and ill-defined death rates. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 78-82.

Sainsbury, P. & Jenkins, J. S. (1982). The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health* 36, 43-48.  
Ref Type: Journal (Full)

Schmidtke, A. & Weinacker, B. (1991). Covariations of suicide and undetermined deaths among elderly persons: a methodological study. *Crisis*, 12, 44-58.

Serruys, O. (2008). *Een vergelijkend onderzoek naar de opmaak van de Nederlandse en Vlaamse statistieken*. Licentiaat Criminologische Wetenschappen KULeuven.

UZLeuven Dienst Forensische pathologie (2009). Onderzoek van overlijdens in België. <http://www.uzleuven.be/node/1956> [On-line].

Van Brussel, A. (2007). *De huisarts en het ongewoon sterfgeval*. Licentiaat in de Crimonologische Wetenschappen KULeuven.

Värnik, A., Realo, A., Allik, J., & Hegerl, U. (2009). The relation between national culture and choice of suicide method. *submitted*.

Värnik, A., Sisask, M., Laido, Z., Meise, U., & Reynders, A. (2009). Suicide registration in eight European countries: analysis of procedures and practices. *submitted*.

Vlaamse Overheid. (2009). Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.  
Ref Type: Personal Communication

Walker, S., Chen, L., & Madden, R. (2008). Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 126-130.

Waterhouse, J. A. H., Muir, C. S., Corea, P., & Powel, J. (1976). *Cancer incidence in five continents*. (vols. 3) Lyon: IARC.

World Health Organization Regional Office for Europe (2009). European Detailed Mortality Database. <http://data.euro.who.int/dmdb/> [On-line].



## HOOFDSTUK 3

### Een nationale suïdecultuur: attitudes, suïdepogingen en suïdemethodes

*In dit hoofdstuk gaan we na in welke mate we kunnen spreken van een suïdecultuur. Een suïdecultuur, die los van andere structurele factoren of factoren met betrekking tot de geestelijke gezondheid(szorg), bepalend is voor de verschillen tussen suïdecijfers van Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland. De indicatoren voor een mogelijke suïdecultuur die we nader zullen onderzoeken zijn attitudes ten aanzien van suïcide, de incidentie van suïcidale gedachten en gedrag en de voorkeur voor suïdemethodes. We gaan na hoe deze factoren een invloed uitoefenen op de suïdecijfers en hoe ze de verschillen tussen de landen kunnen verklaren.*

#### 1 Inleiding

Kunnen we spreken van natuurlijke of culturele suïdecijfers? Is suïcide en de incidentie ervan typerend voor een regio of land, los van structurele factoren zoals aantal echtscheidingen, welvaart, etc. (zie hoofdstuk 5)? Indien dit het geval is, dan zou ieder land, ook wanneer structurele risicofactoren afwezig zijn, nog steeds een minimaal aantal suïcides tellen en zou de incidentie voor ieder land anders zijn (Yang & Lester, 2009). Dit impliceert een genetische en/of een cultureel bepaalde kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag op populatieniveau.

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat er een relatie is tussen genetische en biologische eigenschappen en suïcide op micro- en macroniveau (Marusic & McGiffin, 2005; Marusic, Petrovic, & Zorko, 2008; Van Heeringen, 2005; Van Heeringen, 2007; Marusic & farmer, 2001; Kondrichin, 1995). In het kader van dit rapport gaan we echter niet dieper in op deze relatief nieuwe en veelbelovende benadering.

De aandacht in dit hoofdstuk gaat naar culturele factoren die direct verbonden zijn met suïcide. Belangrijker dan het probleem op zich, is de manier waarop het individu een probleem interpreteert en hoe hij ermee omgaat (Mäkinen, 1997). Net zoals een culturele context invloed heeft op onze perceptie en dagelijks handelen, kan cultuur ook invloed uitoefenen op de wijze waarop we reageren op stress en psychologische crisissituaties. Cultuur<sup>24</sup> beïnvloedt en beperkt het aantal alternatieven om tot probleemoplossend gedrag, zoals suïcide, te komen (Bille-Brahe, 2000). Een maatschappelijke houding die tolerant is ten aanzien van suïcide, kan voor haar leden

---

<sup>24</sup> De opdeling structuur / cultuur dient hier enkel een analytisch doel. In de praktijk kunnen cultuur en structuur niet los van elkaar gezien worden (Bille-Brahe, 2000).

de drempel verlagen om suïcidaal gedrag te stellen (Marusic et al., 2008). Cultuur, attitudes, normen etc. kunnen mensen aanzetten om in crisissituaties sneller suïcidaal gedrag te stellen en bepalen tot op zekere hoogte welke methodes ze hiertoe hanteren. Bovendien kan men veronderstellen dat, hoe frequenter een bepaald gedrag gesteld wordt, hoe sneller het zich via 'social learning' verspreidt en hoe meer dit gedrag de norm wordt.

Concreet focussen we in dit hoofdstuk op attitudes ten aanzien van suïcide, de prevalentie van suïcidale ideatie, de incidentie van suïcidepogingen en de voorkeur voor suïcidemethodes. Voor al deze factoren is er evidentie dat ze het risico op overlijden door suïcide aanzienlijk verhogen en dat ze regionaal sterk kunnen variëren. Bovendien worden ze beschouwd als indicatoren voor een 'suïdecultuur'.

We zullen nagaan hoe deze factoren geassocieerd zijn met een 'suïdecultuur' en wat de implicaties kunnen zijn voor de nationale suïdecijfers. Vervolgens gaan we na of we evidentie vinden voor verschillen in suïdecultuur tussen Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland en of deze verschillen een verklaring kunnen bieden voor de verschillen in suïdecijfers.

## 2 Cultuur en suïcide

Het idee dat bevolkingsgroepen gekenmerkt worden door collectieve mentale eigenschappen kent een zeer lange traditie. Het is deze collectieve programmering van de geest die de leden van één groep onderscheidt van een andere groep, wat we hier cultuur noemen (Hofstede, 2001). Cultuur bepaalt mede hoe leden van de gemeenschap situaties percipiëren en hoe ze ermee omgaan. Verschillende vooraanstaande onderzoekers hebben de cultuureigenschappen van landen gemeten en zijn erin geslaagd om landen te plaatsen op verschillende waardedimensies. Hofstede omschreef landen op basis van individualisme, acceptatie van machtsverhoudingen, geslachtsroldifferentiatie en tolerantie ten aanzien van onzekerheid (Hofstede, 1984; Hofstede, 2009). Inglehart en Welzel rangschikten alle landen op basis van de World Value Surveys binnen twee dimensies. Een eerste dimensie is de mate van religiositeit en de tweede betreft de mate waarin economische en fysieke zekerheden reeds gegarandeerd zijn en de aandacht verschuift naar subjectieve tevredenheid en expressie (Inglehart & Welzel, 2009). Bandura interpreteerde 'self-efficacy'<sup>25</sup> als een collectief gegeven binnen een culturele context (Bandura, 2002). Landen worden eveneens onderscheiden op basis van Rotters locus of control<sup>26</sup> (Smith, Trompenaars, & Dugan, 1995) of op basis van hun

---

<sup>25</sup> 'Self-efficacy' verwijst naar de mate waarin iemand overtuigd is dat hij in staat is om iets te realiseren binnen een gegeven situatie.

<sup>26</sup> 'Locus of control' is de mate waarin iemand de oorzaken van wat hem overkomt bij zichzelf of juist buiten zichzelf zoekt.

'persoonlijkheid' gebruikmakend van de 'Big Five' persoonlijkheidskenmerken<sup>27</sup> (Hofstede & McCrae, 2004; McCrea & Terracciano, 2005).

Onderzoek toonde eveneens aan dat deze cultuureigenschappen correleren met andere nationale karakteristieken zoals suïdecijfers. Zo werd onder meer een verband gevonden tussen suïdecijfers en de cultuurdimensies van Hofstede (Rudmin, Ferrada-Noli, & Skolbekken, 2003), met de Big Five (Lynn & Terence, 1994) en met Locus of Control-scores (Boor, 1975; Boor, 1976; Lester, Castromayor, & Içli, 1991).

Naast de associatie tussen algemene cultuur en suïcide zijn er aanwijzingen dat er ook sprake is van een nationale suïdecultuur. Landen die socio-economisch zeer sterk op elkaar gelijk zijn, kunnen toch opmerkelijk verschillende suïdecijfers hebben. Voorbeelden hiervan zijn Vlaanderen (14,7/100.000 inw.) en Nederland (8,7), Finland (19,0) en Zweden (12,0) of Hongarije (23,2) en Slovakije (11,9), waarbij het eerste land een suïdecijfer heeft dat respectievelijk 70, 60 en 95% hoger is dan dat van het buurland.

Attitudes ten aanzien van suïcide (Cutright & Fernquist, 2001), suïdemethodes (Värnik, Realo, Allik, & Hegerl, 2009) en suïdepogingen / suïdale gedachten worden, naast uiteraard suïcide zelf, gezien als uitingen van deze 'suïdecultuur'.

## **2.1 Attitudes ten aanzien van suïcide**

Op een individueel niveau kunnen we stellen dat iemand met positieve attitudes ten aanzien van een bepaald gedrag, vaker naar deze attitudes zal handelen (Ajzen & Fishbein, 2000). Men kan dus verwachten dat positieve attitudes ten aanzien van suïcide, het risico op suïcidaal gedrag verhogen (Gibb, Andover, & Beach, 2006). Onderzoek heeft aangetoond dat er een duidelijk verband is tussen enerzijds een tolerante attitude ten aanzien van suïcide en anderzijds suïdale gedachten en suïcidaal gedrag (Colucci & Martin, 2007; Joe, Romer, & Jamieson, 2007; Kocmur & Dernovsek, 2003; O'connor & Armitage, 2003; O'connor, Armitage, & Gray, 2006). Deze relatie tussen attitude en suïcide is wederkerig. Enerzijds blijkt dat mensen die reeds eerder suïcidaal gedrag gesteld hebben, eveneens vaker tolerante attitudes hebben ten aanzien van suïcide. Anderzijds werd bij depressieve mannen aangetoond dat de kans op suïcidaal gedrag verhoogt indien zij een positieve attitude ten aanzien van suïcide hebben (Gibb et al., 2006). Met andere woorden, de causaliteit tussen gedrag en attitude loopt in het geval van suïcide in twee richtingen.

Op populatieniveau is er eveneens evidentie dat er een relatie bestaat tussen attitudes ten aanzien van suïcide en suïdecijfers. De inwoners van landen met hogere suïdecijfers hebben vaker tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide dan landen met lagere suïdecijfers (Stack & Kposowa, 2008). Ook op dit niveau nemen we een wederzijdse relatie tussen attitude en gedrag waar. Het hoge aantal suïcides in een gemeenschap heeft als gevolg dat steeds meer mensen nabestaande worden, dicht betrokken zijn of op de hoogte zijn van de gebeurtenissen. Dit leidt tot tolerantere

---

<sup>27</sup> De 5 dimensies zijn: 'openheid voor ervaringen'; 'extraversie'; 'meegaandheid' vs. 'wantrouwen'; 'neurotisme' vs. 'emotionele stabiliteit' en 'zorgvuldigheid'.

attitudes. Via sociale interactie worden attitudes overgenomen en gedragingen aangeleerd of geïmiteerd. Hoe toleranter de attitude, hoe vaker suïcidaal gedrag voorkomt. Hoe vaker suïcidaal gedrag voorkomt, hoe opener de attitude ten aanzien van dit gedrag. Dit mechanisme houdt zichzelf in stand. Dit is in lijn met de concepten 'social learning' op het individuele niveau en 'differential social organisation' op het macroniveau. Toegepast op suïcidaal gedrag verwijst dit laatste concept naar het mechanisme waarbij bepaalde regio's of gemeenschappen suïcidaal gedrag faciliteren omdat ze tolerante, drempelverlagende waarden en normen met betrekking tot suicide verspreiden. Daarnaast worden deze regio's gekenmerkt door talrijke rolmodellen waarvan het gedrag door anderen geïmiteerd wordt (Baller, Shin, & Richardson, 2005; Batton & Ogle, 2007). Het principe van sociaal leren kan leiden tot 'contagion' of 'besmetting'. Hierin spelen de media een uitermate belangrijke rol en dragen ze een grote verantwoordelijkheid in het rapporteren over suicide (Stack, 2003).

Waarden, gedragingen en imitatie verspreiden zich makkelijker binnen groepen die homogeen zijn en waarbij de leden zich met elkaar kunnen identificeren. Dit principe heet 'gedifferentieerde identificatie' (Baller et al., 2005) en biedt een verklaring waarom suïcidecijfers aan de andere kant van een lands- of taalgrens zo sterk kunnen verschillen.

Het proces van sociaal leren zorgt, naast de verspreiding van attitudes en het overnemen van het suïcidaal gedrag, dat er een verhoogd risico ontstaat op rationalisering van suïcidaal gedrag (Stack et al., 2008). Iedere suïcide kent zijn combinatie van antecedenten. Iedere suïcide levert nieuwe combinaties van oorzaken die voor anderen herkenbaar zijn. Sommigen stellen suïcidaal gedrag voornamelijk wegens een psychiatrische stoornis of fysieke aandoeningen, anderen wegens financiële of relationele problemen, nog anderen wijzen eenzaamheid of pesterijen aan als oorzaak, etc. Dit betekent dat steeds meer mensen zich kunnen identificeren met de suïcidale persoon en in suicide een oplossing voor hun problemen gaan zien. Bovendien zijn leden van een gemeenschap die tolerant staat tegenover suicide, minder gemotiveerd om anderen te verhinderen om suicide te plegen (Stack et al., 2008; Bille-Brahe, 2000).

Deze bevindingen, met name het negatieve effect van open attitudes op suïcidaal gedrag, lijken niet te verzoenen met de aanbevelingen van suïcidepreventiewerkers die een open benadering van suicide promoten. Suicide moet openlijk bespreekbaar gemaakt worden zodat het taboe doorbroken wordt. Enkel zo kunnen stigma en vooroordelen de kop worden ingedrukt en kan de omgeving, door een beter begrip van het probleem, beschermend optreden. Een begripvolle houding ten aanzien van suicide binnen een samenleving zorgt er vervolgens voor dat suïcidale personen sneller naar buiten durven treden met hun problemen en hulp durven vragen. Het is uiteraard belangrijk dat het doorbreken van het taboe zijn doel niet voorbij schiet en zodoende leidt tot een normalisering van suicide als een copingstrategie voor emotionele en psychologische problemen.

In een reeks onderzoeken bij Zweedse en Turkse jongeren kwam Eskin tot resultaten die bovenstaande dualiteit illustreren (Eskin, 1999; Eskin, 2003). Suïcidecijfers onder Zweedse jongeren zijn hoger dan onder Turkse jongeren. Het aantal suïcidepogingen

kwam, afhankelijk van het onderzoek, frequenter voor bij Zweedse jongeren of er was geen significant verschil. Ook de prevalentie van suïcidale ideatie varieerde van onderzoek tot onderzoek en kwam of even vaak of vaker voor bij Turkse jongeren. De vraag die zich stelde was dan ook waarom suïdepogingen en suïcide ideatie in beide groepen bij benadering even vaak voorkwamen, maar Zweedse jongeren toch vaker overleden aan suïcide. Zweedse jongeren hadden een meer aanvaardende houding ten aanzien van suïcide. Turkse jongeren waren echter meer emotioneel betrokken en namen meer verantwoordelijkheid op in relatie met suïcidale peers. Bovendien stonden Turkse jongeren meer open ten aanzien van het uiten van suïcidale gedachten dan Zweedse jongeren (Eskin, 1999). In een recenter onderzoek bleken Turkse jongeren een uiting van suïcidale gedachten vaker te interpreteren als een 'hulpkreet' en waren ze sneller geneigd om hun suïcidale gedachten te uiten dan Zweedse jongeren (Eskin, 2003). De Turkse attitude droeg bij tot meer sociale steun dan de Zweedse.

Attitudes ten aanzien van suïcide bestaan dan ook uit verschillende dimensies (zoals rechtvaardiging, onbegrip, voorkombaar, etc.) en verschillen van land tot land (Hjelmeland & Knizek, 2004; Renberg & Jacobsson, 2003; Renberg, Hjelmeland, & Kuposov, 2008). Een open en tolerante houding op zich kan dus drempelverlagend zijn voor suïcidaal gedrag en dient dus best gecontroleerd (Stack et al., 2008) en aangevuld te worden door een begripvolle en ondersteunende houding die sociale steun stimuleert en suïcidale personen aanmoedigt om hulp te zoeken.

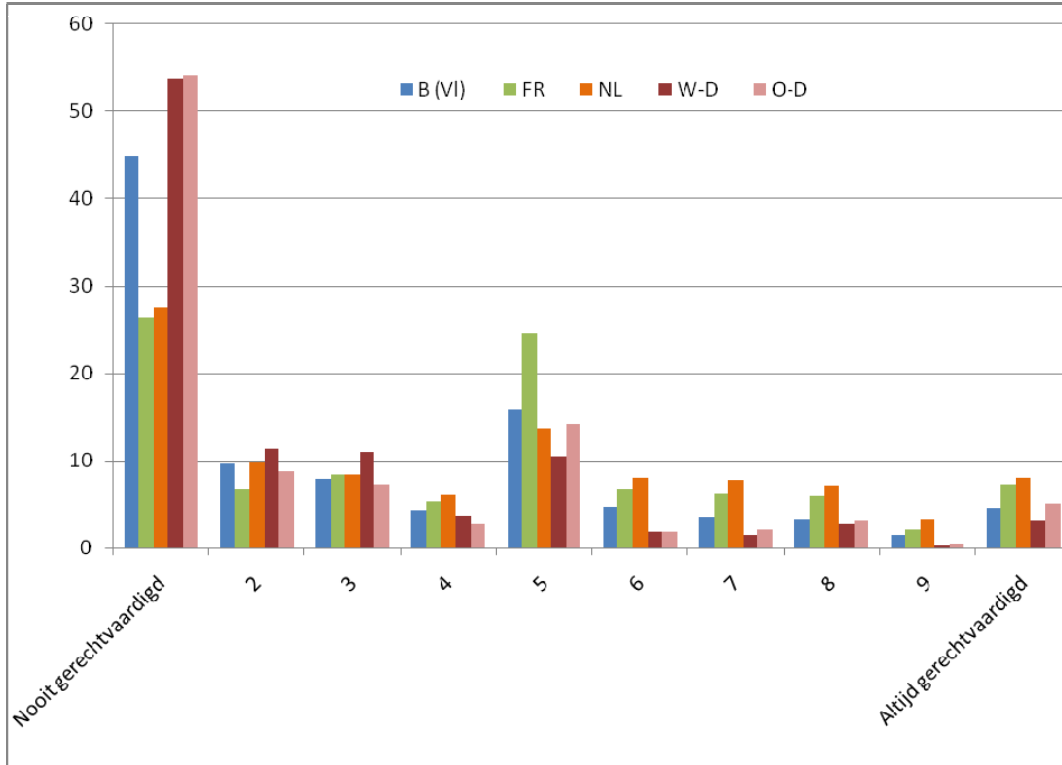
***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?***

### 2.1.1 Methode en bronnen

Data met betrekking tot attitudes ten aanzien van suïcide voor Vlaanderen en de drie in dit onderzoek opgenomen landen zijn beperkt. Op de vraag of landen verschillen op het vlak van attitudes ten aanzien van suïcide, maken we gebruik van een item uit de European Value Studies (1999). Het item vraagt of suïcide altijd, nooit of 'tussenbeide' te rechtvaardigen is. De data hebben betrekking op België, Frankrijk, Oost- en West-Duitsland en Nederland.

### 2.1.2 Resultaten

In Grafiek 26 zien we de responsverdeling voor de vraag in welke mate suïcide gerechtvaardigd is. We merken dat Vlaanderen en Duitsland suïcide vaker niet gerechtvaardigd vinden, terwijl Frankrijk en Nederland de meest accepterende houding hebben.



Grafiek 26. *Mate van rechtvaardiging van suïcide in België, Frankrijk, Nederland, West- en Oost-Duitsland (European Value Survey, 1999)*

### 2.1.3 Discussie

Een tolerante attitude ten aanzien van suïcide wordt verondersteld drempelverlagend te zijn voor suïcidaal gedrag. Landen met een tolerante houding worden dus geassocieerd met hogere suïdecijfers. Een attitude die begrip en ondersteuning met zich meebrengt en die de suïcidale persoon uitnodigt om hulp te zoeken, heeft een beschermende functie. De vraag of suïcide gerechtvaardigd is, peilt vooral naar tolerantie. Het is echter niet af te leiden in welke mate rechtvaardiging ook ondersteuning impliceert. De interpretatie van de resultaten is dan ook zeer moeilijk. Zowel Frankrijk als Nederland heeft een tolerante houding en zowel België als Duitsland heeft een eerder afkeurende houding. Er is geen verband tussen deze indicator en suïdecijfers voor de vier in dit onderzoek opgenomen landen. Meer onderzoek naar de relatie tussen attitudes en suïcide is nodig om de relatie tussen beide beter te begrijpen.

## 2.2 Suïcidale ideatie en niet-fataal zelfverwondend gedrag

Aan een suïcide gaat een proces vooraf bestaande uit suïcidegedachten en -wensen en vaak één of meerdere suïcidepogingen (Retterstol, 1993). Dit proces kan zeer kort duren, zoals dit het geval kan zijn bij impulsieve suïcides (meestal bij jongeren), maar kan eveneens decennia aanslepen. Aan een suïcide gaan dus vaak suïcidepoging(en)



en –gedachten vooraf. Hoewel iemand met suïdegedachten en iemand die reeds een suïdepoging gedaan heeft aanzienlijk meer kans heeft te overlijden door suïde, overlijden de meeste mensen met een suïdaal verleden niet door suïde. Bovendien toonde onderzoek in Finland aan dat 62% van de mannen en 38% van de vrouwen overleden bij hun eerste poging (Isometsa & Lonnqvist, 1998). Dit doet ons de vraag stellen of suïdale gedachten en gedragingen steeds deel uitmaken van ditzelfde suïdale proces.

Epidemiologisch is de evidentie voor een eenduidig suïdaal proces zeker niet sluitend. Naast het gegeven dat suïdale personen met een ondraaglijke (emotionele) pijn zitten en hulp behoeven, lijkt het er eveneens op dat suïdale daden weliswaar als doel hebben een verandering te bewerkstelligen maar dat het middel hiertoe niet steeds de dood is. Suïdaal gedrag kan een lage doodsintentie hebben, kan habitueel van aard zijn en verschillende betekenissen hebben zoals wraak, hulpkreet, rust, etc. Dat suïdale gedragingen een andere betekenis kunnen hebben en van een andere orde kunnen zijn dan een suïde, wordt eveneens gesuggereerd door de verschillende demografische eigenschappen. Zo stellen jongeren en vrouwen vaker niet dodelijk suïdaal gedrag, terwijl volwassenen en mannen vaker overlijden door een suïde. Een suïdepoging is een uitermate belangrijke risicofactor voor suïde, maar dit neemt niet weg dat er aanwijzingen zijn dat het hier vaak om twee verschillende processen gaat (van Hemert & de Kruif, 2009; Welch, 2001).

Kunnen we dan algemeen stellen dat de prevalentie van suïdale gedachten en daden logische fases zijn van het suïdaal proces, dat ze in verhouding staan met de regionale en nationale suïdecijfers en dat ze dus een indicator zijn van een 'suïdecultuur'? In een onderzoek in negen wereldwijd verspreide landen stelde men vast dat er een enorme variatie was in suïdale ideatie maar dat deze variatie veel minder sterk was bij suïdepogingen (Weissman, Bland, Canino, & Greenwald, 1999). Een andere studie (WHO SUPRE-MISS community survey) waar data verzameld werden uit regio's in acht landen en vier continenten, concludeert dat de transitie van suïdegedachten naar -plannen naar suïdepoging niet continu en geleidelijk verloopt zoals gesuggereerd wordt door het suïdaal proces (Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Bolhari, 2005). In de studie Outcome of Depression International Network (ODIN) (Casey et al., 2008) vond men een sterke variatie in de prevalentie van suïdale ideatie, maar een matige variatie wanneer enkel ernstige ideatie in rekening gebracht werd. De studie vond geen evidentie voor de stelling dat er een geleidelijke overgang is van depressie naar suïdale ideatie of van ernstige ideatie naar suïde. De WHO/EURO Multicentre Study of Parasuicide (Hawton et al., 1998) vond een positieve relatie tussen suïdepogingen bij jongeren op regionaal niveau en suïdecijfers op regionaal en nationaal niveau, maar deze was enkel significant voor mannen. Zij concluderen dat de prevalentie van suïdepogingen een goede voorspeller is voor incidentie van suïde. In de studie Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) kwam men tot gelijkaardige conclusies (Madge, Hewitt, Hawton, & De Wilde, 2008).

Het verloop van en het verband tussen de verschillende fases van het suïdaal proces zijn vrij duidelijk bij personen die overleden zijn aan een suïde. Hoewel iedere fase in

dit proces bijkomende risico's voor suicide met zich meebrengt en deze fases met elkaar geassocieerd zijn, tekent de transitie tussen de verschillende fases zich minder duidelijk af op macroniveau. Toch lijkt het erop dat zeker bij mannen, die minder suicidepogingen ondernemen dan vrouwen, er een verband is tussen de incidentie van suïcidaal gedrag en suïcidecijfers.

***Onderzoeksvraag: Worden landen/regio's met hogere suïcidecijfers gekenmerkt door een hogere incidentie van suïcidaal gedrag en een hogere prevalentie van suïcidale gedachten in vergelijking met landen/regio's met lagere suïcidecijfers?***

### 2.2.1 Methode en bronnen

Nationale cijfers met betrekking tot suicidepogingen en suïcidale ideatie moeten steeds met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Gegevens worden verzameld via registratie in ziekenhuizen (bv. WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour) of door huisartsen (bv. Nationaal Sentinel HuisartsenNetwerk), waardoor enkel die personen die medische zorgen gezocht hebben geregistreerd worden. In het geval van de WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour, betreft het ook data die verzameld werden binnen één of twee regio's die vaak niet representatief zijn voor het hele land. Een andere mogelijkheid om gegevens te verzamelen is het afnemen van een interview, waarbij de respondent gevraagd wordt naar eerdere suïcidale gedachten en gedragingen (bv. ESEMED en Gezondheidsenquêtes).

Omdat de gegevens met betrekking tot suïcidaal gedrag en suïcidale gedachten moeilijk interpreteerbaar zijn, maken we gebruik van verschillende bronnen:

- WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour (Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo, & Kerkhof, 2004). Dit grootschalig onderzoek had als doel om op een betrouwbare en vergelijkbare wijze suïcidaal gedrag te registreren binnen Europa. In 1995 namen 20 centra uit 16 Europese landen plus Turkije en Israël deel aan dit Project. De gegevens werden voornamelijk verzameld via de spoedopnamedienst van ziekenhuizen die informatie bijhielden van patiënten die een suicidepoging ondernomen hadden. De data in dit deel zijn afkomstig van Gent (België, 1998), Rennes (Frankrijk, 1998), Leiden (Nederland, 1992) en Wurzburg (Duitsland, 1999).
- Het Nationaal Sentinel HuisartsenNetwerk bestaat uit een representatief aantal huisartsen. Zij verzamelen informatie over suïcidaal gedrag van hun patiënten. Data werden verzameld voor België (2000-'01) (Bossuyt & Van Casteren, 2007), Frankrijk (2001) (Le Pont et al., 2004) en Nederland (2001-'03) (Marquet, Bartelds, Kerkhof, Schellevis, & van der Zee, 2005).
- The European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) is een cross-sectioneel interview bij 21.425 volwassenen in 6 landen. Naast mentale stoornissen, hulpzoekend gedrag, etc. werd ook gepeild naar suïcidale gedachten en gedrag (Bernal et al., 2007). Data zijn beschikbaar voor België, Frankrijk, Duitsland en Nederland.

- Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. Via vragenlijsten werden 30.000 jongeren (voornamelijk tussen de 15 en 16 jaar oud) in 7 Europese landen gevraagd naar zelfverwondend gedrag en copingstijlen (Madge et al., 2008).
- Gezondheidsenquête door interview België, 2004. Dit populatieonderzoek bevroegt 10.000 Belgen naar hun gezondheidstoestand, leefstijl, medische consumptie, etc. (Madge et al., 2008; Bayingana et al., 2006). De data werden opgesplitst naar provincie, waardoor ze vergelijkbaar zijn met de provinciale suïdecijfers.

## 2.2.2 Resultaten

In Tabel 9 zien we de incidentie van suïdepogingen volgens WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour en het Nationaal Sentinel HuisartsenNetwerk. De verhoudingen tussen de vier landen met betrekking tot de prevalentie van suïcidaal gedrag is gelijkaardig aan die voor de suïdecijfers. Frankrijk en België hebben een opmerkelijk hogere prevalentie dan Duitsland en Nederland.

		België (VI.)	Frankrijk	Duitsland	Nederland
<i>WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour</i>	Man	219	258	-	90
	Vrouw	308	488	-	116
	totaal	-	-	121	-
<i>Nationaal Sentinel HuisartsenNetwerk</i>	Man	71	-	-	-
	Vrouw	141	-	-	-
	totaal	-	105	-	27

Tabel 9 Incidentie van suïdepogingen uitgedrukt per 100.000 inwoners

Volgens de ESEMeD-studie (Tabel 10) hebben Franse respondenten, met 3,4%, de hoogste prevalentie van suïdepogingen (zie tabel hierboven) terwijl Duitse respondenten de laagste incidentie hebben. Nederlandse en Belgische respondenten rapporteren eenzelfde incidentie. De Case-study, die enkel jongeren als doelgroep heeft, concludeerde dat zelfverwondend gedrag bijna 3 keer meer voorkwam bij Vlaamse dan bij Nederlandse jongeren.

		België (VI.)	Frankrijk	Duitsland	Nederland
<i>ESEMeD</i>	totaal	2,5	3,4	1,7	2,3
<i>CASE-Study (VI)</i>	Man	6,5	-	-	2,4
	Vrouw	15,3	-	-	5,7

Tabel 10. Percentage van de respondenten die ooit een suïdepoging ondernomen (ESEMeD) of zelfverwondend gedrag (CASE-studie) gesteld hebben.

De verhoudingen voor suïcidale ideatie volgens de ESEMeD-studie zijn anders dan men zou verwachten (zie Tabel 11). Frankrijk had de hoogste (12.4%) prevalentie. België (8,2%) en Nederland (8,4%) hadden de laagste prevalentie. De Casestudy

resulteerde in een hogere prevalentie van gedachten aan zelfverwondend gedrag bij Nederlandse jongens (4,6%) in vergelijking met Vlaamse jongens (1,7%). Bij meisjes is het andersom en is de prevalentie bij Vlaamse meisjes (21%) hoger dan bij Nederlandse meisjes (11%).

		België (VI.)	Frankrijk	Duitsland	Nederland
<i>ESEMeD</i>	totaal	8,4	12,4	9.8	8.2
<i>CASE-Study(VI)</i>	Man	1,7	-	-	4,6
	Vrouw	20,9	-	-	10,9

Tabel 11. *Percentage van de respondenten die ooit suïcidegedachten (ESEMeD) of gedachten aan zelfverwondend gedrag (CASE-studie) hebben gehad.*

**Uit onderzoek van de Eenheid van Zelfmoordonderzoek (Van Rijsselberghe, Van Autreve, Portzky, & Van Heeringen, 2008)** blijken er in West- (UZ Gent: 271/100.000inw.) en Oost-Vlaamse ziekenhuizen (AZ St-Jan, Brugge: 331) meer gevallen van suïcidaal gedrag via spoed binnen te komen dan in Limburgse ziekenhuizen (AZ Oost-Limburg, Genk: 76; Virga Jesse, Hasselt: 96; Maas en Kempen, Maaseik: 124). Deze verdeling is in lijn met de suïcidedcijfers waaruit blijkt dat de incidentie in West- en Oost-Vlaanderen hoger is dan in Limburg. Op basis van onderstaande tabel kunnen we echter geen verband vinden tussen de rangschikking van enerzijds suïcidedcijfers en anderzijds data bekomen via de gezondheidsenquête suïcidepogingen en suïcidale ideatie.

Provincie	Suïcide /100.000 inw	Suïcidepoging		Suïcidale ideatie	
		%	Rangorde	%	Rangorde
<b>Namen</b>	28,1	5,5	5	12,3	6
<b>Luik</b>	22,1	6,1	2	14,5	4
<b>Henegouwen</b>	20,5	6,4	1	17,5	1
<b>Oost-Vlaanderen</b>	20,5	2,1	9	9,7	8
<b>West-Vlaanderen</b>	20,3	1,6	10	8,1	11
<b>Brussels Gewest*</b>	18,1	5,6	4	16,6	3
<b>Antwerpen</b>	16,3	3,1	7	12,1	7
<b>Vlaams-Brabant</b>	15,7	1,7	11	8,8	9
<b>Limburg</b>	15,1	2,6	8	8,7	10
<b>Luxemburg</b>	14,9	6,0	3	16,9	2
<b>Waals-Brabant</b>	14,0	3,4	6	14,2	5

Tabel 12. *Suïcidedcijfers/100.000 inw. per provincie en percentage van de respondenten die ooit een suïcidepoging of suïcidale gedachten hebben gehad, 2004.*

- *Suïcidedcijfers Vlaanderen (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2004)*
- *Suïcidedcijfers Brussel (Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2008)*
- *Suïcidedcijfers Wallonië (Belgische Senaat, 2008)*
- *Suïcidepoging en – gedachten (Bayingana et al., 2006)*

### 2.2.3 Discussie

Een persoon die overlijdt aan suïcide doorloopt in de meeste gevallen een suïcidaal proces. Niet iedereen echter die in een eerste fase van dit proces zit, zal uiteindelijk overlijden aan suïcide of een poging ondernemen. Dit betekent enerzijds dat het suïcidaal proces omkeerbaar is en dat preventie dus mogelijk is. Anderzijds doet dit vermoeden dat suïcidale gedachten en gedrag niet steeds deel uit maken van het suïcidale proces. De achterliggende motieven, oorzaken en doodsintentie van suïcidale gedachten en gedrag kunnen erg verschillen. Populatiestudies vonden geen of een beperkt verband tussen prevalentie van enerzijds suïcidegedachten en niet-dodelijk zelfverwondend gedrag en anderzijds suïdecijfers. Deze resultaten suggereren dat gedachten, pogingen en suïcides niet altijd onderdelen zijn van eenzelfde suïcidaal proces.

Kijken we naar Vlaanderen en de 3 buurlanden, dan blijken de data van WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour en het Nationaal Sentinel HuisartsenNetwerk in lijn te zijn met de verwachtingen. Landen met hoge suïdecijfers, hebben eveneens een hogere prevalentie van suïcidaal gedrag. De resultaten van de ESEMeD weerspiegelen deze transitie minder duidelijk. Frankrijk heeft een hogere prevalentie van suïcidale gedachten en eerdere pogingen, maar de verwachte verschillen tussen België en Nederland zijn er niet. De Casestudy vond dat Vlaamse jongeren meer zelfverwondend gedrag stelden maar enkel de Vlaamse meisjes dachten er vaker aan. De suïcidale gedachten en gedragingen volgens de gezondheidsenquête tonen geen verband aan met de provinciale suïdecijfers.

De verklaring voor deze verschillende resultaten ligt deels in de gebruikte onderzoeksmethode. De onderzoeken die gebruik maken van zelfrapportering (ESEMeD en CASE-studie, gezondheidsenquête), resulteren vaak in een hogere prevalentie en het verband met de suïdecijfers is minder sterk. Zelfrapportage resulteert in hoge prevalenties omdat alle pogingen en ideaties, los van de ernst, verzameld worden. Er zit bijgevolg ook een aanzienlijke proportie gedragingen en gedachten in deze statistieken waarvan de doodswens zeer gering is. De andere onderzoeken (WHO/EURO Multicentre Study en Sentinel, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek) maken gebruik van registratie door ziekenhuizen en artsen. Deze laatste groep bestaat hoogstwaarschijnlijk uit gemiddelde ernstigere pogingen aangezien ze medische zorgen behoeven. Hierdoor kunnen we er vanuit gaan ervan uitgaan dat de doodswens sterker is en dat deze handelingen sterker verbonden zijn met het suïcidaal proces. De prevalentie is lager omdat enkel die pogingen in de statistieken opgenomen worden waarvoor medische zorg gezocht werd.

Van de suïcidegedachten en -gedragingen met een beperkte doodsintentie kunnen we veronderstellen dat ze niet eenduidig deel uit maken van het suïcidaal proces. Dit verklaart onder meer waarom Nederlandse jongens vaker aan zelfverwondend gedrag denken maar het minder vaak doen in vergelijking met hun Vlaamse peers. Dit wil niet zeggen dat Nederlandse jongens minder emotionele of psychologische pijn ervaren, maar mogelijk wel dat ze er andere copingstijlen op na houden.

## 2.3 Verdeling suïcidemethodes

De keuze voor een bepaalde methode zegt veel over de suïcidale persoon en zijn motieven. Bij suïcidepogingen met een lage doodsintentie wordt veelal gebruik gemaakt van zachte of beheersbare methodes zoals medicatie of snijden (Michel, Ballinari, Bille-Brahe, Bjerke, & Crepet, 2000). Bij impulsief suïcidaal gedrag valt men sneller terug op onmiddellijk beschikbare methoden zoals een vuurwapen of intoxicatie. Psychiatrische aandoeningen zijn minder dan gemiddeld aanwezig bij suïcides door middel van een vuurwapen. Methodes die minder maatschappelijk aanvaard zijn en waarvoor men bepaalde obstakels moet trotseren, zoals bijvoorbeeld suïcides op het spoor, gebeuren vaker door mensen met psychiatrische aandoeningen (Ajdacic-Gross, Weiss, Ring, & Hepp, 2008). Mannen zijn vaker geneigd om harde methodes te gebruiken, terwijl vrouwen veelal zachtere methodes gebruiken. Sommige onderzoekers stellen dat dit komt omdat mannen, wanneer ze suïcidaal gedrag stellen, een sterkere doodsintentie hebben dan vrouwen. Anderen stellen dat een niet-dodelijke suïcidepoging sociaal niet binnen het mannelijke rollenpatroon valt, terwijl vrouwen gevoeliger zijn voor hoe zij er fysiek uitzien na het overlijden (Värnik, Kõlves, van der Feltz-Cornelis, & Marusic, 2008).

De verdeling van gebruikte suïcidemethodes kan eveneens sterk verschillen van land tot land (Värnik et al., 2009). Deze verschillen kunnen niet enkel verklaard worden door de toegankelijkheid van de middelen. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat, naast incidentie van suïcide, ook de voorkeur voor een methode onder migranten nauwer aansluit bij die van het land van oorsprong dan die van het gastland (Värnik et al., 2009). Dit suggereert dat suïcidemethodes gekoppeld zijn aan een suïcidecultuur.

Kunnen we stellen dat de verdeling van suïcidemethodes een weerspiegeling is van een suïcidecultuur? Kunnen we ervan uitgaan dat, naar analogie met de geslachtsverdeling, meer mannelijke en harde methodes gebruikt worden in landen met hoge suïcidecijfers dan in landen met lagere suïcidecijfers?

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers gekenmerkt door een groter aandeel 'mannelijke' of 'harde' suïcidemethodes in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers?***

### 2.3.1 Methode en bronnen

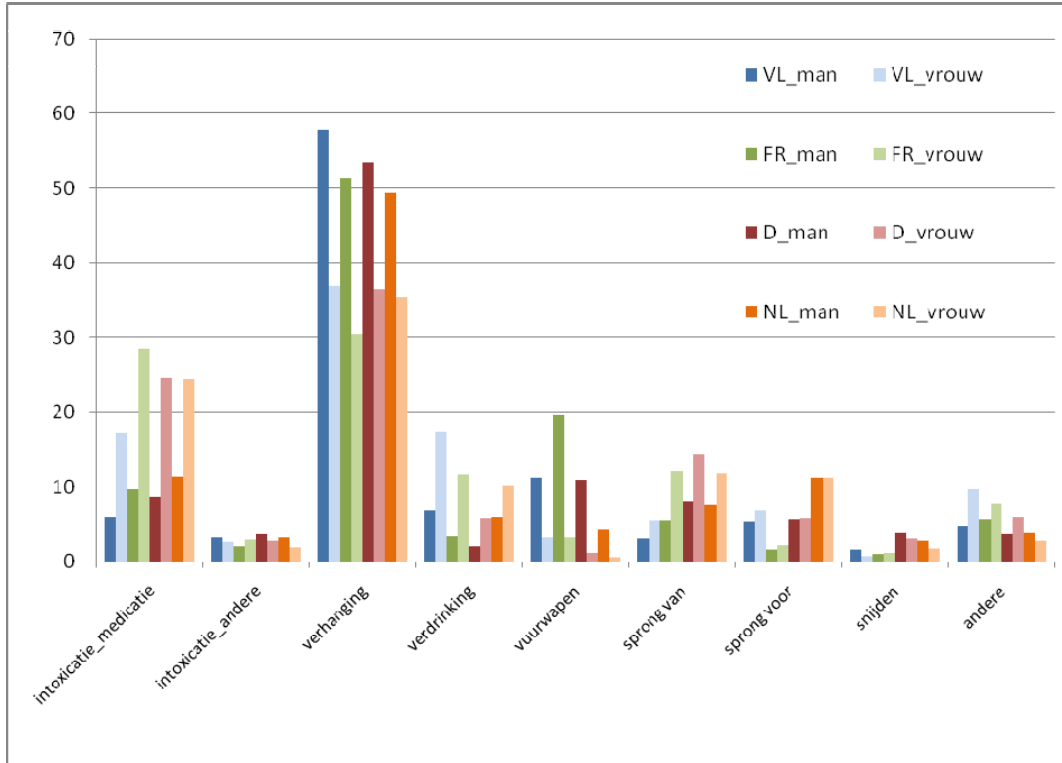
Voor de gegevens voor Frankrijk en Duitsland werd gebruik gemaakt van de European Detailed Mortality Database (World Health Organization Regional Office for Europe, 2009). Voor Vlaanderen zijn de data afkomstig van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. De data voor Nederland zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor Statistiek. De data voor de suïcidemethodes werden verzameld voor de periode 2004-2006. De opdeling van de methodes gebeurde op basis van de ICD-10 als volgt:

<b>Suïdemethode</b>	<b>Overeenstemmende ICD-10 code</b>
Intoxicatie door medicatie	X60-x64
Intoxicatie door andere substantie	X65-x69
Verhanging	X70
Verdrinking	X71
Vuurwapen	X72-x74
Sprong van een hoogte	X80
Sprong voor een bewegend voorwerp	X81
Snijden	X78
Andere en niet nader omschreven	X75-x77, x79, x82-x84

'Harde' suïdemethodes zijn methodes die gekenmerkt worden door een grote kans op overlijden; moeilijk te doseren en een korte tijdsspanne tussen het initialiseren van de handeling en het overlijden. Harde methodes zijn verhanging, vuurwapen, sprong voor een rijdend voertuig. Een zachte methode is intoxicatie. 'Mannelijke' suïdemethodes zijn die methodes waarvan het aandeel groter is bij mannen dan bij vrouwen. De methodes zijn verhanging en vuurwapen. 'Vrouwelijke' methodes zijn intoxicatie door medicatie, verdrinking en sprong van een hoogte.

### 2.3.2 Resultaten

Verhanging is in alle landen en voor beide geslachten de meest gehanteerde methode (Grafiek 27). Vlamingen maken het meest gebruik van verhanging (58% van de suïcides bij mannen en 37% van de suïcides bij vrouwen). Nederlandse mannen en Franse vrouwen maken het minst gebruik van deze methode. Vlamingen onderscheiden zich van de rest door hun sterkere voorkeur voor verdrinking. Nederland kent meer suïcides op het spoor. De Duitsers hebben geen afwijkende voorkeur, behalve sprong van een hoogte voor vrouwen. Franse mannen en vrouwen onderscheiden zich respectievelijk door een groter aandeel suïcides door vuurwapens en intoxicatie door medicatie.



Grafiek 27. Gebruikte suïcidemethodes voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland voor de periode 2004-'06

### 2.3.3 Discussie

De beperking van de toegankelijkheid van suïcidemethodes wordt zowel op individueel als op populatieniveau, beschouwd als een van de meest effectieve suïcidepreventiestrategieën. Het is dus evident dat men, indien men op zoek is naar verklaringen voor verschillen in suïcidecijfers, voldoende aandacht schenkt aan de verschillende gebruiken. De keuze voor methodes om suïcidaal gedrag te stellen zegt veel over de persoon, diens intenties en motieven. Toegankelijke methodes worden vaker impulsief gebruikt (bv. vuurwapens), pogingen op het spoor worden vaker ondernomen door personen met een psychiatrische aandoening, suïcidepogers met een lagere doodsintentie maken vaker gebruik van zachte (intoxicatie) of beheersbare (snijden) methodes, etc. Een van de mogelijke verklaringen waarom mannen vaker overlijden aan een suïcide, maar minder pogingen ondernemen, is dat ze vaker een beroep doen op harde methodes (verhangng en vuurwapen).

Kunnen we bovengenoemde associaties tussen gedrag en methode, ook toepassen op nationale suïcidecijfers en -gebruiken? Kan men stellen dat landen met hogere suïcidecijfers (Frankrijk en Vlaanderen), eveneens een groter aandeel mannelijke suïcidemethoden (verhangng en vuurwapen) hebben in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers (Duitsland en Nederland) die gekenmerkt worden door een groter aandeel 'vrouwelijke' methoden (intoxicatie, verdrinking, sprong van een hoogte)?



Er is een tendens waar te nemen waarbij Vlaanderen meer 'mannelijke' methoden hanteert dan Duitsland en Duitsland meer dan Nederland. Dit is waarneembaar voor intoxicatie door middel van medicatie, verhangings, vuurwapen. Sprong van een hoogte, waarvan het aandeel hoger is bij vrouwen, komt vaker voor in Duitsland en Nederland. Vuurwapengebruik komt vaker voor in Frankrijk en Vlaanderen dan in Nederland en, in mindere mate, Duitsland. Frankrijk echter vertoont een andere tendens doordat het hoog scoort op intoxicatie door medicatie en relatief laag op verhangings.

Indien we Vlaanderen en Frankrijk zouden samenvoegen in een hoge suïdegroep en Duitsland en Nederland in een lage suïdegroep, dan merken we dat de hoge suïdegroep een hoger aandeel verhangings en vuurwapens heeft. De lage groep heeft een hoger aandeel intoxicaties en sprong van een hoogte. Verdrinking is een vrouwelijke maar vrij 'harde' methode en komt vaker voor in de hoge suïdegroep. Snijden is een 'mannelijke' maar doseerbare methode en komt vaker voor in de lage suïdegroep. Suïcide op het spoor is een harde methode maar komt verhoudingsgewijs en bij benadering bij beide geslachten even vaak voor. Opvallend hierbij is het hoge aandeel in Nederland en het lage aandeel in Frankrijk.

### 3 Besluit

**7 Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide (D en NL)?**

Ja, cross-nationaal onderzoek heeft een verband aangetoond tussen open attitudes ten aanzien van suïcide en suïdecijfers. We vonden echter geen evidentie voor deze associatie voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland. De verklaring is wellicht dat een multidimensionaal concept zoals attitudes ten aanzien van suïcide in dit onderzoek slechts door één item operationaliseerd kon worden.

Attitudes zijn een belangrijke factor in het verklaren van gedrag. Onderzoeken hebben aangetoond dat dit ook van toepassing is op suïcidaal gedrag, zowel op individueel als op populatieniveau.

De attitude ten aanzien van suïcide is geen eendimensionaal begrip en dus is ook de relatie met suïcide niet eenduidig. Niet enkel is de richting tussen gedrag en attitude wederkerig maar ook het effect kan variëren. Een accepterende attitude is niet noodzakelijk beschermend. Open attitudes kunnen bijdragen tot de normalisering van suïcidaal gedrag waardoor de drempel op het stellen van dit gedrag verlaagt. Een begripvolle, ondersteunende en uitnodigende houding is eveneens noodzakelijk opdat attitudes preventief zijn.

**8. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een hogere incidentie van suïde pogingen en een hogere prevalentie van suïdale gedachten (D en NL)?**

Ja, met betrekking tot suïdale gedachten en suïdaal gedrag merken we dat er voor Vlaanderen en de 3 landen in dit onderzoek een verband is met de incidentie van suïcide. Een hogere incidentie van suïcide, suïdegedachten en niet dodelijk zelfverwondend gedrag, maakt dat steeds meer mensen betrokken en vertrouwd raken met het fenomeen. Het normaliserend effect leidt tot aanvaardende attitudes en vergroot de kans op imitatiegedrag.

Los van de discussie over de vraag of iedere vorm van suïdaal gedrag en suïdegedachten al dan niet deel uitmaken van eenzelfde suïdaal proces, zijn de mechanismen van sociaal leren en imitatie voldoende redenen om in het kader van suïdepreventie rekening te houden met suïdale gedachten en inefficiënte copingstijlen. Bovendien is bewezen dat het risico op suïcide verhoogt indien er een verleden is van eerder suïdaal gedrag.

**9. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een groter aandeel 'mannelijke' of 'harde' suïdemethodes (D en NL)?**

Ja, de vergelijkende analyse met betrekking tot suïdemethodes leert ons dat Vlaanderen, zeker in vergelijking met Nederland, een groter aandeel harde suïdemethodes kent. Het grootste aandeel bestaat uit verhangings (58% bij mannen en 37% bij vrouwen) en dit is een methode waartegen moeilijk preventief opgetreden kan worden. Vrouwen scoren echter ook zeer hoog op intoxicatie door medicatie (17,2%) en even hoog op verdrinking (17,4%). De tweede, meest gehanteerde methode bij mannen zijn vuurwapens (11,3%), gevolgd door verdrinking (7%), intoxicatie door medicatie (6%) en spoorwagsuïcides (5,4%). Alle deze methodes, met uitzondering van verdrinking, zijn ontvankelijk voor preventiestrategieën gericht op de beschikbaarheid van de middelen.

#### 4 Referenties

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., Ring, M., & Hepp, U. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 726-732.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology*, 11, 1-33.

Baller, R. D., Shin, D. J., & Richardson, K. K. (2005). An extension and test of Sutherland's concept of differential social organisation: the geographic clustering of Japanese suicide and homicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 343-355.

Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International review*, 51, 269-290.

Batton, C. & Ogle, R. S. (2007). "Who's it gonna be - you or me?" The potential of social learning for integrated homicide - suicide theory. In R.L.Akers & G. F. Jensen (Eds.), *Social learning theory and the explanation of crime. a guide for the new century* (pp. 85-106). New Brunswick: Transaction Publishers.

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P. J., Tafforeau, J. et al. (2006). *Gezondheidsenquête door interview België 2004* Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Belgische Senaat. (2008). Schriftelijke vraag 4-562 van Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Belgische Senaat. 3-4-2008.

Ref Type: Hearing

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, S., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMeD study. *Journal of affective disorders*, 101, 27-34.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Bolhari, J. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457-1465.

Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behavior. In K.Hawton & K. v. Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193-207). John Wiley & Sons, Ltd.

Boor, M. (1975). Relationship of internal - external control and national suicide rates. *The journal of Social Psychology*, 100, 143-144.

Boor, M. (1976). Relationship of internal - external control and United States suicide rates, 1966-1973. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 795-797.

Bossuyt, N. & Van Casteren, V. (2007). Epidemiology of suicide and suicide attempts in Belgium: results from the sentinel network of general practitioners. *International Journal of Public Health*, 52, 153-157.

Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (2008). *Mortaliteitsstatistieken in het Brussels Gewest 2003 - 2004* Brussels: Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C. et al. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the the outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 299-304.

Colucci, E. & Martin, G. (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review. Part2: risk factors, precipitating agents, and attitudes towards suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 222-237.

Cutright, P. & Fernquist, R. M. (2001). The relative gender gap in suicide: societal integration, the culture of suicide, and period effects in 20 developed countries, 1955-1994. *Social Science Research*, 30, 76-99.

Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 492-497.

Eskin, M. (2003). A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 1-6.

Gibb, B. E., Andover, M. S., & Beach, S. R. H. (2006). Suicidal ideation and attitudes towards suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 12-18.

Hawton, K., Arensman, E., Wasserman, D., Hultén, A., Billie-Brahe, U., & Bjerke, T. (1998). Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 191-194.

Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Archives of Suicide Research*, 8, 345-359.

Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: international differences in work related values*. London: Sage.

Hofstede, G. (2001). *Culture consequences. Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. (2nd edition ed.) thousand Oaks: Sage Publications.

Hofstede, G. (2009). <http://www.geert-hofstede.com/> [On-line].

Hofstede, G. & McRae, R. R. (2004). Personality and culture revisited: linked traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, 38, 52-88.

Inglhart, R. & Welzel, C. (2009). Inglehart-Welzel Cultural Map of the World. <http://www.worldvaluessurvey.org/> [On-line].

Isometsa, E. T. & Lonnqvist, J. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 535.

- Joe, S., Romer, D., & Jamieson, P. E. (2007). Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 165-178.
- Kocmur, M. & Dernovsek, M. Z. (2003). Attitudes towards suicide in Slovenia: a cross-sectional survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 8-16.
- Kondrichin, S. V. (1995). Suicide among Finno-Ugrains. *Lancet*, 346, 1632-1633.
- Le Pont, F., Letrilliart, L., Massari, V., Dorléans, Y., Thomas, G., & Flahault, A. (2004). Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *British Journal of General Practice*, 54, 282-284.
- Lester, D., Castromayor, I. J., & Içli, T. (1991). Locus of control, depression, and suicidal ideation among American, Philippine, and Turkish Students. *The journal of Social Psychology*, 131, 447-449.
- Lynn, R. & Terence, M. (1994). National differences for thirty-seven nations in extraversion, neuroticism, psychoticism and economic, demographic and other correlates. *Personality and Individual Differences*, 19, 403-406.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., & De Wilde, E. J. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 667-677.
- Mäkinen, I. (1997). *On suicide in European countries. Some theoretical, legal, and historical views on suicide mortality and its concomitants*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Marquet, R. L., Bartelds, A., Kerkhof, A., Schellevis, F., & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice*, 6.
- Marusic, A. & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *British Journal of Psychiatry*, 179, 194-196.
- Marusic, A. & McGiffin, P. (2005). Interplay of genes and environment as contributory factors in suicidal behaviour. In K.Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. from science to practice* (pp. 121-139). New York: Oxford University Press.
- Marusic, A., Petrovic, A., & Zorko, M. (2008). Editorial: Does suicide know the points of the compass? *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 387-389.
- McCrea, R. R. & Terracciano, A. (2005). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 407-425.
- Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., & Crepet, P. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 156-163.
- O'Connor, R. C. & Armitage, C. J. (2003). The theory of planned behavior and parasuicide: an exploratory study. *Current psychology*, 22, 196-205.

- O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British journal of Clinical Psychology, 45*, 465-481.
- Renberg, E. S., Hjelmeland, H., & Kuposov, R. (2008). Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from General population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 661-675.
- Renberg, E. S. & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*, 52-64.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rudmin, F. W., Ferrada-Noli, M., & Skolbekken, J. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*, 373-381.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A. (2004). *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre study on suicidal behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Smith, P. B., Trompenaars, F., & Dugan, S. (1995). The Rotter Locus of Control Scale in 43 countries: a test of cultural relativity. *International Journal of Psychology, 30*, 377-400.
- Stack, S. A. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 238-240.
- Stack, S. A. & Kposowa, A. J. (2008). The association of suicide rates with individual-level attitudes: a cross-national analysis. *Social Science Quarterly, 89*, 39-59.
- Van Heeringen, C. (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In C. Van Heeringen (Ed.), *Handboek: suïcidaal gedrag* (pp. 331). Utrecht: Tijdstroom.
- Van Heeringen, C. (2005). Psychobiological approaches to the predisposition to suicidal behaviour: implications for treatment and prevention. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (pp. 107-120). New York: Oxford University press.
- van Hemert, A. M. & de Kruif, M. (2009). Dalende incidentie van zelfdoding en veranderende methoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153*, 1102-1107.
- Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S., Portzky, G., & Van Heeringen, C. (2008). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2007* Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent.
- Värnik, A., Kölves, K., van der Feltz-Cornelis, C., & Marusic, A. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Allinace Agianst Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*, 545-551.

Värnik, A., Realo, A., Allik, J., & Hegerl, U. (2009). The relation between national culture and choice of suicide method. *submitted*.

Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid [On-line]. Available: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.aspx>

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., & Greenwald, S. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine, 29*, 9-17.

Welch, S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services, 52*, 368-375.

World Health Organization Regional Office for Europe (2009). European Detailed Mortality Database. <http://data.euro.who.int/dmdb/> [On-line].

Yang, B. & Lester, D. (2009). Is there a natural suicide rate? *Applied Economics Letters, 16*, 137-140.





## HOOFDSTUK 4

### Prevalentie van psychiatrische aandoeningen en hulpzoekend gedrag

*Psychiatrische aandoeningen zijn belangrijke risicofactoren voor suïcide. Hulp zoeken indien men geconfronteerd wordt met dergelijke problemen is bijgevolg een belangrijke beschermende factor. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de relatie tussen psychiatrische aandoeningen, hulp zoeken en suïcide. Vervolgens analyseren we of er verschillen zijn tussen Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland op vlak van de prevalentie van psychiatrische aandoeningen; de frequentie van hulp zoeken en de behandelingsvoorkeur en kwaliteit van de hulpverlening. In een laatste deel interpreteren we deze verschillen binnen een structurele en culturele context.*

#### 1 Inleiding

Psychiatrische stoornissen zijn een van de belangrijkste risicofactoren voor suïcidaal gedrag. In dit deel gaan we na of er nationale verschillen bestaan met betrekking tot de prevalentie van psychiatrische stoornissen. We kunnen veronderstellen dat landen met hogere suïcidecijfers eveneens een hogere prevalentie hebben van psychiatrische stoornissen, zoals depressie en middelenafhankelijkheid.

Het is uiteraard zeer belangrijk dat personen die met dergelijke stoornissen kampen, en dus een risicogroep voor suïcidaal gedrag vormen, hulp zoeken en krijgen (Mann, 2002; Ahrens & Haaga, 1993). In die zin is hulpzoekend gedrag een belangrijke beschermende factor voor suïcide. Hulp zoeken voor psychiatrische problemen is in onze samenleving nog steeds minder evident dan hulp zoeken voor fysieke aandoeningen. Hierdoor kan het zijn dat mensen minder frequent hulp zoeken, dit langer uitstellen of minder gespecialiseerde hulp zoeken dan nodig. We kunnen dus verwachten dat landen waar men minder effectief hulp zoekt voor psychiatrische aandoeningen, gekenmerkt worden door hogere suïcidecijfers.

Niet enkel hulp zoeken maar ook de kwaliteit van de verkregen hulp is bepalend voor het beschermende effect van hulpzoekend gedrag. Voldoende aandacht voor psychosociale problemen en minimaal adequate hulpverlening in termen van opvolging en begeleiding, zijn belangrijke criteria in de beoordeling van de kwaliteit van de hulpverlening. Ook hier kunnen we veronderstellen dat landen met hogere suïcidecijfers eveneens gekenmerkt worden door een mindere kwaliteit van de hulpverlening voor mentale problemen.

Voor al deze elementen gaan we aan de hand van de beschikbare data na of er verschillen zijn tussen Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland en of deze verschillen in lijn zijn met de verwachtingen.

Voor de data doen we grotendeels een beroep op de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). Dit cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd in België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Nederland en Spanje. Tussen 2001 en 2003 werden in totaal 21.425 volwassenen geïnterviewd. De afname van de vragenlijsten gebeurde in alle landen op dezelfde wijze. Dit maakt dat de resultaten voor de verschillende landen onderling vergelijkbaar zijn (Alonso, Angermeyer, Bernert, Bruffaerts, & Brugha, 2004).

Ten slotte kaderen we deze verschillen binnen een ruimere context. Structurele factoren, zoals bereikbaarheid, betaalbaarheid, etc. bepalen mede de toegankelijkheid van hulpverlenende instanties. Naast de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg, spelen ook culturele factoren mee die een invloed hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten. Gepercipieerde stigma zijn vaak een van de belangrijkste drempels om hulp te zoeken voor psychiatrische of psychologische problemen. We gaan dieper in op structurele en culturele factoren en de onderlinge wisselwerking, om een beter inzicht te krijgen in de nationale verschillen met betrekking tot hulp zoeken en krijgen voor psychiatrische aandoeningen.

## **2 Prevalentie van psychiatrische stoornissen**

Psychiatrische aandoeningen worden in de literatuur verondersteld een van de belangrijkste risicofactoren te zijn voor suïcidaal gedrag (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2005). De behandeling van psychiatrische aandoeningen is een onontbeerlijk element in de begeleiding van suïcidale patiënten (Hirschfeld & Russel, 1994). Uit een overzicht van psychologische autopsieonderzoeken blijkt dat ongeveer 9 op 10 personen die overlijden door een suïcide aan een of meerdere psychiatrische aandoeningen leed (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003; Jamison & Hawton, 2005). Men kan dus veronderstellen dat hogere nationale suïdecijfers gepaard gaan met een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen.

Toegepast op de vier landen verwachten we dat Vlaanderen en Frankrijk, gekenmerkt door hogere suïdecijfers, eveneens een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen hebben dan Duitsland en Nederland.

Uiteraard moet men voorzichtig zijn bij de interpretatie van de data omdat normen en waarden een invloed hebben op de manier waarop mensen rapporteren over hun aandoeningen. Zo kan een grotere openheid ten aanzien van psychiatrische aandoeningen de drempel verlagen om erover te rapporteren. Het kan ook zijn dat bepaalde gedragingen in die mate cultureel aanvaard zijn dat mensen minder snel geneigd zijn om ze als een aandoening te omschrijven. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn voor alcoholafhankelijkheid in een land waar verhoogde alcoholconsumptie deel uitmaakt van de cultuur. Deze culturele factoren kunnen de verschillen in prevalentie deels verklaren.

**Onderzoeksvraag: Hebben landen met hogere suïdecijfers een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?**

## 2.1 Methode en bronnen

De data zijn afkomstig van de ESEMeD-studie (Kessler, Demyttenaere, Bruffaerts, & Posada-Villa, 2004). Voor ieder van de vier groepen van stoornissen (angststoornis, stemmingsstoornis, impulscontrolestoornis en middelenmisbruik) wordt het percentage van de respondenten aangeduid dat deze aandoening rapporteert. De data hebben betrekking op België, Frankrijk, Duitsland en Nederland. Vergelijkbare data voor Vlaanderen zijn niet beschikbaar.

## 2.2 Resultaten

Uit onderstaande tabel (Tabel 13) kunnen we afleiden dat Frankrijk, met uitzondering van middelenmisbruik, de hoogste **prevalentie van psychiatrische stoornissen** heeft. Duitsland heeft de laagste prevalentie van psychiatrische aandoeningen, opnieuw met uitzondering van middelenmisbruik. Nederland neigt tot een iets hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen dan België, maar die verschillen zijn niet significant. De data zijn vergelijkbaar met de eerder uitgevoerde DEPRES-studie (Lépine, Gastpar, Mendlewicz, & Tylee.A., 1997). Vergelijkbare data voor Vlaanderen zijn niet beschikbaar, maar de prevalentie van psychiatrische stoornissen is hoger in Brussel en Wallonië en dus kunnen we concluderen dat Vlaanderen een lagere prevalentie heeft dan België in zijn geheel (Bayingana et al., 2006).

	% (95% CI)				
	Angst- stoornis	Stemmings- stoornis	Impuls controle stoornis	Middelen- misbruik	Minstens één aandoening
België	6.9 (4.5-9.4)	6.2 (4.8-7.6)	1.0 (0.3-1.8)	1.2 (0.6-1.9)	12.0 (9.6-14.3)
Frankrijk	12.0 (9.8-14.2)	8.5 (6.4-10.6)	1.4 (0.7-2.0)	0.7 (0.3-1.2)	18.4 (15.3-21.5)
Duistland	6.2 (4.7-7.6)	3.6 (2.8-4.3)	0.3 (0.1-0.6)	1.1 (0.4-1.7)	9.1 (7.3-10.8)
Nederland	8.8 (6.6-11.0)	6.9 (4.1-9.7)	1.3 (0.4-2.2)	3.0 (0.7-5.2)	14.9 (12.2-17.6)

Tabel 13. Prevalentie van psychiatrische stoornissen gedurende het afgelopen jaar bron: (Kessler, Demyttenaere, Bruffaerts, & Posada-Villa, 2004)

## 2.3 Discussie

Uit de resultaten van de ESEMed studie blijkt dat er opmerkelijke verschillen zijn tussen Vlaanderen en de drie buurlanden met betrekking tot de prevalentie van

psychiatrische aandoeningen. Respondenten in Frankrijk rapporteren meer psychiatrische aandoeningen, terwijl in Duitsland de prevalentie het laagst is. België en Frankrijk hebben de hoogste suïcidecijfers. Men kan dus verwachten dat de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in deze landen het hoogst is. Deze redenering wordt enkel bevestigd voor Frankrijk. Ook de veronderstelling dat, op basis van de suïcidecijfers, Nederland de laagste prevalentie van psychiatrische stoornissen zou hebben wordt niet ondersteund.

We vinden dus geen evidentie voor de veronderstelling dat de prevalentie van psychiatrische aandoeningen hoger is in landen met hogere suïcidecijfers in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers.

Uiteraard moeten deze data met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de betekenis van psychiatrische aandoeningen en de taboes errond cultureel bepaald zijn en zo de perceptie kunnen beïnvloeden. Dit kan een deel van de nationale verschillen verklaren.

### **3 Hulp zoeken en krijgen voor psychiatrische problemen**

Niet iedereen die geconfronteerd wordt met psychiatrische stoornissen zal baat hebben bij professionele begeleiding. In veel gevallen gaat de voorkeur uit naar de steun van informele netwerken zoals familie en vrienden. In nog andere gevallen verdwijnt de stoornis vanzelf. Desalniettemin blijkt het uitstellen van hulp of geen hulp zoeken voor psychiatrische problemen vaak een negatieve invloed te hebben op het genezingsproces. (Deane & Todd, 1996). De Gotland-studie heeft eveneens aangetoond dat een adequate behandeling van depressie een positief effect heeft op de preventie van suïcidaal gedrag (Rihmer, Rutz, & Pihlgren, 1995). In die zin wordt adequate hulp zoeken en krijgen erkend als een voorname beschermende factor voor het stellen van suïcidaal gedrag (Maris, Berman, & Silverman, 2000). Men kan deze redenering doortrekken en verwachten dat in landen met hogere suïcidecijfers, mensen met psychiatrische stoornissen minder (professionele) hulp zoeken, hulp zoeken langer uitstellen en/of dat de kwaliteit van de hulpverlening voor psychiatrische stoornissen minder adequaat is.

#### **3.1 Frequentie, voorkeur en uitstel van hulp zoeken**

In dit deel bekijken we drie aspecten van hulp zoeken voor psychiatrische stoornissen van naderbij. Vooreerst is er de frequentie. Welke personen met psychiatrische problemen zoekt professionele hulp? Daarnaast is er de voorkeur voor behandeling en de keuze voor het type hulpverlener. Gaat de keuze uit naar algemene of naar gespecialiseerde hulp? Een derde aspect betreft uitstel van het hulp zoeken. Wat is de gemiddelde duur voor iemand beslist om hulp te zoeken?

Aangezien hulp zoeken voor psychiatrische problemen een beschermende factor is voor suïcide, gaan we ervan uit dat landen waar men minder vaak hulp zoekt, meer

algemene en minder gespecialiseerde hulp zoekt en waar men hulp zoeken langer uitstelt, eveneens hogere suïdecijfers hebben.

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door minder effectief hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?***

### 3.1.1 Methode en bronnen

De data zijn afkomstig van de ESEMeD-studie. Er werden data verzameld met betrekking tot de frequentie, voorkeur en uitstel van hulp zoeken. De data hebben betrekking op België, Frankrijk, Duitsland en Nederland. Vergelijkbare data voor Vlaanderen zijn niet beschikbaar.

### 3.1.2 Resultaten

Betreffende de **frequentie** van professionele hulp zoeken (bij huisarts, psychiaters of psychotherapeuten) voor psychiatrische problemen, merken we dat Frankrijk de meeste hulpzoekers voor ernstige en België voor matige aandoeningen kent (zie Tabel 14). Nederland scoort samen met Duitsland lager. De verschillen zijn echter niet significant. Toch concluderen Alonso et al. (Alonso et al., 2007) dat het risico voor het niet zoeken van hulp voor een psychiatrische aandoening indien nodig, het hoogst is in Nederland. Opnieuw hebben we geen vergelijkbare data voor Vlaanderen, maar uit de Gezondheidsenquête (Bayingana et al., 2006) blijkt dat er geen verschillen zijn tussen Vlaanderen en Wallonië wat het aantal bezoeken aan de huisarts of de psychiater betreft.

	Ernstige aandoening % (95 CI)	Matige aandoening % (95 CI)	Lichte aandoening % (95 CI)
België	53.9 (25.2-82.5)	50.0 (35.8-64.2)	28.8 (14.9-41.4)
Frankrijk	63.3 (38.6-88.1)	35.7 (21.4-49.9)	22.3 (15.8-28.9)
Duistland	49.7 (26.6-72.8)	30.5 (18.5-42.5)	27.9 (14.5-41.3)
Nederland	50.2 (29.5-70.8)	35.0 (15.7-54.2)	26.5 (15.6-37.4)

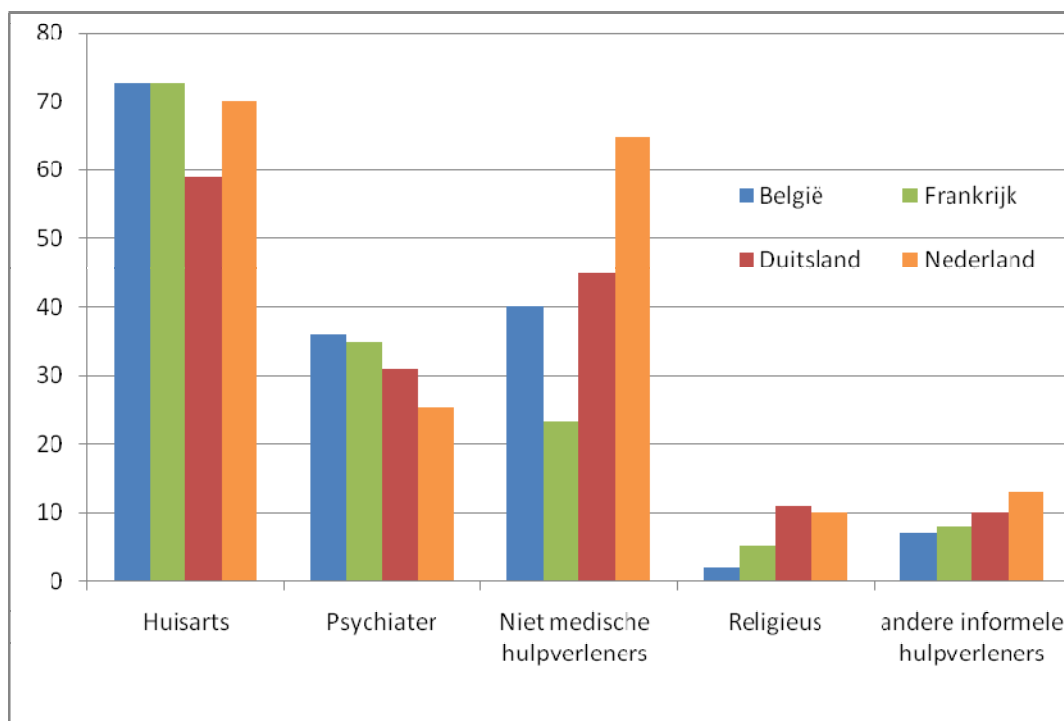
*Tabel 14. Percentage van de personen met een psychiatrische aandoening die professionele hulp (huisarts, psychiaters of psychotherapeuten) gezocht hebben gedurende het afgelopen jaar. Bron: (Kessler et al., 2004)*

De nationale verhoudingen wijzigen wanneer we alternatieve en informele hulpverlening mee in rekening brengen. In Tabel 15 zien we dat in Nederland voor alle aandoeningen vaker hulp gezocht wordt dan in de overige drie landen. Deze tendens wordt ook ondersteund door de resultaten van de Eurobarometer (The European opinion research group, 2003).

	Angst- stoornis % (95 CI)	Stemmings- stoornis % (95 CI)	Middelen- misbruik % (95 CI)	Minstens één aandoening % (95 CI)
België	50.3 (41.1-59.9)	62.4 (56.4-67.9)	35.1 (23.0-49.5)	47.8 (40.8-55.0)
Frankrijk	46.8 (39.8-53.8)	58.3 (53.6-62.9)	30.8 (20.4-43.6)	45.5 (40.7-50.3)
Duitsland	48.3 (40.6-56.0)	62.3 (56.6-67.7)	40.3 (28.6-53.3)	46.3 (40.6-52.0)
Nederland	63.6 (55.2-71.3)	71.0 (64.6-76.5)	45.9 (33.7-58.7)	57.9 (52.0-63.7)

Tabel 15. *Percentage van de personen die ooit hulp gezocht hebben voor psychiatrische problemen. Bron: (Kovess-Masfety et al., 2007)*

Tussen de landen is er een duidelijk verschil in **voorkeur** voor het type hulpverlener. In België en Frankrijk consulteert men vaker een huisarts dan in Duitsland en, in mindere mate, Nederland. Belgische en Franse mensen consulteren vaker een psychiater dan Duitsers en Nederlanders (zie Grafiek 28). In Nederland en, in mindere mate, Duitsland doet men vaker een beroep op niet medische hulp (psycholoog, psychotherapeut, sociaal werkers), zoekt men vaker religieuze of spirituele steun en contacteert men frequenter informele hulpverleners (bv. Zelfhulpgroepen) (The European opinion research group, 2003; European Commission, 2004; Wang, Aguilar-Gaxiola, Alonso, & Angermeyer, 2007a). Belgen Fransen zoeken meer medisch georiënteerde hulp maar zijn ook minder snel geneigd om gespecialiseerde hulpverleners te consulteren dan Duitsers en Nederlanders. De verhouding tussen gespecialiseerde hulp zoeken en een huisarts raadplegen voor geestelijke gezondheidsproblemen zijn 0.63 (Bel), 0.52 (Fr.), 1.19 (D) en 1.48 (NL) (Kovess-Masfety et al., 2007).



Grafiek 28. Type hulpverlener gekozen door personen die hulp zoeken voor psychiatrische stoornissen bron: (Kovess-Masfety et al., 2007)

Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat Frankrijk en België in verhouding meer huisartsen hebben (zie Tabel 16). Het kadaster van de huisartsen heeft echter berekend dat het aantal actieve huisartsen in Vlaanderen ongeveer 90/100.000 inwoners is. Dit stemt overeen met de aantallen in Duitsland, waar het aantal consultaties bij huisartsen het laagst is. Nederland kent een hoger aantal huisartsenbezoeken dan men zou verwachten op basis van het aantal huisartsen.

Het aantal consultaties bij psychiaters is in lijn met het aantal beschikbare psychiaters. De raadpleging van psychotherapeuten stemt overeen met het aanbod, met uitzondering van Nederland.

	Huisartsen*	Psychiaters**	Psychologen***	Psychiatrische bedden*	Apothekers*
België	177.3	18	32.0	149.7	116.0
Frankrijk	165	22	5.0	92.6	113.2
Duistland	97.3	11.8	51.5	108.4	59.1
Nederland	51.5	9	28.0	138.1	17.3

Tabel 16. Aantal huisartsen, psychiaters, psychologen, psychiatrische bedden en apothekers per 100.000 inw.

\*Bron:(2009); \*\*Bron: (World Health Organisation, 2005); \*\*\*Bron:(Kovess-Masfety et al., 2007)

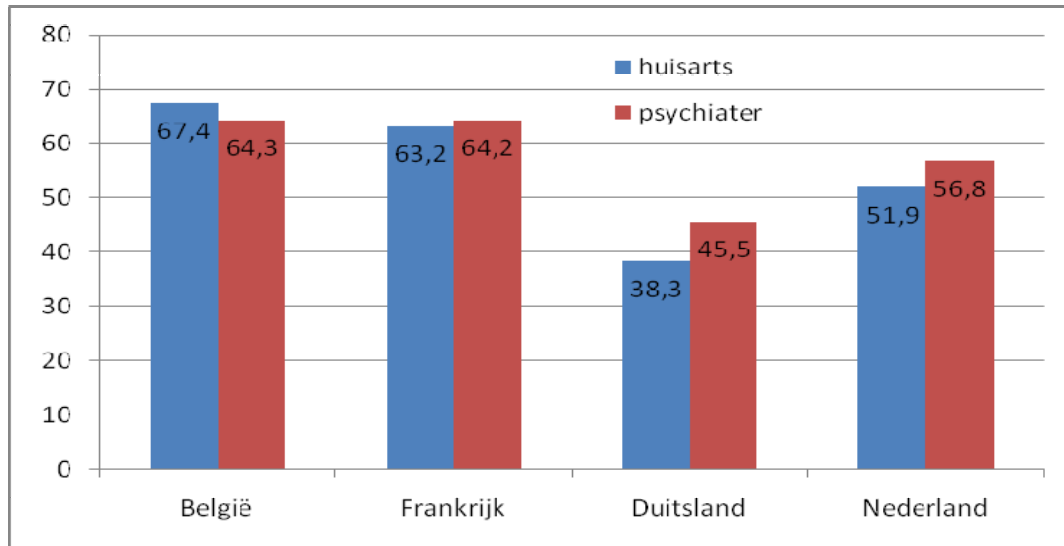
Het is evident dat, indien de voorkeur eerder bij niet-medische hulpverlening ligt, het aandeel psychotherapieën eveneens groter is. Het is plausibel dat deze redenering ook opgaat indien de voorkeur uitgaat naar medisch georiënteerde hulpverlening. We merken (zie Tabel 17) dan ook dat de consumptie van psychofarmaca hoger is in België en Frankrijk dan in Duitsland en Nederland (Alonso, Angermeyer, Bernert, & Bruffaerts, 2004; European Commission, 2004; Rose, 2007). De consumptie van psychofarmaca is in Vlaanderen lager dan in Brussel en Wallonië (Bayingana et al., 2006). Uit de gezondheidsenquête kunnen we afleiden dat het Vlaamse medicatiegebruik ongeveer 15% lager is dan het Belgische gemiddelde wat betekent dat ongeveer 11% van de Vlamingen het afgelopen jaar psychofarmaca ingenomen heeft. Dit is nog steeds beduidend hoger dan in Duitsland en Nederland.

	% gebruik psychofarmaca	
	%	OR (95% CI)
België	13.2	1.9 (1.4 – 2.6)
Frankrijk	19.2	3.0 (2.4 – 3.8)
Duistland	5.9	0.8 (0.6-1.0)
Nederland	7.4	--

*Tabel 17. Gebruik van psychofarmaca gedurende de afgelopen 12 maanden bij de algemene bevolking. Bron: (Alonso et al., 2004).*

In onderstaande grafiek (Grafiek 29) zien we dat de artsen in landen die gekenmerkt worden door eerder medisch georiënteerde hulpverlening, zijnde België en Frankrijk, meer psychofarmaca voorschrijven dan de artsen in eerder niet-medisch georiënteerde landen. Opvallend is ook dat enkel in België een huisarts meer psychofarmaca voorschrijft dan een psychiater.





Grafiek 29. Percentage van de personen die ooit een psychiatrische stoornis hebben gehad die psychofarmaca voorgeschreven hebben gekregen.

Bron: (European Commission, 2004)

Naast de frequentie is ook de mate van **uitstel** een belangrijke indicator voor hulpzoekend gedrag (zie Tabel 18). In Nederland zoeken meer mensen hulp binnen het jaar voor angst- en stemmingsstoornissen dan in de overige drie landen. Het gemiddelde aantal jaren dat men uitstelt om hulp te zoeken is het laagst in Nederland voor zowel angst- als, samen met België, stemmingsstoornissen. Voor middelenafhankelijkheid is het aantal personen dat hulp zoekt in alle landen vergelijkbaar. Het gemiddeld aantal jaren uitstel is in Nederland en Duitsland het laagst (Wang, Angermeyer, Borges, & Bruffaerts, 2007b).

	Angststoornis % (SE)	Stemmingsstoornis % (SE)	Middelenafhankelijkheid % (SE)
België	19.8 (2.8)	47.8 (2.7)	12.8 (4.8)
Frankrijk	16.1 (1.8)	42.7 (2.1)	15.7 (5.4)
Duistland	13.7 (1.8)	40.4 (3.8)	13.2 (5.7)
Nederland	28.0 (3.7)	52.1 (2.9)	15.5 (5.4)

Tabel 18. Percentage van de mensen die professionele hulp zoeken binnen één jaar na aanvang van de psychiatrische aandoening

Bron: (Wang et al., 2007b)

### 3.2 Kwaliteit van de hulpverlening

Los van het hulpzoekend gedrag van een patiënt of cliënt, is kwaliteit van de verkregen hulp van uitermate groot belang. Een kwalitatieve behandeling voor psychiatrische of psychosociale problemen betekent dat signalen snel herkend worden, dat er juiste diagnoses gesteld worden en dat er een minimaal adequate behandeling voorzien wordt. Aangezien psychiatrische stoornissen en psychosociale problemen belangrijke risicofactoren zijn voor suïcide, is een adequate behandeling een belangrijke beschermende factor. Bijgevolg veronderstellen we dat de kwaliteit van de hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in een land geassocieerd is met de incidentie van suïcide.

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers?***

#### 3.2.1 Methode en bronnen

De data zijn afkomstig van de ESEMeD-studie (Wang et al., 2007a). Er werden data verzameld met betrekking tot de kwaliteit van de hulpverlening. De kwaliteit van de hulpverlening werd geoperationaliseerd door minimaal adequate hulpverlening. In de ESEMeD-studie werd minimaal adequate behandeling voor mentale stoornissen omschreven als farmacotherapie, bestaande uit gedurende minimum 1 maand medicatie innemen in combinatie met minimaal 4 consultaties bij een arts of psychotherapie bestaande uit minimaal 8 consultaties bij een professionele hulpverlener.

We vergelijken Belgische, Nederlandse en Duitse huisartsen op vlak van hun gepercipieerde rol ten aanzien van hun omgang met patiënten met psychosociale problemen (Boerma & Verhaak, 1999; Verhaak, van den Brink-Muinen, Bensing, & Gask, 2004; Verhaak, Bensing, & van der Brink-Muinen, 2007).

De data hebben betrekking op België, Frankrijk, Duitsland en Nederland. Vergelijkbare data voor Vlaanderen zijn niet beschikbaar.

#### 3.2.2 Resultaten

Het beschermend effect van hulp zoeken hangt af van de kwaliteit van de verkregen hulp. En ook hier zien we opvallende verschillen tussen de vier landen. **Follow-up** consultaties (zie Tabel 19) komen het vaakst voor in Nederland en het minst in België (Wang et al., 2007a).

	Follow-up % (SE)		Minimaal adequaat % (SE)	
	Ernstig stoornis	Matige stoornis	Ernstige stoornis	Matige stoornis
België	84.4 (9.5)	84.3 (10.4)	42.5 (8.5)	35.5 (12.6)
Frankrijk	87.5 (4.7)	97.3 (1.6)	57.9 (8.5)	36.5 (6.6)
Duitsland	89.2 (8.5)	97.1 (0.7)	67.3 (10.7)	53.9 (8.5)
Nederland	96.6 (2.0)	98.9 (1.2)	67.2 (9.0)	34.1 (10.2)

Tabel 19. *Percentage follow-up en minimaal adequate behandelingen volgens ernst van de mentale aandoening. Bron: (Wang et al., 2007a)*

Uit de ESEMeD studie blijkt dat gespecialiseerde hulp (psychiaters en psychotherapeuten) voor psychiatrische problemen adequater is dan de hulp die men krijgt binnen de algemene, medische sector (huisartsen en andere artsen) (Fernandez et al., 2007; Henriksson, 2001).

Uit dezelfde studie blijkt dat Duitsland en Nederland de grootste proportie **adequate behandelingen** tellen. Het aandeel adequate behandelingen door gespecialiseerde hulpverleners is het hoogst in Frankrijk. België heeft het laagste aandeel adequate behandelingen binnen de niet gespecialiseerde medische sector.

Deze resultaten worden bevestigd door ander onderzoek. Indien de patiënt zelf psychologische problemen aankaart, zullen Belgische artsen volgens dit onderzoek in 59% van de gevallen eveneens deze diagnose stellen. In Duitsland (78%) en Nederland (91%) is dit beduidend hoger<sup>28</sup> (Verhaak et al., 2004). Het lagere aantal psychologisch georiënteerde diagnoses in België blijft bestaan na controle van arts- of patiëntgerelateerde factoren. Dit suggereert een structurele oorzaak. Ook de tijd die de huisarts besteedt aan informatieverstrekking en behandeling van psychologische problemen is korter in België (Verhaak et al., 2007). Dit is in lijn met de gepercipieerde taak van de huisarts. Nederlandse artsen bedelen zichzelf een belangrijker rol toe op het vlak van psychosociale ondersteuning dan hun Duitse en Belgische collega's (Boerma et al., 1999).

Tegen de verwachtingen in, blijkt dat de patiënttevredenheid met betrekking tot psychosociale opvang in België hoger is dan in Nederland en Duitsland. Blijkbaar wordt de tevredenheid van de patiënt niet zozeer bepaald door de aandacht voor psychosociale problemen of door een overeenstemming tussen de hulpvraag en de diagnose door de arts. Mogelijk heeft de gemiddeld langere consultatietijd in België een compenserend effect (Verhaak et al., 2007).

De ESEMeD studie merkte op dat de meeste personen met psychiatrische problemen die hulp zochten dit oorspronkelijk niet deden wegens psychiatrische symptomen (EPREMED Consortium, 2008). Hoewel Nederlandse patiënten het belang van het

<sup>28</sup> Frankrijk werd in dit onderzoek niet opgenomen.

bespreekbaar maken van psychosociale problemen minder hoog inschatten dan Belgische en Duitse patiënten, blijkt dat Nederlanders deze problemen het vaakst aankaarten.

Opvallend is dat huisartsen in Frankrijk, België en Duitsland minder snel geneigd zijn om patiënten met psychiatrische problemen door te verwijzen dan hun Nederlandse collega's (Kovess-Masfety et al., 2007; European Commission, 2004).

### **3.3 Discussie**

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat van de landen met de hoogste suïdecijfers enkel Frankrijk, een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen heeft en er tussen de vier landen geen significant verschil is met betrekking tot hulp zoeken bij professionele hulpverleners voor deze stoornissen. Wat België en Frankrijk wel typeert, is de tendens om eerder algemeen medisch georiënteerde hulp te zoeken. Dit vertaalt zich in een meer uitgesproken voorkeur voor de huisarts als hulpverlener voor psychiatrische stoornissen. Indien men gespecialiseerde hulp zoekt, consulteert men er vaker een psychiater. Ook de consumptie van psychofarmaca is in beide landen het hoogst. Duitsers en in nog sterkere mate Nederlanders, consulteren dan weer vaker niet medische en gespecialiseerde hulp en consumeren minder psychofarmaca. Zij lijken ook vaker steun te zoeken bij alternatieve hulpverleners en geestelijken (wat eerder een vorm van coping is).

Een degelijke en adequate opvolging van de patiënt is onontbeerlijk bij de behandeling van psychiatrische stoornissen en de preventie van suïcide (Andersen, Andersen, Rosholm, & Gram, 2001; Meltzer, Alphas, Green, Altamura, & Anand, 2003). Het aandeel minimaal adequate behandelingen ligt voor alle landen hoger bij de gespecialiseerde hulpverlening (psychiaters en psychotherapeuten) dan bij de eerstelijnszorg (huisartsen) (Wang et al., 2007a). België en Frankrijk hebben een hogere kans op het niet krijgen van minimaal adequate hulp in vergelijking met Duitsland en Nederland. Vooral het aandeel adequate behandelingen door huisartsen ligt in België lager dan in de buurlanden. In België en Frankrijk worden vaker huisartsen geconsulteerd. We stelden eveneens vast dat België gekenmerkt wordt door een hoge consumptie van psychotrope geneesmiddelen en dat huisartsen meer voorschrijven dan psychiaters. Toch is het ongedifferentieerde en niet accurate gebruik van medicatie een prominenter probleem dan de (vermeende) overconsumptie (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2005; Alonso et al., 2004).

Een pertinente vraag is of het verschil in voorkeur tussen medische en niet medische hulpverlening relevant is voor de verklaring van verschillen in de incidentie van suïcide. Er is voldoende bewijs dat psychofarmaca effectief zijn voor psychiatrische stoornissen en dus indirect een preventief effect hebben op suïcide (Jamison et al., 2005). Onderzoek heeft aangetoond dat Lithium voor bipolaire en depressieve stoornissen (Cipriani, Pretty, Hawton, & Geddes, 2005) en Clozapine voor schizofrenie (Meltzer et al., 2003) een preventief effect hebben op zelfverwondend en suïcidaal gedrag. Ecologische studies, onder meer in Hongarije (Rihmer, Belsö, & Kalmár,

2001), Zweden (Henriksson, 2001; Rihmer et al., 1995), Denemarken (Erlangsen, Canadus - Romo, & Conwell, 2008) en Australië (Hall et al., 2003), tonen aan dat er een positief verband bestaat tussen toenemend gebruik van selectieve serotonine heropnameremmers en een dalend aantal suïcides. Omdat talloze factoren nationale suïcidecijfers kunnen bepalen, moeten deze resultaten met de nodige omzichtigheid benaderd worden (van Praag, 2005). Andere klinische studies tonen dan weer aan dat farmacologische behandelingen het risico op suïcidale gedachten en gedrag (tijdens de eerste weken van de behandeling) doen toenemen (Hall & Lucke, 2006; Healy & Aldred, 2005; Montgomery, 1997) of dat er geen effect is op suïcidaal gedrag (Storosum, van Zwieten, van den Brink, Gersons, & Broekmans, 2001; van Praag, 2005).

In tegenstelling tot farmacologische behandelingen, zijn niet-medische behandelwijzen minder onderhevig aan de kritiek dat ze suïcidaal gedrag zouden uitlokken. Hoewel de doeltreffendheid aantonen niet evident is, wordt ervan uitgegaan dat ook niet-farmacologische benaderingen (telefonische (crisis)opvang, psychotherapie, etc.) effectief kunnen zijn en suïcidaal gedrag kunnen voorkomen (Goldney, 2005; Hawton et al., 1998; Storosum et al., 2001). Bovendien kunnen deze niet-medische strategieën effectieve copingstrategieën bijbrengen (Jamison et al., 2005) en een krachtig middel zijn om patiënten aan te moedigen tot (farmacologische) therapietrouw.

Een complex probleem vraagt een meervoudige oplossing. Medische en niet-medische benaderingen zijn complementair en, zeker bij ernstiger stoornissen, is een combinatie van beide benaderingen aangewezen (Hawton, 2005). In België hebben artsen eerder de neiging om mentale of psychologische stoornissen voornamelijk te benaderen als medische of lichamelijke disfuncties (Verhaak et al., 2007; Rose, 2007) De beschikbare data suggereren dat Duitsland en Nederland een beter evenwicht hebben tussen medische en niet-medische hulpverlening voor psychiatrische aandoeningen.

De vraag is of deze opmerkelijke verschillen tussen de landen op het vlak van hulp zoeken en krijgen, toe te schrijven zijn aan structurele factoren zoals de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg. Of moeten we de verklaring eerder zoeken bij culturele factoren zoals attitudes en stigma? In de volgende paragrafen trachten we hierop een antwoord te bieden.

### 3.3.1 Organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg

De verschillen in hulpzoekend gedrag en de kwaliteit van de hulpverlening kunnen mogelijks verklaard worden door de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg. Nederlandse artsen hebben een gatekeeper-functie. Deze functie-invulling lijkt heel wat specifieke gevolgen te hebben, die bij andere functie-invullingen niet of in mindere mate terug te vinden zijn. De gatekeeper-functie verklaart waarom Nederland meer huisartsconsultaties telt dan men zou verwachten op basis van het aantal huisartsen. Nederlandse patiënten moeten, in tegenstelling tot de andere landen, eerst een huisarts consulteren alvorens een specialist te raadplegen (Verhaak et al., 2007).

Een ander kenmerk binnen dit systeem is het belang van doorverwijzing. Nederlandse artsen verwijzen vaker door naar gespecialiseerde hulpverleners dan hun collega's in België, Frankrijk en Duitsland. Bovendien lijkt het gatekeeping-systeem hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen te stimuleren (Verhaak et al., 2007). Een nadeel van dit systeem is dat de arts minder tijd vrijmaakt voor de patiënt. De tevredenheid van de patiënten is het hoogst in België, wellicht net omdat Belgische artsen meer tijd per consultatie vrijmaken.

Net zoals in andere landen waar huisartsen een gatekeeper-functie hebben, schrijven Nederlandse huisartsen zichzelf een belangrijker psychosociale rol toe. Dit uit zich door meer psychosociaal georiënteerde diagnoses en behandelingen door Nederlandse artsen. Dit is niet onbelangrijk wetende dat naar schatting tot tweederde van de personen die een suïcide gedaan hebben, een maand voorafgaand aan hun overlijden contact hebben gehad met een arts (Hirschfeld et al., 1994).

In tegenstelling tot Vlaanderen en Frankrijk, waar artsen vooral actief zijn in solopraktijken, hebben huisartsen in Duitsland en Nederland meer samenwerkingsverbanden met sociaal werkers. Dit draagt bij tot een multidisciplinaire omkadering en een goede doorstroming van de patiënt. Deze omkadering en de mogelijkheid tot doorverwijzing maakt dat de arts meer ruimte ervaart om psychologische problemen tijdens de consultatie te bespreken. In een dergelijke context zal de huisarts zijn psychosociale taak minder snel als belastend ervaren (Meltzer et al., 2003; Verhaak et al., 2007). Ten slotte is de openheid van de huisarts voor psychosociale problemen de beste garantie dat deze problemen ook effectief waargenomen en behandeld worden (Zantinge, Verhaak, de Bakker, van der Meer, & Bensing, 2006).

Eveneens een belangrijk verschil tussen enerzijds België en Frankrijk en anderzijds Nederland en Duitsland, is dat in de laatste twee landen psychotherapie terugbetaald wordt. Het is evident dat dit de financiële drempel verlaagt.

### 3.3.2 De rol van attitudes en stigma

Niettegenstaande het belang van structurele en organisatorische factoren, kan men hulpzoekend gedrag niet enkel en alleen verklaren door de structurele toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Deze toegankelijkheid is noodzakelijk maar niet voldoende opdat mensen gebruik maken van het zorgaanbod. Economische overwegingen, afstand, wachtlijsten, etc., kunnen slechts een deel van het hulpzoekende gedrag verklaren. Attitudes en waarden beïnvloeden eveneens de manier waarop mensen omgaan met levensproblemen (Angermeyer, Matschinger, & Riedel-Heller, 1999; Sareen et al., 2007). Attitudes ten aanzien van hulp zoeken en coping bepalen echter niet enkel de waarschijnlijkheid dat iemand hulp zoekt. Attitudes bepalen ook de voorkeur voor een welbepaald type hulpverlener en behandeling (Angermeyer & Dietrich, 2006; Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2005). Ongunstige attitudes ten aanzien van hulp zoeken voor depressieve klachten en positieve attitudes ten aanzien van niet effectieve copingstrategieën, worden geassocieerd met een voorkeur om hulp te zoeken bij een huisarts (Van Voorhees, Cooper, & Rost, 2003). De gedachtegang is dat deze attitudes

een mentale barrière zijn om professionele hulp te zoeken. Hulp zoeken bij een huisarts wordt gepercipieerd als minder bedreigend of stigmatiserend dan hulp zoeken bij een psycholoog of psychiater (Barney, 2009; Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006). Dit kan de voorkeur verklaren voor niet gespecialiseerde medische zorgverleners.

Stigma kunnen we omschrijven als publieke negatieve attitudes ten aanzien van een groep wegens bepaalde eigenschappen (bijv. psychiatrische problemen) of gedragingen (bijv. hulp zoeken). Deze stereotypen kunnen leiden tot veroordeling, statusverlies, verlangen naar sociale afstand, etc. (Corrigan, 2004; Lauber, Nordt, Falcató, & Rössler, 2004; Link & Phelan, 2001) en self-stigma (Link et al., 2001).

Self-stigma wil zeggen dat de gestigmatiseerde persoon de negatieve attitudes van de omgeving gaat internaliseren. Hierdoor ontstaan gevoelens van schuld, schaamte, incompetentie, minderwaardigheid etc., ten gevolge van zijn psychiatrische stoornis of suïcidale gedachten. Labeling is een belangrijk element in het proces van stigmatisering (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989; Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Een manier om labeling, en dus stigma, te vermijden is door zichzelf te isoleren; eigen problemen (deels) geheim te houden maar ook door geen hulp te zoeken (Bagley & King, 2005; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Holmes & River, 1998; Link et al., 2001; Rosenfield, 1997; Sibicky & Dovidio, 1986). Personen die meer stigma ervaren verkiezen in vergelijking met mensen die minder stigma ervaren vaker een medicamenteuze behandeling boven een psychotherapeutische behandeling (Dwight-Johnson, Sherbourne, Liao, & Wells, 2000).

Verwachte of waargenomen stigma en self-stigma zijn dus drempelverhogende factoren voor hulp zoeken voor psychiatrische problemen (Barney et al., 2006; Deane & Chamberlain, 1994; Komiya, Good, & Sherrod, 2000; Link et al., 2001; Vogel, Wade, & Haake, 2006; Vogel, Wade, & Hackler, 2007) of suïcidale gedachten (Bennet, Coggan, & Adams, 2003; Deane et al., 1996; Gilchrist & Sullivan, 2006; Lester & Walker, 2006; Moskos, Olson, Halbern, & Gray, 2007; Wilson, Rickwood, Ciarrochi, & Deane, 2002). Onderzoek toont aan dat stigma wel eens de grootste weerstand kan zijn om hulp te zoeken voor psychiatrische aandoeningen (Dietrich et al., 2004; Dietrich, Matschinger, & Angermeyer, 2006).

Volgens deze redenering zoeken mensen binnen een stigmatiserende omgeving minder hulp, stellen ze hulp langer uit, gaan ze vaker naar een huisarts voor psychiatrische problemen en suïcidale gedachten, en consumeren ze meer psychofarmaca vergeleken met mensen die in een minder stigmatiserende omgeving leven. Concreet zou dit betekenen dat in Frankrijk en België meer stigma waargenomen wordt dan in Nederland en, in mindere mate, Duitsland. De data in Tabel 20 bevestigen de hypothese voor België, Frankrijk en Nederland.

	Waargenomen stigma % (95% CI)
België	20.6 (10.2 - 37.1)
Frankrijk	23.2 (11.9 - 40.3)
Duistland	19.3 (9.9 - 34.4)
Nederland	9.3 (4.4 - 18.7)

Tabel 20. *Percentage van de mensen met psychiatrische stoornissen die stigma ervaren. bron:(Alonso et al., 2008)*

De vrees voor stigma is ook aanwezig in de relatie met de hulpverlener. En hier doet zich in zekere zin een paradox voor. Mensen zijn, zeker in België en Frankrijk, eerder geneigd om voor psychiatrische problemen een huisarts te consulteren omdat dit labeling vanuit de omgeving kan voorkomen. Nochtans hebben patiënten meer angst om gestigmatiseerd te worden door hun huisarts dan door een psychiater (Barney et al., 2006). Dit is in lijn met de vaststelling dat Belgische en Duitse patiënten iets meer behoefte lijken te hebben om over psychosociale problemen te praten dan Nederlandse patiënten, maar dit minder vaak doen (Verhaak et al., 2004).

De invloed van attitudes wordt niet enkel erkend langs de zijde van de hulpvrager maar is eveneens van toepassing op de hulpverlener. Rose stelt dat het voorschrijfgedrag eerder een gevolg is van de overtuigingen en gewoontes van artsen, in relatie tot de vraag en verwachtingen van de patiënten, dan een gevolg van de kenmerken van de verschillende zorgsystemen (Rose, 2007).

### 3.3.3 De wisselwerking tussen organisatie en attitudes

Het hulpzoekend gedrag van Vlamingen en Fransen is medisch en niet-gespecialiseerd georiënteerd in vergelijking met dat van Duitse en Nederlandse mensen. We merken op dat dit enerzijds een gevolg is van de organisatie van de gezondheidszorg en anderzijds van bestaande attitudes en stigma. Men kan veronderstellen dat deze twee elementen, organisatie en attitudes, ook een invloed op elkaar uitoefenen. Een medisch georiënteerd zorgmodel is in lijn met het biologisch-genetisch causaal geloofsmodel (Murray, 2006).

In het biologisch-genetisch geloofsmodel worden psychiatrische stoornissen gelijkgesteld met een ziekte 'als een ander' (Dietrich et al., 2004). Dit suggereert dat de patiënt geen verantwoordelijkheid draagt voor zijn aandoening. Vaak wordt ervan uitgegaan dat deze houding stigma kan verkomen en bijgevolg zijn heel wat sensibiliseringsprogramma's op deze retoriek gebaseerd. De achterliggende redenering is dat iemand die niet verantwoordelijk is, geen schuld treft (Lincoln, Arens, Berger, & Rief, 2008). Dit wekt medeleven op bij de omgeving en dit moedigt het verlenen van hulp en begrip aan. Een keerzijde van de biologische attributiestijl is dat mensen met een psychiatrische stoornis als *anders* worden gezien. Niet verantwoordelijk zijn wordt eveneens geassocieerd met 'niet in controle zijn' over het



eigen gedrag. En dit wekt vervolgens gevoelens van onbetrouwbaarheid en angst op, wat zicht ten slotte uit in een verlangen naar sociale afstand (Dietrich et al., 2004; Dietrich et al., 2006; Griffiths & Christensen, 2004; Read & A., 1999; Read & Harré, 2001; Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006; Walker & Read, 2002).

De biologische attributie wordt ook geassocieerd met een fatalistische houding bij het zoeken van oplossingen voor psychiatrische problemen (Fisher & Farina, 1979). Dit kan aanzetten tot verminderd hulpzoekend gedrag en een voorkeur voor eerder medisch georiënteerde hulp. Het biologisch-genetisch geloofsmodel neigt ertoe andere dan biologische verklaringen voor mentale stoornissen uit te sluiten (Read et al., 2001; Schreiber & Hartrick, 2001). Ten slotte blijken de op het biologische model gebaseerde destigmatiseringscampagnes weinig of geen effect te hebben (Read et al., 2001; Rusch, Kanten, & Brondino, 2009).

Tegenover dit biologische geloofsmodel staat het psychologische model. Het psychologische model legt de verantwoordelijkheid voor het ontstaan en oplossen van psychiatrische problemen eerder bij de patiënt zelf. Dit kan dus evenzeer tot stigma leiden. Een positieve kant van deze attitude is dat er belang wordt gehecht aan coping en hulpzoekend gedrag, waarbij de patiënt zelf een belangrijke verantwoordelijkheid draagt.

Of de Nederlandse en Duitse bevolking eerder het psychologische model aanhangt en Vlaanderen en Frankrijk eerder het biologische model weerspiegelt, is niet duidelijk en zou een boeiend onderwerp zijn voor verder onderzoek.

Dit kader suggereert dat de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg, stigma en hulpzoekend gedrag aan elkaar gerelateerd zijn en eventueel elkaar in stand houden. De implicaties voor preventie bespreken we in het laatste hoofdstuk.

#### **4 Besluit**

De suïcidecijfers zijn het hoogst in Vlaanderen en Frankrijk, gevolgd door Duitsland. Nederland kent veruit de laagste suïcidecijfers. Psychiatrische stoornissen zijn een van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Tijdig hulp zoeken en een minimaal adequate behandeling krijgen voor psychiatrische stoornissen zijn bijgevolg beschermende factoren voor suïcide. We veronderstellen dan ook dat landen die hogere suïcidecijfers hebben, gekenmerkt worden door een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen, minder hulpzoekend gedrag en minder adequate hulp voor psychiatrische aandoeningen.

***Onderzoeksvraag: Hebben landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers (D en NL)?***

Neen, de prevalentie van psychiatrische aandoeningen is niet in lijn met de verwachtingen die men zou hebben op basis van de suïcidecijfers.

Uit de resultaten van de ESEMeD studie blijkt dat er opmerkelijke verschillen zijn in de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Respondenten in Frankrijk rapporteren meer psychiatrische aandoeningen terwijl in Duitsland de prevalentie het laagst is. De prevalentie van psychiatrische stoornissen is in Nederland en Vlaanderen vergelijkbaar. Uiteraard moeten deze data met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de invulling van psychiatrische aandoeningen en bijhorende taboes cultureel bepaald zijn. Dit kan een deel van de nationale verschillen verklaren.

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder effectief hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?***

Neen, we stellen geen duidelijk associatie tussen de efficiëntie van hulpzoekend gedrag voor psychiatrische stoornissen (in termen van frequentie en uitstel) en suïdecijfers vast. Nederlandse mensen zoeken het meest hulp. Hulp zoeken wordt het minst uitgesteld door Nederlandse mensen.

We merken wel een verschil in de keuze van de hulpverlener en de behandelingsvoorkeur. Opvallend is dat Frankrijk en België sterker gericht zijn op medische en niet-gespecialiseerde hulp dan Duitsland en Nederland, waar men vaker geestelijke gezondheidsspecialisten consulteert en men minder medisch georiënteerd is. De voorkeur voor medische en niet-gespecialiseerde hulp merkt men niet enkel op bij de patiënt maar ook bij de hulpverleners. Belgische artsen schrijven meer medicatie voor, verwijzen minder door, en hebben minder aandacht voor psychosociale problemen dan hun collega's in het buitenland.

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?***

Ja, het aandeel minimaal adequate behandelingen en follow-up consultaties is in België lager dan in de buurlanden. Duitsland en Nederland scoren het best op minimaal adequate hulp. Belgische huisartsen zijn bovendien minder snel geneigd om psychosociale problemen te diagnosticeren terwijl hun Nederlandse collega's het meest aandacht besteden aan psychosociale problemen. Nederlandse huisartsen verwijzen het vaakst door naar gespecialiseerde artsen. Algemeen kan men stellen dat de kans op minimaal adequate hulp voor psychiatrische aandoeningen het grootst is bij gespecialiseerde hulpverleners.

Het aandeel adequate behandelingen van psychiatrische stoornissen en de ontvankelijkheid voor psychosociale problemen lijkt in België dus lager te zijn in de overige landen.

De verklaring voor deze nationale verschillen ligt wellicht zowel bij de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg als bij bestaande attitudes en stigma. Er zijn ook aanwijzingen dat structuur (organisatie) en cultuur (attitude) elkaar ondersteunen.

Structurele factoren hebben invloed op de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg en de kwaliteit van de dienstverlening.

Naast deze structurele factoren spelen ook culturele factoren een voorname rol. Negatieve attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid(szorg) en stigma kunnen mensen weerhouden om (tijdig) hulp te zoeken voor psychiatrische problemen. Belgische en Franse psychiatrische patiënten ervaren meer stigma dan Nederlandse patiënten.

Structurele en culturele factoren kunnen elkaar in stand houden. Een eerder medisch georiënteerde gezondheidszorg maakt dat burgers minder vertrouwd zijn met niet-medische hulpverlening. Dit heeft een invloed op de attitudes ten aanzien van dit type hulpverlening. Attitudes en stigma bepalen naast de keuze voor een type hulpverlener ook de behandelingsvoorkeur van de patiënt. De voorkeur vertaalt zich in verwachtingen naar de arts, wat een invloed heeft op het verloop van de consultatie, de diagnosticering van de aandoening, voorschrijfgedrag en doorverwijzingen.

Het valt dus op dat personen in Nederland en Duitsland een evenwichtiger gebruik maken van het totale zorgaanbod en kwaliteitsvollere hulpverlening aanbieden voor psychiatrische aandoeningen dan België en Frankrijk. Bovendien hebben de laatste twee landen ook opmerkelijk hogere suïdecijfers. Op basis van de beschikbare data voor de 4 landen en theoretische evidentie kan, met de nodige voorzichtigheid, gesteld worden dat er een verband is tussen hulp zoeken/krijgen en suïdecijfers.

## 5 Referenties

European Mortality database WHO/Europe (2009). <http://data.euro.who.int/hfamdb/> [On-line]. Available: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>

Ahrens, A. H. & Haaga, D. A. F. (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 83-98.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., & Bruffaerts, R. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109, 55-64.

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., & Brugha, S. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109, 8-20.

Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, N., Posada-Villa, J., Angermeyer, M. C. et al. (2008). Associations of the perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118, 305-314.

Alonso, J., Codony, V., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M. et al. (2007). Population Level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299-306.

Andersen, U. A., Andersen, M., Rosholm, J. U., & Gram, L. F. (2001). Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104, 458-465.

Angermeyer, M. C. & Dietrich, A. J. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 202-210.

Bagley, C. & King, M. (2005). Exploration of three stigma scales in 83 users of mental health services: implications for campaigns to reduce stigma. *Journal of Mental Health*, 14, 343-355.

Barney, L. J. (2009). Preventing suicide: understanding stigma of depression and its impact on help-seeking.

Ref Type: Slide

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P. J., Tafforeau, J. et al. (2006). *gezondheidsenquête door interview België 2004* Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Bennet, S., Coggan, C., & Adams, P. (2003). Problematising depression: young people, mental health and suicidal behaviours. *Social Science & medicine*, *57*, 289-299.

Boerma, W. G. W. & Verhaak, P. F. M. (1999). The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. *Psychological Medicine*, *29*, 689-696.

Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., & Demyttenaere, K. (2005). Het Gebruik van psychofarmaca in de Belgische bevolking. Tijdschrift voor Geneeskunde 61[23], 1676-1684.  
Ref Type: Journal (Full)

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, *33*, 395-405.

Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Public Health* 162[10], 1805-1818.  
Ref Type: Journal (Full)

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614-625.

Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *The British journal of Psychiatry*, *177*, 4-7.

Deane, F. P. & Chamberlain, K. (1994). Treatment fearfulness and distress as predictors of professional psychological help-seeking. *British Journal of Guidance & Counseling*, *22*, 207-218.

Deane, F. P. & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems and suicidal thinking. *Journal of College Student psychology*, *10*, 45-59.

Dietrich, A. J., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*, 348-354.

Dietrich, A. J., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). The relation between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, *52*, 166-174.

Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C. D., Liao, D., & Wells, K. B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, *15*, 527-534.

EPREMED Consortium (2008). *EPREMED European Policy Information for Mental Disorders. Final report.*

Erlangsen, A., Canadus - Romo, V., & Conwell, Y. (2008). Increased use of antidepressants and decreasing suicide rates: a population-based study using Danish register data. *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*, 448-454.

European Commission (2004). *The State of Mental health in Europe.*

Fernandez, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, S., Autonell, J. et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *190*, 172-173.

Fisher, J. D. & Farina, A. (1979). Consequences of beliefs about the nature of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 320-327.

Gilchrist, H. & Sullivan, G. (2006). Barriers to help-seeking in young people: Community beliefs about youth suicide. *Australian Social Work, 59*, 73-85.

Goldney, R. D. (2005). Risk factors for suicidal behaviour: translating knowledge into practice. In K.Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* (pp. 161-182). Oxford: Oxford University press.

Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2004). Commentary on 'The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people'. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 355-357.

Hall, W. D. & Lucke, J. (2006). How have the selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants affected suicide mortality? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 941-950.

Hall, W. D., Mant, A., Mitchel, P. B., Rendle, V. A., Hickie, I. B., & Mcmanus, P. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991 - 2000: trend analysis. *British Medical Journal* [On-line].

Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide. In K.Hawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: from Science to Practice* (pp. 197-219). Oxford: Oxford University press.

Hawton, K., Arensman, E., Wasserman, D., Hultén, A., Billie-Brahe, U., & Bjerke, T. (1998). Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health, 52*, 191-194.

Healy, D. & Aldred, G. (2005). Antidepressant drug use & the risk of suicide. *International Review of Psychiatry, 17*, 163-172.

Henriksson, S. (2001). Suicide are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden 1985-95. *Acta psychiatrica Scandinavica, 103*, 301-306.

Hirschfeld, R. MA. & Russel, J. M. (1994). Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England Journal of Medicine, 337*, 910-915.

Holmes, E. P. & River, L. P. (1998). Individual Strategies for coping with stigma of severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice, 5*, 231-239.

- Jamison, K. R. & Hawton, K. (2005). The burden of suicide and clinical suggestions for prevention. In K.Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice* (pp. 183-196). Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., & Posada-Villa, J. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Associations*, *291*, 2581-2590.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of College Students' attitudes towards seeking Psychological help. *Journal of counseling & development*, *47*, 138-143.
- Kovess-Masfety, V., Alonso, J., Brugha, S., Angermeyer, M. C., Haro, J. M., Sevilla-Dedieu, C. et al. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European Countries. *Psychiatric Services*, *58*, 213-220.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, *40*, 265-274.
- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, *12*, 19-29.
- Lester, D. & Walker, R. L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide prevention efforts. *Crisis*, *27*, 147-148.
- Lincoln, T. M., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can Antistigma Campaigns be Improved? A test of the impact of Biogenetic vs Psychosocial Causal Explanations on Implicit and Explicit Attitudes to Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *34*, 984-994.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, *54*, 400-423.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 511-541.
- Mann, J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of internal Medicine*, *136*, 302-311.
- Maris, R., Berman, A., & Silverman, M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Guilford Press.
- Meltzer, H. Y., Alphas, L., Green, A. I., Altamura, A. C., & Anand, R. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia . *Archives of General Psychiatry*, *60*, 82-91.
- Montgomery, S. A. (1997). Suicide and Antidepressants. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *836*, 329-338.

- Moskos, M. A., Olson, L., Halbern, S. R., & Gray, D. (2007). Utah youth suicide study: barriers to mental health treatment for adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 179-186.
- Murray, T. L. (2006). The other side of psychopharmacology: a review of the literature. *Journal of Mental Health Counseling, 28*, 309-337.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. M. (2005). Factors contributing to suicide: the epidemiological evidence from large-scale registers. In K.Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (pp. 11-28). Oxford: Oxford University Press.
- Read, J. & A., L. (1999). The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'mentally ill'. *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 216-229.
- Read, J. & Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of 'mental patients'. *Journal of Mental Health, 10*, 223-235.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta psychiatrica Scandinavica, 114*, 303-318.
- Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2005). Mental disorders-who and what might help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 167-174.
- Rihmer, Z., Belső, N., & Kalmár, S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta psychiatrica Scandinavica 103*, 238-239.  
Ref Type: Journal (Full)
- Rihmer, Z., Rutz, W., & Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of affective disorders, 35*, 147-152.
- Rose, N. (2007). Psychofarmaceuticals in Europe. In M.Knapp, D. McDaid, E. Mossialos, & G. Thornicroft (Eds.), *Mental health policy and practices in Europe: The future directions of mental health care* (pp. 480). Berkshire: Open University Press.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effect of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review, 62*, 660-672.
- Rusch, L., Kanten, J. W., & Brondino, M. J. (2009). A comparison of contextual and biomedical models of stigma. reduction far depression with a nonclinical undergraduate sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 104-110.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S. L. et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services, 58*, 357-364.
- Schreiber, R. & Hartrick, G. (2001). Issues in Mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing, 23*, 91-105.



- Sibicky, M. & Dovidio, J. F. (1986). Stigma of psychological therapy: Stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology, 33*, 148-154.
- Storosum, J. G., van Zwieten, B. J., van den Brink, W., Gersons, B. P. R., & Broekmans, A. W. (2001). Suicide Risk in Placebo-Controlled Studies of Major Depression. *The American Journal of Psychiatry, 158*, 1271-1275.
- The European opinion research group (2003). *Eurobarometer 58.2 The mental health status of the European population* Brussels: European Commission.
- van Praag, H. M. (2005). The Resistance of Suicide: Why haven't antidepressants reduced suicide rates? In K.Hawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: from Science to Practice* (pp. 239-260). Oxford: Oxford University Press.
- Van Voorhees, B. W., Cooper, L. A., & Rost, K. M. (2003). Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *Journal of General Internal Medicine, 18*, 991-1000.
- Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M., & van der Brink-Muinen, A. (2007). GP mental health care in 10 European countries: patients' demands and GP's responses. *European Journal of Psychiatry, 21*, 7-16.
- Verhaak, P. F. M., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. M., & Gask, L. (2004). Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries. *European Journal of Public Health, 14*, 134-140.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 325-337.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 40-50.
- Walker, A. & Read, J. (2002). The differential effectiveness of Psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward "mental illness. *Psychiatry, 65*, 313-325.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., & Angermeyer, M. C. (2007a). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet 370*, 841-850.  
Ref Type: Journal (Full)
- Wang, P. S., Angermeyer, M. C., Borges, G., & Bruffaerts, R. (2007b). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry 6*, 177-185.  
Ref Type: Journal (Full)
- Wilson, C. J., Rickwood, D., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (2002). Adolescent barriers to help-seeking professional psychological help for personal-emotional and suicidal problems.
- World Health Organisation (2005). *WHO Mental Health Atlas 2005, Geneva*.

Zantinge, E. M., Verhaak, P. F. M., de Bakker, D. H., van der Meer, K., & Bensing, J. M. (2006). Does the attention general practitioners pay to their patient's mental health problems add to their workload? A cross sectional national survey. *BMC Family Practice*, 7.

## HOOFDSTUK 5

### Sociale integratie en levenskwaliteit

*In dit hoofdstuk gaan we na of er een verband is tussen de incidentie van suïcide en sociaal structurele eigenschappen van een land. Suïcide, niettegenstaande de strikt individuele aard van de daad, wordt zodoende benaderd vanuit een maatschappelijk standpunt.*

*We gaan dieper in op de theoretische verbanden tussen enerzijds sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden en anderzijds suïcide. Vervolgens operationaliseren we deze concepten aan de hand van telkens drie indicatoren. We gaan na of er een associatie is tussen deze determinanten en suïcide en of deze in lijn zijn met de veronderstelling dat sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden een beschermend effect hebben op suïcide op populatieniveau.*

#### 1 Inleiding

Tallose onderzoeken hebben onbetwistbaar aangetoond dat personen die gekenmerkt worden door (psychiatrische) aandoeningen, traumatische ervaringen hebben meegemaakt of andere persoonlijke problemen kennen, tevens een verhoogd risico hebben op het stellen van suïcidaal gedrag. Toch kunnen deze individuele risicofactoren niet verklaren waarom suïcidecijfers doorheen de tijd en tussen regio's kunnen variëren.

In navolging van een lange en rijke Durkheimiaanse traditie, kunnen we veronderstellen dat suïcide, ondanks de strikt individuele aard van de daad, bepaald wordt door sociale factoren. Deze sociale factoren verhogen het risico op suïcides wanneer zij een gezonde sociale integratie verstoren. Doorheen de tijd werd sociale integratie op tallose manieren geïnterpreteerd en geoperationaliseerd. Het concept kent dan ook verschillende dimensies waarvan de belangrijkste religieuze, economische en familiale integratie zijn.

Nauw aansluitend bij sociale integratie, is het concept van sociaal kapitaal. Sociaal kapitaal verwijst naar vrijwillige samenwerkingsnetwerken gebaseerd op vertrouwen.

Geluk en welbevinden, belangrijke beschermende factoren voor suïcidaal gedrag op individueel niveau, worden eveneens vaak aangehaald als belangrijke determinanten op populatieniveau.

In dit hoofdstuk bespreken we hoe sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden in verhouding staan tot suïcide. Vervolgens operationaliseren we deze concepten en gaan we na of er aanwijzingen zijn die deze relaties bevestigen.

## 2 Sociale integratie, sociaal kapitaal en welbevinden

De afgelopen eeuw hebben opkomende waarden en normenstelsels zoals modernisme en individualisme een verschuiving teweeggebracht op het vlak van waarden en normen. Het traditioneel normatief kader wordt ondermijnd en afgewezen ten voordele van het nieuwe kader. Het nieuwe kader wordt echter niet onmiddellijk en volledig geïstitutionaliseerd. Dit leidt tot een vacuüm waarbij er tijdelijk geen normatief kader bestaat. Dit betekent dat normen en waarden sneller veranderen dan een samenleving nodig heeft om zich aan te passen. De vaststelling dat West-Europese suïcidecijfers de laatste jaren stagneren en zelfs dalen wordt door sommigen geïnterpreteerd als een indicatie dat Westerse landen zich hebben aangepast aan deze nieuwe waarden (Eckersley & Dear, 2002). Een snelle verandering van normen en waarden kan bovendien, in regio's waar traditionele waarden nog steeds zeer diep geworteld zijn, tot vervreemding leiden. De traditionele, statische waarden zijn moeilijk te verzoenen met nieuwe levensvisies. Deze incompatibiliteit tussen waarden zou een verklaring zijn voor het hoge suïcidecijfer in landelijke gebieden in zowel Vlaanderen (Westhoek) als Nederland (Noord-Nederland regio Groningen en Friesland).

Te snelle verandering van normen en waarden of te rigide normen en waarden in een veranderende samenleving leiden tot een gebrek aan **regulatie**. Regulatie verwijst naar een vorm van regelgeving, controle en sturing van de samenleving ten aanzien van het individu. Een gebrek aan regulatie wordt geassocieerd met *anomische* suïcide (Bille-Brahe, 2000).

Onze individualiserende samenleving impliceert eveneens dat het individu steeds belangrijker wordt dan de gemeenschap waarvan het individu deel uitmaakt. Dit zou vervolgens leiden tot verminderde betrokkenheid, solidariteit en wederkerige steun. Gelijk met toenemende kansen en keuzes nemen ook verwachtingen en verantwoordelijkheden toe. Wanneer de **integratie** van het individu in de samenleving te zwak is, kan dit leiden tot een toename van *egoïstische*<sup>29</sup> suïcides. Verschillende cross-culturele onderzoeken vonden evidentie voor de positieve relatie tussen individualisme op populatieniveau en suïcidecijfers (Cleary & Brannick, 2007; Eckersley et al., 2002; Lester, 1997; Rudmin, Ferrada-Noli, & Skolbekken, 2003; Scott, Ciarrochi, & Deane, 2004).

Verstoorde integratie/regulatie veroorzaakt dus sociale stress en kan zo tot een toename van het aantal suïcides leiden (Van de Kerckhove & Vincke, 2007). Voorbeelden van een verstoring van de sociale integratie is het **secularisme** en de **aantasting van het traditionele gezin** (toename van het aantal echtscheidingen, veranderende geslachtsrolverdeling, etc.). Suïcide is dus een handeling die niet enkel door individuele factoren wordt gedetermineerd. Durkheim redeneerde dat hoge suïcidecijfers een indicatie zijn van een verstoorde balans op het vlak van sociale integratie en regulatie. De hoge suïcidecijfers en de toenemende prevalentie van

---

<sup>29</sup> Naast anomische en egoïstische suïcide omvatte Durkheims typologie nog andere types van suïcide. De fatalistische suïcide is een gevolg van te veel regulatie (bv. suïcide binnen een gevangenis). Een altruïstische suïcide doet zich voor wanneer er te veel integratie is (bv. massasuïcides binnen een sekte).

psychiatrische aandoeningen in de Westerse samenleving zouden hierin hun oorzaak vinden.

Over de interpretatie van de relatie tussen een individualiserende samenleving en suïcidecijfers zijn verschillende opinies. Omdat individualisme positief geassocieerd wordt met welbevinden kan men ervan uitgaan dat een individualistische samenleving de levenskwaliteit van de meeste mensen verbetert, maar extra belastend is voor een kleine minderheid. Men zou dus kunnen spreken van een *'eiland van problemen in een oceaan van geluk'* (Eckersley et al., 2002). De normverschuiving heeft voor de meeste mensen positieve gevolgen maar heeft evenzeer negatieve gevolgen voor een kleinere groep anderen (Cleary et al., 2007). De postmoderne samenleving biedt kansen en creëert opportuniteiten voor zelfontplooiing. Lester vond bevestiging voor de hypothese van Henry & Short dat, indien de samenleving goed georganiseerd is, individuen geen reden hebben om hun ongenoegen naar buiten te kanaliseren. In een individualistische samenleving is het vooral aan jezelf te wijten of je slaagt of faalt. Frustratie, ongenoegen en agressie worden in een dergelijke samenleving naar zichzelf gericht. Hij concludeerde dan ook dat suïcide een indicator is voor een gezonde samenleving (Lester, 1995). Deze 'eiland'-metafoor suggereert ook dat deprivatie relatief is en dat tegenslag zwaarder doorweegt in een samenleving waarbinnen de grote meerderheid succesvol is. Het naleven van succes binnen een individualistische samenleving kan zeer belonend zijn wanneer alles naar wens verloopt, maar dit kan ten koste gaan van **sociaal kapitaal** waarop men moet kunnen terugvallen wanneer dingen verkeerd gaan (Eckersley et al., 2002).

Er zijn ook aanwijzingen voor een andere verklaring die stelt dat suïcidecijfers slechts *'het topje van de ijsberg'* zijn (Eckersley et al., 2002). In lijn met de sociale integratietheorie gaat deze redenering uit van een individualistische samenleving die, door een gebrek aan verbondenheid, als belastend wordt ervaren en er niet in slaagt om het individu in de samenleving te integreren (Rudmin et al., 2003). In het bijzonder jongeren, bij wie de suïcidecijfers de laatste decennia dramatisch zijn toegenomen, lijken zeer kwetsbaar. De vaststelling dat de prevalentie van de belangrijkste risicofactor voor suïcide, namelijk psychiatrische aandoeningen, toeneemt, onderbouwt eveneens deze stelling.

Verschillende cross-regionale en -nationale onderzoeken hebben een negatieve relatie gevonden tussen sociale integratie en suïcide (zie Rehkopf & Buka, 2006 voor een overzicht). In een samenleving waar minder sociale integratie is, kan men dus verwachten dat het suïcidecijfer hoger is.

Sociale integratie kent verschillende dimensies. Zo kan men spreken van religieuze, economische en familiale integratie. Ook sociaal kapitaal zien we als een onderdeel van sociale integratie. Sociale integratie wordt op heel wat verschillende manieren geïnterpreteerd en geoperationaliseerd (Berk, 2006). In de volgende delen bespreken we de vier verschillende dimensies van sociale integratie. Omdat zowel sociale integratie als suïcide geassocieerd zijn met levenskwaliteit, zullen we ook dit concept toelichten.

## **2.1 Religieuze integratie**

Religie wordt verondersteld een drempelverhogend effect op suïcide te hebben (Neeleman, 1998; Neeleman, 1999; Kerkhof, Arensman, Neeleman & De Wilde, 2003; Kerkhof & Kunst, 1994). Religie veroordeelt suïcide en bepaalt zodoende de attitude van de gelovigen. Religieuze personen zijn minder aanvaardend en tolerant ten aanzien van suïcide in vergelijking met niet gelovigen (Stack & Kposowa, 2008; Neeleman, Halpern, Leon, & Lewis, 1997). De kerkgemeenschap voorziet bovendien een sterke sociale controle. Een andere beschermende factor is dat participatie aan een kerkgemeenschap, net zoals deelname aan het verenigingsleven, zou bijdragen aan integratie en aan de ontwikkeling van een sociaal netwerk (Clarke, Bannon, & Denihan, 2003). Onderzoek in Nederland bevestigt het beschermende effect van een religieuze gemeenschap, maar onder meer door secularisering vermindert de invloed van religie en wordt de sociale-netwerkhypothese niet bevestigd (van Tubergen, te Groothuis, & Ultee, 2005).

## **2.2 Economische Integratie**

De relatie tussen economische context en suïcide is niet steeds eenduidig. Bepalende factoren voor de richting en sterkte van de relatie zijn onder meer de manier van operationalisering en de omvang van de onderzoekseenheden (Rehkopf et al., 2006)<sup>30</sup>. De meerderheid van de onderzoeken naar de relatie tussen economische factoren zoals inkomensongelijkheid, opleiding, werkloosheid, etc. tonen wel een negatieve relatie aan tussen een goede socio - economische context en suïcidedcijfers (Leenaars, Yang, & Lester, 1993; Neumayer, 2003; Cutchin & Churchill, 1999; Lorant, Kunst, Huisman, & Bopp, 2005; Lorant, Kunst, Huisman, Costa, & Mackenbach, 2005).

## **2.3 Familiale integratie en sociale steun**

Familiale integratie wordt niet enkel verondersteld een beschermend effect te hebben op suïcide (Fernquist & Cutright, 1998; Leenaars et al., 1993), maar ook een mediërend effect op andere risicofactoren (Stack, 1998). De familie biedt emotionele en sociale steun en heeft dus een beschermend effect ten aanzien van suïcide.

Sociale steun wordt eveneens verondersteld een beschermende factor te zijn voor suïcidaal gedrag (Bille-Brahe & Jensen, 2004; Eskin, 2003). Sociale steun verwijst naar het krijgen en geven van steun via informele netwerken zoals vrienden en familieleden.

## **2.4 Sociaal kapitaal**

Sociaal kapitaal is het bestaan van vrijwillige gemeenschapnetwerken en het bestaan van relaties gebaseerd op vertrouwen. Het is hierbij belangrijk dat deze netwerken en

---

<sup>30</sup> Vergelijkingen tussen kleinere regio's leiden vaker tot significante relaties dan vergelijkingen tussen landen wereldwijd.

relaties bijdragen tot positieve sociale acties (Kelly, Davoren, Mhaolain, Breen, & Casey, 2009). In tegenstelling tot sociale steun, heeft sociaal kapitaal betrekking op een collectief of een groepsgebeuren. Sociaal kapitaal zou een positieve invloed hebben op mentale gezondheid (McKenzie, Whitley, & Weich, 2002; De Silva, McKenzie, Harpham, & Huttly, 2005) en suïcide (Helliwell, 2006; Kelly et al., 2009).

## 2.5 Levenskwaliteit

Levenskwaliteit is een concept dat vele ladingen dekt, zoals levenstevredenheid, geluk, psychologisch welbevinden, tevredenheid over de omgeving waarin men woont of werkt, etc. Vaak wordt er in onderzoek geen strikt onderscheid gemaakt tussen de verschillende concepten. Hoewel bijvoorbeeld levenstevredenheid en geluk onderling sterk correleren, zijn de verbanden met anderen concepten echter niet steeds hetzelfde. Cross – nationaal onderzoek heeft aangetoond dat er een negatief verband is tussen levenstevredenheid en suïcidecijfers, terwijl het verband tussen geluk en suïcidecijfers vaak statistisch onbestaande of zelfs omgekeerd is (Bray & Gunnell, 2006; Veenhoven, Ehrhardt, Sie Dhian Ho, & de Vries, 1993). Geluk en suïcidaal gedrag zijn op individueel niveau weliswaar met elkaar geassocieerd, maar verbanden op macroniveau, zowel longitudinaal als cross – sectioneel, zijn vaak afwezig (Daly & Wilson, 2008).

Onderzoek in West-Europese landen (Gundlach & Kreiner, 2004) toonde aan dat geluk en levenstevredenheid twee verschillende concepten zijn die afhankelijk zijn van andere factoren. Geluk is eerder emotioneel en algemeen, terwijl levenstevredenheid cognitief van aard is en meer gelieerd aan concrete elementen die deel uitmaken van het leven, zoals milieu, leef – en werkomgeving.

Noemenswaardig is dat sociaal kapitaal, waarvan verondersteld wordt dat het een preventief effect heeft op suïcidecijfers, eveneens een positief effect heeft op levenstevredenheid. Helliwell (Helliwell, 2006) concludeert hieruit dat levenstevredenheid en sociaal kapitaal de belangrijkste determinanten zijn voor suïcidecijfers op nationaal niveau.

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers gekenmerkt door meer sociale integratie en meer levenskwaliteit?***

## 3 Methode en data

Voor ieder van de 4 types van integratie en voor levenskwaliteit werden telkens de gegevens voor 3 indicatoren verzameld voor de België (en waar mogelijk Vlaanderen), Frankrijk, Duitsland en Nederland.

Voor de operationalisering van religieuze integratie maken we gebruik van de European Social Survey 2006 (European Social Study, 2009) (item 1 en 2) en World Value Survey '99-'00 (World Values Survey, 2009) (item 3). De drie indicatoren zijn: het percentage dat zegt religieus te zijn, het percentage dat minimaal eens per week

een kerkdienst bijwoont en het percentage dat zegt actief te zijn binnen een religieuze organisatie.

Indicatoren voor economische integratie worden telkens weergegeven voor Vlaanderen en werden bekomen via de Studiedienst van de Vlaamse Regering (Studiedienst van de Vlaamse Regering, 2009). De data voor de overige landen hebben betrekking op 2005 en zijn afkomstig van Eurostat (European Commission, 2009). De indicatoren zijn Gini - coëfficiënt<sup>31</sup>, risico op armoede<sup>32</sup> en werkloosheidsgraad.

Familiale integratie werd gemeten aan de hand van het aantal echtscheidingen per 1.000 inwoners; het percentage van de personen dat zegt steun te krijgen van familieleden en het percentage dat zegt iemand (familie, vrienden, kennissen, etc.) te hebben bij wie men terecht kan met intieme en persoonlijke zaken. De data voor het eerste item (echtscheiding) werden voor Vlaanderen bekomen via de Studiedienst van de Vlaamse Overheid en voor de overige landen via Eurostat. Cijfers voor het tweede item zijn afkomstig van het European Quality of Life Survey (Eurofound, 2009)<sup>33</sup>. De data voor het derde item zijn afkomstig van de European Social Survey 2006.

Sociaal kapitaal wordt geoperationaliseerd door een maat voor vrijwilligerswerk, vertrouwen in en gepercipieerde hulpvaardigheid van andere mensen. Voor deze data deden we een beroep op de European Social Survey 2006.

Geluk en levenstevredenheid, tenslotte worden gemeten door een geluksvraag (European Social Survey 2006), een item over levenstevredenheid (Eurobarometer 66.1) en optimisme ten aanzien van de toekomst (European Social Survey 2006).

#### **4 Resultaten**

Religie wordt verondersteld een belangrijke beschermende factor te zijn. In Tabel 21 zien we dat de Nederlandse bevolking, ondanks de secularisering, religieuzer is dan de overige landen. De religiositeit is niet enkel passief maar wordt ook actief beleefd door het bijwonen van kerkdiensten en lidmaatschap van religieuze organisaties. Frankrijk heeft het laagst aantal praktiserende religieuzen.

---

<sup>31</sup> De Gini-coëfficiënt is een maat voor inkomensongelijkheid waarbij 0 gelijk is aan volledige inkomensongelijkheid en 10 gelijk aan volledige gelijkheid.

<sup>32</sup> Dit is het percentage individuen met een equivalent netto-inkomen lager dan 60% van het mediaan equivalent netto-inkomen.

<sup>33</sup> Percentage van de mensen boven de 18 jaar die hulp krijgen van familieleden in drie van de vier situaties (hulp bij ziekte, advies bij persoonlijke aangelegenheden, hulp bij depressie, financiële hulp).



<b>Religieuze integratie</b>	<b>B (VL)</b>	<b>FR</b>	<b>D</b>	<b>NL</b>
% dat zegt religieus te zijn	46,8	30,2	26,9	52,7
% dat minimaal eens per week een kerkdienst heeft bijgewoond	9,2	6,9	8,6	13,1
% dat actief is binnen een religieuze organisatie	11,9	4,4	12,9	34,7

Tabel 21. *Indicatoren van religieuze integratie*

Hoewel het wetenschappelijk moeilijk aantoonbaar is, suggereren de meeste onderzoeken een negatieve relatie tussen een goede socio – economische situatie en suïcidecijfers. In het geval van Vlaanderen en de drie overige landen valt meteen op dat de socio – economische context zeer vergelijkbaar is (zie Tabel 22). Enkel het percentage werklozen verschilt opmerkelijk tussen de landen. Nederland heeft met 3,2% de laagste en Frankrijk (9.3%) de hoogste werkloosheidsgraad.

<b>Economische integratie</b>	<b>B (VL)</b>	<b>FR</b>	<b>D</b>	<b>NL</b>
Gini – coëfficiënt (2005) (0=volkomen inkomensgelijkheid)	27 (VL)	28	28	27
% met risico op armoede (2005)	11 (VL)	13	13	11
% werklozen (2005)	7,6 (VL)	9,3	7,7	3,2

Tabel 22. *Indicatoren voor economische integratie*

Familiale integratie, ondermeer gekenmerkt door een laag aantal echtscheidingen en familiale en sociale steun, wordt verondersteld beschermend te zijn ten aanzien van suïcidaal gedrag. De geselecteerde indicatoren (zie Tabel 23) tonen aan dat Nederland gekenmerkt wordt door de sterkste familiale integratie. Nederland heeft het laagste aantal echtscheidingen (1,9 per 100.000 inw.) en het aandeel mensen dat steun ervaart van familieleden (65%) en het aantal mensen dat bij anderen terecht kan voor persoonlijke aangelegenheden (47,5%) is er het hoogst. Met uitzondering van het aantal echtscheidingen, wordt Duitsland eveneens gekenmerkt door een goede familiale integratie. Frankrijk en in minder mate Vlaanderen scoren het minst goed.

<b>Familiale integratie en sociale steun</b>	<b>B (VL)</b>	<b>FR</b>	<b>D</b>	<b>NL</b>
Echtscheidingen per 1.000 inw.	2,3 (VL)	2,1	2,6	1,9
% dat steun krijgt van familieleden	60	50	64	65
% dat iemand heeft met wie hij/zij intieme en persoonlijk zaken kan bespreken	89,4	88,0	94,4	93,1

Tabel 23. *Indicatoren voor familiale integratie en sociale steun*

Sociaal kapitaal zou een beschermende factor zijn voor suïcidaal gedrag. De Nederlandse burgers hebben het meest sociaal kapitaal (zie Tabel 24). Eén op drie is actief als vrijwilliger, 60% zegt vertrouwen te hebben in de anderen en bijna de helft ervaart de anderen als behulpzaam. Frankrijk scoort het laagst op sociaal kapitaal. Zowel op vlak van het aantal vrijwilligers (23,9%), als op vlak van vertrouwen (29,0%) en gepercipieerde behulpzaamheid (28,7%), scoort de Franse bevolking het laagst. Vlamingen hebben meer vertrouwen dan Duitse mensen maar doen minder vrijwilligerswerk en ervaren minder behulpzaamheid.

<b>Sociaal kapitaal</b>	<b>B (VL)</b>	<b>FR</b>	<b>D</b>	<b>NL</b>
% dat de afgelopen 12 maanden maandelijks vrijwilligerswerk gedaan	20,2	23,9	33,1	33,6
% dat vertrouwen heeft in anderen	42,3	29,0	36,7	60,7
% dat gelooft dat anderen behulpzaam zijn	33,3	28,7	37,0	47,5

Tabel 24. *Indicatoren voor sociaal kapitaal*

Zoals we hieronder (Tabel 25) kunnen zien, wordt geluk op populatieniveau, in tegenstelling tot levenstevredenheid, verondersteld een minder goede determinant te zijn voor suïcidaal gedrag. In onderstaande tabel zien we dat meer dan 90 % van de Belgische en Nederlandse bevolking zegt gelukkig te zijn. Voor Frankrijk en Duitsland ligt dit percentage ongeveer 10% lager. De levenstevredenheid is in Nederland het hoogst (98%) en in Frankrijk het laagst (80%). In Duitsland is men het meest optimistisch (70,2%), terwijl in Frankrijk slechts 57% de toekomst positief tegemoet kijkt.

<b>Geluk en levenstevredenheid</b>	<b>B (VL)</b>	<b>FR</b>	<b>D</b>	<b>NL</b>
% dat zegt gelukkig te zijn + gemiddelde score op 10 (10 = zeer gelukkig)	91,1 7,7	80,9 7,2	78,7 7,0	93,0 7,6
% tevreden met het leven in het algemeen	87	80	85	98
% optimistisch over de toekomst	62,3	56,9	70,2	64,3

Tabel 25. *Indicatoren voor geluk en levenstevredenheid*

## 5 Discussie

Suïcidaal gedrag is in essentie een strikt individuele daad. Desondanks zijn er duidelijke tendensen op populatieniveau waar te nemen doorheen de tijd en zijn er opmerkelijke verschillen tussen landen en zelfs regio's. Dit wijst op determinerende factoren die het strikt individuele overstijgen. Vanuit een sociologische benadering wordt de verklaring voor regionale of nationale suïcidecijfers vaak gezocht in de mate van ondersteuning en sturing die een gemeenschap aan haar leden kan bieden. Deze ondersteuning en sturing worden samengevat in het concept sociale integratie. Indien sociale integratie in een gezond evenwicht verkeert zou dit een beschermend effect hebben ten aanzien van suïcidaal gedrag. Hoewel regulatie en integratie te sterk kunnen zijn<sup>34</sup>, gaan we ervan uit dat sociale integratie in West-Europa eerder te laag dan te hoog is. We verwachten dus dat de integratie in Nederland en in mindere mate Duitsland sterker en dus beschermend is ten aanzien van suïcide in vergelijking met Vlaanderen en Frankrijk.

De resultaten bevestigen deze hypothese. Nederland heeft de sterkste religieuze integratie. Op het vlak van actieve participatie binnen de kerkgemeenschap scoort Frankrijk het zwakst. Omdat het normatief kader en de controlerende rol van de Katholieke Kerk wordt verondersteld sterker te zijn dan in de Protestantse Kerk, gaat men ervan uit dat de integratie sterker is bij Katholieken. Dit zou moeten resulteren in lagere suïcidecijfers in Katholieke landen. Opvallend is echter dat Duitsland en Nederland meer Protestanten telt dan Frankrijk en Vlaanderen. De eerder beperkte religiositeit van Duitsland is toe te schrijven aan het voormalige communistische Oost-Duitsland.

Op economisch vlak zijn de vier landen zeer gelijkaardig waardoor we weinig verklarende variantie verwachten. Toch zien we dat het werkloosheidscijfer in Nederland beduidend lager is in vergelijking met de overige landen. Frankrijk heeft de hoogste werkloosheidsgraad.

Het aantal echtscheidingen op het aantal inwoners, als indicator voor familiale integratie, is het laagst in Nederland en Frankrijk. Hoewel op individueel niveau

<sup>34</sup> Een voorbeeld van te veel regulatie zijn bv. de hogere suïcidecijfers in gevangnissen (d.i. fatalistische suïcide). Een voorbeeld van te veel integratie zijn massa suïcides in sekten (d.i. altuïstische suïcide).

chtscheiding een belangrijke risicofactor is en in het bijzonder bij mannen, lijkt ze op macroniveau enkel voor Nederland en Vlaanderen in de lijn van de verwachtingen te liggen.

De data voor sociale steun geven wel een eenduidige en verwachte associatie weer. Steun krijgen van familie en intieme vertrouwelijke contacten wordt vaker gerapporteerd door Nederlanders en Duitsers en het minst door Fransen en Vlamingen. Sociale steun is een belangrijke drempelverhogende factor voor suïcidaal gedrag.

Ook sociaal kapitaal gemeten door vrijwilligerswerk, vertrouwen en gepercipieerde behulpzaamheid, lijkt een goede indicator te zijn voor sociale integratie en suïcidecijfers op populatieniveau. Zoals verwacht is het sociale kapitaal in Nederland en Duitsland groter dan in Frankrijk en Vlaanderen.

Geluk blijkt geen goede determinant te zijn van suïcidaal gedrag op populatieniveau. Levenstevredenheid is voor Vlaanderen en de drie buurlanden evenmin een goede determinant. Nederland scoort hoog en Frankrijk laag, maar tegen de hypothese in echter, scoort ook Vlaanderen vrij hoog.

## 6 Besluit

***Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder sociale integratie en minder levenskwaliteit dan landen met lage suïdecijfers (D en NL)?***

Ja, sociale integratie blijkt een matige voorspeller te zijn voor suïdecijfers op macroniveau. De associatie tussen enerzijds religie, werkloosheid, sociale steun en sociaal kapitaal en anderzijds suïdecijfers, is in lijn met de vooropgestelde hypothese. Ondanks het overduidelijke effect van geluk, levenstevredenheid en echtscheiding op suïcidaal gedrag op individueel niveau, blijkt deze relatie minder duidelijk op populatieniveau, althans voor Vlaanderen en de drie buurlanden.

Opvallend is dat Nederland op alle indicatoren zeer goed scoort, wat dus deels de lage suïdecijfers verklaart. Frankrijk, gekenmerkt door hoge suïdecijfers, scoort op de meeste indicatoren het zwakst. De resultaten voor Duitsland waren het minst eenduidig. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er aanwijzingen zijn dat het aantal suïcides in Duitsland wellicht hoger is dan wat de cijfers aangeven (**zie hoofdstuk betrouwbaarheid**).

Ondanks het feit dat Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland socio-economisch zeer sterk op elkaar gelijken, merken we toch verschillen op die de hypothetische relatie tussen sociale integratie en suïdecijfers lijken te bevestigen.

## 7 Referenties

- Berk, B. B. (2006). Macro-micro relationship in Durkheim's analysis of egoistic suicide. *Sociological Theory, 24*, 58-80.
- Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behavior. In K.Hawton & K. v. Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193-207). John Wiley & Sons, Ltd.
- Bille-Brahe, U. & Jensen, B. (2004). The importance of social support. In D.De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 199-208). Gottingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Bray, I. & Gunnell, D. (2006). Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 333-337.
- Clarke, C. S., Bannon, F., & Denihan, A. (2003). Suicide and religiosity - Masaryk's theory revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 502-506.
- Cleary, A. & brannick, T. (2007). Suicide and changing values and beliefs in Ireland. *Crisis, 2*-82.
- Cutchin, M. P. & Churchill, R. R. (1999). Scale, context, and causes of suicide in the United States. *Social Science Quarterly, 80*, 97-114.
- Daly, M. C. & Wilson, D. J. (2008). Happiness, Unhappiness, and suicide: an emperical assessment. 1-17. Federal Reserve Bank of San Francisco. Working Paper Series. Ref Type: Serial (Book,Monograph).
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. A. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 619-627.
- Eckersley, R. & Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Social Science & medicine, 55*, 1891-1904.
- Eskin, M. (2003). A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*, 1-6.
- Eurofound (2009). European Quality of Life Survey 2003. <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/index.htm> [On-line].
- European Commission (2009). Euostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> [On-line].
- European Social Study (2009). ESS3-2006, ed.3.2. <http://nesstar.ess.nsd.uib.no/webview/> [On-line].



## HOOFDSTUK 6

### Besluiten, nabeschuiving en adviezen

*In dit hoofdstuk:*

- *geven we een overzicht van de onderzoeksvragen en formuleren we krachtige antwoorden*
- *reiken we beleidsadviezen aan*

#### 1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken werden verklaringsmodellen en determinanten voor verschillen tussen suïcidecijfers op populatieniveau besproken. We maakten gebruik van bestaande data om de determinanten te operationaliseren. Vervolgens gingen we na of deze data voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland in lijn zijn met de verwachtingen.

In de *samenvattende besluiten* geven we op ieder van de onderzoeksvragen een bondig antwoord en overlopen we kort de belangrijkste conclusies. We voorzien een schematisch overzicht van de onderzochte associaties.

De ambitie van dit rapport gaat verder dan enkel een verklaring te bieden op de vraag waarom er in Vlaanderen meer suïcides voorkomen dan in de meeste andere West-Europese landen. In de *nabeschuiving* vertalen we uitkomsten van dit rapport in beleidsadviezen en geven we aan waar bijkomend onderzoek nodig is.

In een laatste deel bespreken we de beperkingen van deze studie.

#### 2 Resultaten en conclusies

##### 2.1 Suïcidecijfers in Vlaanderen binnen een Europese context

In 2007 bedroeg het suïcidecijfer in het Vlaams Gewest 16.1/100.000 inw. In 2006 en 2007 stellen we een sterke daling van de suïcidecijfers vast en dit voornamelijk bij oudere mannen. Mannen boven de 80 jaar vormen verhoudingsgewijs de belangrijkste risicogroep. Suïcide is echter de eerste doodsoorzaak bij mannen tussen de 25 en 50 jaar en bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar.

Voor beide geslachten geldt dat verhangen de meest gebruikte suïcidemethode is. Het grootste aandeel suïcides vindt thuis plaats.

Het aantal suïcidepogingen wordt geschat op een tien- à vijftienvoud van het aantal suïcides. Vrouwen en jongeren ondernemen meer suïcidepogingen en denken vaker aan suïcide.

Oost- en West-Vlaanderen hebben in Vlaanderen de hoogste suïcidecijfers.

Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben vergelijkbare suïcidecijfers. Wallonië heeft het hoogste suïcidecijfer.

Vlaanderen had in 2006 een gestandaardiseerd suïcidecijfer (14,7/ 100.000 inw.) dat bij benadering even hoog was als dat van Frankrijk (14,8) en Zwitserland (14,9). Enkel Finland (19,0) heeft binnen West-Europa een hoger suïcidecijfer. Duitsland (9,8) zit net onder het Europese gemiddelde. Nederland (8,7) heeft voor een Centraal-Europees land opmerkelijk lage suïcidecijfers.

De leeftijds- en geslachtsverdeling van de suïcidecijfers in Vlaanderen verlopen in grote lijnen gelijkaardig aan die van Frankrijk, Duitsland en Nederland. Vlaanderen onderscheidt zich echter van de overige landen door hogere suïcidecijfers bij 14- tot 35-jarige mannen.

De tendens van de laatste 8 jaar wijst op een afname van het aantal suïcides in Vlaanderen. Deze dalende trend is tevens merkbaar in Frankrijk en Duitsland. De suïcidecijfers in Nederland zijn vrij constant.

Duitsland maakt systematisch het meest en Nederland het minst gebruik van de SOI-categorie. De categorie 'late gevolgen van een suïcidepoging' is in alle landen verwaarloosbaar klein.

## **2.2 Betrouwbaarheid van de nationale suïcidecijfers**

De betrouwbaarheid van suïcidecijfers is sinds geruime tijd een punt van discussie. Zijn de nationale suïcidecijfers geschikt om vergelijkende cross-nationale analyses op uit te voeren of zijn deze data in die mate onderhevig aan vertekening dat ze zelf aan de basis liggen van nationale verschillen?

***1. Onderzoeksvraag: Zijn officiële suïcidecijfers betrouwbaar? Kunnen vertekeningen en onbetrouwbaarheid van officiële suïcidecijfers nationale verschillen (deels) verklaren?***

Ja, nationale suïcidecijfers zijn voldoende betrouwbaar om onderling te vergelijken. Dit neemt echter niet weg dat officiële suïcidecijfers een onderrapportering zijn van de realiteit en dat deze mate van onderrapportering niet in alle landen even sterk is.

Tallose factoren beïnvloeden de kwaliteit van de suïcidecijfers. Ten eerste, is het niet steeds mogelijk om een suïcide als dusdanig te herkennen. Naast de doodsoorzaak moet men niet enkel nagaan of de verwondingen zelf zijn toegebracht maar ook of dit opzettelijk gebeurde. Binnen West-Europa zijn er opvallende verschillen tussen de coderings- en registratieprocedures. Zo verschillen de sterftecertificaten van land tot land. In het Verenigde Koninkrijk, Wales en Ierland zijn individuele sterftecertificaten openbaar; in Luxemburg is een afscheidsbrief noodzakelijk om een overlijden als



suicide te classificeren; in de meeste Angelsaksische landen zijn de lijkschouwers bevoegd om bij een verdacht overlijden het sterftcertificaat in te vullen, terwijl in Finland de politie en in België een arts bevoegd is; in Zwitserland wordt euthanasie als suicide geclassificeerd, etc. Deze factoren hebben ontegensprekelijk een effect op de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de suïcidecijfers.

Naast deze verschillen, zijn er in West-Europa ook heel wat gelijkenissen op het vlak van cultuur, regelgeving, registratie- en coderingsprocedures. Sterftcijfers, en in het bijzonder suïcidecijfers, zijn behoorlijk stabiel doorheen de tijd wat het aantal, de leeftijds- en geslachtsverdeling betreft.

Uit onderzoek naar de betrouwbaarheid van suïcidecijfers en concurrerende doodsoorzaken blijkt dat suïcidecijfers onderschat worden, dat de onderschatting niet in alle landen even sterk is en dat 'ongevallen', SOI- en, in mindere mate, SOO-cijfers een behoorlijk aandeel verdoken suïcides bevatten. Desondanks blijkt dat indien concurrerende categorieën in rekening worden gebracht, de rangorde van de nationale suïcidecijfers, op enkele uitzonderingen na, behouden blijft. Vertekeningen kunnen slechts deels de verschillen tussen de landen verklaren.

Daarom wordt er vaak geargumenteed dat de suïcidecijfers in West-Europa betrouwbaar en vergelijkbaar zijn maar dat men steeds rekening moet houden met concurrerende doodsoorzaken.

We hebben de vergelijk- en betrouwbaarheid van de suïcidecijfers van Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland op drie manieren geanalyseerd:

- 1) vergelijking van registratie- en coderingsprocedures;
- 2) vergelijking van gebruik van concurrerende categorieën (SOI en SOO) en
- 3) vergelijking van gerapporteerde suïcidemethodes.

**2. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen met betrekking tot de registratie- en coderingsprocedures?**

Ja, er zijn verschillen op het vlak van registratie- en coderingsprocedures tussen Vlaanderen en de drie overige landen maar deze zijn eerder beperkt. Er is echter zeker ruimte voor en vraag naar een standaardisering van de registratie- en coderingsprocedures op Europees niveau (zie Jouglu, Niyonsenga, Chappert, Johansson, & Pavillon, 2001 voor een overzicht van aanbevelingen).

Daarnaast stellen we eveneens heel wat parallellen vast tussen de verschillende procedures. In alle betrokken landen mogen enkel artsen een sterftcertificaat invullen. Bij externe doodsoorzaken worden meestal bijkomende onderzoeken verricht. De instanties die instaan voor de codering van de sterftcertificaten, maken alle gebruik van de ICD-10 voor het classificeren van de doodsoorzaken. Bij twijfel of onduidelijkheid hebben deze instanties de mogelijkheid om bijkomende informatie in te winnen bij de attesterende arts of de bevoegde juridische instanties. In alle landen geldt een strenge wetgeving inzake vertrouwelijkheid en geheimhouding.

De mate waarin de verschillende procedures de suïcidecijfers vertekenen is echter zeer moeilijk te kwantificeren.

**3. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland verschillen betreffende het gebruik van concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO)?**

Ja, er zijn duidelijke verschillen in het gebruik van de SOI- en SOO-categorie. Duitsland maakt het meest gebruik van de SOI- categorie en Nederland het minst. Nederland maakt echter het meest gebruik van de SOO-categorie, terwijl Vlaanderen het minst gebruik maakt van deze categorie.

**4. Onderzoeksvraag: Zijn er voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland aanwijzingen dat de concurrerende doodsoorzakencategorieën 'opzet onbepaald' (SOI) en 'oorzaak onbepaald' (SOO) een noemenswaardige proportie vals negatieve suïcides bevatten?**

Ja, experts stellen dat de SOI- categorie een aanzienlijk aandeel vals negatieve suïcides bevat. Onderzoekers menen eveneens hetzelfde over de SOO-categorie. Experts uit Vlaanderen en Nederland die nauw betrokken zijn bij de codering van sterftecijfers spreken dit echter tegen.

Er is een sterke positieve relatie tussen de leeftijdsverdeling van SOI en suïcide. Deze relatie, zij het minder uitgesproken, vinden we eveneens terug tussen SOO en suïcide. De evolutie doorheen de tijd tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken is minder eenduidig. De relatie tussen SOI- /SOO- en suïcidecijfers is het sterkst in Duitsland.

De case over suïcides op het spoor illustreert dat Duitsland, naast het veelvuldige gebruik van de SOI-categorie en de sterkste correlatie tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken, suïcides het meest lijkt te onderschatten.

We hebben geen aanwijzingen dat de rangorde tussen de 4 landen zou veranderen maar wel dat de onderschatting van het suïcidecijfer in Duitsland het sterkst is.

**5. Onderzoeksvraag: Is er een relatie tussen de officiële verdeling van suïcidemethodes en de onderschatting van de suïcidecijfers.**

Neen, de data ondersteunen de stelling niet dat landen waar meer gebruik gemaakt wordt van de SOI-categorie, het aandeel harde suïcidemethodes groter en het aandeel zachte methodes kleiner is in vergelijking met landen die minder gebruik maken van de SOI-categorie.

**6. Onderzoeksvraag: Kunnen de verschillen tussen Vlaamse, Franse, Duitse en Nederlandse suïcidecijfers verklaard worden door vertekeningen in de suïcidecijfers?**

Ja maar in beperkte mate. Er zijn aanwijzingen dat de onderrapportering in Duitsland groter is dan in Vlaanderen, Frankrijk en Nederland. Met anderen woorden, kan een deel van het verschil tussen enerzijds Duitsland en anderzijds Vlaanderen, Frankrijk en Nederland verklaard worden door vertekeningen in de suïcidecijfers, al zijn deze vertekeningen zeer moeilijk te kwantificeren?

**Duitsland** maakt het meest gebruik van de SOI-categorie, kent de sterkste correlaties tussen suïcidecijfers en concurrerende doodsoorzaken en onderschat suïcides op het spoor het sterkst. Dit doet ons besluiten dat de Duitse suïcidecijfers de sterkste onderrapportering kennen.

**Nederland** maakt het minst gebruik van de SOI-categorie maar het meest van de SOO-categorie. Het vermoeden dat dit wijst op een sterke onderrapportering wordt door de zwakke verbanden tussen SOO en suïcide niet bevestigd. Suïcides op het spoor lijken in Nederland het minst onderschat te worden.

**Frankrijk** maakt van de SOI-categorie minder maar van de SOO-categorie meer gebruik in vergelijking met Vlaanderen. Frankrijk vertoont geen relatie tussen suïcide en de concurrerende doodsoorzaken doorheen de tijd.

**Vlaanderen** maakt de laatste jaren meer gebruik van de SOI-categorie en dit gaat gepaard met een opmerkelijke daling van de suïcidecijfers (bij mannen). Vlaanderen heeft de neiging om zo vaak mogelijk de doodsoorzaak te benoemen, wat resulteert in een relatief laag aandeel SOO. De casus met betrekking tot suïcides op het spoor suggereert dat de mate van onderrapportering beperkt is.

Onderschatting van suïcidecijfers lijkt de regel te zijn maar deze is niet overal even sterk. De mate van onderrapportering kan verschillen in suïcidecijfers tussen landen deels verklaren. Het is echter uiterst moeilijk om de mate van onderrapportering te kwantificeren. In het geval van de vier in dit onderzoek opgenomen landen, besluiten we dat Duitsland de suïcidecijfers het sterkst lijkt te onderschatten. We hebben geen evidentie gevonden dat de suïcidecijfers in Vlaanderen, Frankrijk en Nederland niet vergelijkbaar zijn of dat de verschillen tussen deze landen geen reflectie zijn van de realiteit. We gaan er daarom vanuit dat de rangorde tussen de landen een correcte weergave is van de realiteit.

Er is zeker nood aan een betere afstemming van de nationale registratie- en coderingsprocedures. Toch mogen we stellen dat de procedures heel wat gelijkenissen vertonen. Bovendien zijn de leeftijds- en geslachtsverdeling van de suïcidecijfers vrij stabiel doorheen de tijd. Daarom stellen we dat suïcidecijfers betrouwbaar en vergelijkbaar zijn. Het is echter aangewezen om steeds de SOI-cijfers in rekening te brengen omdat deze categorie een aanzienlijke proportie suïcides bevat.

### 2.3 Een nationale suïdecultuur: attitudes, suïdepogingen en methodes

**Z. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door tolerantere attitudes ten aanzien van suïcide (D en NL)?**

Ja, cross-nationaal onderzoek heeft een verband aangetoond tussen open attitudes ten aanzien van suïcide en suïcidecijfers. We vonden echter geen evidentie voor deze

associatie voor Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland. De verklaring is wellicht dat een multidimensionaal concept zoals attitudes ten aanzien van suïcide in dit onderzoek slechts door één item geoperationaliseerd kon worden.

Attitudes zijn een belangrijke factor in het verklaren van gedrag. Onderzoeken hebben aangetoond dat dit ook van toepassing is op suïcidaal gedrag, zowel op individueel als op populatieniveau.

De attitude ten aanzien van suïcide is geen eendimensionaal begrip en dus is ook de relatie met suïcide niet eenduidig. Niet enkel is de richting tussen gedrag en attitude wederkerig maar ook het effect kan variëren. Een accepterende attitude is niet noodzakelijk beschermend. Open attitudes kunnen bijdragen tot de normalisering van suïcidaal gedrag waardoor de drempel op het stellen van dit gedrag verlaagt. Een begripvolle, ondersteunende en uitnodigende houding is eveneens noodzakelijk opdat attitudes preventief zijn.

***8. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een hogere incidentie van suïcidepogingen en een hogere prevalentie van suïcidale gedachten (D en NL)?***

Ja, met betrekking tot suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag merken we dat er voor Vlaanderen en de 3 landen in dit onderzoek een verband is met de incidentie van suïcide. Een hogere incidentie van suïcide, suïcidegedachten en niet dodelijk zelfverwondend gedrag, maakt dat steeds meer mensen betrokken en vertrouwd raken met het fenomeen. Het normaliserend effect leidt tot aanvaardende attitudes en vergroot de kans op imitatiegedrag.

Los van de discussie over de vraag of iedere vorm van suïcidaal gedrag en suïcidegedachten al dan niet deel uitmaken van eenzelfde suïcidaal proces, zijn de mechanismen van sociaal leren en imitatie voldoende redenen om in het kader van suïcidepreventie rekening te houden met suïcidale gedachten en inefficiënte copingstijlen. Bovendien is bewezen dat het risico op suïcide verhoogt indien er een verleden is van eerder suïcidaal gedrag.

***9. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door een groter aandeel 'mannelijke' of 'harde' suïcidemethodes (D en NL)?***

Ja, de vergelijkende analyse met betrekking tot suïcidemethodes leert ons dat Vlaanderen, zeker in vergelijking met Nederland, een groter aandeel harde suïcidemethodes kent. Het grootste aandeel bestaat uit verhangings (58% bij mannen en 37% bij vrouwen) en dit is een methode waar moeilijk preventief tegen opgetreden kan worden. Vrouwen scoren echter ook zeer hoog op intoxicatie door medicatie (17,2%) en even hoog op verdrinking (17,4%). De tweede, meest gehanteerde methode bij mannen zijn vuurwapens (11,3%), gevolgd door verdrinking (7%), intoxicatie door medicatie (6%) en spoorwegsuïcides (5,4%). Al deze methodes, met

uitzondering van verdrinking, zijn ontvankelijk voor preventiestrategieën gericht op de beschikbaarheid van de middelen.

## **2.4 Prevalentie van psychiatrische aandoeningen, hulpzoekend gedrag en hulpverlening**

De suïcidecijfers zijn het hoogst in Vlaanderen en Frankrijk, gevolgd door Duitsland. Nederland kent veruit de laagste suïcidecijfers. Psychiatrische stoornissen zijn een van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Tijdig hulp zoeken en een minimaal adequate behandeling krijgen voor psychiatrische stoornissen zijn bijgevolg beschermende factoren voor suïcide. We veronderstellen dan ook dat landen die hogere suïcidecijfers hebben, gekenmerkt worden door een hogere prevalentie van psychiatrische aandoeningen, minder hulpzoekend gedrag en minder adequate hulp voor psychiatrische aandoeningen.

***10. Onderzoeksvraag: Hebben landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) een hogere prevalentie van psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers (D en NL)?***

Neen, de prevalentie van psychiatrische aandoeningen is niet in lijn met de verwachtingen die men zou hebben op basis van de suïcidecijfers.

Uit de resultaten van de ESEMeD-studie blijkt dat er opmerkelijke verschillen zijn in de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Respondenten in Frankrijk rapporteren meer psychiatrische aandoeningen terwijl in Duitsland de prevalentie het laagst is. De prevalentie van psychiatrische stoornissen is in Nederland en Vlaanderen vergelijkbaar. Uiteraard moeten deze data met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de invulling van psychiatrische aandoeningen en bijhorende taboes cultureel bepaald zijn. Dit kan een deel van de nationale verschillen verklaren.

***11. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïcidecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder effectief hulpzoekend gedrag voor psychiatrische problemen in vergelijking met landen met lagere suïcidecijfers (D en NL)?***

Neen, we stellen geen duidelijke associatie tussen de efficiëntie van hulpzoekend gedrag voor psychiatrische stoornissen (in termen van frequentie en uitstel) en suïcidecijfers vast. Nederlanders zoeken het meest hulp. Hulp zoeken wordt het minst uitgesteld door Nederlanders.

We merken wel een verschil in de keuze van de hulpverlener en de behandelingsvoorkeur. Opvallend is dat Frankrijk en België sterker gericht zijn op medisch en niet-gespecialiseerde hulp dan Duitsland en Nederland, waar men vaker geestelijke gezondheidsspecialisten consulteert en men minder medisch georiënteerd is. De voorkeur voor medische en niet gespecialiseerde hulp merkt men niet enkel op bij de patiënt maar ook bij de hulpverleners. Belgische artsen schrijven meer

medicatie voor, verwijzen minder door, en hebben minder aandacht voor psychosociale problemen dan hun collega's in het buitenland.

***12. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder kwaliteitsvolle hulpverlening voor psychiatrische stoornissen in vergelijking met landen met lagere suïdecijfers (D en NL)?***

Ja, het aandeel minimaal adequate behandelingen en follow-up consultaties is in België lager dan in de buurlanden. Duitsland en Nederland scoren het best op minimaal adequate hulp. Belgische huisartsen zijn bovendien minder snel geneigd om psychosociale problemen te diagnosticeren terwijl hun Nederlandse collega's het meest aandacht besteden aan psychosociale problemen. Nederlandse huisartsen verwijzen het vaakst door naar gespecialiseerde artsen. Algemeen kan men stellen dat de kans op minimaal adequate hulp voor psychiatrische aandoeningen het grootst is bij gespecialiseerde hulpverleners.

Het aandeel adequate behandelingen van psychiatrische stoornissen en de ontvankelijkheid voor psychosociale problemen lijkt in België dus lager dan in de overige landen.

De verklaring voor deze nationale verschillen ligt wellicht zowel bij de organisatie van de (geestelijke) gezondheidszorg en als bij bestaande attitudes en stigma. Er zijn ook aanwijzingen dat structuur (organisatie) en cultuur (attitude) elkaar ondersteunen.

Structurele factoren hebben invloed op de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg en de kwaliteit van de dienstverlening.

Naast deze structurele factoren spelen ook culturele factoren een voorname rol. Negatieve attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid(szorg) en stigma kunnen mensen weerhouden om (tijdig) hulp te zoeken voor psychiatrische problemen. Belgische en Franse psychiatrische patiënten ervaren meer stigma dan Nederlandse patiënten.

Structurele en culturele factoren kunnen elkaar in stand houden. Een eerder medisch georiënteerde gezondheidszorg maakt dat burgers minder vertrouwd zijn met niet-medische hulpverlening. Dit heeft een invloed op de attitudes ten aanzien van dit type hulpverlening. Attitudes en stigma bepalen naast de keuze voor een type hulpverlener ook de behandelingsvoorkeur van de patiënt. De voorkeur vertaalt zich in verwachtingen naar de arts, wat een invloed heeft op het verloop van de consultatie, de diagnosticering van de aandoening, voorschrijfgedrag en doorverwijzingen.

Het valt dus op dat Nederland en Duitsland een evenwichtiger gebruik maken van het totale zorgaanbod en kwaliteitsvollere hulpverlening aanbieden voor psychiatrische aandoeningen dan België en Frankrijk. Bovendien hebben de laatste twee landen ook opmerkelijk hogere suïdecijfers. Op basis van de beschikbare data voor de 4 landen en theoretische evidentie kan, met de nodige voorzichtigheid, gesteld worden dat er een verband is tussen hulp zoeken/krijgen en suïdecijfers.

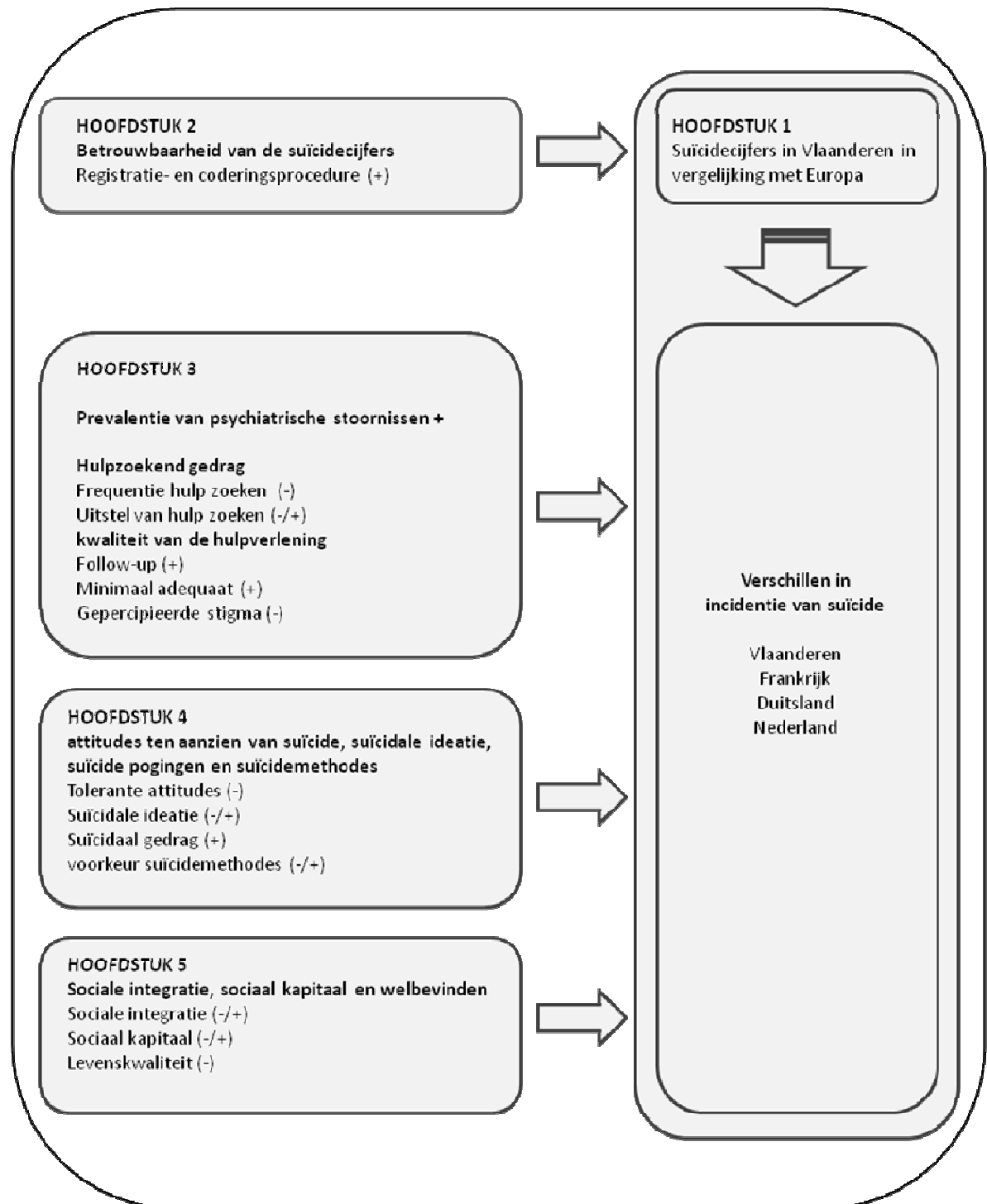
## 2.5 Sociale integratie en levenskwaliteit

***13. Onderzoeksvraag: Worden landen met hogere suïdecijfers (VL en FR) gekenmerkt door minder sociale integratie en minder levenskwaliteit dan landen met lage suïdecijfers (D en NL)?***

Ja, sociale integratie blijkt een matige voorspeller te zijn voor suïdecijfers op macroniveau. De associatie tussen enerzijds religie, werkloosheid, sociale steun en sociaal kapitaal en anderzijds suïdecijfers, is in lijn met de vooropgestelde hypothese. Ondanks het overduidelijke effect van geluk, levenstevredenheid en echtscheiding op suïcidaal gedrag op individueel niveau, blijkt deze relatie minder duidelijk op populatieniveau, althans voor Vlaanderen en de drie buurlanden.

Opvallend is dat Nederland op alle indicatoren zeer goed scoort, wat dus deels de lage suïdecijfers verklaart. Frankrijk, gekenmerkt door hoge suïdecijfers, scoort op de meeste indicatoren het zwakst. De resultaten voor Duitsland waren het minst eenduidig. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er aanwijzingen zijn dat het aantal suïcides in Duitsland wellicht hoger is dan wat de cijfers aangeven (zie hoofdstuk betrouwbaarheid).

Ondanks het feit dat Vlaanderen, Frankrijk, Duitsland en Nederland socio-economisch zeer sterk op elkaar lijken, merken we toch verschillen op die de hypothetische relatie tussen sociale integratie en suïdecijfers lijken te bevestigen.



**Figuur 6:** Overzicht associaties tussen determinanten en de incidentie van suïcide.  
 (-) beschikbare data zijn niet in lijn met de verwachtingen  
 (-/+) beschikbare data zijn deels in lijn met de verwachtingen  
 (+) beschikbare data zijn in lijn met de verwachtingen



### **3 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk van preventie**

#### **3.1 Het Suïcidepreventiebeleid in Vlaanderen**

De Vlaamse Overheid is in navolging van de 'Gezondheid voor allen'-strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie zeer actief op het vlak van suïcidepreventie. Het Vlaamse preventiebeleid werd ontwikkeld op basis van wetenschappelijk onderbouwde strategieën en in overleg met de gezondheids- en welzijnssector. Voor de realisatie van dit ambitieuze beleid koos men voor een integrale aanpak op verschillende niveaus. De Vlaamse Overheid maakt dan ook jaarlijks een substantieel budget (ongeveer 1.5 miljoen euro) vrij voor de realisatie van haar Actieplan Suïcidepreventie.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2006-2010 maakt deel uit van de zes gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse Overheid. De zesde gezondheidsdoelstelling 'Preventie van depressie en suïcide' luidt: '*De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000*'. Concreet betekent dit 94 zelfdodingen minder in 2010 i.v.m. de 1200 zelfdodingen die plaatsvonden in 2000. Om dit te realiseren werden er tevens drie subdoelstellingen geformuleerd:

1. een daling van het aantal suïcidepogers
2. een daling van het aantal personen met suïcidale gedachten en gedragingen
3. een daling van het aantal personen met een depressie

Het preventiebeleid stoelt op 5 pijlers:

1. Het bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. Laagdrempelige telezorg: anonieme hulpverlening via telefoon en internet versterken.
3. Deskundigheidsbevordering van professionelen en netwerking.
4. Het uitlokken van zelfdoding vermijden: door correcte berichtgeving in de pers en beperking van de beschikbaarheid van middelen.
5. Zorg voor belangrijke risicogroepen.

Voor een overzicht van het Vlaamse preventiebeleid kan u terecht op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=5364>).

De overheid streeft naar een effectief preventiebeleid. Dit betekent dat de overheid initiatieven promoot waarvoor er wetenschappelijke evidentie beschikbaar is of waarvoor er aanwijzingen zijn dat deze initiatieven getuigen van 'good practice'.

Het feit dat de overheid veel aandacht hecht aan een 'evidence based' benadering betekent eveneens dat wetenschappelijk onderzoek een plaats krijgt in haar beleid.

Men heeft er immers baat bij om preventiestrategieën te kiezen waarvan de effectiviteit bewezen is. Het huidige onderzoek is ontstaan uit de vraag naar een verklaring voor de hoge suïcidecijfers in Vlaanderen binnen een Europese context. In het kader van dit onderzoek heeft het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de studiedag 'Less is More' georganiseerd. Het doel van deze studiedag was om onderzoekers, hulpverleners en beleidsmakers samen te brengen binnen een internationaal kader om te debatteren over suïcidepreventie. Deze studiedag was een bron van inspiratie voor dit onderzoek. De verslagen en presentaties kunnen nagelezen worden op de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>).

Deze gedachtewisseling resulteerde in een aantal aanbevelingen voor het beleid. In aansluiting op de reeds gerealiseerde initiatieven zou de Vlaamse Overheid nog meer resultaat kunnen boeken indien men bijkomend in volgende strategieën zou investeren (Van Audenhove & Scheerder, 2008):

- meerdere strategieën op elkaar afstellen
- de meest beloftevolle strategieën zijn:
  - deskundigheidsbevordering van huisartsen
  - deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren
  - verminderen beschikbaarheid van middelen
  - behandeling van depressie
- Integratie en samenwerking versterken
  - meer aandacht voor de structurele rol van sleutelfiguren
  - verdere integratie van strategieën
- Onderzoek nog sterker betrekken
  - internationaal perspectief als uitgangspunt (European Alliance Against Depression (EAAD) en Optimized Suicide Prevention in Europe (OSPI))
  - systematische evaluatie van interventies
- Tekorten aanvullen van het huidige beleid:
  - restrictie van middelen
  - meer aandacht aan doelgroep ouderen
- Macroperspectief
  - uitbouw cross-sectoraal beleid (onderwijs, welzijn, justitie)
  - Investeren in welzijn

Bijkomend stellen we op basis van deze studie voor dat de overheid werk maakt van een verbetering van de kwaliteit en van de betrouwbaarheid van de suïcidecijfers. We pleiten bijgevolg voor een verbetering van de registratie- en coderingsprocedure van onnatuurlijke overlijdens en van een standaardisering van deze procedures op Europees niveau.

Concrete suggesties om een verbeterde registratie- en coderingsprocedure te realiseren zijn:

- Duidelijker taalgebruik bij het invullen van het sterftecertificaat.
- Duidelijkere omschrijving van de omstandigheden waarbinnen het overlijden plaatsvond.
- Duidelijke uitleg aan artsen over het belang van correcte sterftestatistieken.
- Concrete voorbeelden op het certificaat m.b.t. het hoe wel/niet invullen.
- Duidelijke richtlijnen bij het invullen van het sterftecertificaat.
- Meer aandacht voor onderliggende doodsoorzaken.
- Minimale deskundigheidsvereisten voor artsen die lijkschouwingen doen.
- Meer bijkomend onderzoek bij onnatuurlijk overlijden.
- Betere communicatie na bijkomend onderzoek tussen de juridische autoriteiten en het Agentschap Zorg en Gezondheid - Afdeling Informatie & Ondersteuning.

Een belangrijke vaststelling uit deze studie bestaat erin dat de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg een sleutelrol zou kunnen spelen in de verklaring van de hoge suïcidecijfers in ons land. Immers, de kans dat men een minimaal adequate behandeling van psychiatrische stoornissen krijgt, is lager in België dan in de buurlanden. Daarnaast schenken Belgische huisartsen minder aandacht aan psychosociale problemen dan hun collega's in Duitsland en Nederland en is de consumptie van psychofarmaca hoger in Vlaanderen dan in Nederland en Duitsland. Ten slotte, werken huisartsen in Duitsland en Nederland vaker samen met maatschappelijk werkers en wordt psychotherapie terugbetaald. Dit doet ons besluiten dat Nederland en Duitsland gekenmerkt worden door een evenwichtiger gebruik van het totale zorgaanbod en door een kwaliteitsvollere hulpverlening voor psychiatrische aandoeningen dan België en Frankrijk.

We pleiten dan ook voor een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de richting van systemen die bestaan in landen met lagere suïcidecijfers zoals Duitsland en Nederland. Dit houdt in:

- een krachtige rol in de eerstelijnszorg. Dit kan gerealiseerd worden door:
  - de implementatie van de principes van getrapte zorg (De Coster, Declercq, & Van Audenhove, 2005; Van Audenhove, De Coster, van den Aemele, De Fruyt, & Goetink, 2007);
  - een efficiënte communicatie tussen de eerste- en tweedelijnszorg;
  - kortstondige psychotherapeutische technieken te hanteren en minimale interventies te overwegen in de behandeling van lichte en matige depressies en psychosociale problemen
  - een multidisciplinaire aanpak en intensieve samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkers, psychotherapeuten en psychiaters.
- een adequater en kritisch gebruik van psychofarmaca
- een toegankelijk aanbod van specialistisch psychotherapieën die evidence based zijn. Dit kan gerealiseerd worden door:
  - terugbetalingsregeling van psychotherapie;

- erkenning voor het beroep van psychotherapeut;
- wegwerken van de wachtlijsten binnen de CGG's.
- een actieve participatie van patiënten in de therapiekeuze door gebruik te maken van 'Decision Aids' (overlegmodel).
- een goede opvolging van personen die een suïcidepoging gedaan hebben.

Stigma en zelfstigma werken eveneens drempelverhogend voor het zoeken van hulp voor psychiatrische stoornissen, psychosociale problemen en suïcidale gedachten. Daarom stellen wij voor om acties te ondernemen naar het grote publiek ter reductie van stigma en zelfstigma.

#### 4 Reference List

De Coster, I., Declerq, A., & Van Audenhove, C. (2005). *Naar een stepped - care programe in de behandeling van van depressie door huisartsen en psychiaters* LUCAS KULeuven.

Jougla, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).

Van Audenhove, C., De Coster, I., van den Ameele, J., De Fruyt, J., & Goetink, M. (2007). *De aanpak van depressie door de huisarts. Een handboek voor de praktijk*. Leuven: Lannoo Campus.