



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

DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN
IN VLAANDEREN
JAARVERSLAG 2008

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

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

Lic. S. De Munck
Lic. C. Wittouck
Lic. L. Van Rijsselberghe
Lic. Dr. G. Portzky
Prof. Dr. C. van Heeringen

Inhoudstafel

Inleiding: achtergrond en methodologie van het registratieproject6-7

IPEO als registratie-instrument.....8-11

Samenvatting van de voornaamste trends en aanbevelingen.....12-13

Suïcidepogingen in Vlaanderen 2008.....14-33

Deel 1: Algemeen

Aantal gebeurtenissen en personen
Rates
Schattingsfactoren

Deel 2: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht en leeftijd
Suïciderates voor geslacht en leeftijd in Vlaanderen
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 3: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

UZ Gent 2008.....34-45

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suicidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

AZ Sint Jan Brugge 2008.....46-56

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suicidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

AZ Sint Lucas Brugge 2008.....57-67

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging

Gevoelens en suicidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

ZOL Genk 2008.....68-78

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suicidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

RZ Sint Trudo Sint-Truiden 2008.....79-88

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suicidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

AZ Ronse 2008.....89-96

Geslacht
Leeftijd
Burgerlijke staat en woonsituatie
Economische toestand
Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag
Alcohol- en middelenmisbruik
Diagnose

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd
Aard van de poging
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging
Ervaren problemen
Motieven
Suïcidale intentie
Zorgtraject

Relevante invloedsferen.....97-98

Overzichtstabel..... 99-101

Inleiding: achtergrond en methodologie van het registratieproject

Sinds 1998 worden er jaarlijks, in opdracht van de Vlaamse Regering (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin) gegevens geregistreerd betreffende de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van de suïcidepogers die gezien werden op de spoedopnamedienst van vier Vlaamse ziekenhuizen (UZ Gent, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Oost-Limburg Genk en Virga Jesse Hasselt). In het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie werd deze registratie van suïcidepogingen in 2008 sterk uitgebreid. Aangezien de kenmerken van suïcidepogingen nu verzameld worden aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (IPEO¹) zijn er veel meer gegevens beschikbaar. Dit instrument werd in de eerste plaats ontwikkeld om de organisatie van het zorgproces na een suïcidepoging te ondersteunen, maar kan ook gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. De informatie die nu verzameld wordt bevat niet alleen epidemiologische gegevens, maar ook data in verband met het suïcidaal proces, de psychiatrische voorgeschiedenis, de belangrijkste life-events, de suïcidale intentie, de motieven voor de poging, en het uiteindelijke behandelplan na het ontslag op de spoedopname.

In 2008 leverden reeds 6 ziekenhuizen (UZ Gent, AZ Oost-Limburg, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, Sint-Trudo Sint-Truiden, AZ Zusters Barmhartigheid Ronse) data aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Het ziekenhuis Virga Jesse Hasselt werd niet (meer) opgenomen in het huidige jaarverslag. Het ziekenhuis Maas en Kempen Maaseik was bereid tot het leveren van data maar dit kon niet tijdig aangeleverd worden om nog opgenomen te worden in het jaarverslag. Deze gegevens zullen later via een addendum toegevoegd worden.

Het IPEO zal de komende jaren progressief in heel Vlaanderen geïmplementeerd worden en zal aldus de basis vormen voor een meer uitgebreide dataverzameling, zowel kwantitatief als inhoudelijk. In 2009 registreren 16 ziekenhuizen hun suïcidepogers aan de hand van het IPEO. Hiervan heeft slechts één ziekenhuis voorlopig aangegeven niet te willen meewerken aan het registratieproject.

Naast een papieren versie van het IPEO is ook een elektronische versie beschikbaar voor de deelnemende ziekenhuizen. De gegevens die ingegeven worden in dit programma kunnen digitaal aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek bezorgd worden. Voor het jaarverslag van 2008 leverden één op twee ziekenhuizen elektronische IPEO's. Voor registratiejaar 2009 gebruiken 9 van de 16 ziekenhuizen elektronische IPEO's.

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

*Een **suïcidepoging** is een handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk, weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding(-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde verandering(en) te bewerkstelligen (Bille-Brabe et al., 1994).*

¹ Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) in samenwerking met Sein – Instituut voor Gedragwetenschappen (UHasselt) & het Project Zelfmoordpreventie van Vlaanderen (CGGZ) i.o.v. het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Wat betreft de methode van suïcidepogingen hanteren we het onderscheid tussen zelfverwonding (*verhanging, wurging, verdrinking, steek- en snijwonden, sprong van een hoogte, ...*) en zelfvergiftiging (*inname van (psycho)farmaca, drugs, alcohol, chemicaliën of andere schadelijke stoffen*).

In de registrerende ziekenhuizen, die bereid zijn om inzage in de opname-registers te verschaffen, wordt een kwaliteitscontrole uitgevoerd. De opnameregisters van de deelnemende ziekenhuizen worden vergeleken met het aantal geregistreerde suïcidepogingen. Op basis van deze vergelijking wordt een schatting gemaakt van het reële aantal suïcidepogingen. In ziekenhuizen waar geen kwaliteitscontroles werd toegestaan of mogelijk was, werd een algemene schattingsfactor gebruikt. Deze werd berekend aan de hand van de ziekenhuizen waar er wel gecontroleerd werd op extra suïcidepogingen.

Het incidentiecijfer per spoedopnamedienst wordt met volgende procedure berekend:

De populatioenemer wordt becijferd aan de hand van de bevolking waaruit de spoedopnamedienst de patiënten werft. Er wordt nagegaan hoeveel procent van de inwoners van die regio opgenomen waren in een ziekenhuis, vervolgens wordt bekeken hoeveel patiënten opgenomen werden in het desbetreffende ziekenhuis, en dat percentage wordt vervolgens omgezet naar het totale aantal inwoners van die regio. Het incidentiecijfer wordt uiteindelijk bekomen door het aantal suïcidepogingen (event-based) of het aantal suïcidepogers (person-based) van één registratiejaar te delen door de populatioenemer. Daarna wordt het cijfer herleid naar 100.000. De rates voor Vlaanderen als geheel worden berekend op basis van de rates van de registrerende ziekenhuizen.

Het huidige jaarverslag omvat informatie van de patiënten die gedurende 2008 één of meerdere suïcidepogingen ondernamen en zich aanmeldden in één van de zes eerder vernoemde ziekenhuizen. Het verslag wordt opgesplitst in een vlaams gedeelte (alle kenmerken van de geregistreerde suïcidepogingen van 2008 samen) en in een gedeelte per ziekenhuis. Per registrerend ziekenhuis worden aparte analyses voorzien, zodanig dat elk ziekenhuis rechtstreekse output krijgt van hun registraties voor dat jaar. Een deel van de gegevens van het UZ Gent werd ook verwerkt in de WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour.

Rest ons nog iedereen te bedanken die actief meegewerkt heeft aan de dataverzameling. Zonder jullie medewerking kunnen wij immers niet verder. Indien er onduidelijkheden of extra vragen zijn, aarzel dan niet ons te contacteren. Verder danken wij ook het Nationaal Instituut voor de Statistiek voor het ter beschikking stellen van de populatiecijfers voor de verschillende regio's en de Vlaamse Regering, met name het Vlaamse ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor de financiering van het onderzoek. Tenslotte wensen we het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid te bedanken voor de geboden ondersteuning.

Meer informatie over de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek is beschikbaar op onze website: www.eenheidvoorzelfmoordonderzoek.be.

IPEO als registratie-instrument

Het gebruik van het IPEO in de verschillende ziekenhuizen als registratie-instrument wordt kort toegelicht.

1. Universitair Ziekenhuis, Gent

Implementatie. In het UZ Gent werd het IPEO op 1 februari 2007 in gebruik genomen. In 2008 werden 213 IPEO's ingevuld. In totaal bedraagt dit 56,5% van alle info aangaande suïcidepogingen die in het UZ in 2008 verzameld werd. De overige Gentse suïcidepogingen (n=164, 43,5%) die in het huidig jaarverslag beschreven worden, werden opgespoord aan de hand van de aanmeldingsregisters van de algemene en urgentiepsychiatrische spoeddienst; de "kwaliteitscontrole". Dankzij de toegang tot de patiëntendossiers kon door de projectmedewerkers telkens heel wat informatie verzameld worden omtrent deze pogingen (i.v.m. het zorgtraject na de poging, eerdere pogingen, ...) Deze info werd dan ook ingevuld op een registratieformulier en verwerkt in huidig onderzoek. In de andere ziekenhuizen is het niet mogelijk om achteraf bijkomende informatie op te zoeken over de suïcidepogingen die geïdentificeerd werden aan de hand van de kwaliteitscontrole. Deze pogingen werden wel gebruikt bij de berekening van de rates.

De bevraging van de patiënt gebeurt door de verpleegkundigen, de assistent-psychiaters en de psychologen die verbonden zijn aan de Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid (UPSIE), de liaison psychiaters en de assistent-psychiaters van wacht. IPEO 1 wordt doorgaans ingevuld door de assistent-psychiater verbonden aan de UPSIE, hetzij tijdens een psychiatrisch consult op de spoedafdeling, hetzij tijdens de opname op de UPSIE. IPEO 2 wordt meestal ingevuld door de psychologen van de UPSIE. Tijdens het weekend wordt de assistent-psychiater van wacht ingeschakeld om het instrument in te vullen.

Wanneer een patiënt wordt opgenomen op een somatische afdeling, is de liaison-psychiater verantwoordelijk voor de afname van IPEO 2 (en/of 1, indien IPEO 1 nog niet eerder werd opgestart). Wanneer de patiënt opgenomen wordt op een PAAZ dienst, is de assistent-psychiater die aan deze afdeling verbonden is verantwoordelijke voor de afname van IPEO 2 (en/of 1).

Afname IPEO 1. In 4 op 10 gevallen (n=87, 40,8%) werd enkel IPEO 1 ingevuld. Slechts bij 14 patiënten werd de reden gespecificeerd waarom IPEO 2 niet afgenomen kon worden. Bij 10 patiënten werd aangegeven dat de patiënt niet aanspreekbaar was en 4 patiënten konden niet bevragd worden wegens een snelle transfer naar een andere dienst of ander ziekenhuis.

IPEO 1 werd meestal afgenomen op de dag van aanmelding in het ziekenhuis (72%). Ook één (19,5%) of twee dagen (5,5%) later werden frequent IPEO 1's afgenomen. Alle andere afnamen van IPEO 1 vonden plaats binnen de 4 dagen na aanmelding op de spoeddienst.

Afname IPEO 2. In 3/5 van de gevallen (n=126, 59,2%) werd zowel IPEO 1 als IPEO 2 afgenomen². In de meerderheid van de gevallen volgde IPEO 2 gauw op IPEO 1: dezelfde dag (15,4%), één dag later (46,2%), of twee dagen later (21,2%). In 98% van de gevallen werd IPEO 2 binnen de vijf dagen na IPEO 1 afgerond.

2. Sint Jan, Brugge

Implementatie. Het IPEO werd op 1 maart 2007 in gebruik genomen. In 2008 werden 145 suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van het instrument. Wanneer een patiënt na een suïcidepoging wordt aangemeld op de spoedafdeling, wordt er een aanvraag tot consult

² IPEO 2 wordt meestal als geheel ingevuld. In enkele gevallen werd IPEO 2 echter slechts gedeeltelijk ingevuld. Zodra drie van de vijf items eigen aan IPEO 2 ("ervaren problemen", "motieven", "aanwezigheid suïcidegedachten en plannen"; "suïcidale intentie" en "alcohol- en/of druggebruik") ingevuld werden, werd dit geregistreerd als "Afname IPEO1 +2". Deze opmerking geldt ook voor alle andere ziekenhuizen.

ingediend bij de Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI). Een verpleegkundige van de EPSI neemt op de algemene spoedafdeling IPEO 1 af. Daarna beslist de spoedarts of opname op de EPSI noodzakelijk is. Wanneer de patiënt opgenomen wordt op de EPSI, neemt de case manager suïcide (psychiatrisch verpleegkundige) steeds IPEO 2 af.

Wanneer een patiënt wordt doorverwezen naar een intramurale PAAZ, probeert de case manager suïcide de patiënt op te zoeken op de desbetreffende dienst om IPEO 2 in te vullen.

Afname IPEO 1. IPEO 1 werd meestal binnen de twee dagen na aanmelding van de patiënt afgenomen. In de meerderheid van de gevallen (71,5%) gebeurde dit op de dag zelf. Ook één dag na aanmelding vonden frequent afnames van IPEO 1 plaats (26,4%). 1,4% van de interviews vond twee dagen na aanmelding plaats, en in één geval (0,7%) duurde het 8 dagen alvorens IPEO 1 afgenomen kon worden.

In één vijfde van de gevallen (20,7%, n=30) werd enkel IPEO 1 ingevuld. Bij 13 suïcidepogingen werd IPEO 2 niet afgenomen omwille van een snelle doorverwijzing naar een andere dienst. 6 patiënten weigerden verder bevraagd te worden aan de hand van IPEO 2. Bij 4 patiënten werd aangegeven dat het niet mogelijk was om IPEO 2 af te nemen wegens snel ontslag van de patiënt, en bij één patiënt werd aangegeven dat zij niet aanspreekbaar was. In de overige gevallen (n=8) werd de reden voor het ontbreken van IPEO 2 niet gespecificeerd.

Afname IPEO 2. In acht op tien gevallen (n=115, 79,3%) werd zowel IPEO 1 als IPEO 2 afgenomen. In de meerderheid van de gevallen volgde IPEO 2 gauw op IPEO 1: dezelfde dag (18,7%), één dag later (56,1%), of twee dagen later (17,8%). In alle andere gevallen werd IPEO 2 binnen de negen dagen na IPEO 1 afgenomen.

3. Ziekenhuis Oost Limburg, Genk

Implementatie. In Genk werd het IPEO op 1 maart 2007 in gebruik genomen. In 2008 werden 133 suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van een IPEO. Begin mei 2008 is de wachtregeling voor de psychiaters in Genk gewijzigd. Voorheen kreeg elke patiënt die een suïcidepoging had ondernomen sowieso een psychiatrisch consult, zowel overdag als 's nachts. Sinds mei 2008 is het organiseren van dit consult afhankelijk van het telefonisch overleg tussen de urgentie-arts en de assistent-psychiater. Dit zorgt ervoor dat patiënten die niet op de EPSI opgenomen worden, en die geen psychiatrisch consult krijgen, niet bevraagd worden aan de hand van het IPEO. Op de EPSI is het IPEO een goed ingeburgerd instrument, dat zowel door de assistent-psychiater als door de verpleegkundigen ingevuld wordt. Ontbrekende informatie op het IPEO formulier wordt achteraf op basis van het dossier aangevuld door de hoofdverpleegkundige van de EPSI. Op de PAAZ en op de somatische afdelingen blijft de opvang en de registratie aan de hand van het instrument eerder beperkt. Wanneer de liaison-psychiater op een somatische afdeling een consult uitvoert bij een patiënt die een suïcidepoging ondernam, wordt het IPEO wel telkens ingevuld.

Om de opvang aan de hand van het IPEO in het Ziekenhuis Oost Limburg niet alleen op de EPSI, maar ook op alle andere afdelingen van het ziekenhuis te garanderen, streeft men ernaar om in 2009 een protocol rond zelfmoordtrajecten uit te schrijven.

Afname IPEO 1. IPEO 1 werd in de overgrote meerderheid van de gevallen afgenomen op de dag van aanmelding (70,4%), of één dag later (26,4%).

In 1 op 3 gevallen (n=37, 27,8%) werd enkel IPEO 1 ingevuld. Slechts bij 16 van de 37 patiënten werd ingevuld waarom IPEO 2 niet afgenomen kon worden: Bij 9 patiënten werd aangegeven dat IPEO 2 ontbrak wegens een snelle terugkeer naar huis, bij 5 patiënten werd de beperkte aanspreekbaarheid van de patiënt aangehaald als reden voor de beperktere anamnese. Bij 1 patiënt was het niet mogelijk IPEO 2 af te nemen wegens een snelle transfer naar een ander ziekenhuis en 1 patiënt weigerde expliciet elk gesprek met een hulpverlener.

Afname IPEO 2. In 2/3 van de gevallen (n=96, 72,2%) werd zowel IPEO 1 als IPEO 2 afgenomen. IPEO 2 werd meestal binnen de vier dagen na IPEO 1 afgenomen: in 28,6% van de gevallen gebeurde dit op dezelfde dag, in 38,5% daags nadien, in 14,3% 2 dagen later en in 5,5% drie dagen later. De overige periodes tussen IPEO 1 en 2 schommelen tussen de 4 en de 18 dagen.

4. AZ Zusters van Barmhartigheid, Ronse

Implementatie. In Ronse werd het IPEO op 1 maart 2008 in gebruik genomen. Sindsdien werden intotaal 36 suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van het instrument.

IPEO 1 wordt steeds op de spoeddienst afgenomen door een verpleegkundige. Wanneer de patiënt na het verblijf op de spoeddienst wordt doorverwezen naar de PAAZ, neemt de psychologe van deze dienst IPEO 2 af. Sinds IPEO 1 geïmplementeerd is op de spoeddienst worden meer mensen doorverwezen naar de PAAZ-afdeling. Ook worden er meer trajecten voor vervolgzorg opgestart vanuit het ziekenhuis. Op vraag van de (enige) psychologe van de PAAZ dienst zal IPEO 2 in de toekomst eventueel gedeeltelijk verwerkt worden in het intakegesprek dat de verpleegkundigen van de PAAZ met elke patiënt hebben. Wanneer suïcidepogers na hun verblijf op de spoeddienst worden doorverwezen naar een somatische afdeling, wordt IPEO 2 voorlopig niet afgenomen. Om ervoor te zorgen dat het instrument ook ingang zou vinden in de andere afdelingen van het ziekenhuis is een verdere uitwerking van het klinisch zorgpad voor de opvang van suïcidepogers in het ziekenhuis nodig.

Afname IPEO 1. IPEO 1 werd bijna altijd afgenomen op de dag van aanmelding (95,7%), of één dag later (4,3%). Bij slechts 1 patiënt werd enkel IPEO 1 ingevuld.

Afname IPEO 2. In de overgrote meerderheid van de gevallen (n=22, 95,7%) werd zowel IPEO 1 als IPEO 2 afgenomen. IPEO 2 werd meestal binnen de drie dagen na IPEO 1 afgenomen: in 43,5% van de gevallen gebeurde dit op dezelfde dag, in 34,8% daags nadien, en in 13% 2 dagen later. In de overige gevallen werd IPEO 2, 7 dagen of 9 dagen na IPEO 1 afgenomen.

5. Ziekenhuis Sint Trudo, Sint Truiden

Implementatie. In Sint Truiden werd het IPEO in juli 2007 in gebruik genomen. In 2008 werden 64 suïcidepogingen aan de hand van het instrument geregistreerd.

IPEO 1 wordt op de algemene spoeddienst afgenomen door de spoedverpleegkundigen. Wanneer de patiënt geen hulp aanvaardt, en IPEO 1 dus niet kan ingevuld worden door de spoedverpleegkundigen alvorens de patiënt naar huis terugkeert, wordt de psychologische dienst verwittigd. Eén van de drie liaison-psychologen van de afdeling neemt vervolgens telefonisch contact op met de patiënt en probeert IPEO 1 alsnog in te vullen.

Wanneer IPEO 1 wel op de spoedafdeling kan worden ingevuld, maar de patiënt hierna niet doorverwezen wordt naar een verpleegafdeling, wordt één van de drie liaison-psychologen verwittigd. Deze voert vervolgens op de spoedafdeling een psychologisch consult uit, bespreekt de nazorg en vult IPEO 2 in.

Wanneer de patiënt na het verblijf op de spoeddienst wel wordt doorverwezen naar een verpleegafdeling, wordt IPEO 2 door één van de drie psychologen ingevuld.

Afname IPEO 1. IPEO 1 werd meestal op de dag van aanmelding (61,9%), of één dag later (22,2%) afgenomen. In de overige gevallen werd IPEO 1 2 tot 5 dagen na de aanmelding op de spoeddienst van het ziekenhuis ingevuld.

In slechts 3 gevallen (4,7%) werd enkel IPEO 1 ingevuld.

Afname IPEO 2. In 95,3 % van de gevallen (n=61) werd zowel IPEO 1 als IPEO 2 afgenomen. IPEO 2 werd meestal binnen de drie dagen na IPEO 1 afgenomen: in 15,4% van de gevallen gebeurde dit op dezelfde dag, in 46,2% daags nadien, en in 21,2% 2 dagen later. In de overige gevallen werd IPEO 2 tussen de 3 en de 5 dagen na IPEO 1 afgenomen. Bij 1 patiënt kon IPEO 2 pas 13 dagen na IPEO 1 afgenomen worden.

Samenvatting van de voornaamste trends en aanbevelingen

- In 2008 bedroegen de event-based rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen 197/100.000. Dit betekent een stijging van 10,7% ten opzichte van 2007. De person-based rates bedroegen 192/100.000, een stijging van 14,3% ten opzichte van 2007.
- De event/person ratio was in 2008 1,06:1, gelijkaardig aan de voorgaande jaren. 52,1% van de aangemelde suïcidepogers had reeds één of meerdere suïcidepogingen ondernomen in het verleden.
- Ongeveer vier op tien suïcidepogers (48,8%) had ten tijde van IPEO 1 zwakke tot sterke gedachten om zichzelf opnieuw te beschadigen. 14,2% rapporteerde hieromtrent gedetailleerde plannen. Tijdens IPEO 2 rapporteerde nog drie op tien (37,6%) patiënten gedachten aan zelfbeschadiging. Ongeveer de helft van hen (45,9%) had reeds nagedacht over de manier waarop, evenwel zonder de details uit te werken. 7,6% van hen had de details echter reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

→ *Voorgaande cijfers wijzen op het belang van een gespecialiseerde opvang van suïcidepogers om suïcidaal gedrag in de toekomst te vermijden. Het IPEO biedt richtlijnen voor deze opvang, en wil voor de algemene ziekenhuizen een belangrijke stimulans zijn om de zorg voor suïcidepogers als een structureel, specifiek onderdeel in hun beleid te integreren. Deze integratie vergt een proces van kennisontwikkeling binnen het ziekenhuis en een langdurige samenwerking tussen verschillende interne en externe diensten. Dit proces is essentieel om het IPEO optimaal te laten renderen.*

- De vrouw-man ratio bedroeg 1,61:1, wat ten opzichte van 2007 een stijging betekent van het vrouwelijk overwicht.
- Het hoogste absolute aantal suïcidepogers was tussen 25 en 29 jaar oud. Wat de mannen betreft zien we een algemene verhoging in de leeftijdscategorieën tussen 25 en 29 jaar en 35 en 39 jaar. Bij de vrouwen zien we naast een verhoging in de leeftijdscategorieën tussen 40 en 44 jaar, ook een verhoging onder de jonge vrouwen (15-29).
- De grootste subgroep van de suïcidepogers was ongehuwd (40%). Significanter meer mannen woonden alleen (36,8%) ten tijde van de suïcidepoging in vergelijking met de vrouwen (25,9%).
- Samen behoorde iets meer dan de helft van de suïcidepogers tot het inactieve deel (44,7%) van de bevolking, of was werkloos (12,6%), wat overeenkomt met de bevindingen van voorgaande jaren.
- Bij bijna één op tien patiënten (8,8%) was er, op basis van de CAGE-AID, sprake van “mogelijk alcohol en/of middelenmisbruik”, en bij 26,3% was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

→ *Voorgaande cijfers wijzen op een aantal risicofactoren voor het ondernemen van een suïcidepoging. Interventies die zich richten op risicofactoren of risicogroepen kunnen bijdragen aan de vermindering van suïcidaliteit. Suïcidaliteit komt meer voor bij jongeren en volwassenen die in verschillende opzichten kwetsbaar zijn, en om een risico-inschatting te maken van de aard en de ernst van de suïcidaliteit dienen combinaties van risicofactoren gemaakt te worden. Verder onderzoek is nodig om na te gaan onder welke omstandigheden of door welke oorzaken gedachten aan suïcide ook in plannen en daden worden omgezet.*

- Bijna vier op vijf suïcidepogingen (77,9%) gebeurde aan de hand van zelfvergiftiging (vooral door middel van medicatie), ongeveer één tiende van de suïcidepogingen (14,9%) gebeurde door middel van zelfverwonding, en 7,2% gebeurde door een combinatie van zelfverwonding en zelfvergiftiging.
 - *In het verleden is reeds herhaaldelijk gebleken dat maatregelen die de beschikbaarheid van middelen verminderen, zoals bijvoorbeeld de beveiliging van hoge gebouwen en bruggen, een preventief effect hebben op suïcidaal gedrag. In Vlaanderen lijkt de controle op de verkrijgbaarheid van medicatie een belangrijke preventieve maatregel.*
- De meerderheid van de suïcidepogingen leverde geen (41,1%) of een beperkt letsel (41,1%) op. In de overige gevallen werden de letsels als ernstig (12,4%), of levensbedreigend (5,5%) benoemd.
 - *Op basis van de feedback die we van de deelnemende ziekenhuizen kregen, vermoeden we dat deze cijfers een onderschatting zijn van het werkelijke aantal levensbedreigende letsels na een suïcidepoging. De patiënten die onmiddellijk na hun suïcidepoging opgenomen werden op de Afdeling Intensieve Zorgen werden immers minder vaak bevraagd aan de hand van het IPEO in vergelijking met de patiënten die enige tijd op de (urgentiepsychiatrische) spoedafdeling verbleven. Dit impliceert dat ook het zorgtraject van deze patiënten minder nauwkeurig in kaart werd gebracht. Om de kenmerken van deze patiënten en de aan hen aangeboden nazorg in kaart te brengen is verder onderzoek noodzakelijk.*
- Ongeveer één op tien patiënten (13,3%) werd vanuit de spoeddienst niet doorverwezen voor verdere behandeling. Bij de overige patiënten werd een residentieel en/of een ambulant zorgtraject geregistreerd: drie vierden (77,4%) van de patiënten werd doorverwezen voor residentieële behandeling na de poging en bij één derde (32,5%) van de patiënten werd ambulante zorg voorgesteld. Het zorgtraject van de suïcidepoging verschilt naar gelang de aanwezigheid van een urgentiepsychiatrische spoeddienst.

Suïcidepogingen in Vlaanderen 2008

Deel 1: Algemeen

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

In onderstaande tabel staat een overzicht van het aantal geregistreerde suïcidepogingen ('events') en het aantal geregistreerde suïcidepogers ('persons') in Vlaanderen in 2008. Er waren verscheidene personen die meer dan één poging ondernamen.

Tabel 1: Overzicht events (EB) en personen (PB) per geslacht en per instelling

Instelling / Regio*	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	EB	PB	EB	PB	EB	PB
UZ Gent	161	156	216	207	377	363
AZ Sint-Jan / Brugge	44	44	100	81	145	138
AZ Oost-Limburg / Genk	44	44	86	81	131	126
AZ Ronse	13	13	22	22	35	35
AZ Sint Lucas/ Brugge	20	20	41	38	61	58
Ziekenhuis Sint Truiden	21	21	43	39	64	60
Totaal / Vlaanderen	303	298	508	468	813	780

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

Rates

In tabel 2 worden de rates per geslacht en per spoedopnamedienst gepresenteerd. De incidentiecijfers van suïcidepogingen in Vlaanderen werden berekend op basis van het aantal gebeurtenissen (event-based rates; EB) en op basis van het aantal personen dat één of meerdere pogingen ondernam (person-based rates; PB). Bij de vrouwen kwamen meer repetitieve pogingen voor dan bij de mannen, bijgevolg liggen de PB en EB rates bij de mannen dichter bij elkaar dan bij de vrouwen.

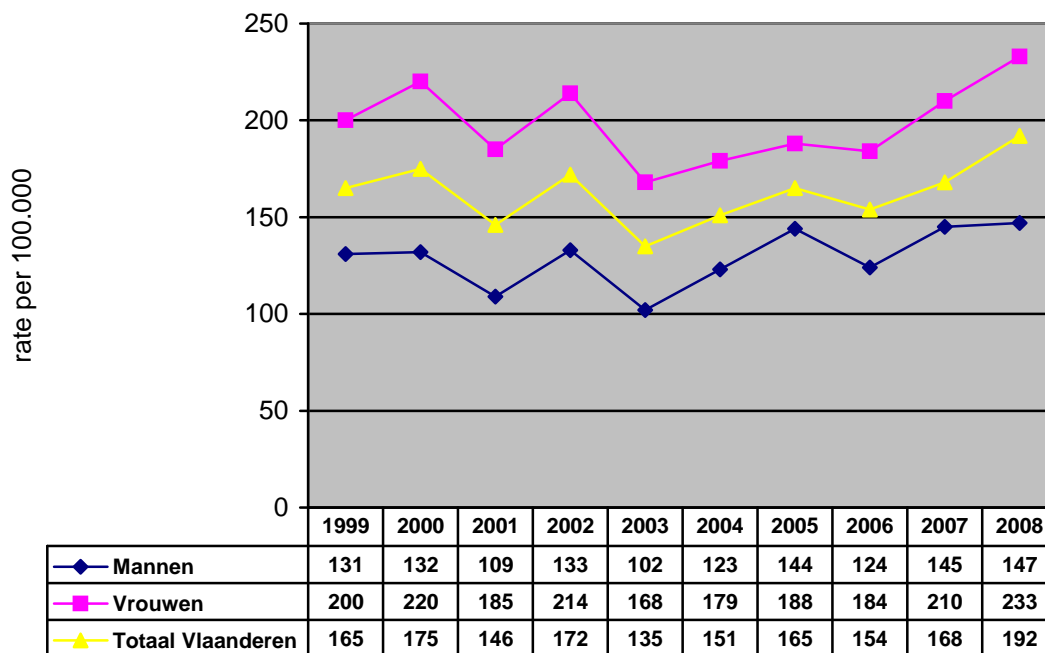
Tabel 2: Overzicht rates per geslacht en per instelling

Instelling / Regio*	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	EB	PB	EB	PB	EB	PB
UZ Gent	212/100.000	205/100.000	371/100.000	355/100.000	280/100.000	270/100.000
AZ Sint-Jan / Brugge	210/100.000	210/100.000	292/100.000	282/100.000	251/100.000	245/100.000
AZ Oost-Limburg / Genk	75/100.000	75/100.000	134/100.000	129/100.000	107/100.000	105/100.000
AZ Ronse	143/100.000	143/100.000	223/100.000	223/100.000	222/100.000	222/100.000
AZ Sint Lucas/ Brugge	119/100.000	119/100.000	206/100.000	197/100.000	166/100.000	162/100.000
Ziekenhuis Sint Truiden	127/100.000	127/100.000	250/100.000	237/100.000	189/100.000	182/100.000
Totaal / Vlaanderen	148/100.000	147/100.000	243/100.000	233/100.000	197/100.000	192/100.000

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

Figuur 1 toont de evolutie aan van de person-based rates in Vlaanderen. Het gemiddelde van de totale PB rates gedurende de voorbije negen registratiejaren bedraagt 162/100.000 inwoners. De gemiddelde incidentierate voor vrouwen (198/100.000) ligt hoger dan deze voor mannen (129/100.000).

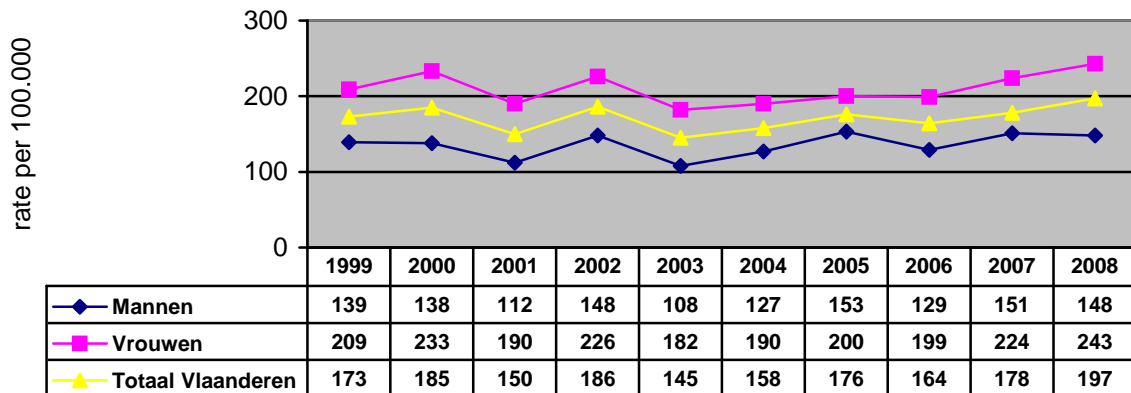
Figuur 1
Person-based evolutie van suïcidepogingen in Vlaanderen,
volgens geslacht, 1999-2008



Figuur 2 toont aan dat de event-based rates quasi dezelfde evolutie volgen dan de person-based rates. De gemiddelde EB rate voor Vlaanderen, berekend over de laatste negen jaar, bedraagt 171/100.000 inwoners. Ter verduidelijking van deze rate betekent dit in absolute cijfers dat jaarlijks gemiddeld 10500 pogingen voorkomen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag.

Het verschil tussen de gemiddelde person based incidentierate voor de vrouwen (210/100.000) en de mannen (135/100.000) is nog meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de event based rates.

Figuur 2
Event-based evolutie van suïcidepogingen in Vlaanderen,
volgens geslacht, 1999-2008



Tabel 3 en Figuur 3 geven de person-based evolutie weer, opgesplitst volgens de verschillende spoedopnamediensten. Hierbij worden slechts 3 ziekenhuizen weergegeven daar we van het ziekenhuis Virga Jesse te Hasselt geen registratiegegevens meer bekomen. Van de nieuw registrerende ziekenhuizen hebben we uiteraard nog geen voorgaande gegevens (Ziekenhuis Sint Trudo, AZ Sint Lucas, AZ Zusters van Barmhartigheid). We zien een duidelijke daling van de incidentie in Sint Jan Brugge en een stijging in Genk en Gent. De sterke schommelingen in de rates kunnen deels te wijten zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan een kwaliteitscontrole. Op basis van de aanmeldingsregisters is het niet steeds mogelijk om een onderscheid te maken tussen een habituele middelenintoxicatie of zelfverwonding en een intentionele overdosis. Ook de terminologie die in de aanmeldingsregisters gebruikt wordt om suïcidepogingen aan te duiden verschilt tussen de verschillende ziekenhuizen.

Tabel 3: Overzicht van de person-based rates per instelling/regio

Instelling / Regio*	1999	2000	2001	2002	2003	2004
UZ Gent	190/100.000	221/100.000	143/100.000	217/100.000	173/100.000	301/100.000
AZ Sint-Jan / Brugge	245/100.000	279/100.000	199/100.000	241/100.000	190/100.000	138/100.000
AZ Oost-Limburg / Genk	117/100.000	97/100.000	113/100.000	123/100.000	105/100.000	84/100.000
Virga Jesse Hasselt	137/100.000	145/100.000	153/100.000	141/100.000	94/100.000	102/100.000
AZ Ronse						
AZ Sint Lucas Brugge						
Ziekenhuis Sint Truiden						
Totaal / Vlaanderen	165/100.000	175/100.000	146/100.000	172/100.000	135/100.000	151/100.000

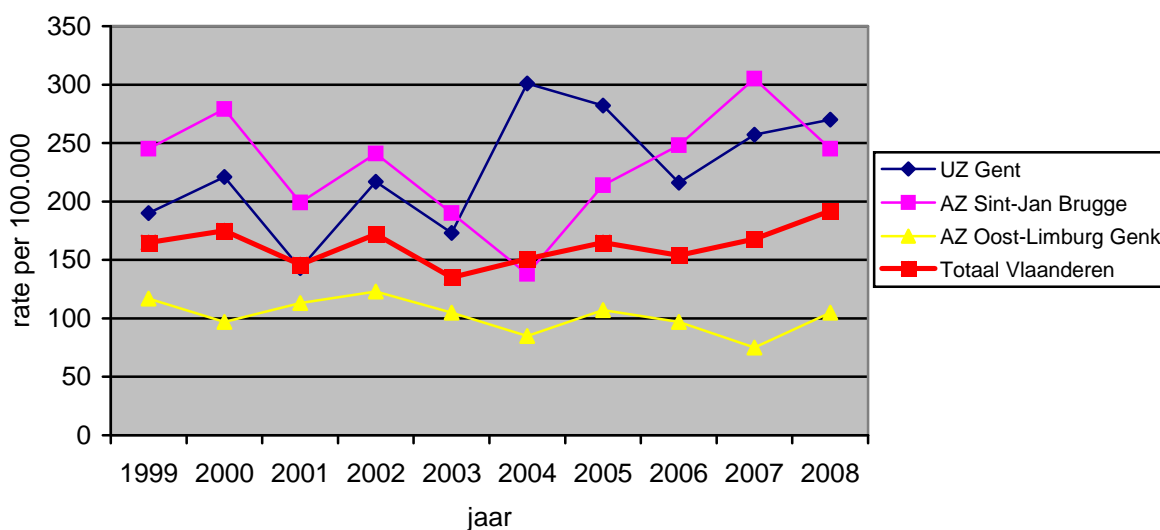
*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

Tabel 3: Overzicht van de person-based rates per instelling/regio (vervolg)

Instelling / Regio*	2005	2006	2007	2008
UZ Gent	282/100.000	216/100.000	257/100.000	270/100.000
AZ Sint-Jan / Brugge	214/100.000	248/100.000	305/100.000	245/100.000
AZ Oost-Limburg / Genk	107/100.000	97/100.000	75/100.000	105/100.000
Virga Jesse Hasselt	90/100.000	89/100.000	96/100.000	
Maas en Kempen/Maaseik			105/100.000	
AZ Ronse				222/100.000
AZ Sint Lucas Brugge				162/100.000
Ziekenhuis Sint Truiden				182/100.000
Totaal / Vlaanderen	165/100.000	154/100.000	168/100.000	192/100.000

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

Figuur 3
Evolutie van (person-based) incidentie van suïcidepogingen in Vlaanderen,
volgens instelling, 1999-2008



Tabel 4 en Figuur 4 tonen ons de event-based evolutie van de laatste negen jaar per spoedopnamedienst. De tendensen zijn identiek aan de persoonsgerelateerde evolutie.

Tabel 4: Overzicht van de event-based rates per instelling/regio

Instelling / Regio*	1999	2000	2001	2002	2003	2004
UZ Gent	198/100.000	235/100.000	150/100.000	234/100.000	193/100.000	315/100.000
AZ Sint-Jan / Brugge	265/100.000	303/100.000	206/100.000	275/100.000	197/100.000	144/100.000
AZ Oost-Limburg / Genk	122/100.000	102/100.000	113/100.000	125/100.000	111/100.000	88/100.000
Virga Jesse / Hasselt	140/100.000	150/100.000	157/100.000	147/100.000	98/100.000	106/100.000
AZ Ronse						
AZ Sint Lucas Brugge						
Ziekenhuis Sint Truiden						
Totaal / Vlaanderen	173/100.000	185/100.000	150/100.000	186/100.000	145/100.000	158/100.000

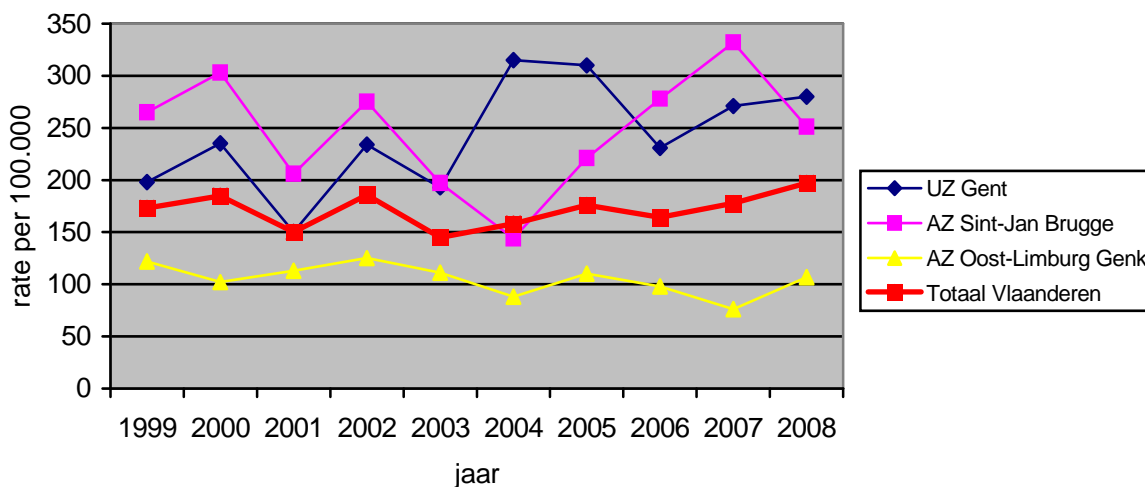
*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

Tabel 4: Overzicht van de event-based rates per instelling/regio (vervolg)

Instelling / Regio*	2005	2006	2007	2008
UZ Gent	310/100.000	231/100.000	271/100.000	280/100.000
AZ Sint-Jan / Brugge	221/100.000	278/100.000	331/100.000	251/100.000
AZ Oost-Limburg / Genk	110/100.000	98/100.000	76/100.000	107/100.000
Virga Jesse / Hasselt	90/100.000	90/100.000	96/100.000	
Maas & Kempen/Maaseik			124/100.000	
AZ Ronse				222/100.000
AZ Sint Lucas Brugge				166/100.000
Ziekenhuis Sint Truiden				189/100.000
Totaal / Vlaanderen	176/100.000	164/100.000	178/100.000	197/100.000

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

Figuur 4
Evolutie van incidentie (event-based) van suïcidepogingen in Vlaanderen,
volgens spoeddienst, 1999-2008



Schattingsfactoren

In UZ Gent en AZ Genk werden kwaliteitscontroles uitgevoerd door de medewerkers van de EZO. In AZ Sint-Jan Brugge en AZ Ronse werden de kwaliteitscontroles uitgevoerd door personeelsleden van het ziekenhuis zelf. In AZ Sint Lucas en Ziekenhuis Sint Truiden werd een gemiddelde schattingsfactor gebruikt, bekomen via de andere kwaliteitscontroles. Tabel 5 geeft de schattingsfactoren per ziekenhuis weer. Hierbij dienen we ook op te merken dat deze schattingsfactoren onderhevig zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan de kwaliteitscontroles (frequent voorkomende vage terminologie in de opnameregisters of onduidelijkheid over habituele versus niet habituele zelfvergiftiging en/of zelfverwonding). UZ Gent vertoont de meest realistische schattingsfactor aangezien we daar gebruik konden maken van de patiëntendossiers.

Tabel 5: Overzicht van de schattingsfactoren per instelling/regio

Instelling	Kwaliteitscontroles
UZ Gent	1.7
AZ Oost-Limburg / Genk	1.5
AZ Sint-Jan / Brugge	2.1
AZ Ronse	1.9
AZ Sint Lucas / Brugge	1.8
Ziekenhuis Sint Truiden	1.8

Deel 2: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht en leeftijd

Onder de personen die in 2008 een suïcidepoging ondernamen, bevonden zich meer vrouwen (n=473, 61,7%) dan mannen (n=294, 38,3%). De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1,61:1 en wordt in tabel 6 vergeleken met de geslachtsratio's van de voorgaande jaren.

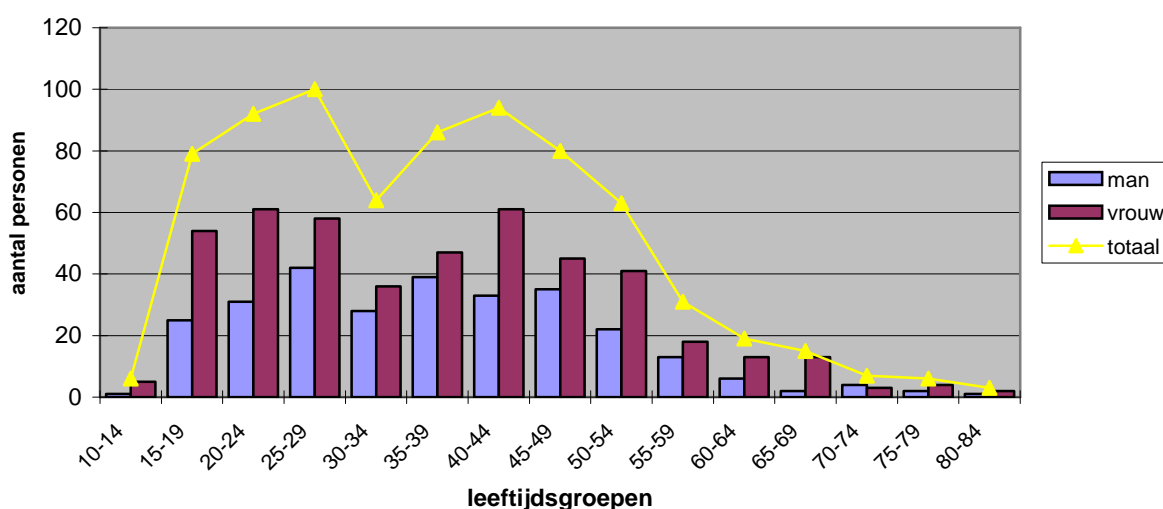
Tabel 6: Overzicht vrouw- man ratio 1999- 2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aantal mannen	284	251	215	294	207	287	274	197	288	294
Aantal vrouwen	404	380	341	462	371	449	334	322	403	473
V/M Ratio	1,42	1,51	1,59	1,57	1,79	1,56	1,22	1,63	1,39	1,61

In Figuur 5 worden per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven die één of meerdere suïcidepogingen ondernamen in 2008. Het hoogste absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorieën 20-29 en 40-44. Meer dan één derde van de mannelijke (34, 1%) en de vrouwelijke suïcidepogers (37,2%) was tussen de 15 en de 29 jaar oud.

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Vlaanderen was 37,48 jaar; voor mannen was dit 37,73 (min.: 12; max.: 93) en voor vrouwen 37,35 jaar (min.: 12; max.: 94).

Figuur 5
Leeftijdverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen, volgens geslacht, 2008

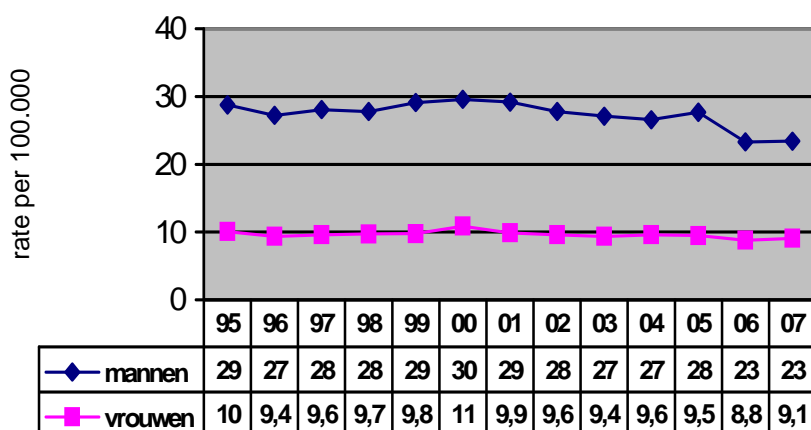


Suïciderates voor geslacht en leeftijd in Vlaanderen³

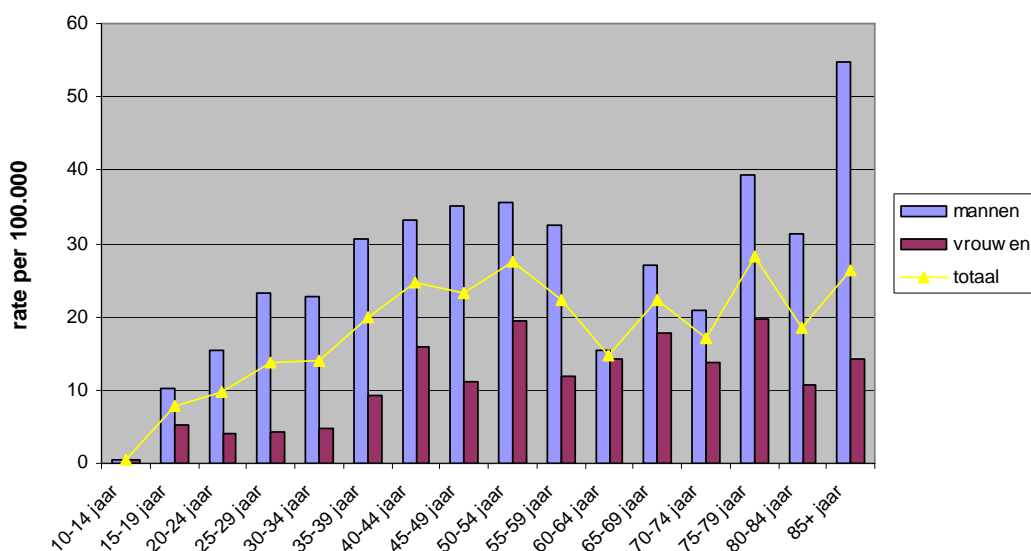
³ Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap; Administratie Gezondheidszorg

Figuur 6 toont de direct gestandaardiseerde suïciderates volgens geslacht in Vlaanderen in de periode 1995-2007. Suïcidegegevens van jaargang 2008 zijn nog niet beschikbaar. Tijdens de hele periode zijn de sterftcijfers voor vrouwen beduidend lager dan deze voor mannen, maar is er geen significante trend in de gestandaardiseerde suïciderates vast te stellen. Voor de vrouwelijke suïcides is er opnieuw een lichte stijging, met name in 2007 waren er 23 meer suïcides in vergelijking met 2006. Figuur 7 toont de suïciderates voor mannen en vrouwen volgens leeftijdsgroepen.

Figuur 6
Direct gestandaardiseerde sterftcijfers door suïcide in Vlaanderen, 1995-2007



Figuur 7
Suïciderates voor mannen en vrouwen, volgens leeftijdsgroepen 2007

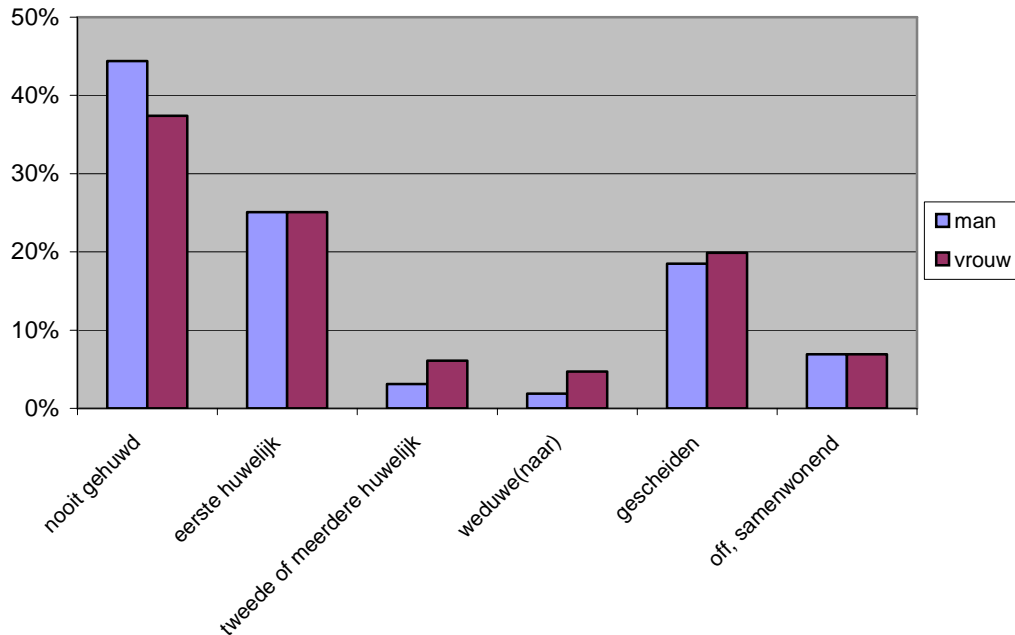


Burgerlijke staat en woonsituatie

Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. Net zoals in de voorgaande jaren, met uitzondering

van registratiejaar 2006, maakten de ongehuwden in huidig onderzoek de grootste subgroep (40%) uit onder de Vlaamse suïcidepogers, zowel onder de mannen als onder de vrouwen. Mannen (36,8%) woonden significant vaker alleen dan vrouwen (25,9%) ($\chi^2=8,947$; $df=1$; $p<.01$). Meer dan de helft van de patiënten had kinderen; 54,9% van de mannelijke en 57,8% van de vrouwelijke patiënten.

Figuur 8
Burgerlijke staat van suïcidepogers, Vlaanderen, volgens geslacht, 2008

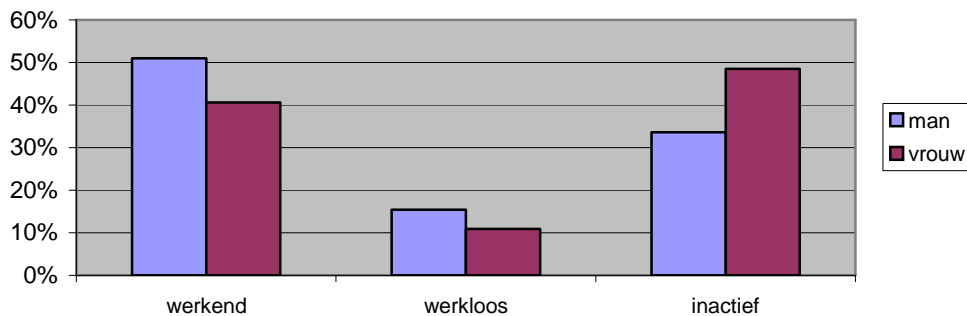


Economische toestand

Patiënten die lager opgeleid zijn en (langdurig) werklozen vertonen een hogere kans op suïcidaal gedrag, zowel suïcidepogingen als suïcides. In Vlaanderen was 44,7% van de geregistreerde suïcidepogers werkend en was 12,6% werkloos. 42,7% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (38,6%) en studenten (37,3%). De overige 24,1% was economisch inactief omwille van pensioen.

Figuur 9 illustreert het significante verschil tussen mannen en vrouwen: de mannen werken vaker dan vrouwen (51% vs. 40,6%), en de vrouwen zijn op hun beurt vaker economisch inactief (48,5% vs. 33,6%; $\chi^2=13,605$; $df=2$; $p<.001$).

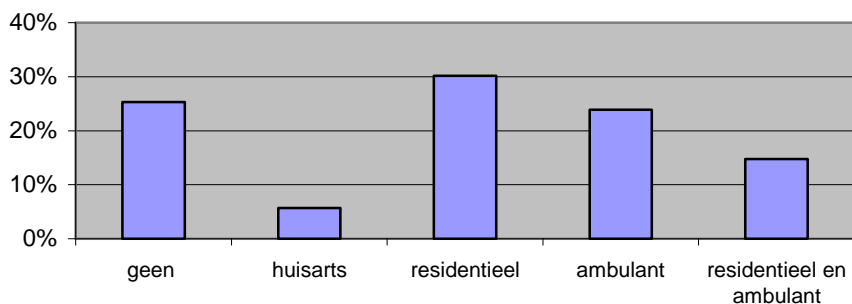
Figuur 9
Economische toestand van suïcidepogers, Vlaanderen, volgens
geslacht, 2008



Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale patiënten reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. Huidig onderzoek bevestigt dit: ongeveer één derde van de patiënten wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht werd reeds residentieel behandeld (n=153; 30,2%), en ongeveer één vierde (n=121; 23,9%) van de patiënten werden ambulante behandeld. 14,8% (n=75) volgde zowel een residentieële als een ambulante therapie. Bij 29 patiënten (5,7%) werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische/psychiatrische begeleiding. 25,3% (n=128) van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden voor psychiatrische voorgeschiedenis.

Figuur 10
Psychiatrische voorgeschiedenis van suïcidepogers, Vlaanderen,
2008



Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Wanneer de patiënt voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. In huidig onderzoek werd bij 585 van de 768 geregistreerde suïcidepogers de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in kaart gebracht. Voor ongeveer de helft van hen (47,9%) was dit hun eerste suïcidepoging. Eén op vier (26,3%) had reeds één eerdere poging ondernomen, 10,8% twee en 4,3% had drie eerdere pogingen ondernomen. 10,8% had reeds vier of meer eerdere pogingen ondernomen.

Wanneer een patiënt reeds eerder een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaats vond, want hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar op herhaald suïcidaal gedrag. In iets meer dan de helft van de gevallen werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (56,3%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. Het tijdsinterval tussen de huidige en voorgaande suïcidepoging bleek niet significant verschillend te zijn bij mannen of vrouwen.

Drie op vier van de vorige pogingen werden medisch behandeld (77,9%). Dit gebeurde voornamelijk in het ziekenhuis (90,4%). 2,9% werd door de huisarts behandeld, en 6,6% werd elders medisch behandeld (bijvoorbeeld in het psychiatrisch ziekenhuis). Deze medische behandeling bleek significant te verschillen volgens geslacht. Meer vrouwen (83,3% vs. 67,6% bij de mannen) zouden medisch behandeld geweest zijn na hun voorgaande poging ($\chi^2=9,838$; $df=1$; $p<.01$). Bij 62,7% van de patiënten werd aangeduid dat de voorgaande poging ook “psychisch” behandeld werd. Ook meer vrouwen (66,8% vs. 55,1% bij de mannen) zouden psychisch behandeld geweest zijn na hun voorgaande poging ($\chi^2=3,837$; $df=1$; $p=.05$).

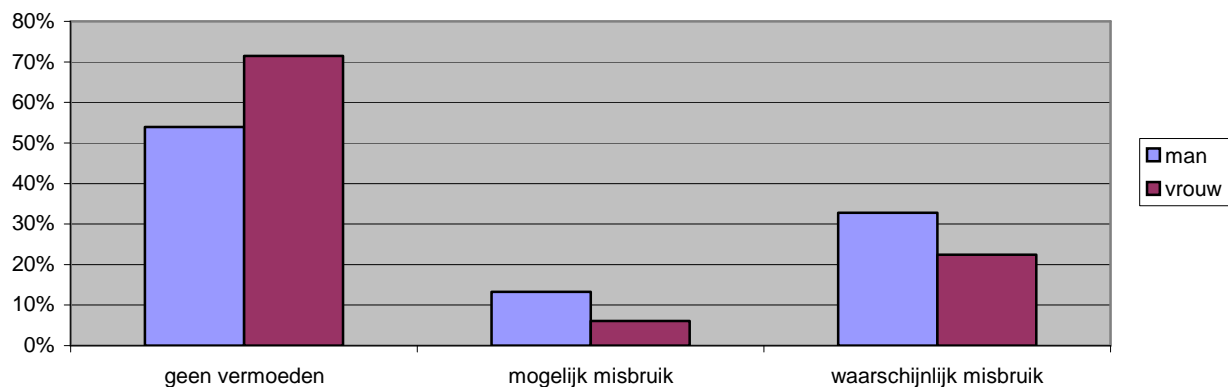
Alcohol- en middelenmisbruik

Bij 258 patiënten werd op basis van de CAGE-AID-vragenlijst, die onderdeel uitmaakt van het IPEO, een inschatting gemaakt van het alcohol- en/of middelenmisbruik van de patiënten. De CAGE-AID bestaat uit 4 vragen, met twee antwoordmogelijkheden “nee” of “ja”. Wanneer de patiënt één van de vier vragen positief beantwoordt, wordt dit gecodeerd als “mogelijke aanwezigheid van alcohol en/of drugmisbruik”. Wanneer de patiënt twee of meer van de vier vragen positief beantwoordt, wordt dit gecodeerd als “waarschijnlijk alcohol of drugmisbruik”.

In de meerderheid van de gevallen (64,9%, $n=222$) was er géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 30 patiënten (8,8%) was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 90 patiënten (26,3%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”. Onderstaande figuur illustreert de significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft alcohol- en/of middelenmisbruik. “Mogelijk of waarschijnlijk misbruik” kwam vaker voor bij mannen dan vrouwen. Bij vrouwen was er vaker geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik dan bij mannen ($\chi^2=11,840$; $df=2$; $p<.01$).

Diagnose

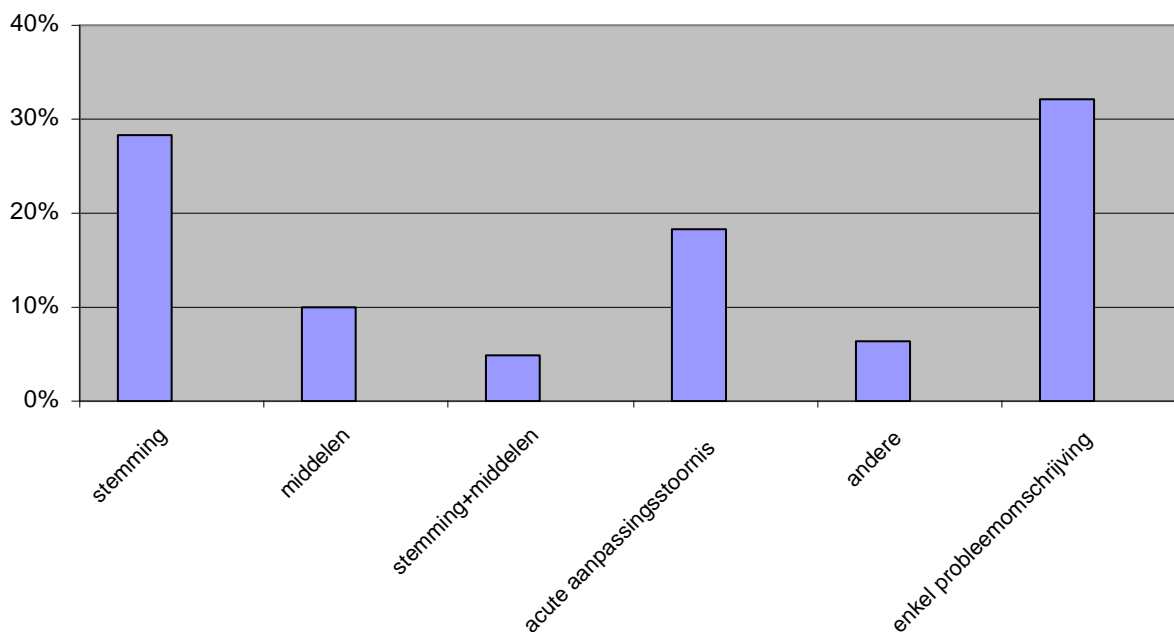
Figuur 11
Vermoeden van alcohol-en/of druggebruik bij suïcidepogers in Vlaanderen, volgens geslacht, 2008



Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen vast te stellen zoals angst- of stemmingsstoornissen. Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I-diagnose en een DSM As II-diagnose.

Bij 345 patiënten (44,9% van de totale steekproef) werd een probleembeschrijving geformuleerd. In één derde van de gevallen (32,2%) werd hierin geen As I-diagnose vermeld. Wanneer wel een As I-diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (n= 98; 41,9%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Ook de “acute aanpassingsstoornis” (n= 63; 26,9%) werd frequent vermeld. Daarnaast werd in 14,5% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd. In 7,3% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Slechts in 9,4% van de gevallen vermeldde men een andere As I-diagnose. De As I-diagnoses varieerden echter niet significant naargelang het geslacht.

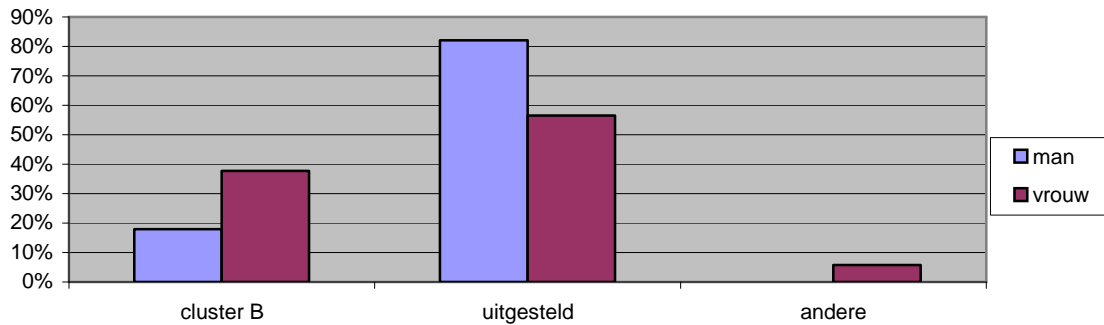
Figuur 12
DSM As I diagnose, Vlaanderen 2008



Bij 108 van de 345 patiënten (31,3%) bij wie een probleemomschrijving werd vermeld, werd een As II-diagnose geformuleerd. Bij 33 van hen (30,6%) ging het om een cluster B persoonlijkheidsstoornis, voornamelijk borderline. Slechts bij 4 personen, allen vrouwen, (3,7%) werd een andere As II-diagnose vermeld. Bij 71 patiënten (65,7%) waren er aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis, maar werd de diagnose nog uitgesteld.

Bij de vrouwen werd significant vaker dan bij de mannen een cluster B persoonlijkheidsstoornis opgetekend en bij de mannen werd significant vaker een uitgestelde diagnose van een persoonlijkheidsstoornis gesteld ($\chi^2=7,906$; $df=2$; $p<0.05$).

Figuur 13
DSM As II diagnose, Vlaanderen, volgens geslacht, 2008

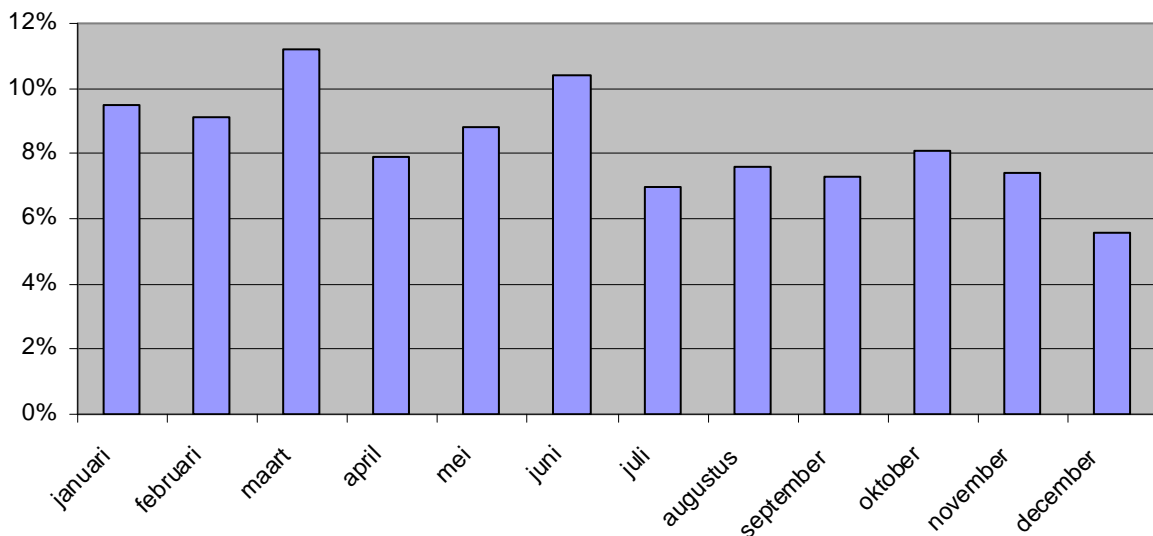


Deel 3: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal registraties van suïcidepogingen per maand weer. Globaal werden de meeste suïcidepogingen in maart geregistreerd, en het minste tijdens december. Over de jaren heen zien we geen terugkerend patroon wat betreft het maandelijks voorkomen van suïcidepogingen.

Figuur 14
Maand van suïcidepoging, Vlaanderen, 2008



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging⁴ betreft, zien we, net zoals de voorgaande jaren, dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (39%) en de namiddag (26,7%). Tijdens de nacht (16,7%) en de ochtend (17,5%) werden minder pogingen geregistreerd. Er was geen significant geslachtsverschil voor het tijdstip van de suïcidepoging. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen (n=422), verkregen we aan de hand van de Suïcide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 57,6% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 25,8% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was, en 16,6% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was.

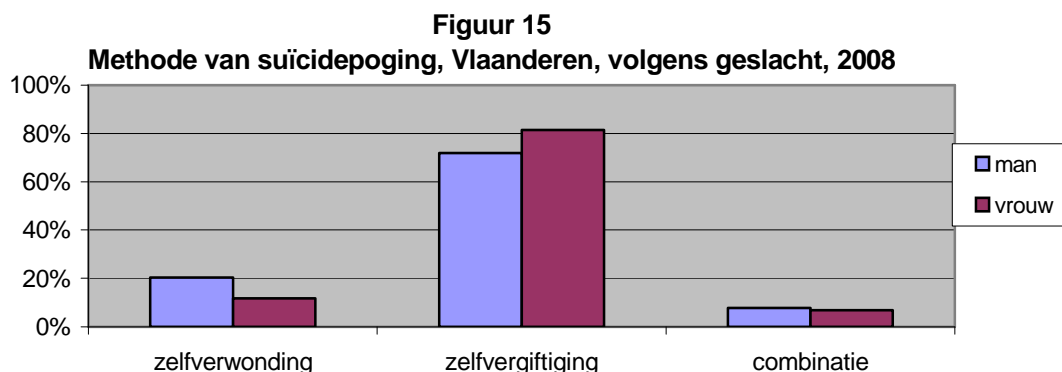
In 36,2% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging onderbroken was door derden. Er zouden randsignificant meer mannen (40,9%) onderbroken worden tijdens hun suïcidepoging in vergelijking met de vrouwelijke suïcidepogers (33,5%; $\chi^2=3,293$; $df=1$; $p=.07$). In Gent (44,7%), St Lucas Brugge (62,3%) en in Sint Jan Brugge (35%) waren er opvallend meer suïcidepogingen onderbroken dan in ZOL Genk (12,5%) en Sint Trudo (22,2%). AZ Ronse werd hierbij niet in acht genomen omwille van te kleine aantallen.

Aard van de poging

Methode. Net zoals voorgaande jaren was de meest gehanteerde methode ‘zelfvergiftiging’ (77,9%, n=618). 14,9% (n=118) van de patiënten verwondde zichzelf, en 7,2% (n=57) hanteerde beide methodes. We zien ook, in vergelijking met voorgaande jaren, significant meer mannen dan vrouwen die zichzelf verwondden en significant meer vrouwen die zichzelf vergiftigen ($\chi^2=11,606$; $df=2$; $p<.01$).

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte als voornaamste methode benzodiazepines of andere sedatieven (66,2%; n=410). De tweede meest gebruikte methode betrof medicatie uit de groep niet-narcotische analgetica/ antipyretica/ antireumatica (10,2%; n=63).

Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van een scherp voorwerp (27%) of door verhangning (24,7%). Andere methodes van zelfverwonding waren voor een bewegend voorwerp springen of liggen (12,1%), een sprong van een hoogte (11,5%) of verdrinking (8,6%).



⁴ Een poging die in het eerste half uur viel (1-30 minuten) werd bij het voorgaande uur gerekend. Een poging die in het laatste half uur (31-59 minuten) viel, bij het volgende uur werd gerekend.

Omstandigheden. Bij 426 patiënten werd aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging. Bij 409 patiënten werd de volledige schaal ingevuld. Uit de gegevens blijkt dat in bijna één op twee gevallen (46,2%) niemand in de buurt was op het moment van de poging. In 8,7% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (80%) of passieve maatregelen (11,3%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

Bijna één op twee patiënten (43,4%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. De helft van de patiënten bracht na de poging een mogelijke hulpverlener hiervan expliciet op de hoogte (50,6%). De overige 6% contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem/haar niet expliciet op de hoogte.

19 personen hadden met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen zoals het maken van een testament (4,5%). 24 patiënten (5,7%) namen meer beperkte maatregelen zoals het betalen van rekeningen. De meeste patiënten (89,7%) ondernamen echter geen “laatste handelingen” toen ze besloten hadden zichzelf te verwonden of te vergiftigen.

93 patiënten (21,8%) hadden één of meerdere afscheidsbrieven geschreven. 21 patiënten (4,9%) hadden dit overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan. De overige 230 patiënten (73,3%) hadden de brief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging in circa één op 10 gevallen (11,3%) uitvoerig was voorbereid. In drie op tien gevallen (30,3%) was ze minimaal gepland, en in iets minder dan zes op tien gevallen (58,5%) was ze helemaal niet voorbereid.

Iets minder dan de helft van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (21,3%) of expliciet (21,1%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In de overige gevallen (57,6%) had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. 21,1% van de aanmeldingen gebeurde (mede) op initiatief van de patiënt zelf. In iets minder dan de helft van de gevallen (46,5%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis, en in meer dan één op tien gevallen (12,6%) was de politie betrokken. In 9,3% van de gevallen was de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van één van de registrerende ziekenhuizen. Daarnaast werd de patiënt in circa één op drie gevallen (32,1%) ook door “anderen”, zoals verwanten, begeleiders, of toevallige passanten naar de spoeddienst begeleid.

Ernst letsel. Van alle suïcidepogingen die aan de hand van het IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid geen letsel (41,1%, n= 259), of een beperkt letsel (41,1%, n= 259) op. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel ernstig (12,4%, n= 78), tot levensbedreigend (5,5% n= 36). Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de ernst van het letsel.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat het hier mogelijk is een onderschatting betreft van de ernstige en levensbedreigende letsels aangezien deze vaak patiënten vaak naar een somatische afdeling of IZ worden gebracht en waarbij het IPEO vaak niet kan worden afgenomen.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

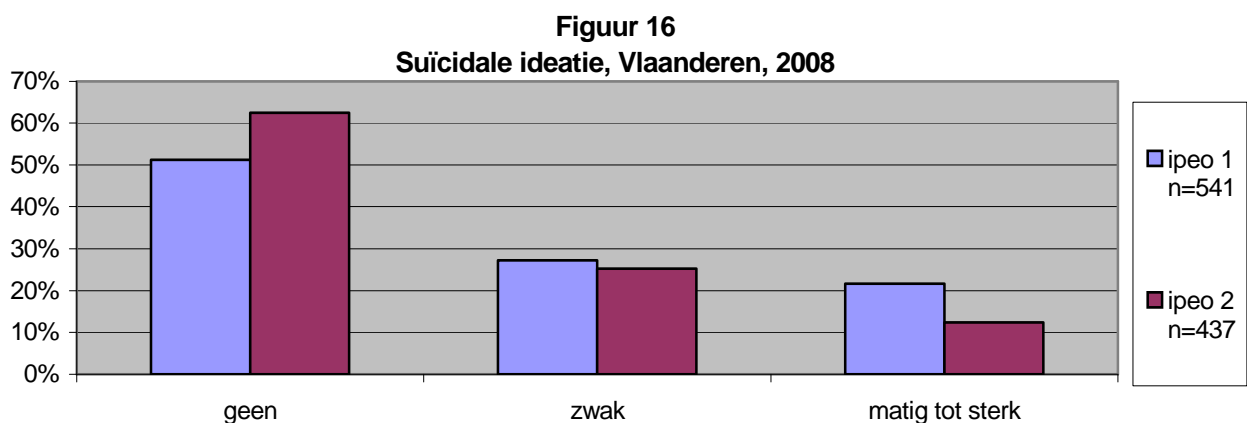
Gevoelens. Bij 445 patiënten werd door de hulpverleners nagegaan en neergeschreven hoe de patiënt zich voelde kort na de suïcidepoging. Deze gevoelens werden gecodeerd door de onderzoekers in verschillende categorieën. Bij 60 patiënten (11,1%) werd vermeld dat ze expliciet aangaven dat ze spijt hadden dat de poging mislukt was. 41 patiënten (7,6%) gaven expliciet aan blij te zijn dat de poging mislukt was. Bij 112 patiënten (20,8%) werden depressieve gevoelens vermeld, bij 39 patiënten (7,2%) overheerste kwaadheid en cynisme, bij 38 patiënten (7,1%)

werden gevoelens van leegheid vermeld, en 20 patiënten (3,7%) voelden zich schuldig of schaamden zich over de poging. 17 (3,8%) patiënten waren angstig en onrustig. In de overige gevallen werden ambivalente gevoelens vermeld (10,4%), minimaliseerde de patiënt de suïcidepoging (4,6%), of werd aangegeven dat de patiënt nog te versuft was om een juiste inschatting te maken van de emoties (7,1%). Bij 92 patiënten (17,1%) was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Omdat een hoge mate van hopeloosheid geassocieerd is met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag, gingen de hulpverleners bij de patiënten ook telkens de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst na. Ook deze gevoelens werden door de onderzoekers achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 34,6% van de patiënten zag de toekomst eerder negatief tegemoet, 29,3% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet en 36,1% uitte zich ambivalent. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden voor deze variabele.

Suïcidaliteit. Het is belangrijk om zo snel mogelijk, dus gedurende IPEO 1, in te schatten of de patiënt thans nog suïcidale gedachten of plannen heeft. Het resultaat van deze bevraging werd genoteerd bij 541 patiënten. In iets meer dan de helft van de gevallen (51,2%, n=277) gaven de patiënten aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Eén vierde van de patiënten (27,2%) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en één vijfde van de patiënten (21,6%) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging. Mannen bleken significant vaker suïcidale gedachten te hebben tijdens IPEO 1 dan vrouwen (respectievelijk 55,7% en 44,7% ; $\chi^2=6,502$; $df=2$; $p<.05$).

Omdat de intensiteit van de suïcidale ideatie snel kan wisselen, wordt aan de hulpverleners gevraagd om de aanwezigheid van suïcidegedachten opnieuw na te gaan gedurende IPEO 2. Dit gebeurde bij 437 patiënten. Het blijkt dat tijdens IPEO 2 gemiddeld iets minder gedachten aan zelfbeschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met IPEO 1. 62,5% van de patiënten (n=273) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 25,2% had eerder zwakke gedachten, en 12,4% had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging. Tijdens IPEO 2 werden geen geslachtsverschillen gevonden wat betreft suïcidale gedachten .

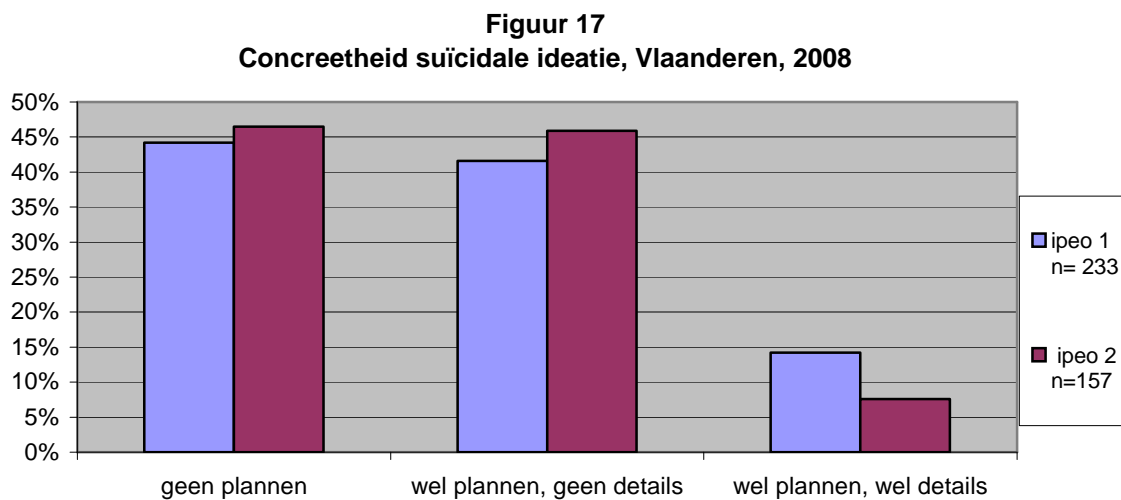


Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens IPEO 1 gaven meer dan de helft van deze patiënten (55,8%; n=130) aan reeds nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen: 41,6% van de patiënten die suïcidale gedachten rapporteerden, gaven aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 14,2% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Tijdens IPEO 2 gaven opnieuw meer dan de helft van deze patiënten (53,5%; n=84) aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen: 45,9% van de patiënten die suïcidale gedachten rapporteerden, gaven aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 7,6% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Zowel tijdens IPEO 1 als tijdens IPEO 2 werden geen verschillen gevonden wat betreft concreetheid van suïcidale ideatie naargelang geslacht.

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

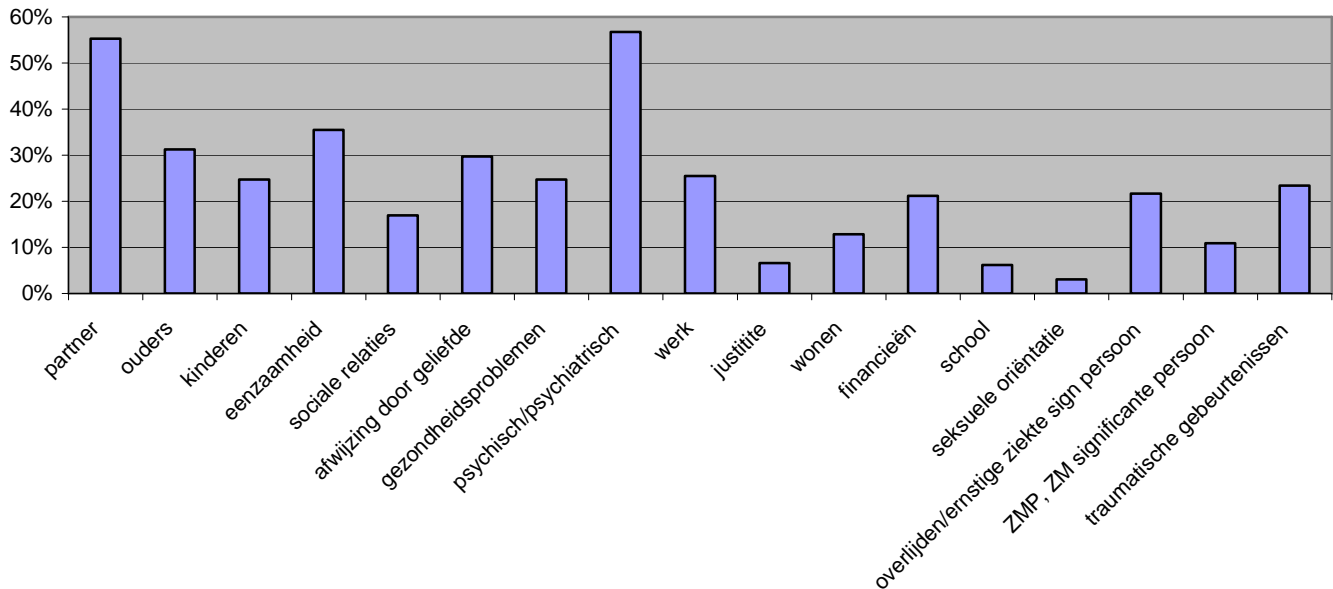


Ervaren problemen

Onderstaande figuur geeft weer welke ervaren problemen de patiënten *spontaan* rapporteerden. Psychische klachten of psychiatrische symptomen (56,8%) en relationele problemen (55,5%) werden het vaakst verwoord. De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (60,7%) of maanden (34,5%) aanwezig waren. Ook gevoelens van eenzaamheid werden frequent spontaan vermeld (35,5%). 31,3% verwees naar problemen met de ouders. Daarnaast werden een afwijzing door een geliefde (29,8%), werkproblemen (25,6%) en gezondheidsproblemen (24,7%) vaak opgegeven.

Er waren enkele significante verschillen qua geslacht. Zo bleken vrouwen (28,4%) vaker problemen met de kinderen op te geven dan mannen (18,1 %; $\chi^2=9,265$; $df=3$; $p<.05$). Mannen (37,4 %) daarentegen noemden vaker een afwijzing door een geliefde ($\chi^2=19,141$; $df=3$; $p<.01$) en financiële problemen (29,1 %; $\chi^2=10,468$; $df=3$; $p<.05$) op dan vrouwen (respectievelijk 25,3% en 16,7%). Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de *spontane* rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard *expliciet* te bevragen. Bij 109 personen (23,4%) werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 101 personen (21,7%) werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven. Bij 51 personen (10,9%) werd vermeld dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag stelde. Enkel voor de traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis werd een significant geslachtsverschil gevonden. Meer vrouwen (28,4%) rapporteerden een traumatische gebeurtenis in vergelijking met de mannelijke pogers (14,7%; $\chi^2=12,963$; $df=2$; $p<.01$).

Figuur 18
Ervaren problemen , Vlaanderen, 2008



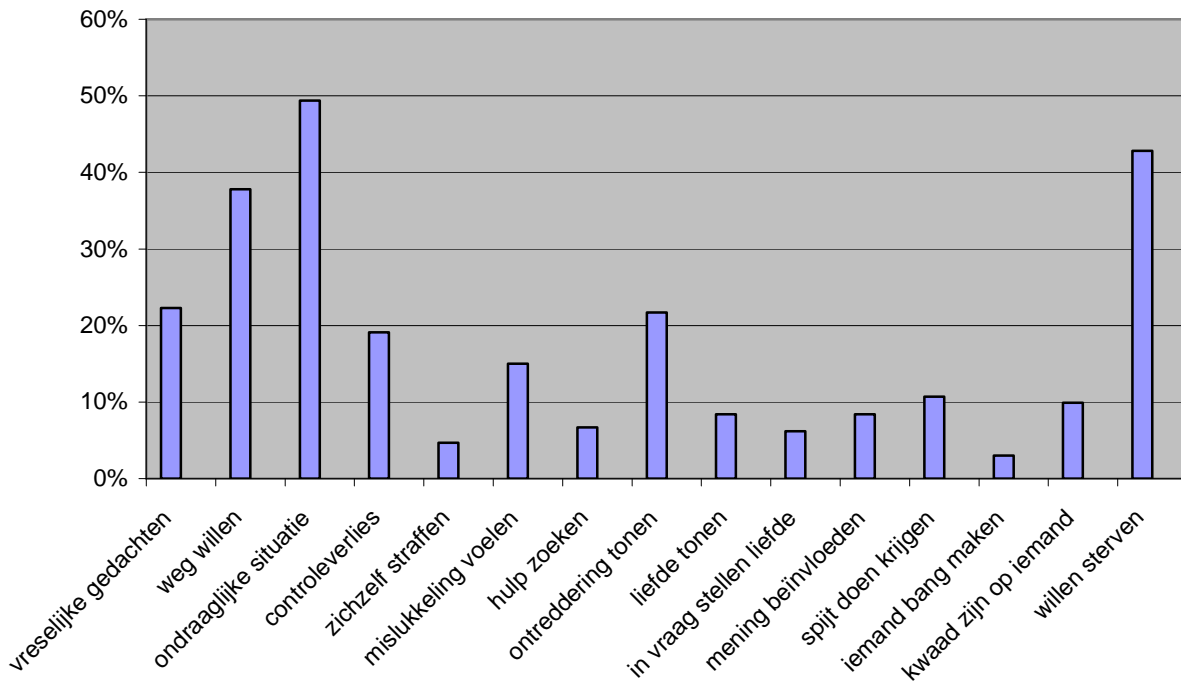
Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor hun suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in de categorieën die in Figuur 19 worden weergegeven.

Het meest frequent gerapporteerde motief was “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (62,2%), onmiddellijk gevolgd door “willen sterven” (41,7%). Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (36,7%) en “vreselijke gedachten” (22,3%) werden frequent aangevinkt. In de literatuur wordt aangegeven dat mensen met interne motieven (o.a. vreselijke gedachten, weg willen, ondraaglijke situatie) en met het doodsmotief “willen sterven” sterker geassocieerd worden met een risico op herval dan extrapunitieve motieven (o.a. liefde tonen, iemand bang maken).

Vrouwen rapporteerden significant vaker de motieven “weg willen uit een onmogelijke situatie” (41,5%; $\chi^2=4,711$; $df=1$; $p<.05$) en “ontreddering tonen” (24,8%; $\chi^2=4,674$; $df=1$; $p<.05$) dan mannen (respectievelijk 31,4% en 16,3%).

Figuur 19
Motieven voor suïcidepoging, Vlaanderen, 2008

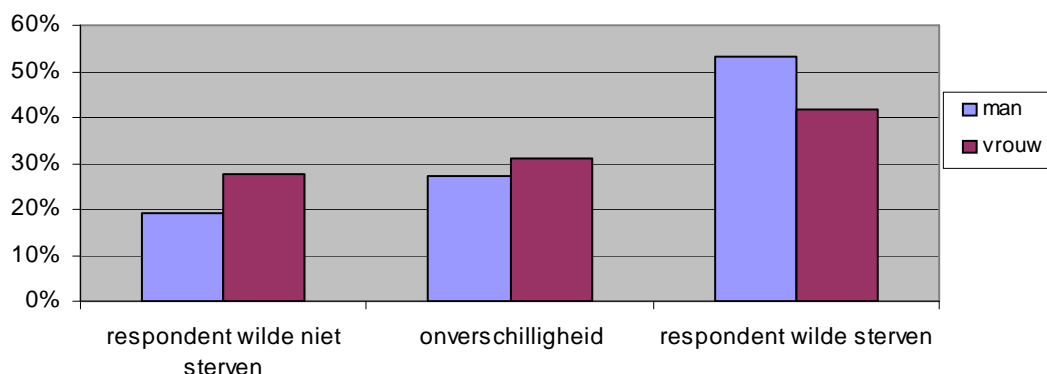


Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-omstandighedenscore 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer deze score 6 of meer bedraagt. Voor de mannen was de mediaanscore 4, voor vrouwen was deze 4,5. Op basis van de vastgelegde cut-offs voor mannen en vrouwen, was bij 48,7% van de mannen en 37,3% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie. Dit geslachtsverschil bleek significant te zijn ($\chi^2=5,057$; $df=1$; $p<.05$).

Aanvullend op de SIS-omstandighedenschaal werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevestigd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. Hier gaf 45,8% van de patiënten expliciet aan te willen sterven, een hoger percentage dan het cijfer dat gerapporteerd werd bij "ik wilde sterven" als motief in voorgaande paragraaf. Dit verschil is mogelijk te wijten aan het feit dat er bij de afname van de SIS aan de hulpverleners gevraagd wordt om dieper in te gaan op de aanwezige gevoelens omtrent leven en dood: er wordt gesuggereerd expliciet na te gaan of men sterker het gevoel had te willen leven, dan te willen sterven. 29,6% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 24,6% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven. Zoals wordt weergegeven in onderstaande figuur waren er, zoals ook vastgesteld werd bij de SIS-omstandighedenscore; meer mannen dan vrouwen die expliciet aangaven dat ze wilden sterven ($\chi^2=6,104$; $df=2$; $p=.05$).

Figuur 20
Ambivalentie ten opzichte van het leven, Vlaanderen, volgens
geslacht, 2008



Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan van wel (n= 451, 85,9%). 74 patiënten (14,1%) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.

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

Tijdens IPEO 2 werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 276 patiënten geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant, residentieel,...) de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als “zorgbehoeften op vormelijk niveau”. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als “zorgbehoeften op inhoudelijk niveau”.

91 patiënten (23,9%) formuleerden zelf noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 123 (32,3%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 65 (17,1%) louter een inhoudelijke. 102 patiënten (26,8%) formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 59,3% aan ambulante begeleiding te wensen, en 34,6% wenste een residentieële begeleiding. 6,1% van de patiënten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften had, formuleerde 41,1% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...) en 26,8% gaf vooral interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen, psychiatrische problematiek partner,...) aan. 13,7% van de patiënten wensten vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen, huisvestingsproblemen , ...). Tenslotte vermeldden 18,4% van de patiënten geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” tijdens de verdere behandeling.

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

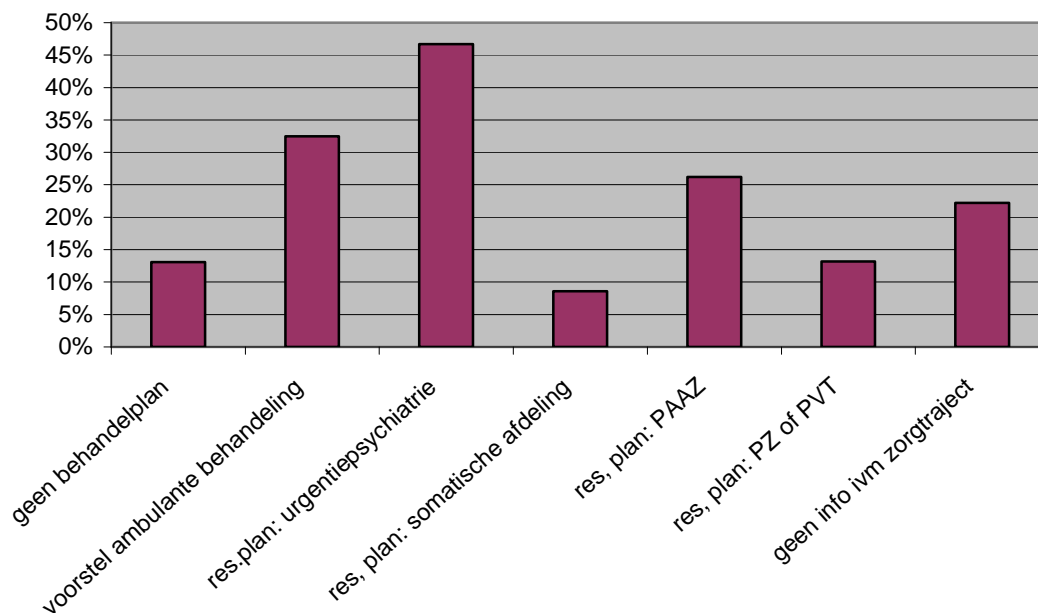
Het zorgtraject werd geregistreerd bij 624 patiënten (77,7% van de totale groep).

Bij 82 patiënten (13,3%) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 48 patiënten ging het om een ontslag op advies, bij 23 om een ontslag op tegenadvies en 3 patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis). Van 8 patiënten werd niet geregistreerd of het een ontslag op advies, tegenadvies of terugkeer naar een begeleidingsdienst betrof.

Bij 203 patiënten (32,5%) werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. 483 patiënten (77,4%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 289 patiënten (46,7% van de totale groep) verbleef minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 82 patiënten (13,2%) werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, en 162 patiënten (26,2%) naar een PAAZ dienst. 8,6% (n = 53) van de patiënten verbleef op een somatische afdeling.

In onderstaande figuur wordt het zorgtraject van alle patiënten gedetailleerd weergegeven.

Figuur 21
Zorgtraject, na ontslag op de spoeddienst, Vlaanderen, 2008



Bij de rapporten per instelling zal men vaststellen dat het zorgtraject sterk kan verschillen naargelang het ziekenhuis naar waar men verwezen wordt. UZ Gent, AZ Sint Jan Brugge en ZOL Genk werken met een urgentiepsychiatrische spoeddienst. De overige ziekenhuizen werken zonder eigen urgentiepsychiatrische spoeddienst.

UZ Gent 2008

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

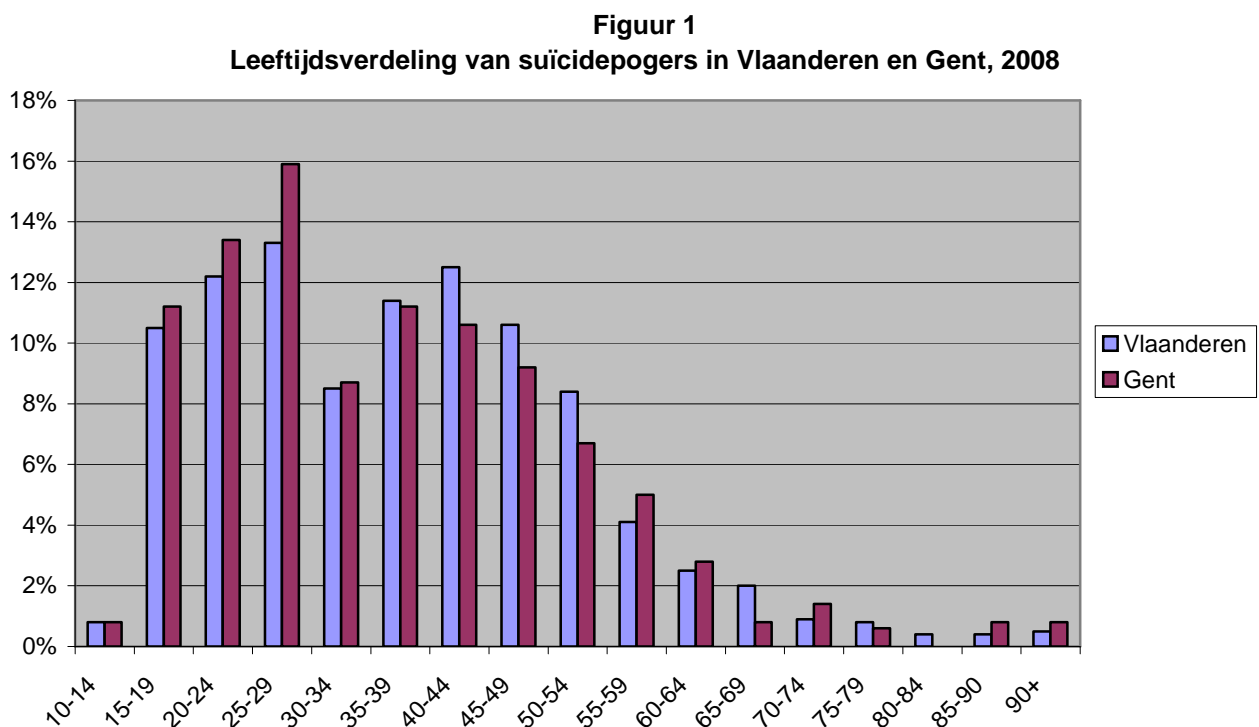
Geslacht

In het UZ Gent werden 161 mannen (42,7%) en 216 vrouwen (53,3%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging. Sommigen onder hen ondernamen meerdere pogingen gedurende 2008.

Leeftijd

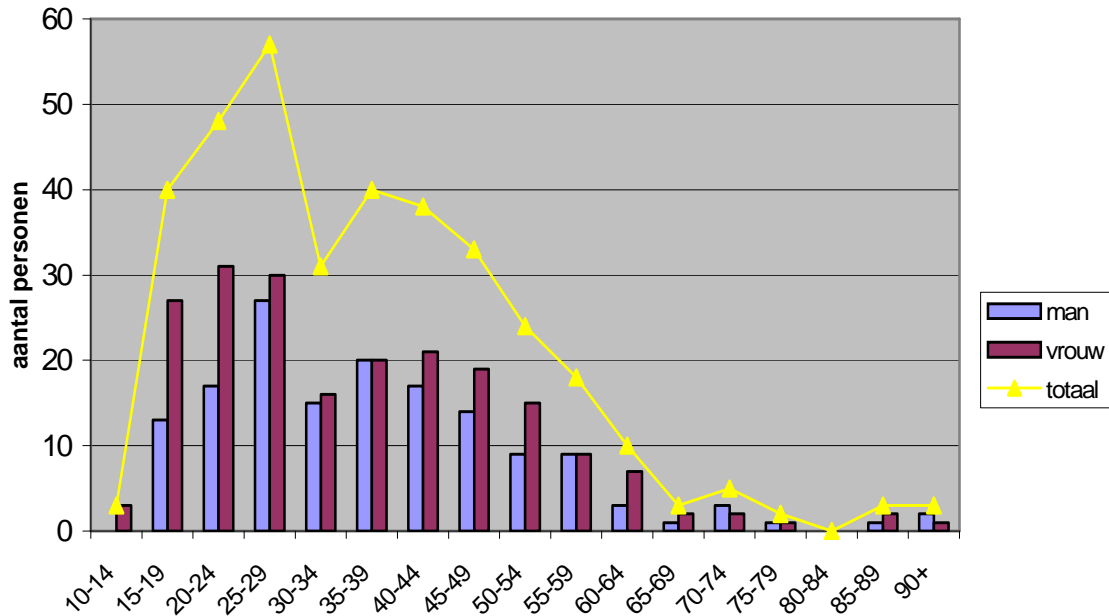
De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Gent was 36,63 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 14 en 93 jaar bedroeg. Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 37,7 jaar (min.:16; max.:93) en voor de vrouwen was deze 35,83 jaar (min.:14; max.:92).

Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling in Gent en Vlaanderen weer.



Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling volgens geslacht in de regio Gent. De helft van de vrouwen was tussen 15 en 34 jaar oud. De hoogste frequentie suïcidepogingen bij de mannen lag tussen de 25-29 jaar. Er werden geen significante geslachtsverschillen opgemerkt onder de verscheidene leeftijds categorieën.

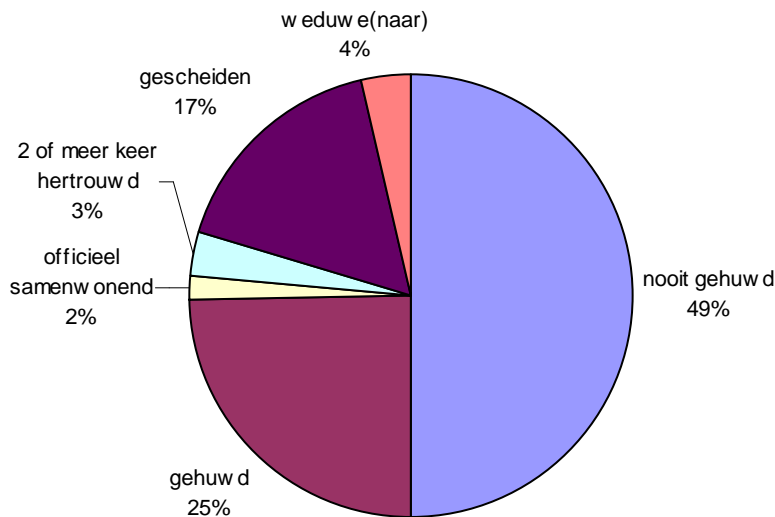
Figuur 2
Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Gent, 2008



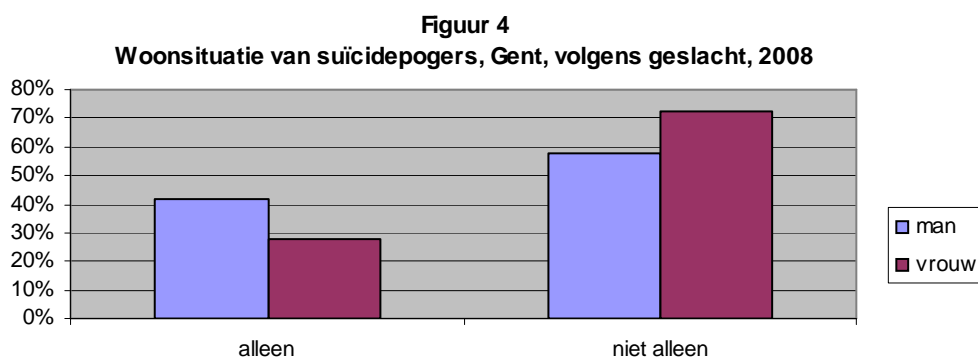
Burgerlijke staat en woonsituatie

Net zoals in voorgaande jaren was de meerderheid van de patiënten ongehuwd.

Figuur 3
Burgerlijke staat van suïcidepogers, Gent, 2008



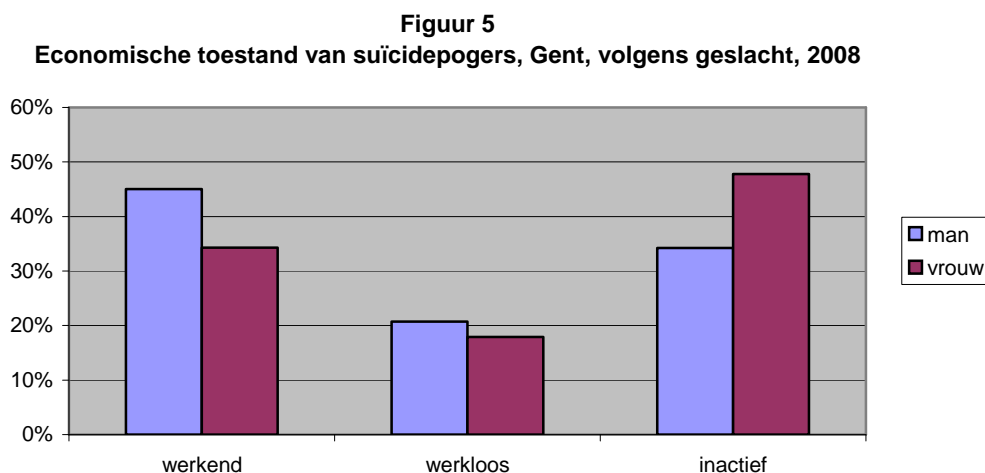
Wat betreft burgerlijke staat vonden we geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen, maar de mannelijke suïcidepogers woonden wel significant vaker alleen (42%) dan de vrouwen (27,8%). ($\chi^2=6,309$; $df=1$; $p=.01$) (figuur 4).



Ongeveer 1 op 2 patiënten gaf aan kinderen te hebben; 50,5% van de mannelijke en 51,9% van de vrouwelijke patiënten.

Economische toestand

39,2% van de suïcidepogers in Gent was werkend en 19,2% was werkloos. 41,6% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (40,9%) en studenten (38,6%). De overige 20,5% was gepensioneerd.



De mannelijke pogers waren randsignificant vaker aan het werk in vergelijking met de vrouwelijke pogers, die op hun beurt vaker economisch inactief zijn. ($\chi^2=4,698$; $df=2$; $p=.09$). Binnen de groep van de economisch inactieven zagen we significant meer vrouwelijke studenten die een poging ondernamen (46,3% vs. 26,5% mannelijke studenten) in vergelijking met de mannelijke

pogers die eerder gepensioneerd waren (32,4% vs. 13% vrouwelijke gespensioneerden; $\chi^2=5,958$; $df=2$; $p=.05$).

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

Ongeveer 1 op 4 patiënten (23,8%) werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Ongeveer 4 op 10 patiënten (41,3%) werd reeds residentieel behandeld, iets minder dan 2 op 10 ambulante (15,4%) en iets meer dan 1 op 10 patiënten (12,6%) volgde zowel een residentieële als een ambulante therapie. Bij 10 patiënten (7%) werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische begeleiding. Er werden geen significante geslachtsverschillen opgemerkt betreffende psychiatrische behandeling in voorgeschiedenis.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Iets meer dan de helft van de patiënten (54,1%) had reeds één of meerdere suïcidepogingen in de voorgeschiedenis; 24,6% had reeds één eerdere poging ondernomen, 11,6% twee, en 5,3% had drie eerdere pogingen ondernomen. 12,6% had reeds vier of meer eerdere pogingen ondernomen.

In de meerderheid van de gevallen werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (59,5%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. Er werd een randsignificant geslachtsverschil gevonden voor het tijdsinterval tussen de huidige en de voorgaande suïcidepoging. Meer mannen (69,4% vs. 51,6%) hebben een tijdsinterval van minder dan een jaar in vergelijking met de vrouwelijke pogers die langer dan een jaar wachten tussen 2 suïcidepogingen (30,6% vs. 48,4%; $\chi^2=3,587$; $df=1$; $p=0,06$). 3 op 4 pogingen werden medisch behandeld (71,1%), significant vaker bij vrouwen (79,2%) dan bij mannen (61,4%) ($\chi^2=3,744$; $df=1$; $p=0,05$). 88,8% van de medische behandelingen vond plaats in het ziekenhuis. In de overige gevallen werd de voorgaande poging medisch behandeld door de huisarts of andere instanties. In 1 op 2 gevallen (54,3%) werd de poging ook psychisch behandeld. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden voor het al dan niet psychisch behandeld zijn voor een voorgaande poging.

Alcohol en middelenmisbruik

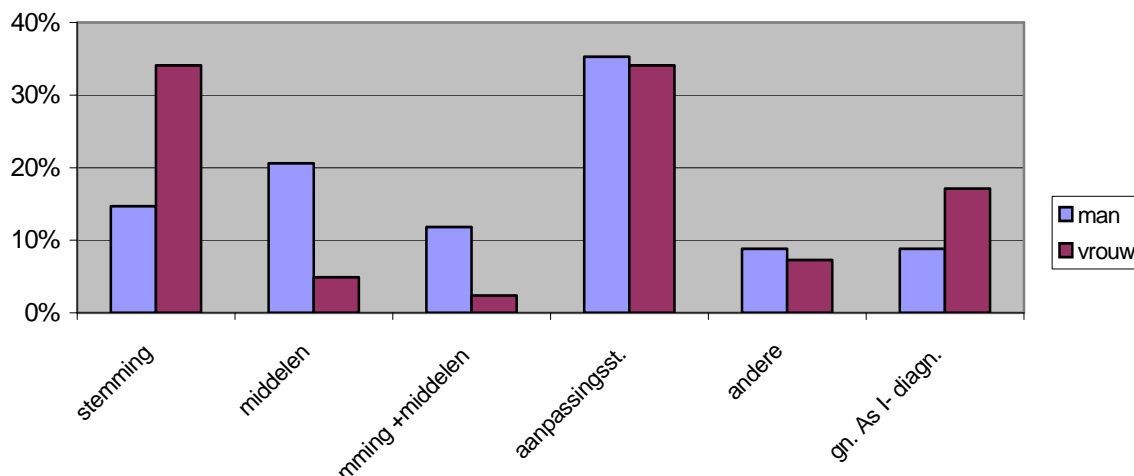
Op basis van de CAGE-AID vragenlijst werd een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten, dit werd enkel ingevuld bij 61,2% van de suïcidepogers die een ipeo 2 kregen.

In 1 op 2 gevallen (53,9%) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 13,2% was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 1 op 3 patiënten (32,9%) is er sprake van “waarschijnlijk misbruik”. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet significant.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd, indien mogelijk, een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I-diagnose en een DSM As II-diagnose.

Figuur 6
DSM As I- diagnose, Gent, volgens geslacht, 2008



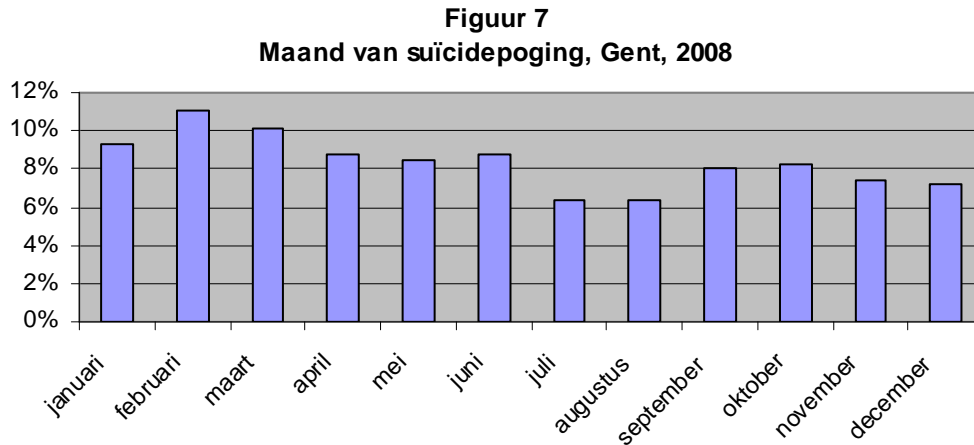
Bij 75 suïcidepogers werd een probleembeschrijving neergeschreven. In 13,3% van de gevallen werd hierin géén As I- diagnose (enkel een probleemomschrijving) gerapporteerd. Wanneer wel een As I- diagnose werd geformuleerd, kwamen acute aanpassingsstoornis (34,7%, n=26) en stemmingsstoornis (25,3%, n=19) het vaakst voor. Bovenstaande figuur illustreert dat er bij vrouwen randsignificant vaker dan bij mannen een depressie gediagnosticeerd werd, terwijl bij mannen vaker middelenmisbruik en een acute aanpassingsstoornis vermeld werden ($\chi^2=10,029$; $df=5$; $p=.07$).

Bij 52 suïcidepogingen, werd informatie bekomen in verband met een As II-diagnose. Bij meer dan 1 op 5 personen (23,1%) werd een cluster B persoonlijkheidsstoornis gerapporteerd, voornamelijk borderline. Bij 76,9 % werd een As II- stoornis uitgesteld of persoonlijkheidsstoornis NAO gegeven. Bij de vrouwen werden significant meer cluster B persoonlijkheidsstoornissen (39,3%) vastgesteld dan bij de mannen (4,2%; $\chi^2=8,979$; $df=1$; $p=.003$).

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

Onderstaande figuur toont aan dat de maandelijkse verschillen wat betreft het voorkomen van suïcidepogingen klein zijn.



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (41,1%) en de namiddag (30%). Tijdens de nacht en de ochtend werden minder pogingen geregistreerd (resp. 16,7% en 12,2%). Aan de hand van IPEO 2 verkregen we meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 49 % van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 40,2% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was en 10,8% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was. Er waren geen significante verschillen tussen de mannen en vrouwen aangaande het tijdstip waarop de suïcidepoging ondernomen werd noch dat dit een moment was waarop er kon geïntervenieerd worden of niet.

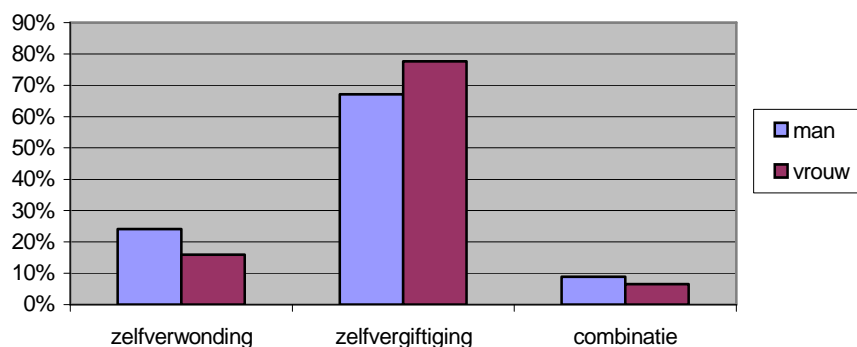
In 44,7% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden. Bij dit laatste zouden de mannen significant vaker onderbroken zijn door derden in vergelijking met de vrouwen ($\chi^2=4,038$ $df=1$; $p<.05$; resp. 53% vs. 38,6%).

Aard van de poging

Methode. Net zoals in Vlaanderen was in Gent de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' (73,1%, $n=272$). 19,4% ($n=72$) van de patiënten verwondde zichzelf, en 7,5% ($n=28$) hanteerde beide methodes. Mannen beschadigden zichzelf randsignificant vaker door middel van zelfverwonding, vrouwen vaker door middel van zelfvergiftiging ($\chi^2=5,144$ $df=2$; $p=.076$). Bij 1 op 4 (27,1%) suïcidepogingen werd er alcohol gebruikt tijdens de poging. Dit bleek significant vaker voor te komen bij de mannen dan de vrouwen ($\chi^2=3,913$ $df=1$; $p<.05$; resp. 32,3 % vs. 23,1%).

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte benzodiazepines of andere sedatieven als voornaamste methode (63,6 %). Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van verhangings (23 %) of door middel van een scherp voorwerp (19%).

Figuur 8
Methode van suïcidepoging, Gent, volgens geslacht, 2008



Omstandigheden. Informatie over de precieze omstandigheden van de poging, werd bekomen aan de hand van de SIS.

Hieruit bleek dat in één op twee gevallen (51,4%) niemand in de buurt was op het moment van de poging.

In 9,6% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (80,8%) of passieve maatregelen (9,6%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

4 op 10 patiënten (43,3%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. 4,8% contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem of haar niet op hoogte van de poging. De helft van de patiënten (51,9%) tenslotte, bracht na de poging een mogelijke hulpverlener hiervan expliciet op de hoogte.

In één op tien gevallen (9,8%) had de patiënt met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen zoals het maken van een testament, het weggeven van bezittingen en dergelijke. Eveneens in één op tien gevallen (9,8%) nam de patiënt meer beperkte maatregelen zoals het betalen van rekeningen. In de meerderheid van de gevallen (80,4%) rapporteerde de patiënt geen laatste handelingen te hebben gesteld toen hij/zij beslist had zichzelf te verwonden of te vergiftigen.

In 3 van de 10 gevallen (33%) had de patiënt één of meerdere afscheidsbrieven geschreven.

Wat betreft de planning, zien we dat de suïcidepoging in één op 10 gevallen uitvoerig was voorbereid (12,4%). In 4 op 10 gevallen (43,8%) was ze minimaal gepland, en eveneens 4 op 10 gevallen (43,8%) was ze niet gepland.

Ongeveer de helft van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (22,1%) of expliciet (25%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen.

In 52,9 % van de gevallen had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. In bijna één op vier gevallen (38,7%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis en in één op vijf gevallen (22,6%) was de politie betrokken. 19,8% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf.

In 10,5% van de gevallen was de patiënt door de huisarts of via verwijsbrief van een andere hulpverlenende instantie. Daarnaast werd de patiënt in één op vier gevallen (35,6%) door 'anderen' (o.a. verwanten, begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Van alle suïcidepogingen die aan de hand van de IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid geen letsel (48,2%), of een beperkt letsel (33%) op. Bij bijna één op vijf patiënten benoemde men het letsel als ernstig (9,8%) of levensbedreigend (8,9%). We zagen geen significante verschillen tussen de mannen en vrouwen aangaande de ernst van het letsel opgelopen door de suïcidepoging.

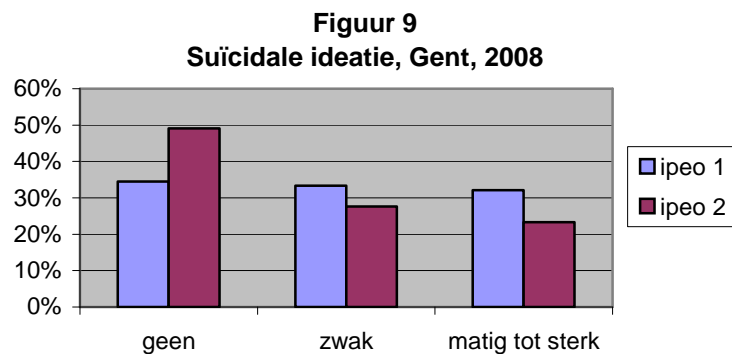
Gevoelens en suicidaliteit na de poging

Gevoelens. Kort na de poging gaf slechts 6,7% van de patiënten overwegend positieve gevoelens aan: hij/zij had spijt van de poging en was opgelucht nog te leven. Ongeveer 12,3% van de patiënten gaven echter expliciet aan dat ze teleurgesteld waren dat de poging mislukt was. 1 op 4 patiënten (25,2%) uitten zich duidelijk depressief. In andere gevallen lag de nadruk op gevoelens van leegte (8%), kwaadheid (8,6%) of angst (3,1%). In 7,4% van de gevallen benoemde de hulpverlener de gevoelens als tegenstrijdig. 9 patiënten (5,5%) ontkenden of minimaliseerden de suïcidepoging. Bij 6 patiënten (3,7%) tenslotte, was het niet mogelijk om een inschatting te maken van de emoties omdat ze nog te zeer versuft waren gedurende de afname van IPEO 1.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. 19,2% van de patiënten zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet. 40,8% uitte zich ambivalent, en 40% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet. Significant meer mannen (30,8%) uitten zich negatief over de toekomst in vergelijking tot de vrouwen (10,3%; $\chi^2=7,979$; $df=2$; $p<0,05$).

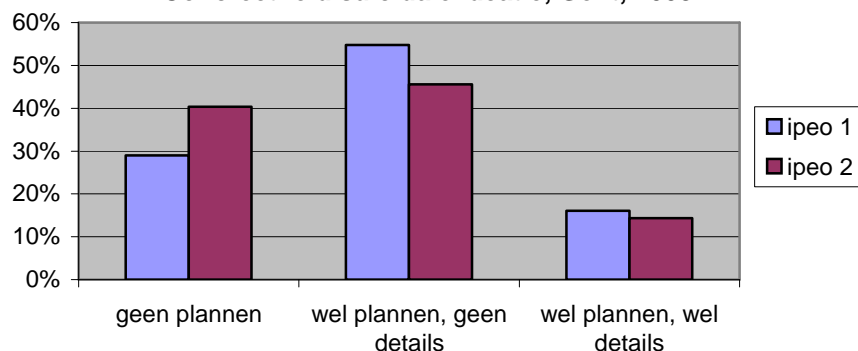
Suïcidaliteit. Eén derde van de patiënten (34,5%, $n=58$) gaf bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. 33,3% ($n=56$) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en nog eens één derde van de patiënten (32,1%, $n=54$) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

Wanneer IPEO 2 wordt afgenomen, wordt opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suicidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de suicidaliteit ten tijde van IPEO 2 gemiddeld lager is dan ten tijde van IPEO 1 namelijk 49,1% van de patiënten ($n=57$) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 27,6% ($n=32$) had eerder zwakke gedachten en 23,3% had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.



Bij de patiënten die aangaven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds de aanwezigheid van concrete plannen nagegaan. Tijdens IPEO 1 gaven ruim meer dan de helft van deze patiënten aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen: 16,1% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd, en 54,8% gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die hij/zij zou gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. Zoals wordt weergegeven in onderstaande figuur, werden er minder plannen geformuleerd wanneer dezelfde vraag werd gesteld gedurende IPEO 2. Verschil tussen IPEO 1 en 2 rond gedetailleerde plannen blijkt niet zo groot te zijn in vergelijking met niet-gedetailleerde plannen.

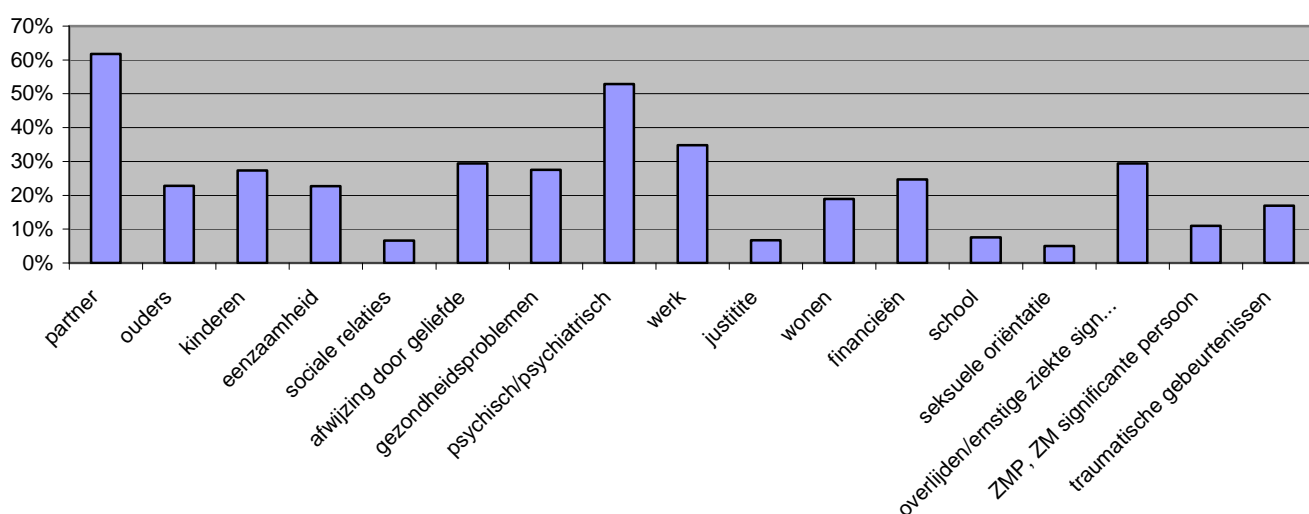
Figuur 10
Concreetheid suïcidale ideatie, Gent, 2008



Ervaren problemen

Onderstaande figuur geeft weer welke problemen de patiënten spontaan rapporteerden. 61,89% verwees naar relationele problemen. In bijna de helft van de gevallen (43,4%) waren deze slechts sinds enkele weken aanwezig. Ook psychische klachten of psychiatrische symptomen werden frequent spontaan vermeld (52,9%), één derde van de patiënten gaf aan dat deze reeds jaren (32,2%) of maanden (20,7%) aanwezig waren. Daarnaast werden problemen met de ouders (33,8%) en werkproblemen (33,1%) relatief vaak vermeld. Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de *spontane* rapportage van de ervaren problemen een aantal items standaard *explíciet* te bevragen. In 16,9% van de gevallen werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Meer dan 1 op 4 patiënten werden geconfronteerd met het overlijden van significante personen (29,4%), of suïcidaal gedrag van belangrijke anderen (13,4%). Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden betreffende deze specifieke ervaren problemen.

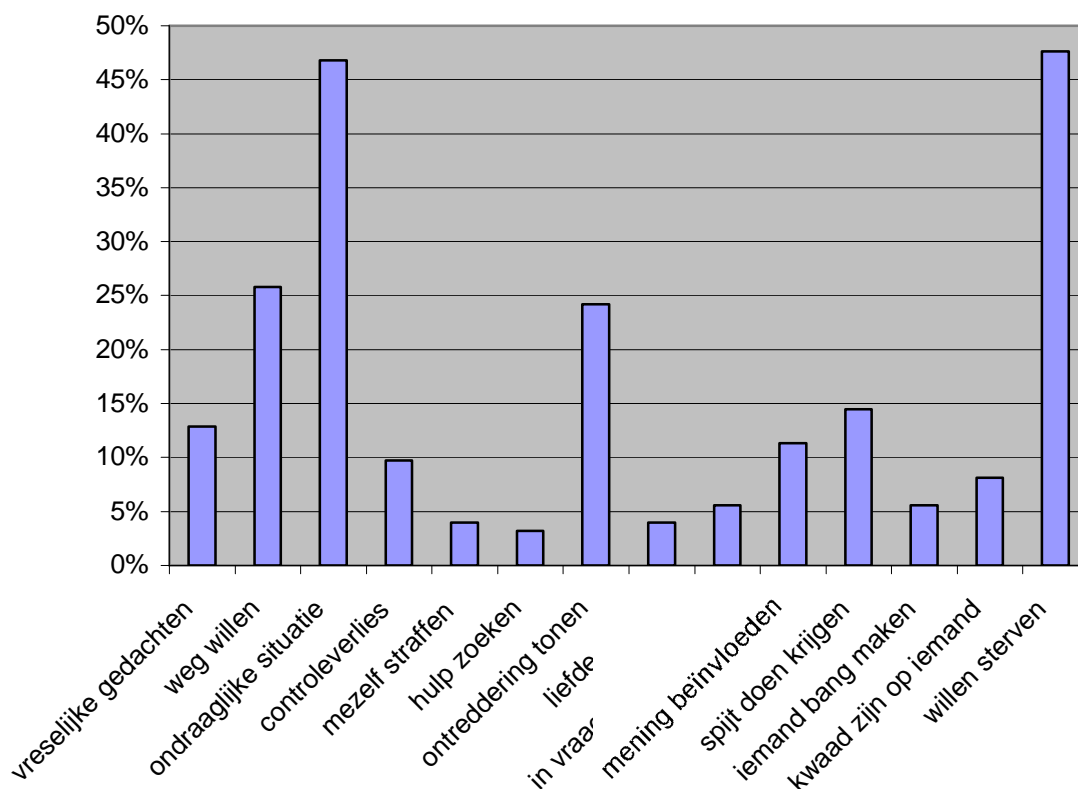
Figuur 11
Ervaren problemen, Gent, 2008



Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. “Willen sterven” (47,6%) was duidelijk het meest frequent gerapporteerde motief, naast “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (46,8%) en “weg willen uit een onmogelijke situatie” (25,8%).

Figuur 12
Motieven, Gent, 2008

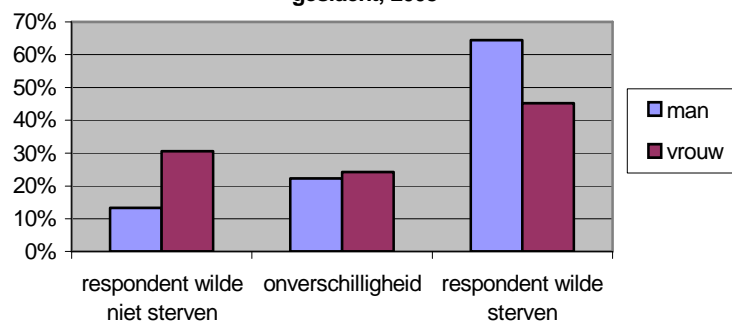


Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). De mediaanscore was voor zowel de vrouwen als de mannen gelijk aan 5. Er werd een hoge suïcidale intentie vastgesteld bij 59,5% van de mannen en 43,4% van de vrouwen.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevroegd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. Mannen gaven randsignificanter vaker dan vrouwen expliciet aan dat ze wilden sterven (64,4% vs. 45,2%), terwijl vrouwen duidelijk vaker aangaven dat ze niet wilden sterven (30,6% vs. 13,3%; $\chi^2=5,208$; $df=2$; $p=0,074$).

Figuur 13
Ambivalentie ten opzichte van het leven, Gent, volgens
geslacht, 2008



Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf de meerderheid aan van wel ($n=134$, 84,3%). De overige patiënten ($n=25$) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding op de spoeddienst.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 129 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau. Bijna 1 op 3 patiënten ($n=26$; 27,4%) formuleerde noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 42,1% ($n=40$) van de patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, bij 6,3% ($n=6$) louter een inhoudelijke en bij één op vier patiënten ($n=23$; 24,2%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden, gaf 52,3% aan ambulante begeleiding te wensen, 38,5% residentiële begeleiding en 9,2% was onbeslist over de hulp die hij/zij verwachtte.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden, gaf 51,7% duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...), 20,7% gaf interpersoonlijke behoeften aan (vooral hulp bij relationele problemen), 13,8% gaf aan praktische steun te wensen (schuldbemiddeling, huisvestingsproblemen,...) en 13,8% formuleerde enkel de behoefte aan rust.

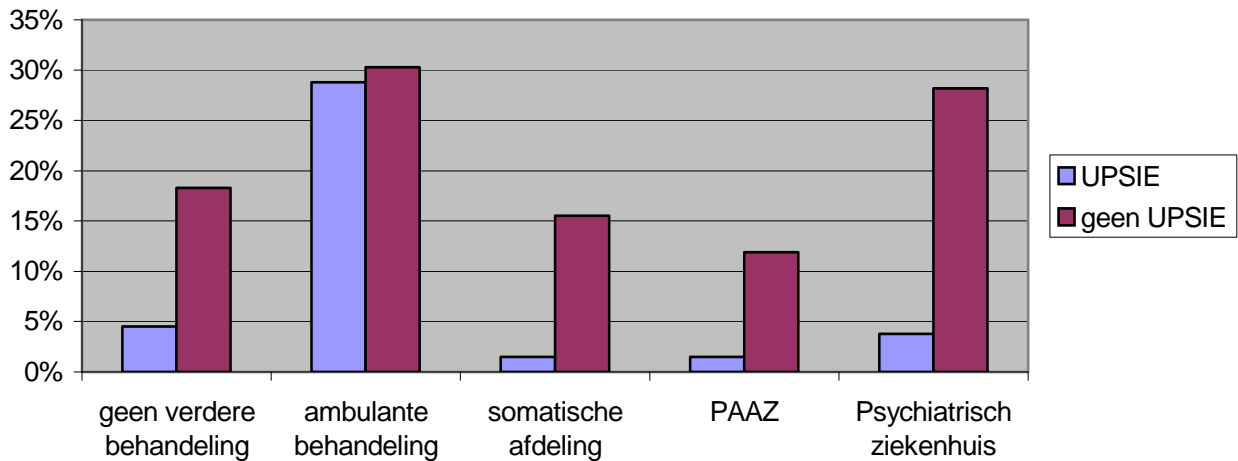
Behandelplan na spoedopname. Van 269 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd. Van iets meer dan 1 op 10 patiënten ($n=32$, 11,9%) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 12 patiënten ging het om een ontslag op advies, bij 15 om een ontslag op tegenadvies, en 2 patiënten keerden terug naar een begeleidingsdienst zoals een MPI of een voorziening beschut wonen.

Bij 1 op 3 patiënten ($n=81$, 30,2%) werd een ambulant zorgtraject voorzien.

211 patiënten (78,7%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 132 van deze patiënten verbleven minstens één nacht op de UPSIE, 45 van deze patiënten werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, 19 naar een PAAZ dienst, en 24 van deze patiënten verbleven op een somatische afdeling.

In onderstaande figuur wordt het zorgtraject van de patiënten (bij wie het zorgtraject gekend is) die minstens één nacht opgenomen werden op de UPSIE (n=132) vergeleken met dat van de patiënten die niet op de UPSIE verbleven (n=132).

Figuur 14
Zorgtraject, volgens verblijf op upsie in Gent, 2008



18,3% (n = 26) van de patiënten die niet op de UPSIE verbleven, gingen na hun verblijf in het UZ naar huis zonder verdere behandelafspraken. Voor de patiënten die op de UPSIE verbleven was dit 4,5% (n=6). Bij 2 patiënten was dit op advies, bij 3 patiënten op tegenadvies en van 1 patiënt werd niet geregistreerd waarom geen verdere behandeling werd besproken.

Voor de patiënten die niet op de UPSIE opgenomen werden, zagen we significante geslachtsverschillen voor géén behandeling ($\chi^2=4,441$; $df=1$; $p<0,05$), ambulante ($\chi^2=4,957$; $df=1$; $p<0,05$) en somatische doorverwijzing ($\chi^2=9,006$; $df=1$; $p<0,05$). Meer mannen kregen géén behandeling (resp. 26,8% vs. 12,8%) of een somatische doorverwijzing (resp. 26,8% vs. 8,1%), terwijl de vrouwen eerder ambulante doorverwezen werden (resp. 37,2% vs. 19,6%).

Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan, Brugge

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht

In het Sint Jan Ziekenhuis in Brugge werden 44 mannen (31,9%) en 94 vrouwen (68,1%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

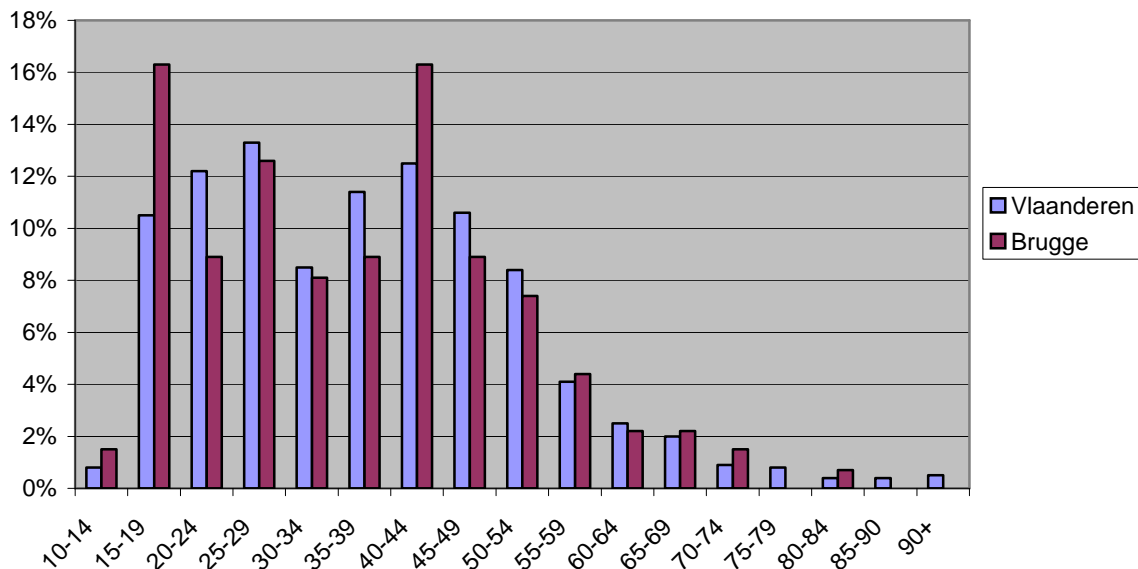
Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in de omgeving van het AZ Sint-Jan te Brugge was 36,09 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 12 en 82 jaar bedroeg.

Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 35,26 jaar (min.:12; max.:73) en voor de vrouwen was deze 36,46 jaar (min.:14; max.:82).

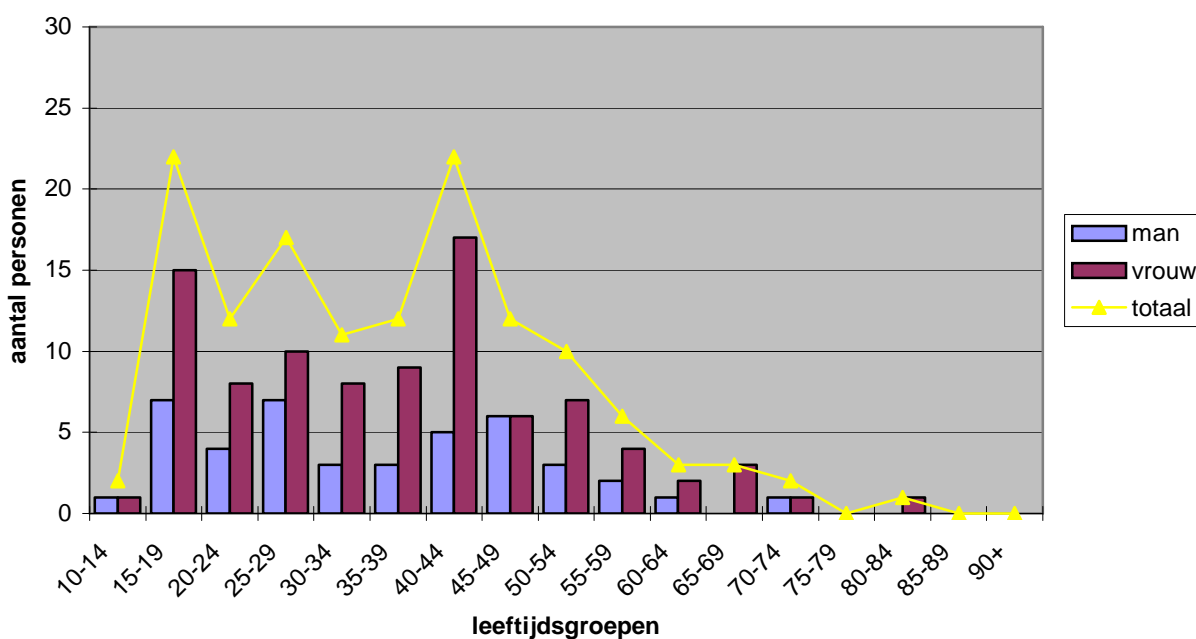
Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling in de omgeving van het AZ Sint-Jan te Brugge en Vlaanderen weer. Hierbij valt op dat er in het AZ Sint-Jan te Brugge meer suïcidepogers in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar en 40-44 jaar werden aangemeld.

Figuur 1
Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen en de regio rond het AZ Sint-Jan te Brugge, 2008



Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling volgens geslacht in de regio rond het AZ Sint-Jan te Brugge. Vooral bij de vrouwen constateren we de reeds hierboven vermelde 2 pieken van 15- 19 en 40- 44 jarigen. De mannen vertonen de hoogste frequenties tussen 15- 19 en 25- 29 jaar. Er waren geen significante geslachtsverschillen op te merken voor de leeftijd van de suïcidepogers.

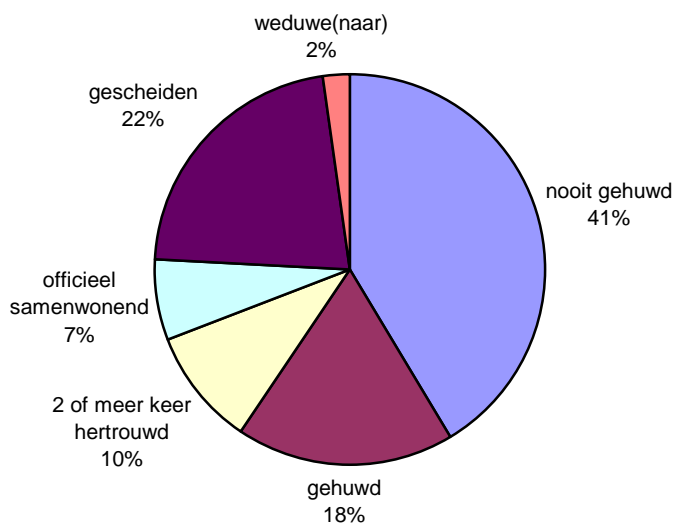
Figuur 2
Leeftijdverdeling van suïcidepogers, AZ Sint-Jan Brugge, 2008



Burgerlijke staat en woonsituatie

Net zoals in voorgaande jaren was de meerderheid van de patiënten ongehuwd. 27,3 % woonde alleen ten tijde van de suïcidepoging. Wat betreft burgerlijke staat en woonsituatie vonden we geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen. Ongeveer de helft van de patiënten (53,2%) gaf aan kinderen te hebben; 47,6% van de mannelijke en 56,0% van de vrouwelijke patiënten.

Figuur 3
Burgerlijke staat van suïcidepogers, AZ Sint-Jan Brugge, 2008

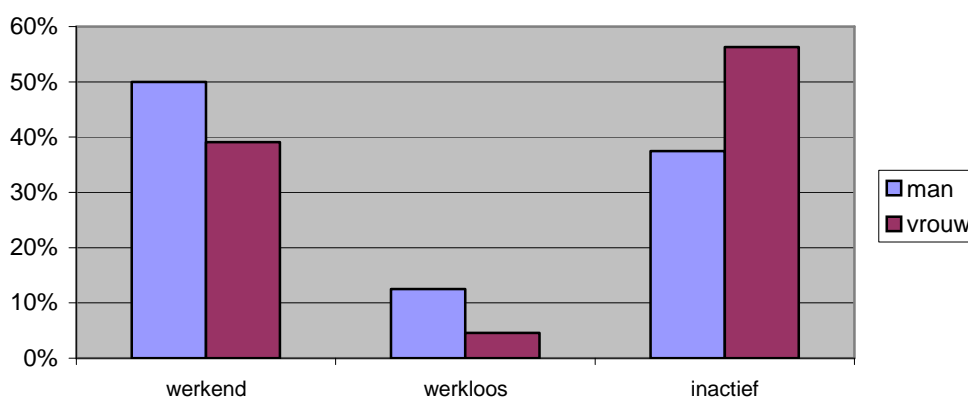


Economische toestand

42,5% van de suïcidepogers in de regio rond het AZ Sint-Jan te Brugge was werkend en 7,1% was werkloos. 50,4% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit studenten (52,8%) en personen die invalide verklaard werden (32,1%). De overige 15,1% was economisch inactief omwille van pensioen.

Figuur 4 toont aan dat de mannelijke pogers iets vaker werkend of werkloos waren dan vrouwen, die op hun beurt vaker economisch inactief zijn ($\chi^2=9,097$; $df=2$; $p<.05$).

Figuur 4
Economische toestand van suïcidepogers, AZ Sint-Jan Brugge, volgens geslacht, 2008



Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

20,6% van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Bijna 1 op 3 patiënten (28,7%) werd enkel residentieel behandeld, bijna 1 op 4 enkel ambulante (22,8%) en ongeveer 1 op 5 patiënten tenslotte (19,1%) volgde zowel een residentieële als een ambulante therapie. Bij 12 patiënten (8,8%) werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische/psychiatrische begeleiding. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden voor voorgaande psychiatrische behandeling.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Bij 127 patiënten werd informatie geregistreerd met betrekking tot eerdere suïcidepogingen. Voor 41,7% van hen was dit hun eerste suïcidepoging. 1 op 3 (31,5%) had reeds één eerdere poging ondernomen; 13,4% twee, en 4,7% had drie eerdere pogingen ondernomen. 8,7% had reeds vier of meer eerdere pogingen ondernomen.

Voor ongeveer de helft van de patiënten werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (49,3%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. Bijna 3 op 4 pogingen werden medisch behandeld (72,6%), en de meerderheid van de vorige pogingen werden psychisch behandeld (63,5%). Analyses van deze variabelen gaven geen significante geslachtsverschillen.

Alcohol en middelenmisbruik

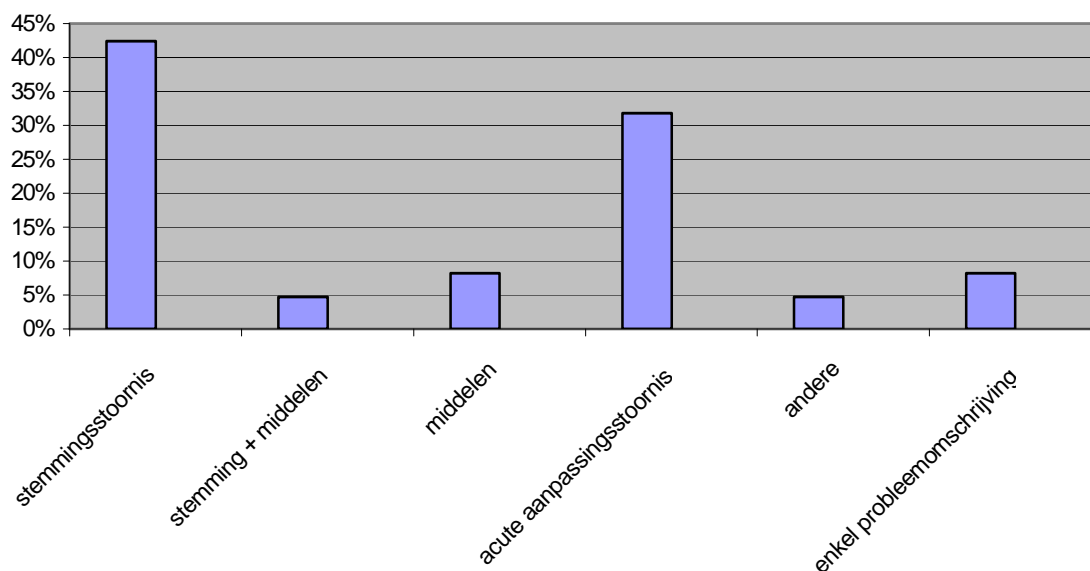
Op basis van de CAGE-AID vragenlijst, welke onderdeel uitmaakt van het IPEO, werd bij 81 patiënten een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten. In meer dan de helft van de gevallen (63,0%) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 4,9% was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 1 op 3 patiënten (32,1%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet significant.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I-diagnose en een DSM As II-diagnose. In 8,2% van de gevallen werd enkel een probleembeschrijving voorzien zonder een As I- diagnose. Wanneer wel een As I-diagnose werd geformuleerd, kwamen acute aanpassingsstoornis (34,6%) en depressie (46,1%) het vaakst voor. In Figuur 5 worden de verschillende As I-diagnoses weergegeven, er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden .

Bij 10 patiënten werd een As II-diagnose geformuleerd. Bij 5 personen waren er aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis, maar werd de diagnose zelf uitgesteld. Bij nog eens 5 personen werd een cluster B persoonlijkheidsstoornis gerapporteerd, bij alle vijf de personen betrof het de borderline persoonlijkheidsstoornis

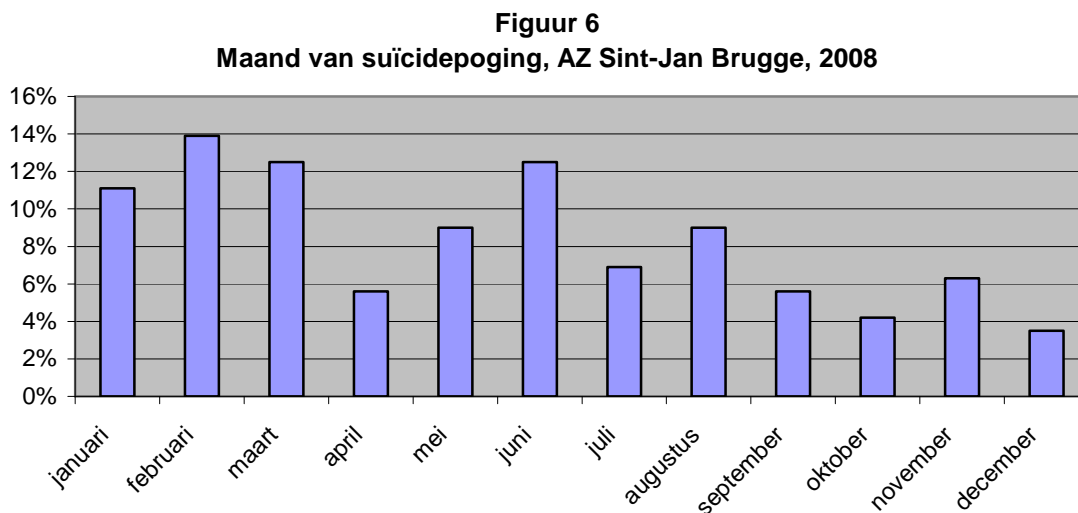
Figuur 5
DSM As I-diagnose, AZ Sint-Jan Brugge, 2008



Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

Onderstaande figuur toont aan dat er vooral in de maanden februari, maart en juni pieken voorkwamen wat betreft de geregistreerde suïcidepogingen. In de maanden april, september, oktober en december werden de laagste frequenties geregistreerd.



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (45%) en de namiddag (24,2%). Tijdens de nacht (14,2%) en de ochtend (16,7%) werden minder pogingen geregistreerd. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet significant. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen (n=111), verkregen we aan de hand van de SIS meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 60,4% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 13,5% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was, en 26,1% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was. In 35% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden. De verschillen tussen mannen en vrouwen waren niet significant.

Aard van de poging

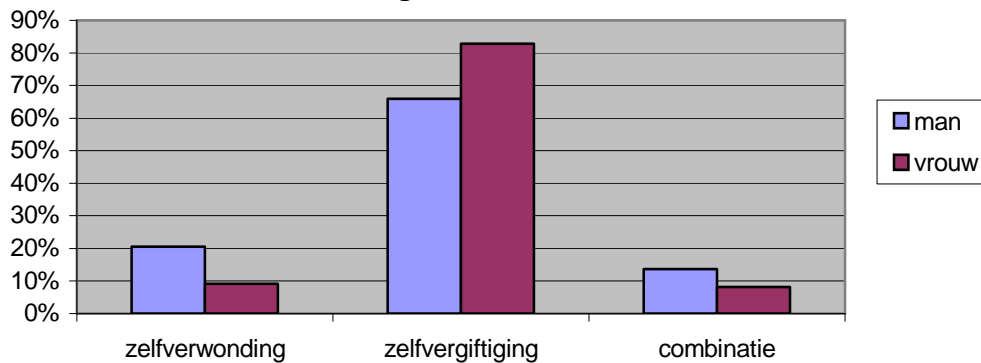
Methode. Net zoals in Vlaanderen was in de regio rond het AZ Sint-Jan te Brugge de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' (77,6%, n=111). 18 patiënten (12,6%) verwondden zichzelf, en 14 patiënten (9,8%) hanteerden beide methodes. De verschillen (zie figuur 7) tussen mannen en vrouwen waren randsignificant. ($\chi^2=5,209$, $df=2$; $p=.074$).

Bij 35,2% van de gevallen ging de suïcidepoging gepaard met de inname van alcohol. Er was geen significant verschil tussen mannen en vrouwen aangaande de inname van alcohol tijdens de suïcidepoging.

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte benzodiazepines of andere sedatieven (73,0%). Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van een scherp voorwerp (40,6%), of door verhangen (21,9%). Eén op 8 van deze patiënten (12,5%)

probeerde zich te verdrinken en evenveel patiënten verwondden zichzelf door van een hoogte te springen. De overige vier patiënten gebruikten een vuurwapen, veroorzaakten een verkeersongeval of wierpen zich voor een bewegend voorwerp.

Figuur 7
Methode van suïcidepoging, AZ Sint-Jan Brugge, volgens
geslacht, 2008



Omstandigheden. Informatie over de precieze omstandigheden van de poging, werd bekomen aan de hand van de SIS (Suicide Intent Scale). Hieruit bleek dat in iets minder dan de helft van de gevallen (43,2%) niemand in de buurt was op het moment van de poging.

In 7,2% van de gevallen werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (73,9%) of passieve maatregelen (18,9%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

1 op 3 patiënten (35,2%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. Een minderheid van de patiënten (6,5%) contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem of haar niet op hoogte van de poging. Iets meer dan de helft van de patiënten (58,3%) tenslotte, bracht na de poging een hulpverlener hiervan expliciet op de hoogte.

4 personen (3,6%) hadden met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen zoals het maken van een testament. 7 patiënten (6,4%) namen meer beperkte maatregelen zoals het betalen van rekeningen. In de overgrote meerderheid van de gevallen (90,0%) ondernam de patiënt geen laatste handelingen toen hij/zij beslist had zichzelf te verwonden of te vergiftigen.

Ongeveer 1 op 4 patiënten (24,3%) had één of meerdere afscheidsbrieven geschreven.

Wat betreft de planning, zien we dat de suïcidepoging bij iets meer dan één op 10 gevallen (13,5%) uitvoerig was voorbereid. In ongeveer 1 op 3 gevallen (27,9%) was ze minimaal gepland, en in 6 op 10 gevallen (58,6%) was ze niet gepland.

Ongeveer 4 op 10 patiënten hadden gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (11%) of expliciet (30,3%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In 58,7 % van de gevallen had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. In bijna één op twee gevallen (44,6%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis en in bijna één op tien gevallen (9,4%) was de politie betrokken. 23,7% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf.

In 1 op 10 gevallen (10,8%) was de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van het AZ Sint-Jan te Brugge. Daarnaast werd de patiënt in iets minder dan de helft van de gevallen (43,9%) door “anderen” (o.a. verwanten, begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Van alle suïcidepogingen die aan de hand van de IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid geen (42,8%) of een beperkt letsel (43,5 %) op. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel als ernstig (11,6%) of levensbedreigend (2,2%). De ernst van het letsel was niet significant verschillend bij mannelijke of vrouwelijke suïcidepogers.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

Gevoelens. Kort na de poging gaf één op 10 patiënten (10,6 %) aan dat hij/zij spijt had dat de poging mislukt was. 17,4% uitte ambivalente gevoelens, en iets minder patiënten (14,4%) uitte zich duidelijk depressief.

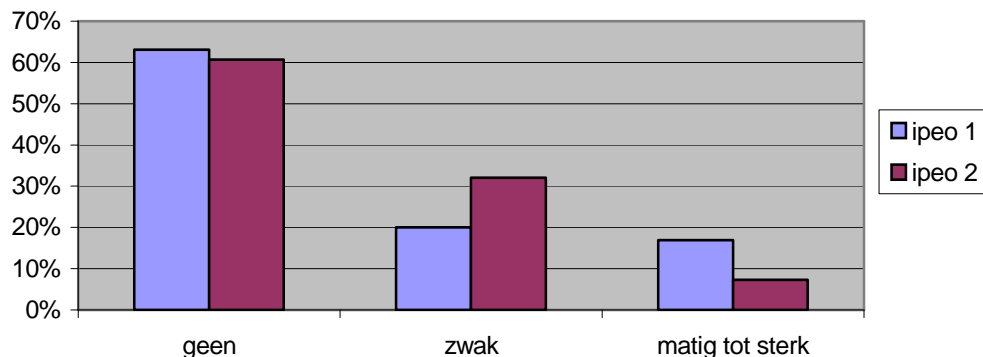
13,6 % van de patiënten gaf aan dat hij/zij blij was nog te leven. Anderen uitten zich vooral gelaten en leeg (11,4%) of eerder kwaad (6,1%). 8 patiënten (eveneens 6,1%) ontkenen of minimaliseerden de poging. 6 patiënten (4,5%) gaven aan zich schuldig of beschaamd te voelen en 1 patiënt was duidelijk angstig en onrustig. Bij 9 patiënten (6,8%) was het niet mogelijk om een inschatting te maken van de emoties omdat ze nog te zeer versuft waren. Bij de overige 11 patiënten was het onmogelijk de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. 39,3% van de patiënten zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet. 34,5% uitte zich ambivalent, en 26,2% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet.

Suïcidaliteit. In meer dan de helft van de gevallen (63,1%, n=82) gaven de patiënten bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Eén vijfde van de patiënten (20%, n=26) gaf aan zwakke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging, en 16,9% (n=22) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben hieromtrent.

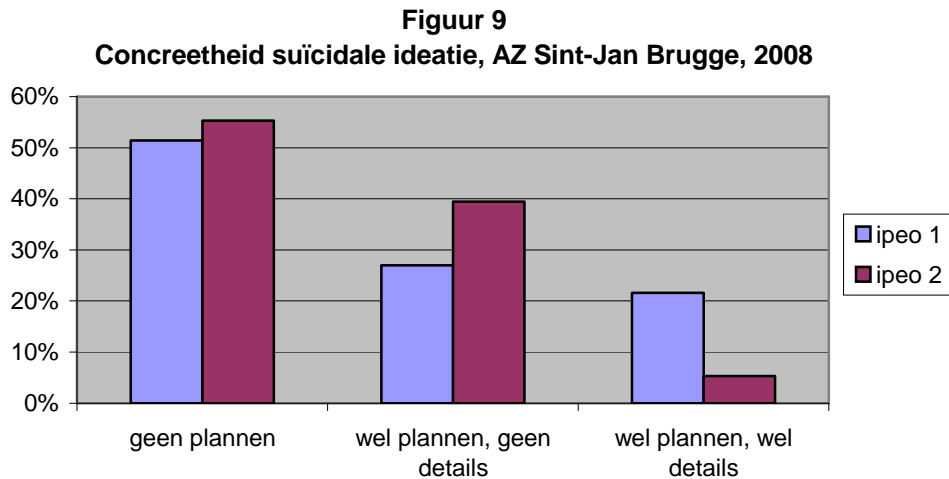
Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suïcidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de suïcidaliteit ten tijde van IPEO 2 ongeveer gelijkaardig is aan de suïcidaliteit ten tijde van IPEO 1 maar de sterkte van de gedachte zwakt enigszins af. 60,6% van de patiënten gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 32,1% had eerder zwakke gedachten, en 7,3% had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

Figuur 8
Suïcidale ideatie, AZ Sint-Jan Brugge, 2008



Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, wordt ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen nagegaan. Tijdens IPEO 1 gaven ongeveer de helft van deze

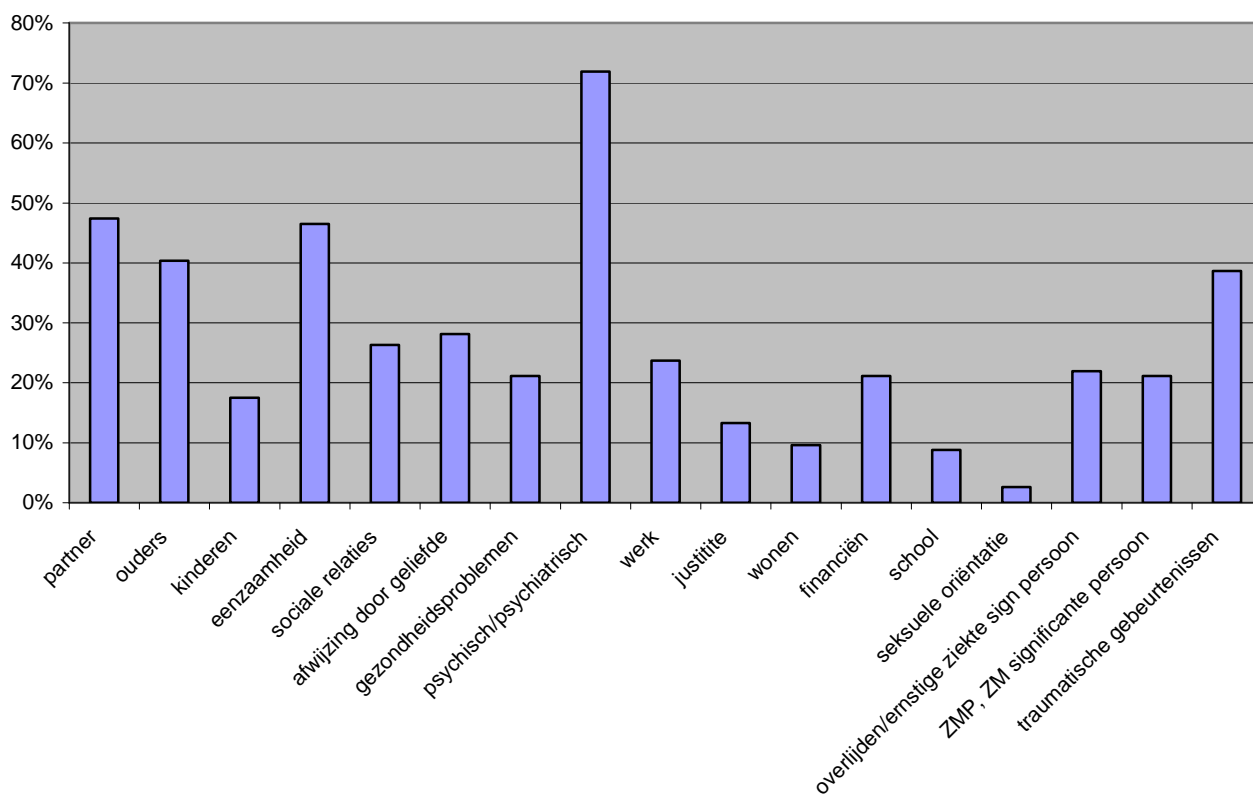
patiënten aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen: 27% gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die hij/zij zou gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken, en 21,6% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Zoals wordt weergegeven in onderstaande figuur waren de concrete plannen minder uitgesproken tijdens IPEO 2 in vergelijking met IPEO 1.



Ervaren problemen

Onderstaande figuur geeft weer welke problemen de patiënten spontaan rapporteerden. Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden spontaan het vaakst verwoord (71,9%), de meerderheid van de patiënten gaf aan dat deze reeds jaren (57,3%) of maanden (39%) aanwezig waren. 47,4% verwees spontaan naar relationele problemen, bij 44,4% waren deze problemen aanwezig sinds jaren en bij 39,9% sinds maanden. Ook gevoelens van eenzaamheid werden frequent spontaan vermeld (46,4%), de meerderheid van de patiënten gaf aan dat deze reeds jaren (47,2%) of maanden (37,7%) aanwezig waren. Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de *spontane* rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard *explíciet* te bevragen. In meer dan één derde van de gevallen (38,6%) werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. In 22% van de gevallen werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander vermeld. Bij één op vijf suïcidepogingen (21,1%) tenslotte, werd aangegeven dat een belangrijke ander in de omgeving suïcidaal gedrag had gesteld. Deze expliciete variabelen gaven geen significant geslachtsverschil.

Figuur 10
Ervaren problemen, AZ Sint-Jan Brugge, 2008

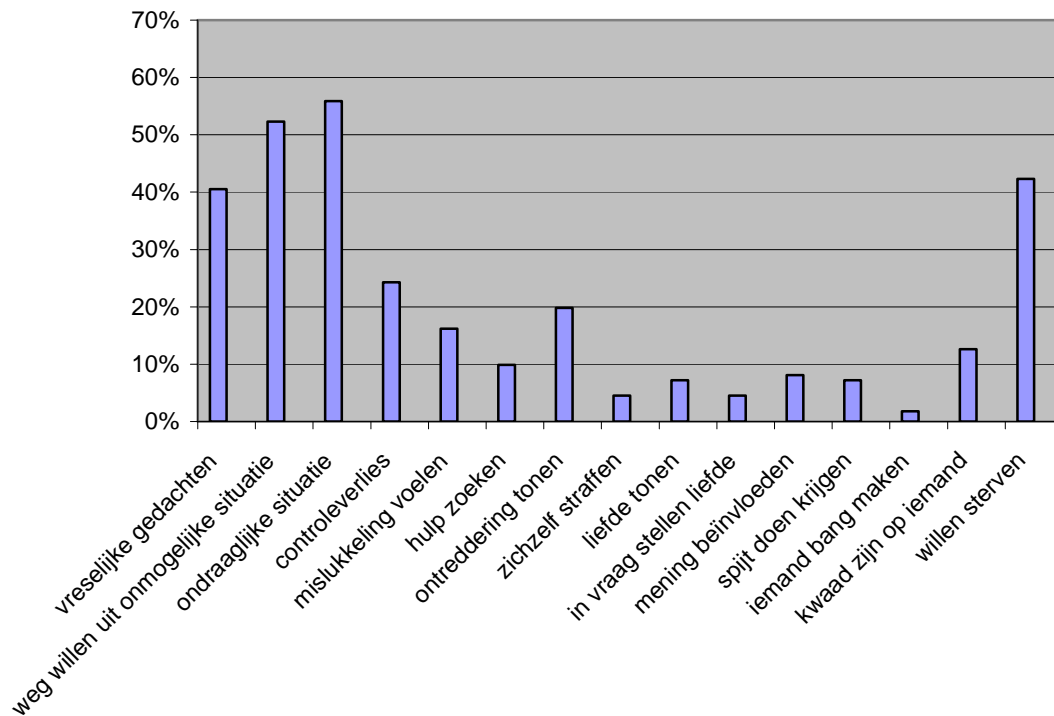


Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. Het meest frequent gerapporteerde motief was “De situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (55,9%). Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (52,3%) werd frequent aangeduid, naast “willen sterven” (42,3%), “vreselijke gedachten hebben waar men vanaf wou” (40,5%), “controleverlies” (24,3%), “mensen laten begrijpen hoe men zich voelde en hoe ontredderd hij/zij was” (19,8%) en “zich een mislukkeling voelen” (16,2%).

Mannen rapporteerden vaker het motief “zich een mislukkeling voelen” dan vrouwen, maar dit verschil was rand significant ($\chi^2=3,394$, $df=1$; $p=.065$). Terwijl vrouwen significant vaker het motief “mensen laten begrijpen hoe men zich voelde en hoe ontredderd hij/zij was” rapporteerden dan mannen ($\chi^2=6,400$, $df=1$; $p<.05$).

Figuur 11
Motieven, AZ Sint-Jan Brugge, 2008



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de SIS. De mediaanscore was 5, zowel voor mannen als voor vrouwen. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS score 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer de SIS score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze cut-off scores was bij 57,1% van de mannen en 41,7% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. 4 op 10 patiënten (40,4%) gaf expliciet aan te willen sterven, 33,9% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 25,7% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden voor ambivalentie ten opzichte van het leven.

Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf de meerderheid van de patiënten aan wie deze vraag werd gesteld (94,4%; n=107) aan van wel. De overige 6 patiënten weigerden expliciet verdere professionele begeleiding.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 103 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau. 15 patiënten (14,6%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 37 patiënten (35,9%) werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, bij 14 (13,6%) louter een inhoudelijke en bij 37 patiënten (35,9%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden (n=74), gaf 56,8% aan ambulante begeleiding te wensen; 32,4% residentiële begeleiding en 8 patiënten (10,8%) waren onbeslist over de vormelijke hulp die hij/zij verwachtte.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden (n=51), gaf 43,1% duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...), 31,4% gaf vooral interpersoonlijke behoeften aan (vooral hulp bij relationele problemen) en 15,7% gaf aan praktische steun te wensen (schuldbemiddeling, huisvestingsproblemen,...). Vijf patiënten (9,8%) formuleerden enkel de behoefte aan rust.

Behandelplan na spoedopname. Van 107 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd.

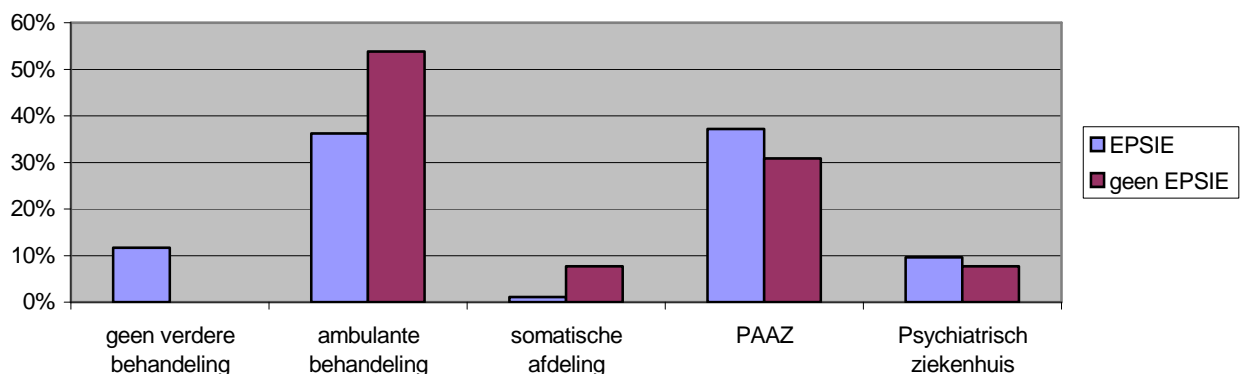
Bij 10,3% (n=11) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 9 van deze patiënten ging het om een ontslag op advies en 1 patiënt keerde terug naar een begeleidingsdienst zoals een MPI of een voorziening beschut wonen. Bij geen enkele patiënt was er sprake van een ontslag op tegenadvies en bij 1 patiënt werd de hoedanigheid van het ontslag niet geregistreerd.

Bij 38,3% van de patiënten (n=41) werd een ambulant zorgtraject voorzien.

100 patiënten (93,5%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 94 van deze patiënten verbleef minstens één nacht op de EPSIE, 10 werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, 39 naar een PAAZ dienst (waarvan 7 naar een PAAZ dienst van een naburig ziekenhuis), en 2 verbleven op een somatische afdeling.

Slechts 13 patiënten verbleven niet op de EPSI in het Sint-Jan Ziekenhuis te Brugge. Van hen werd iedereen verder behandeld. Voor de patiënten die op de EPSI verbleven kreeg 11,7% (n=11) geen verdere behandeling na verblijf op de EPSI. Voor andere verschillen in het zorgtraject met of zonder doorverwijzing naar de EPSI, zie figuur 14.

Figuur 12
Zorgtraject, volgens verblijf op EPSIE van het AZ Sint-Jan Brugge, 2008



AZ Sint Lucas Brugge

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

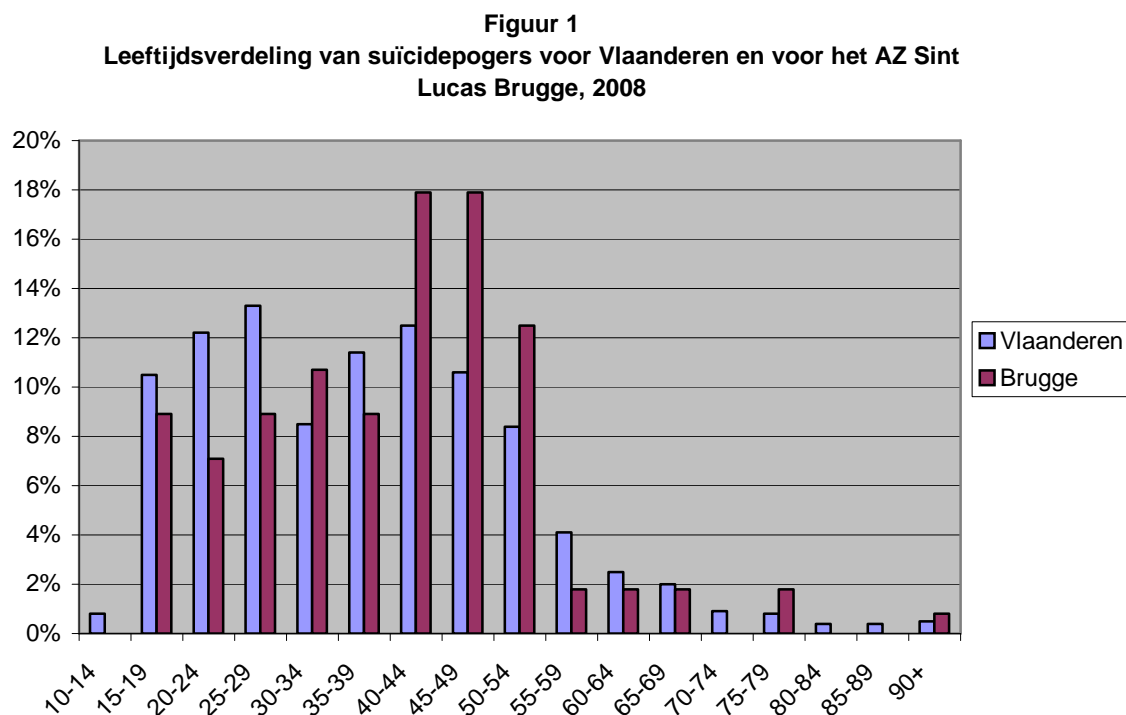
Geslacht

In het Algemeen Ziekenhuis Sint Lucas in Brugge werden in 2008 20 mannen (35,7%) en 36 vrouwen (64,2%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

Leeftijd

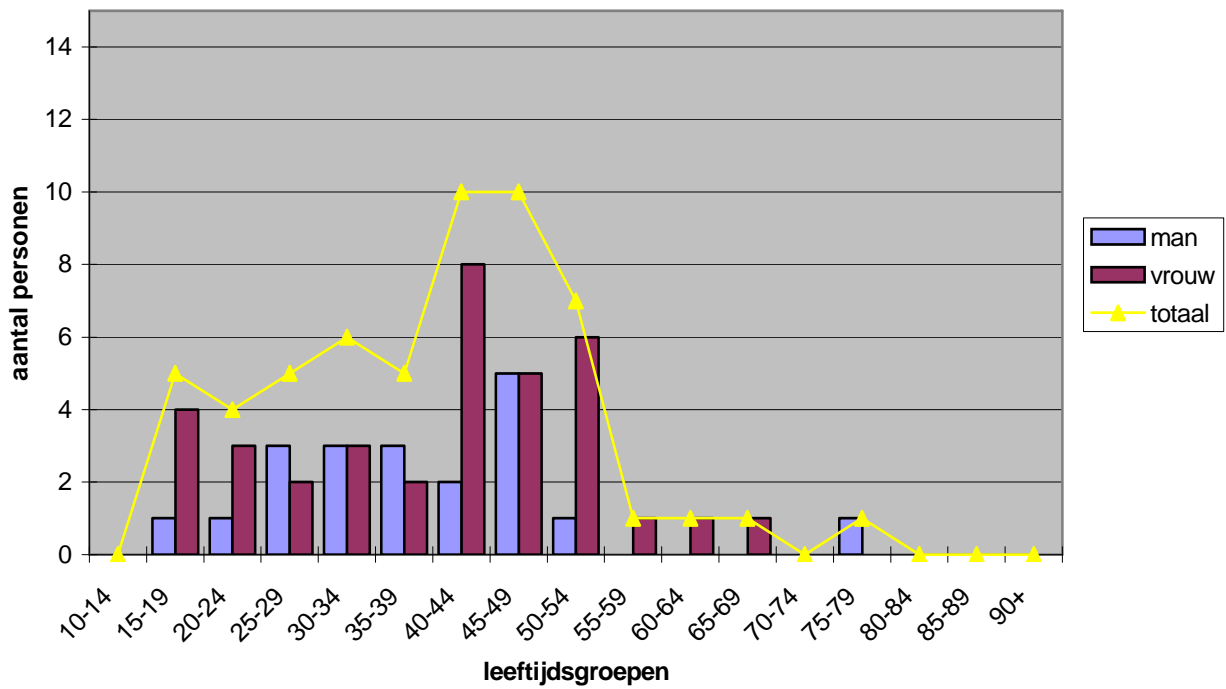
De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers die aangemeld werden in het AZ Sint Lucas Brugge was 39,38 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 15 en 76 jaar bedroeg. Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 38,65 jaar (min.:16; max.:76) en voor de vrouwen was deze 39,78 jaar (min.:15; max.: 66).

Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling voor Vlaanderen en voor het AZ Sint Lucas Brugge weer.



Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling volgens geslacht in de regio van het AZ Sint Lucas Brugge.

Figuur 2
Leeftijdverdeling van suicidepogers in het AZ Sint Lucas Brugge, 2008



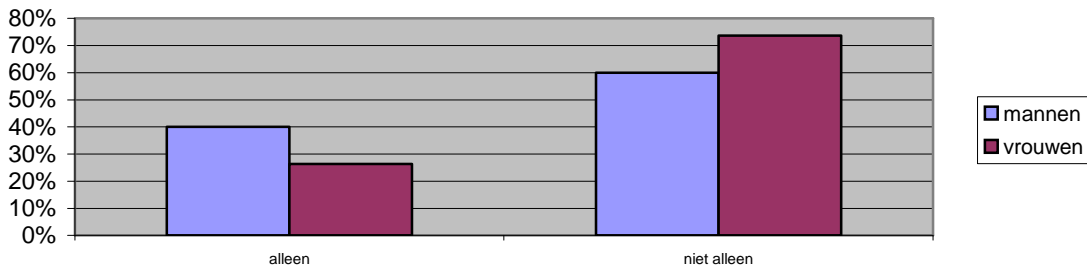
Burgerlijke staat en woonsituatie

De ongehuwden maakten de grootste subgroep uit onder de patiënten die een suicidepoging ondernamen.

Figuur 3
Burgerlijke staat van suicidepogers, AZ Sint Lucas Brugge, 2008



Figuur 4
Woonsituatie van suïcidepogers, AZ Sint Lucas, Brugge, 2008



Bovenstaande figuur toont dat de meerderheid van zowel de mannen (60%) als de vrouwen (73,7%) niet alleen woonde ten tijde van de suïcidepoging.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft burgerlijke staat en woonsituatie.

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan kinderen te hebben; 55% van de mannelijke en 67,6% van de vrouwelijke patiënten.

Economische toestand

64,9% van de suïcidepogers was werkend en 1,8% was werkloos. 33,3% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit studenten (38,9%) en personen die invalide verklaard werden (33,6%). De overige 38,9 % was economisch inactief omwille van pensioen. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft economische toestand.

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

21,8% van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Bijna de helft van de patiënten (43,6%) werd ambulante behandeld. Ongeveer één op tien patiënten (12,7%) werd reeds residentiële behandeld, en 16,4% volgde eerder zowel een residentiële als een ambulante therapie. Bij 5,5% van de patiënten werd de huisarts vermeld in het kader van eerdere psychologische/psychiatrische begeleiding. Onderstaande figuur toont aan dat significant meer vrouwen dan mannen voorafgaand een psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis hebben ($\chi^2=6,151$; $df=1$; $p<.05$).

Figuur 5
Psychiatrische voorgeschiedenis van suïcidepogers, AZ Sint Lucas Brugge, volgens geslacht, 2008



Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Voor 29,3% van de patiënten was dit de eerste suïcidepoging. Bijna één derde van de patiënten (31%) had reeds één eerdere poging ondernomen; en één op vijf (22,4%) had reeds vier of meer eerdere pogingen ondernomen. 13,8% had al twee suïcidepogingen achter de rug, en 3,4% had reeds drie pogingen ondernomen.

In ongeveer de helft van de gevallen werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (52,5%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. De overgrote meerderheid van vorige pogingen werd medisch behandeld (89,7%) (waarvan 97,1% in een ziekenhuis) en 77,5% werd psychisch behandeld.

Alcohol- en middelenmisbruik

Op basis van de CAGE-AID-vragenlijst, welke wordt gebruikt binnen het IPEO, werd een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten. In ongeveer de helft van de gevallen (51,2%, n=22) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 3 patiënten (7%) was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 18 patiënten (41,9%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft alcohol- en middelenmisbruik.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I-diagnose en een DSM As II-diagnose.

Bij 43 patiënten werd een probleembeschrijving geformuleerd. Bij ongeveer de helft van de patiënten (46,5%) werd hierin geen As I-diagnose vermeld. Wanneer wel een As I-diagnose werd gevormd, kwamen stemmingsstoornissen (34,8%), acute aanpassingsstoornissen (26,1%) en aan middelen gebonden stoornissen (26,1%) het vaakst voor.

Bij 4 patiënten werd een As II-diagnose, of een vermoeden ervan, geformuleerd. Bij 1 patiënt werd een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Bij de overige 3 patiënten waren er duidelijke aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis, maar werd de diagnose uitgesteld.

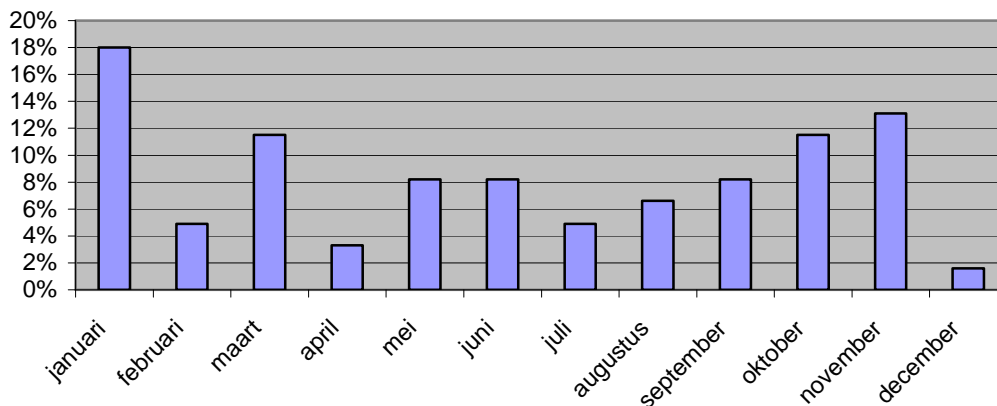
Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft diagnose.

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal maandelijkse registraties weer. De meeste suïcidepogingen werden in de maand januari geregistreerd, en de minste tijdens de maand december.

Figuur 6
Maand van suïcidepoging, Sint Lucas Brugge, 2008



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de ochtend (34,9%), gevolgd door de avond (25,6%) en de namiddag (25,6%). Tijdens de nacht (14%) werden minder pogingen geregistreerd. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, verkregen we aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 57,1 % van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 22,4% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was en 20,4% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was. In 62,3% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft het concrete tijdstip van de suïcidepoging.

Aard van de poging

Methode. Net zoals in Vlaanderen was in de regio rond het AZ Sint Lucas Brugge de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' (86,9%, n=53). 9,8% (n=6) van de patiënten verwondde zichzelf, en 3,3% (n=2) hanteerde beide methodes. 44,3% van de suïcidepogingen ging gepaard met de inname van alcohol. In tegenstelling tot de globale cijfers voor Vlaanderen zagen we geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de methode. Ook wat betreft alcoholinname bij de suïcidepoging werden geen significante geslachtsverschillen gevonden.

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte als voornaamste methode benzodiazepines of andere sedatieven (67,9%, n=36). 10 personen (18,9%) namen niet-narcotische analgetica/ antipyretica/ antireumatica in.

Van de 8 patiënten die zichzelf verwondden, ondernamen 3 personen een poging door zich te verwonden met een scherp voorwerp. 2 patiënten probeerden zichzelf te verhangen, 1 patiënt verwondde zich door zich voor een bewegend voorwerp te werpen, 1 patiënt veroorzaakte een verkeersongeval en 1 patiënt gebruikte een andere methode.

Omstandigheden. Bij 49 patiënten werd aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging.

Hieruit bleek dat in meer dan de helft van de gevallen (57,1%) niemand in de buurt was op het moment van de poging. In 12,2% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (77,6%) of passieve maatregelen (10,2%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

Bijna 6 op 10 patiënten (57,1%) bracht na de poging een mogelijke hulpverlener op de hoogte. 4,1% zocht contact met een mogelijke hulpverlener zonder hem of haar op de hoogte te brengen van de poging. Bijna 4 op 10 patiënten (38,8%) zochten op geen enkele manier contact met een mogelijke hulpverlener na de poging.

2 patiënten ondernamen met het oog op de dood een beperkt aantal maatregelen, zoals het betalen van rekeningen. De meeste patiënten (95,7%) ondernamen echter geen “laatste handelingen” toen ze beslist hadden zichzelf te verwonden of te vergiftigen.

8 patiënten (16,3%) hadden één of meerdere afscheidsbrieven geschreven. 5 patiënten hadden het overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan. De overige 36 patiënten (73,5%) hadden de brief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging in ongeveer 1 op 10 gevallen (12,2%) uitvoerig was voorbereid. Bij 42,9% was ze minimaal gepland, en bij 44,9% was ze helemaal niet gepland.

Meer dan de helft van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (36,7%) of expliciet (24,5%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In 38,8 % van de gevallen had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. 33,3% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf. In de helft van de gevallen (50%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis. Drie patiënten waren door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van het AZ Sint Lucas, en bij twee patiënten was de politie betrokken bij de aanmelding. In 13,3% van de gevallen was de patiënt door “anderen” (zoals verwanten en begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Bij één derde (30%) van de suïcidepogingen die aan de hand van het IPEO geregistreerd werden, werd géén letsel vastgesteld. In 53,3% van de gevallen stelde men een beperkt letsel vast. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel als ernstig (15%) tot levensbedreigend (1,7%).

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft de ernst van het letsel.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

Gevoelens. Kort na de poging gaf 16,9% van de patiënten expliciet aan spijt te hebben dat de poging mislukt was. Eveneens 16,9% van de patiënten uitte zich uitgesproken depressief. Bij 15,3% waren de gevoelens zeer ambivalent. Bij één op tien patiënten (10,2%) werd vooral kwaadheid en cynisme opgetekend. 8,5% van de patiënten gaven expliciet aan blij te zijn dat de poging mislukt was en 9% voelde zich schuldig/schaamde zich over de poging. In de overige

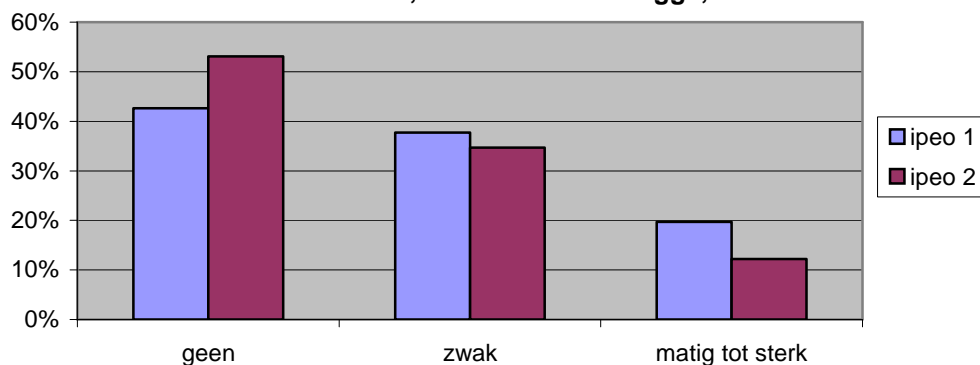
gevallen was de patiënt vooral angstig (5,1%), voelde hij/zij zich schuldig (5,1%), of gedroeg de patiënt zich gelaten en voelde hij/zij zich vooral leeg (3,4%). Bij 2 personen werd aangegeven dat het omwille van de sufheid van de patiënt onmogelijk was om een inschatting van zijn/haar emoties te maken. Van 1 patiënt werd aangegeven dat hij de suïcidepoging ontkende. In 13,6% van de gevallen was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. 57,9% van de patiënten zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet. 28,9% uitte zich ambivalent en 13,2% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet.

Suïcidaliteit. In bijna de helft van de gevallen (42,6%, n=26) gaven de patiënten bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Iets meer dan één derde van de patiënten (37,7%, n=23) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent en 19,7% (n=12) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

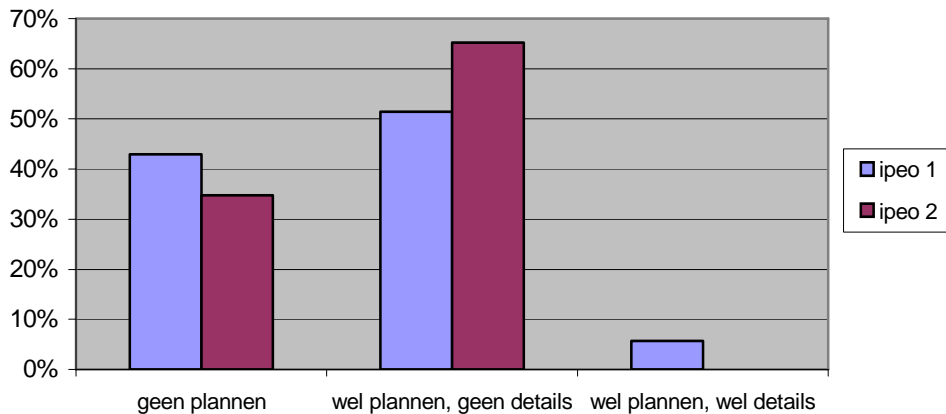
Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suïcidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de gedachten aan zelfbeschadiging ten tijde van IPEO 2 gemiddeld minder voorkwamen dan ten tijde van IPEO 1, en dat ze iets minder gedetailleerd uitgewerkt waren wanneer ze voorkwamen: 53,1% van de patiënten (n=26) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 34,7% (n=17) had eerder zwakke gedachten, en 12,2% (n=6) had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

Figuur 7
Suïcidale ideatie, AZ Sint Lucas Brugge, 2008



Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, wordt ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen nagegaan. Tijdens IPEO 1 gaven meer dan de helft van deze patiënten aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen: 51,4% gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die hij/zij zou gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken, en 5,7% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Zoals wordt weergegeven in onderstaande tabel, kwamen er geen gedetailleerde plannen voor tijdens de afname van IPEO 2; minder concrete plannen kwamen wel meer voor (65,2%).

Figuur 8
Concreetheid suïcidale ideatie, AZ Sint Lucas Brugge, 2008



Ervaren problemen

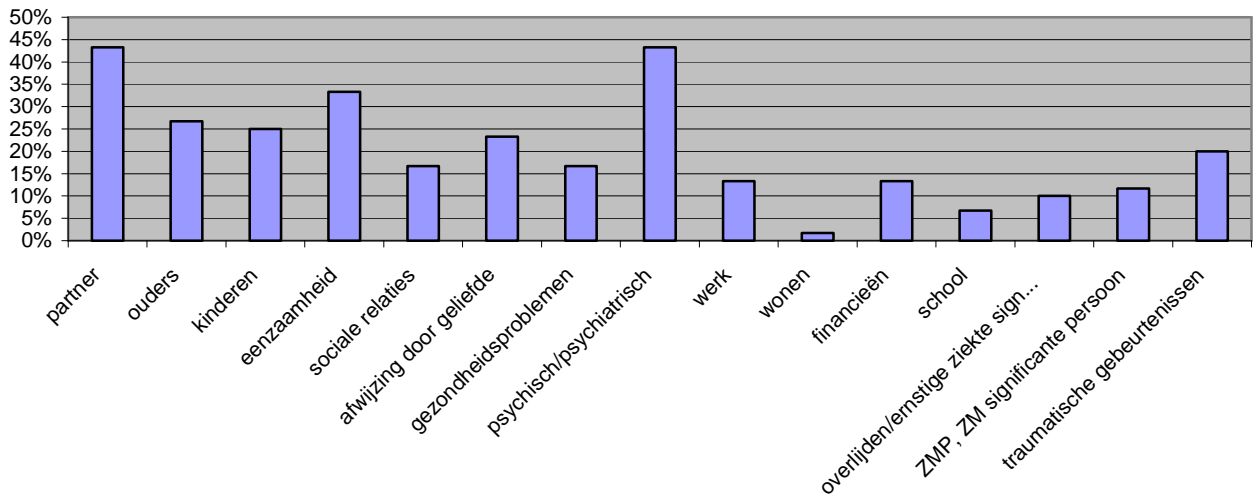
Tijdens IPEO 2 wordt door de hulpverlener steeds een open vraag gesteld naar de problemen waarmee de patiënt te kampen heeft. De problemen die de patiënt spontaan verwoordt, worden vervolgens aangevinkt in de Problem Checklist.

Psychische klachten of psychiatrische symptomen (43,3%) en problemen met de partner (42,5%) werden het vaakst verwoord. Eén derde (33,3%) van de patiënten gaf aan met gevoelens van eenzaamheid te kampen. Drie op tien patiënten (30%) verwees naar problemen met de ouders, en bijna evenveel patiënten (27,5%) verwees eveneens naar familiale problemen, maar dan met de kinderen. Bijna één op vijf patiënten (23,3%) voelde zich afgewezen door een geliefde.

“Problemen met seksuele oriëntatie”, en “problemen met justitie/politie” werden door geen enkele patiënt spontaan vermeld.

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Deze items worden weergegeven in onderstaande figuur. Bij 6 personen (10%) werd overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander vermeld. Bij 12 personen (20%) werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 7 personen (11,6%) werd aangegeven dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag stelde. Er waren geen significante verschillen qua geslacht.

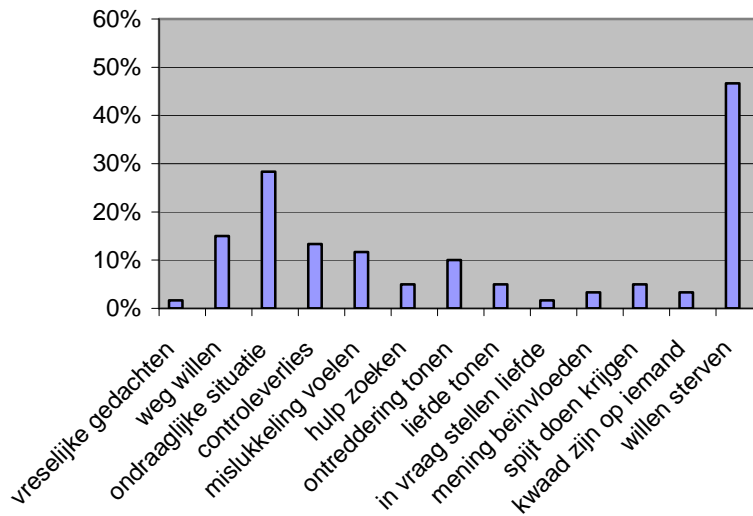
Figuur 9
Ervaren problemen, Sint-Lucas Brugge, 2008



Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. Het meest frequent gerapporteerde motief was “willen sterven” (46,7%). Ook “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (28,3%) werd frequent aangeduid. Bij 15% van de patiënten werd aangeduid dat ze “weg wouden uit een onmogelijke situatie”. Meer dan één op tien patiënten (13,3%) gaf aan dat hij/zij de controle over zichzelf verloren was. De overige motieven werden veel minder vaak aangevinkt en er waren 2 motieven die bij geen enkele patiënt werd aangeduid, namelijk “Ik wilde mezelf straffen” en “iemand bang maken”. Er waren geen significante verschillen qua geslacht.

Figuur 10
Motieven voor suïcidepoging, AZ Sint Lucas Brugge, 2008



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). De mediaanscore was 4,5 voor de mannen en 4 voor de vrouwen. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-score 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer de SIS-score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze cut-off scores was bij 52,9% van de mannen en 38,7% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevestigd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. Meer dan de helft van de patiënten (53,1%) gaf expliciet aan te willen sterven, 22,4% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven en 24,5% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven.

Er waren geen significante verschillen qua geslacht wat betreft ambivalentie ten opzichte van het leven.

Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf de meerderheid aan van wel (n=55; 93,2%). 4 patiënten (6,8%) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 46 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau.

7 patiënten (15,2%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 5 (10,9%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, bij 21 (45,7%) louter een inhoudelijke en bij 13 patiënten (28,3%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden (n=18), gaven er 16 patiënten (88,9%) aan ambulante begeleiding te wensen en 2 patiënten (11,1%) residentiële begeleiding. Van de 34 patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden, gaven er 14 (41,2%) duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...). 10 patiënten (29,4%) gaven vooral interpersoonlijke behoeften aan (zoals het werken aan de partnerrelatie). Vijf patiënten (14,7%) formuleerde een behoefte aan praktische ondersteuning en eveneens vijf patiënten verlangden vooral naar “rust” tijdens de verdere behandeling.

Behandelplan na spoedopname. Van 50 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd.

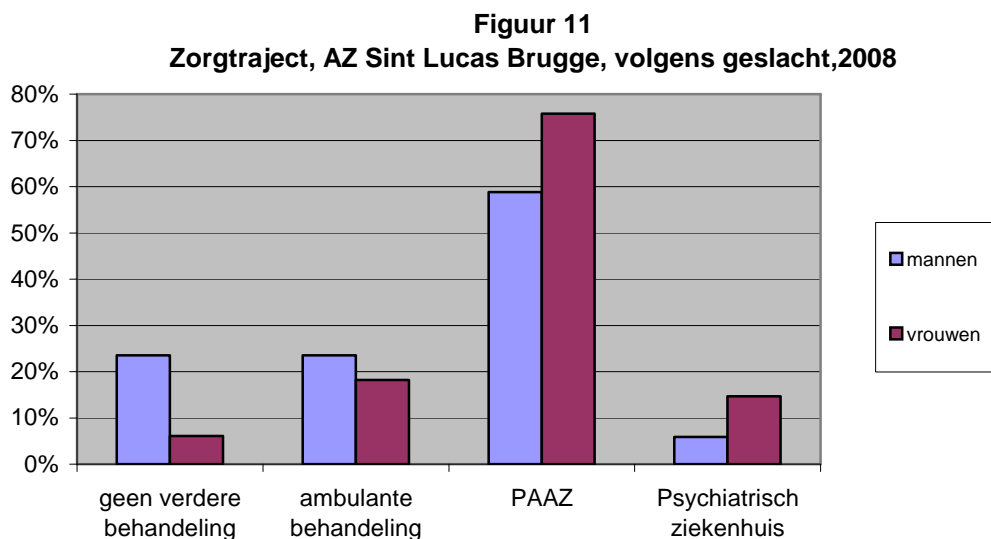
Bij 12% (n=6) werd aangeduid dat na het ontslag op de spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 5 van deze patiënten ging het om een ontslag op advies, en bij 1 om een ontslag op tegenadvies.

Bij een vijfde van de patiënten (20%, n=10) werd een ambulant zorgtraject voorzien.

37 van de 50 patiënten (72,5%) werden doorverwezen naar een residentiële setting na hun ontslag op de spoeddienst: 35 van deze patiënten werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling, en 6 naar een psychiatrisch ziekenhuis.

In het algemeen werden vrouwen vaker doorverwezen naar residentiële hulpverlening dan mannen ($\chi^2=5,937$; $df=1$; $p<.05$).

In onderstaande tabel wordt het zorgtraject van de patiënten volgens geslacht weergegeven.



Ziekenhuis Oost Limburg, Genk 2008

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

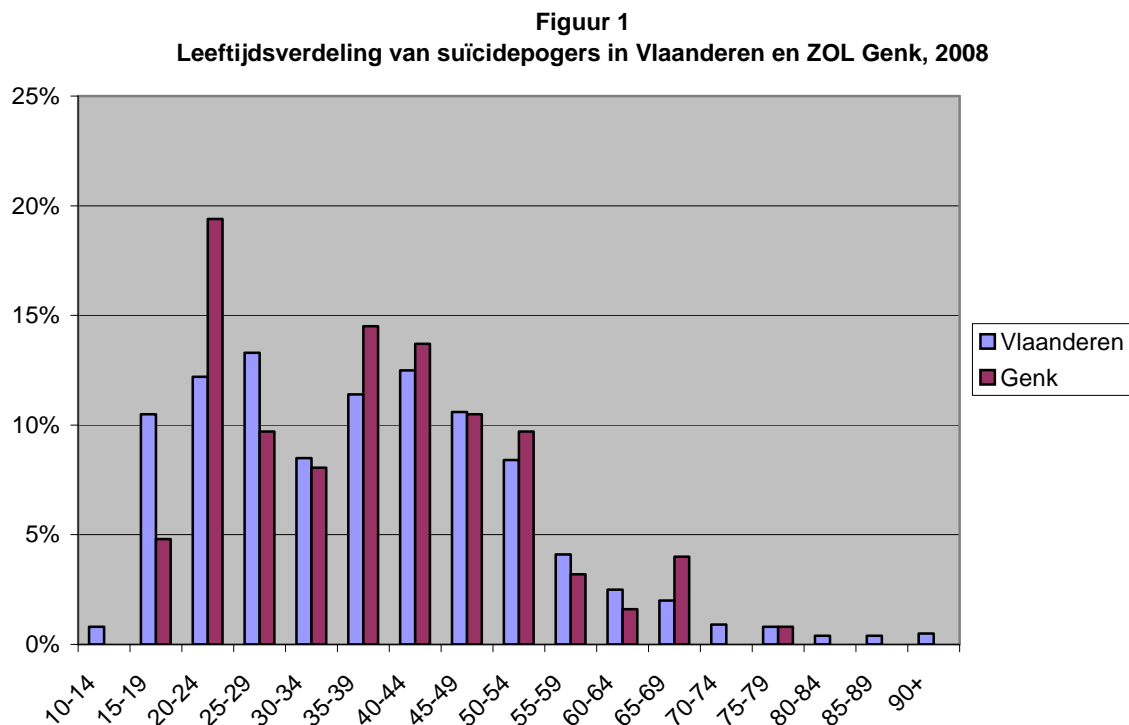
Geslacht

In het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk werden 44 mannen (35,2%) en 81 vrouwen (64,8%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

Leeftijd

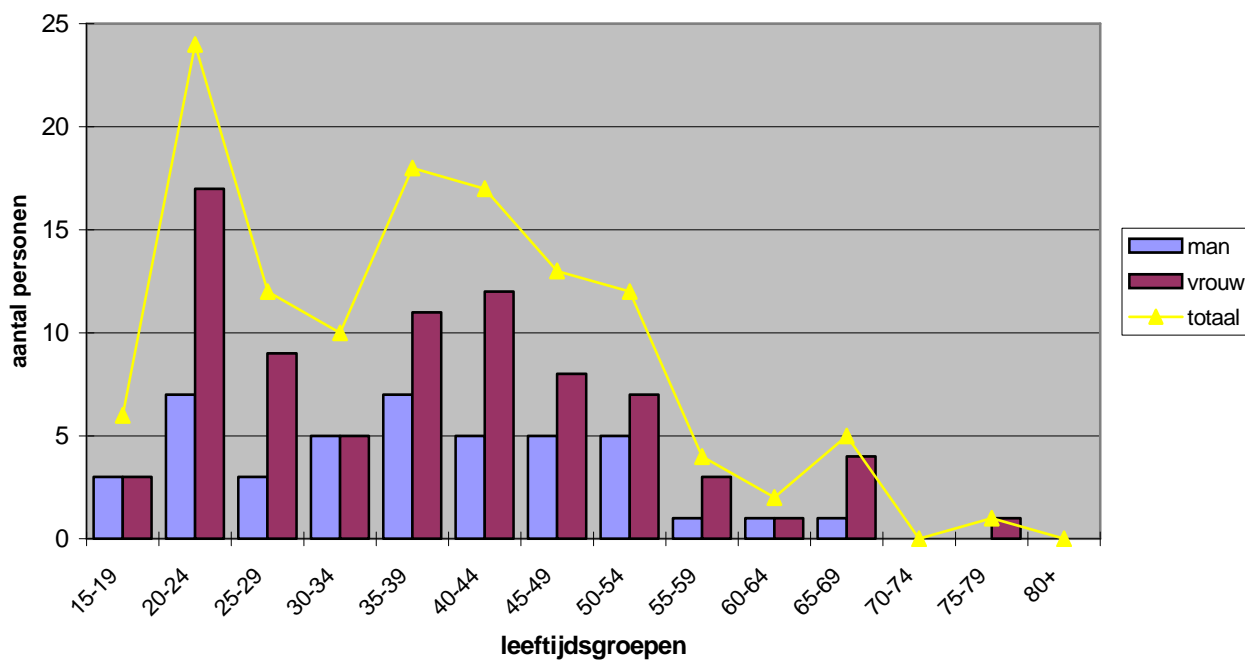
De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Genk was 37,54 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 17 en 76 jaar bedroeg. Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 37,16 jaar (min.:17; max.:67) en voor de vrouwen was deze 37,81 jaar (min.:18; max.: 76).

Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling in Vlaanderen en Genk weer.



Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling volgens geslacht in de regio Genk. Bij de vrouwen was één op drie (31,1%) tussen 20 en 29 jaar oud. Bij de mannen was bijna één op vier (39,5%) tussen 35 en 49 jaar oud. Er werden geen significante geslachtsverschillen opgemerkt onder de verscheidene leeftijdscategorieën.

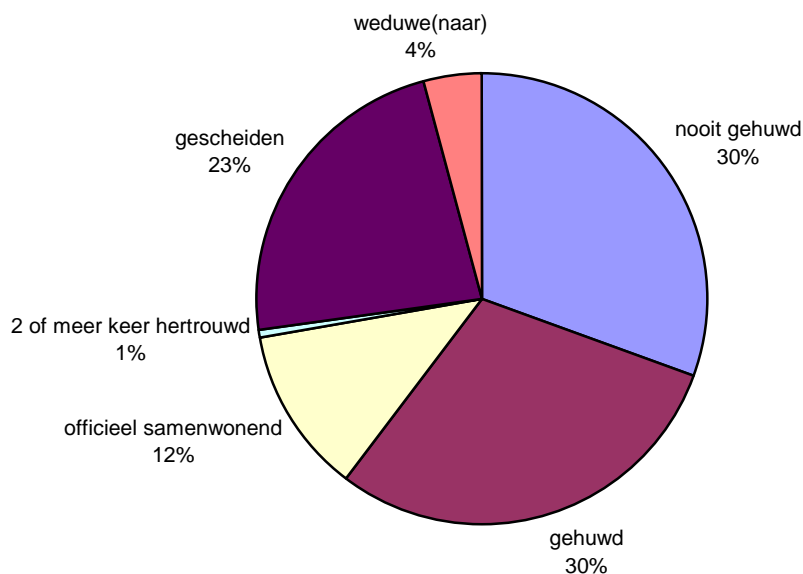
Figuur 2
Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in ZOL Genk, 2008



Burgerlijke staat en woonsituatie

Net zoals de vorige jaren was een grote groep van de patiënten ongehuwd. Maar een nog grotere groep bleek gehuwd of officieel samen te wonen.

Figuur 3
Burgerlijke staat van suïcidepogers, ZOL Genk, 2008



Bijna 3 op 4 patiënten woonden niet alleen, 76,6% van de vrouwen en 65% van de mannen. Wat betreft burgerlijke staat en samen of alleen wonen vonden we geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan kinderen te hebben; 66,7% van de mannelijke en 64,4% van de vrouwelijke patiënten.

Economische toestand

52,3% van de suïcidepogers in Genk was werkend en 10,8% was werkloos. 36,9% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (47,2%) en studenten (16,7%). De overige 36,1% was economisch inactief omwille van pensioen. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden aangaande economische toestand.

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

30,2% van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Ongeveer 1 op 3 patiënten (31,1%) werd reeds residentieel behandeld, en ongeveer 1 op 5 (21,7%) patiënten werden ambulante behandeld. 16% van de patiënten volgde zowel een residentieële als een ambulante therapie. Bij 1 patiënt werd de huisarts vermeld in het kader van psychologische/psychiatrische begeleiding. De psychiatrische behandeling in voorgeschiedenis blijkt niet significant verschillend bij mannelijke en vrouwelijke suïcidepogers.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Voor 56,8% van de patiënten was dit de eerste suïcidepoging. Eén op vijf (21,2%) had reeds één eerdere poging ondernomen; 10,2% twee en 4,2% had drie eerdere pogingen ondernomen. 7,6% had reeds vier of meer eerdere pogingen ondernomen.

In de helft van de gevallen werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (53,1%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. De overgrote meerderheid van de vorige pogingen werd medisch behandeld (87,2%) en 62,5% werden psychisch behandeld.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft eerdere suïcidepogingen. Het tijdsinterval tussen de huidige en de vorige poging bleek korter te zijn bij mannen dan bij vrouwen, bij mannen werd de vorige poging significant vaker gedurende het afgelopen jaar ondernomen ($\chi^2=4,045$; $df=1$; $p<.05$). Vrouwen, daarentegen, kregen significant vaker dan mannen een psychische behandeling voor hun vorige poging ($\chi^2=4,396$; $df=1$; $p<.05$).

Alcohol- en middelenmisbruik

Op basis van de CAGE-AID-vragenlijst, welke onderdeel is van het IPEO, werd een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten. In de meerderheid van de gevallen (71,1%, $n=59$) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 10,8% ($n=9$) was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 18,1% ($n=15$) is er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

Analyse gaf geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen aangaande alcohol- en middelenmisbruik.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I- diagnose en een DSM As II- diagnose.

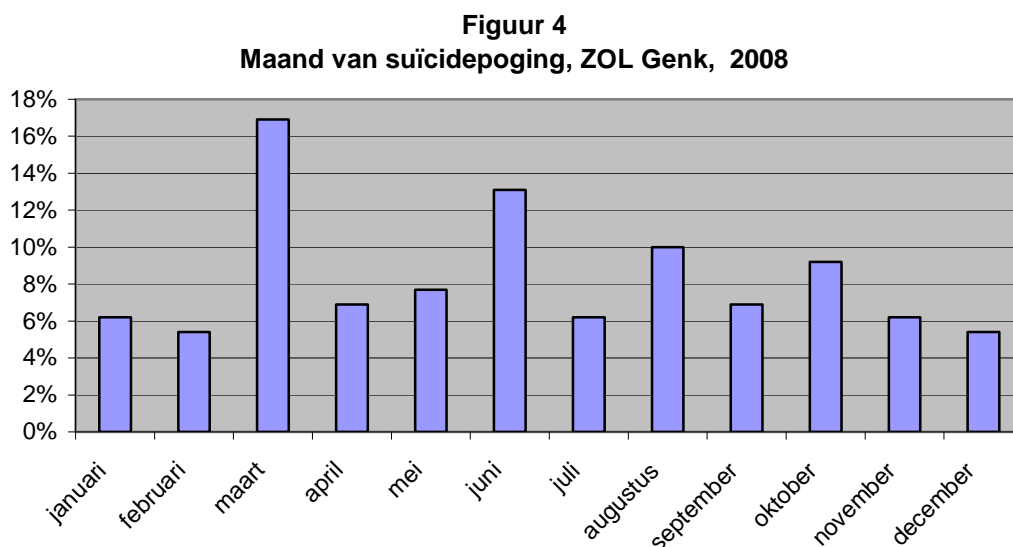
Bij 77 patiënten werd een probleembeschrijving geformuleerd. In de meerderheid van de gevallen (54,5%) werd hierin geen As I- diagnose vermeld. Wanneer wel een As I- diagnose werd gevormd, kwamen verslaving of misbruik van middelen(13%) en een stemmingsstoornis (11,7%) het vaakst voor. Analyse gaf geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen aangaande As I- diagnose.

Bij 38 patiënten werd een As II- diagnose geformuleerd. Bij 15 van hen (39,5%) ging het om een cluster B persoonlijkheidsstoornis, voornamelijk borderline. Bij 19 patiënten (50%) waren er aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis, maar werd de diagnose uitgesteld of werd een persoonlijkheidsstoornis NAO gegeven. Bij 4 personen (10,5%) werd de diagnose afhankelijke persoonlijkheidsstoornis opgetekend. Er waren geen significante verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke suïcidepogers betreffende As II- diagnose.

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

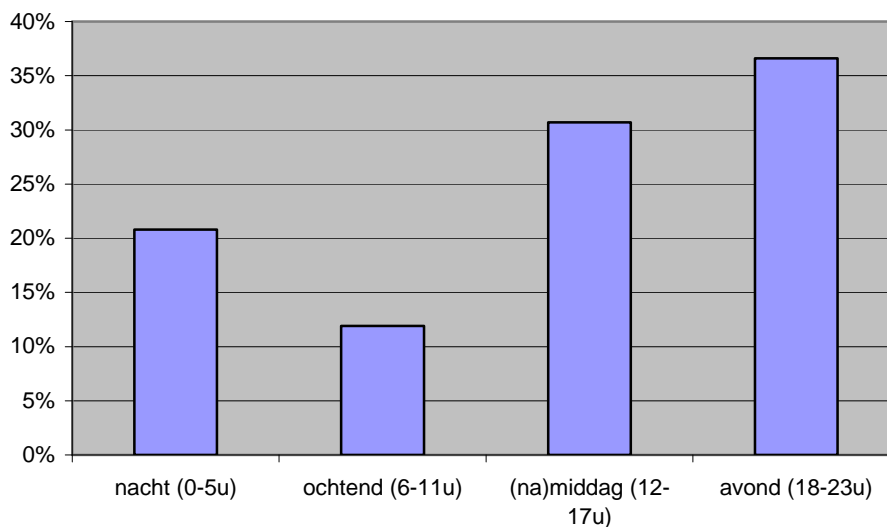
Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal maandelijkse registraties weer. De meeste suïcidepogingen werden geregistreerd in de maanden maart en juni; de minste in de maanden februari en december.



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (36,6%) en de namiddag (30,7%). Tijdens de nacht (20,8%) en de ochtend (11,9%) werden minder pogingen geregistreerd. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen (n=90), verkregen we aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 58,9 % van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 27,8% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was, en 13,3% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was. In 12,5% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden.

Figuur 5
Tijdstip van suïcidepogingen, ZOL Genk, 2008



Aard van de poging

Methode. Net zoals in Vlaanderen was in ZOL Genk de meest gehanteerde methode ‘zelfvergiftiging’ (87,1%, n=115). 8,3% (n=11) van de patiënten verwondde zichzelf, en eveneens 4,5% hanteerde beide methodes. Bij ongeveer een derde van de patiënten (28,8%; n=38) ging de suïcidepoging gepaard met de inname van alcohol. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft gehanteerde methode of de inname van alcohol tijdens de poging.

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte als voornaamste methode benzodiazepines of andere sedatieven (68,7%, n=79). 14 personen (12,2%) namen niet-narcotische analgetica/ antipyretica/ antireumatica in.

Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van verhangings (41,2%, n=7) of door een scherp voorwerp (35,3%, n=6). Andere methodes van zelfverwonding waren verdrinking, voor een bewegend voorwerp springen of liggen of het veroorzaken van een verkeersongeval.

Omstandigheden. Bij 91 patiënten werd aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging.

Hieruit bleek dat in één op twee gevallen (47,3%) niemand in de buurt was op het moment van de poging. In 10% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (88,9%) of passieve maatregelen (1,1%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

1 op 2 patiënten (48,3%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. Eveneens 1 op 2 patiënten (48,3%) bracht na de poging expliciet een hulpverlener op de hoogte van de suïcidepoging en 3,4% contacteerde een hulpverlener maar bracht hem/haar niet op de hoogte.

Vier personen (4,4%) hadden met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen, zoals het maken van een testament. 5 patiënten (5,5%) namen meer beperkte maatregelen, zoals het betalen van rekeningen. De meeste patiënten (90,1%) ondernamen geen “laatste handelingen” toen ze beslist hadden zichzelf te verwonden of te vergiftigen.

16 patiënten (17,4%) hadden één of meerdere afscheidsbrieven geschreven. 3 patiënten hadden het overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan. De overige patiënten (79,3%) hadden de brief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging in minder dan één op 10 gevallen (7,7%) uitvoerig was voorbereid. In 16,5% van de gevallen was ze minimaal gepland, en in bijna 8 op 10 gevallen (75,8%) was ze helemaal niet gepland.

Ongeveer één derde van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (24,2%) of expliciet (12,1%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In 63,7 % van de gevallen had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. 17,9% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf. In meer dan de helft van de gevallen was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis (55,4%). In 4,5% van de gevallen was de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van het ZOL Genk. Bij twee patiënten was de politie betrokken bij de aanmelding. Daarnaast werd de patiënt in één op drie gevallen (33,9%) door “anderen” (zoals verwanten of begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Van alle suïcidepogingen die aan de hand van de IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid geen letsel (46,1%), of een beperkt letsel (35,2%) op. Bij de overige patiënten benoemde men het letsel als ernstig (13,3%) tot levensbedreigend (5,5%). Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden betreffende ernst van het lichamelijk letsel.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

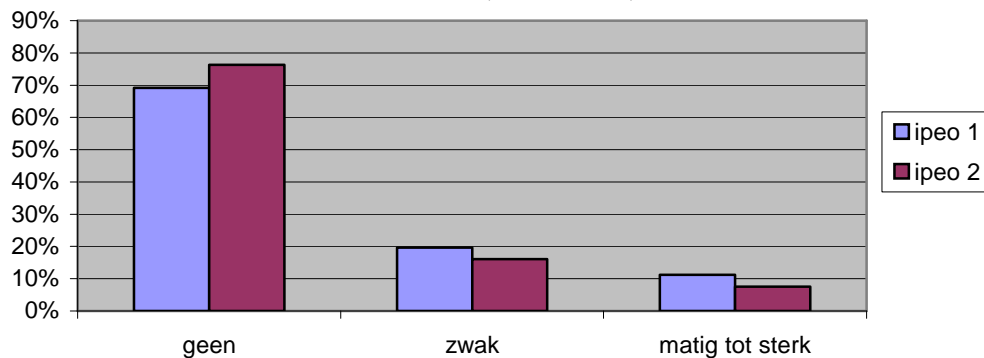
Gevoelens. Kort na de poging uitten 17 patiënten (14,8%) zich uitgesproken depressief. 12,2% van de patiënten gaf expliciet aan dat hij/zij spijt had dat de poging mislukt was. 5,2% voelde zich schuldig/schaamde zich over de poging. Bij 8,7% van de patiënten overheerste kwaadheid/cynisme en bij 6,1% was er sprake van tegenstrijdige gevoelens. 6 patiënten (5,2%) gaven aan zich leeg te voelen. Bij slechts 6 patiënten werd opgetekend dat de patiënt spijt had van het gebeuren, en blij was nog te leven. In de overige gevallen was de patiënt nog te versuft om een inschatting te maken van de emoties (8,7%), ontkende de patiënt de suïcidepoging (5,2%) of was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. 39,7% van de patiënten zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet. 30,9% uitte zich ambivalent en 29,4% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet.

Suïcidaliteit. In meer dan 2 derden van de gevallen (69,2%, n=74) gaven de patiënten bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Eén vijfde van de patiënten (19,6%, n=21) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent en 11,2% patiënten gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

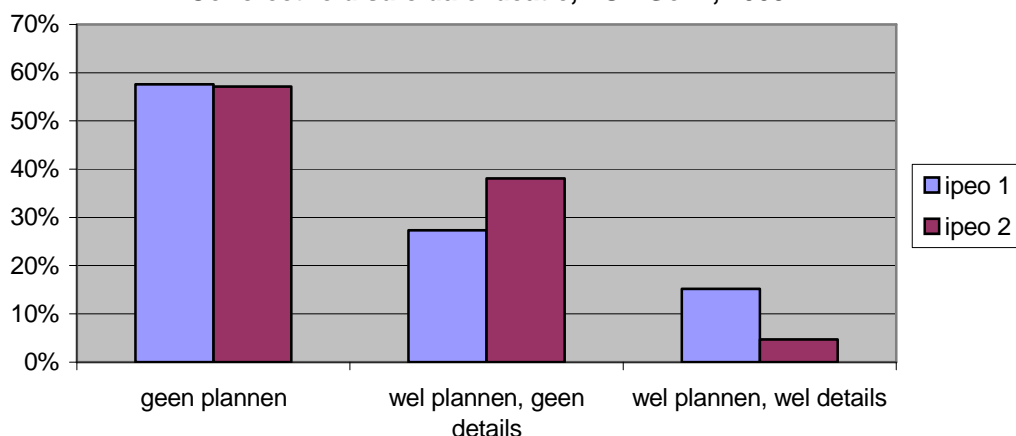
Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suicidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de gedachten aan zelfbeschadiging ten tijde van IPEO 2 gemiddeld minder voorkwamen dan ten tijde van IPEO 1: 76,3% van de patiënten (n=71) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 16,1% had eerder zwakke gedachten, en 7,5% had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

Figuur 6
Suïcidale ideatie, ZOL Genk, 2008



Bij de patiënten die aangaven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds de aanwezigheid van concrete plannen nagegaan. Tijdens IPEO 1 gaven drie op tien van deze patiënten aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen: 27,3% gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die hij/zij zou gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken en 15,2% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Zoals wordt weergegeven in onderstaande figuur, waren de concrete plannen minder uitgewerkt tijdens IPEO 2, dan tijdens IPEO 1.

Figuur 7
Concreetheid suïcidale ideatie, ZOL Genk, 2008



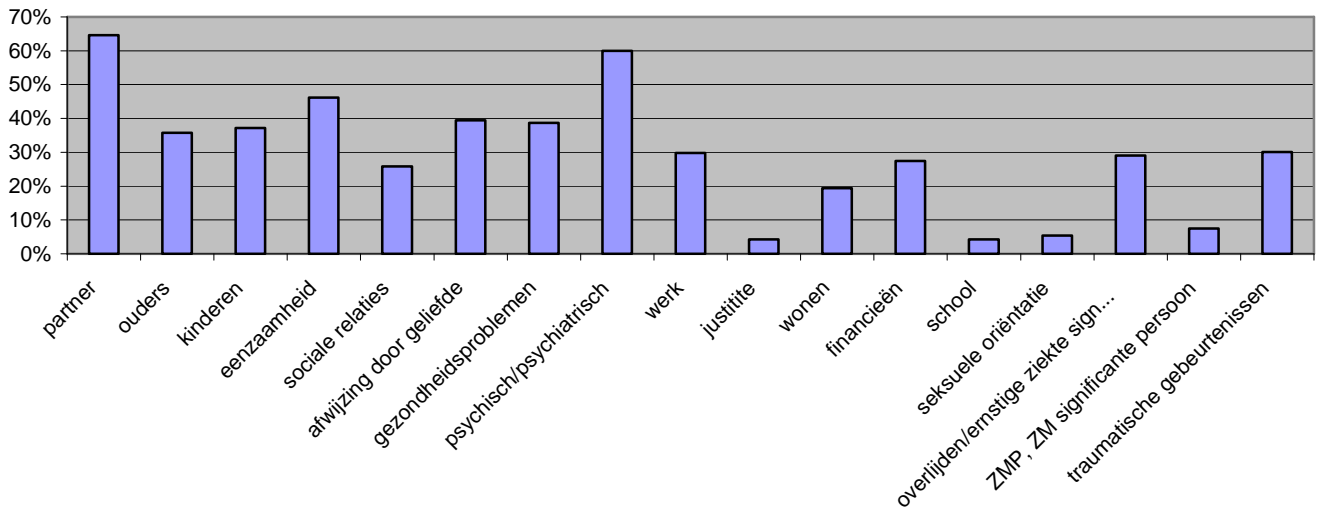
Ervaren problemen

Onderstaande figuur geeft weer welke problemen de patiënten spontaan rapporteerden. Relationele problemen werden spontaan het vaakst verwoord (64,6%). Ook psychische klachten of psychiatrische symptomen werden frequent spontaan vermeld (60%), ongeveer de helft van de patiënten verwees naar gevoelens van eenzaamheid (46,2%). Afwijzing door een geliefde (39,4%), gezondheidsproblemen (38,7%), problemen met de kinderen (37,2%), problemen met de ouders (35,8%), werkproblemen (29,8%), financiële problemen (27,4%) en problemen in het maken en onderhouden van vriendschappen (25,8%) werden ook frequent vermeld.

Vrouwen rapporteerden vaker dan mannen problemen met de kinderen (44,1% vs. 25,8%; $\chi^2=7,944$; $df=2$; $p<.05$) en mannen rapporteerden significant vaker dan vrouwen gevoelens van eenzaamheid (55,9% vs. 40,7%; $\chi^2=8,64$; $df=2$; $p<.05$) en een afwijzing door een geliefde (48,6% vs. 33,9%; $\chi^2=9,702$; $df=3$; $p<.05$).

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Deze items worden weergegeven in onderstaande figuur. Bij 28 personen (30,1%) werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 27 personen (29%) werd overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander vermeld. Bij 7 personen (7,5%) werd aangegeven dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag stelde.

Figuur 8
Ervaren problemen, Genk, 2008

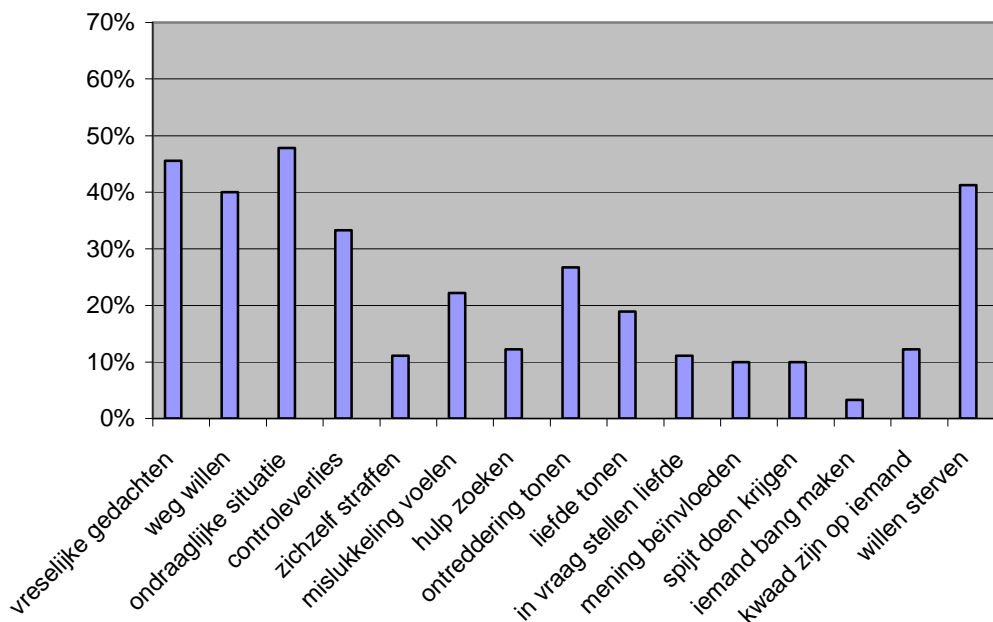


Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. Het meest frequent gerapporteerde motief was “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (47,8%), gevolgd door “vreselijke gedachten hebben waar men vanaf wou” (45,6%), “willen sterven” (41,3%) en “weg willen uit een onmogelijke situatie” (40%). Daarnaast werden “controle over zichzelf verloren” (33,3%), “ontreddering tonen” (26,8%), en “zich een mislukking voelen” (22,2%) frequent aangeduid.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft motieven.

Figuur 9
Motieven voor suïcidepoging, ZOL Genk, 2008



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). De mediaanscore was 4 voor de vrouwen en 3 voor de mannen. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-score 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer de SIS-score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze cut-off scores was bij 32,4% van de mannen en 35,1% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevestigd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. Ongeveer de helft van de patiënten (48,8%) gaf expliciet aan te willen sterven, 26,3% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 25% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft ambivalentie ten opzichte van het leven.

Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf de meerderheid aan van wel (n=95, 79,8%). 24 patiënten (20,2%) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 38 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau. 35 patiënten (43,8%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 17 (21,3%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, bij 20 (25%) louter een inhoudelijke en bij 8 patiënten (10%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden (n=26), gaf 57,7% aan ambulante begeleiding te wensen; 42,3% residentiële begeleiding. Geen enkele patiënt was onbeslist over de vormelijke hulp die hij/zij verwachtte.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden (n=28), gaf 27,6% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...), 10,3% patiënten gaven aan praktische steun te wensen, 31% gaf vooral interpersoonlijke behoeften aan en eveneens 31% verlangde vooral naar “rust” tijdens de verdere behandeling.

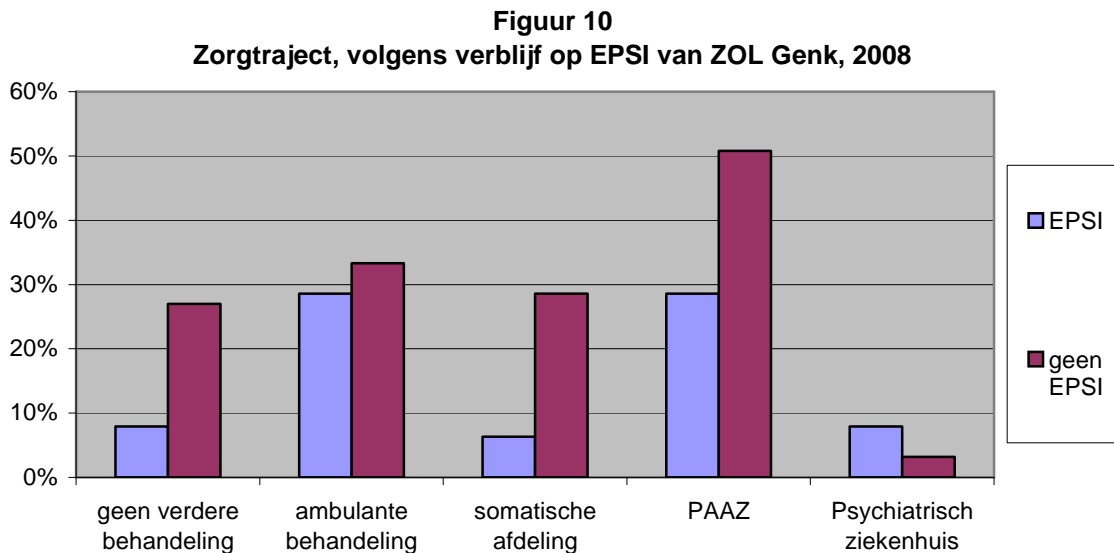
Behandelplan na spoedopname. Van 126 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd.

Bij 17,5% (n=22) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 14 patiënten ging het om een ontslag op advies, en bij 5 om een ontslag op tegenadvies. Van 3 patiënten werd de hoedanigheid van het ontslag niet geregistreerd.

Bij 31% (n=39) werd een ambulant zorgtraject voorzien.

101 van de 126 patiënten (80,2%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 63 van deze patiënten verbleef minstens één nacht op de EPSI, 7 patiënten werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, 50 naar een PAAZ dienst (waarvan 1 patiënt naar de PAAZ dienst van een naburig ziekenhuis), en 22 verbleven op een somatische afdeling.

In onderstaande tabel wordt het zorgtraject van de patiënten die minstens één nacht opgenomen werden op de EPSI (n=63) vergeleken met dat van de patiënten die niet op de EPSI verbleven (n=63).



Slechts 5 patiënten die op de EPSI verbleven gingen na hun verblijf in het ZOL Genk naar huis zonder verdere behandelafspraken. Van de patiënten die *niet* op de EPSI verbleven, gingen meer patiënten naar huis zonder verdere behandelafspraken. (27%, n=17). Patiënten die niet verbleven op de EPSI werden iets vaker doorverwezen naar een ambulante behandeling, een somatische afdeling of een PAAZ.

Regionaal Ziekenhuis Sint Trudo, Sint-Truiden

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

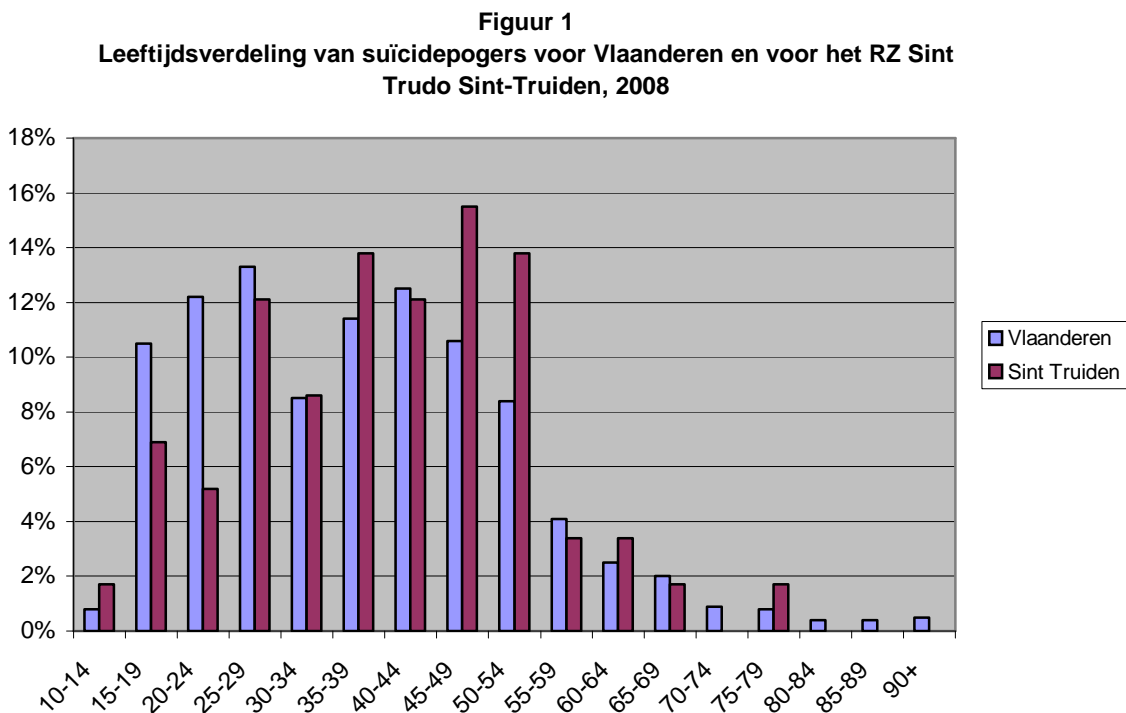
Geslacht

In het RZ Sint Trudo in Sint-Truiden werden in 2008 21 mannen (35%) en 39 vrouwen (65%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

Leeftijd

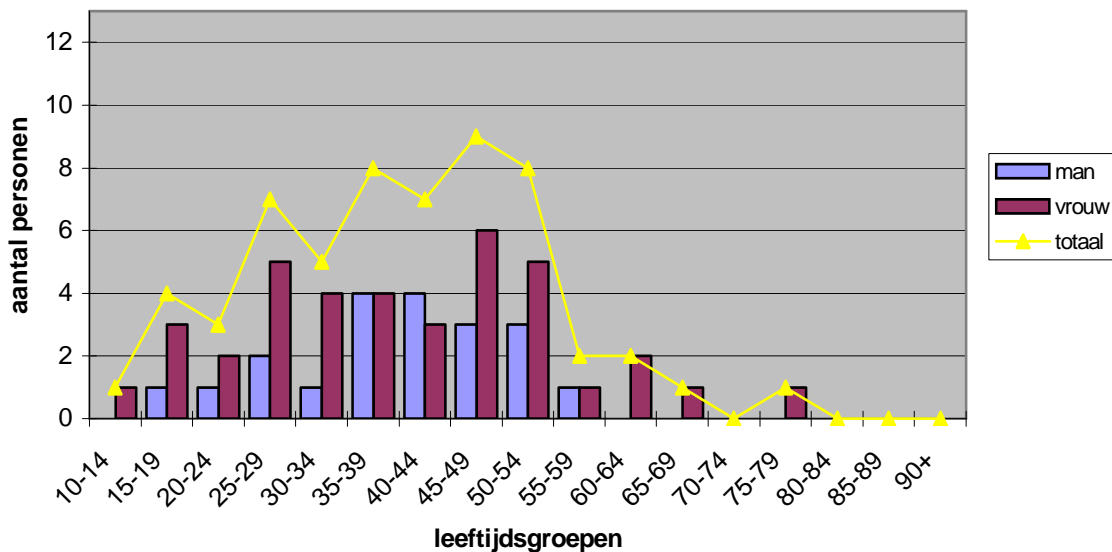
De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers was 39,95 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 12 en 78 jaar bedroeg. Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 39,85 jaar (min.: 16; max.: 58) en voor de vrouwen was deze 40 jaar (min.: 12; max.: 78).

Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling voor Vlaanderen en voor het RZ Sint Trudo Sint-Truiden weer.



Figuur 2 toont de leeftijdsverdeling volgens geslacht in de regio van het RZ Sint Trudo Sint-Truiden .

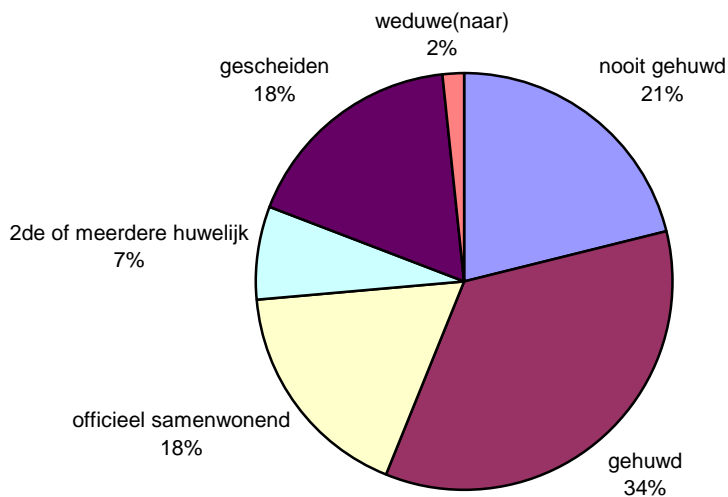
Figuur 2
Leeftijdverdeling van suïcidepogers in het RZ Sint Trudo, Sint-Truiden, 2008



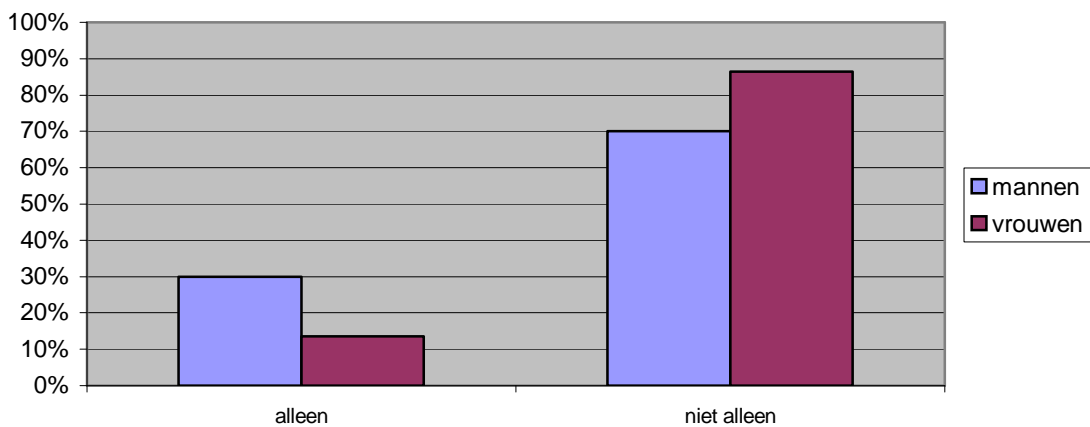
Burgerlijke staat en woonsituatie

Onderstaande figuur geeft de burgerlijke staat weer van de suïcidepogers die aangemeld werden in het RZ Sint Trudo, Sint Truiden.

Figuur 3
Burgerlijke staat van suïcidepogers, RZ Sint Trudo, Sint-Truiden, 2008



Figuur 4
Woonsituatie van suïcidepogers, RZ Sint Trudo, Sint Truiden, 2008



Bovenstaande figuur toont dat de meerderheid van zowel de mannen (70%) als de vrouwen (86,5%) niet alleen woonde ten tijde van de suïcidepoging.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft burgerlijke staat en woonsituatie.

Meer dan de helft van de patiënten gaf aan kinderen te hebben; 55% van de mannelijke en 60,5% van de vrouwelijke patiënten.

Economische toestand

37,5% van de suïcidepogers was werkend en 16,1% was werkloos. 46,4% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (53,8%) en studenten (30,8%). De overige 15,4 % was economisch inactief omwille van pensioen. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft economische toestand.

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

Ongeveer één derde (31,9%) van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. Eveneens ongeveer één derde van de patiënten (34%) werd ambulante behandeld. Ongeveer één op vijf patiënten (23,4%) werd reeds residentieel behandeld, en 4,3% volgde eerder zowel een residentiële als een ambulante therapie. Bij 6,4% van de patiënten werd de huisarts vermeld in het kader van eerdere psychologische/psychiatrische begeleiding. Er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Voor meer dan de helft van de suïcidepogers (57,7%) van de patiënten was dit de eerste suïcidepoging. Bijna één derde van de patiënten (30,8%) had reeds één eerdere poging ondernomen. 3,8% van de patiënten had twee of drie pogingen achter de rug en 7,7% had reeds vier of meerdere pogingen achter de rug.

In precies de helft van de gevallen werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen (50%). In de overige gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. De meerderheid van de pogingen werd medisch behandeld (68,2%). De helft van de pogingen werd psychisch behandeld (50%).

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft het tijdsinterval tussen de vorige en de huidige poging en behandeling van de vorige poging.

Alcohol- en middelenmisbruik

Op basis van de CAGE-AID-vragenlijst werd een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten. In de meerderheid van de gevallen (81,8%,n=30) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik.. Bij 4 patiënten (10,8%) was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 3 patiënten (8,1%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft alcohol- en middelenmisbruik.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I-diagnose en een DSM As II-diagnose.

Bij 44 patiënten werd een probleembeschrijving geformuleerd. In de meerderheid van de gevallen (54,5%) werd hierin géén As I-diagnose vermeld. Wanneer wel een As I-diagnose werd gevormd, kwamen stemmingsstoornissen (85%) duidelijk het vaakst voor. Bij 2 patiënten werd een aan middelen gerelateerde stoornis vermeld, en bij 1 patiënt werd zowel een stemmingsstoornis als een aan middelen gerelateerde stoornis vastgesteld.

Bij 2 vrouwen werd een vermoeden van een As II-diagnose geformuleerd, maar werd de diagnose uitgesteld.

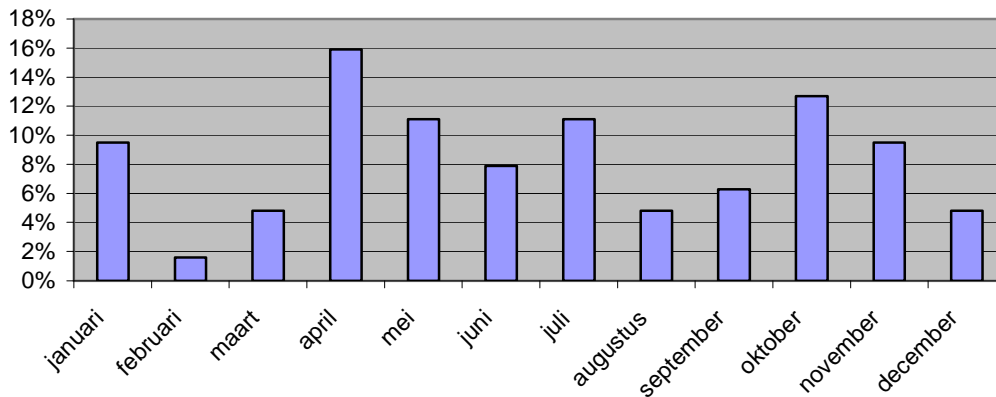
Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft diagnose.

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

Onderstaande figuur geeft het aantal maandelijkse registraties weer. In de maand april werden de meeste suïcidepogingen geregistreerd, en de minste tijdens de maand februari.

Figuur 5
Maand van suïcidepoging, RZ Sint Trudo, Sint-Truiden, 2008



Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (46,3%) en de namiddag (25,9%). Tijdens de ochtend (20,4) en de nacht (7,4%) werden minder pogingen geregistreerd. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, verkregen we aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 52,1 % van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 31,3% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was, en 16,7% van de gevallen dat interventie zo goed als uitgesloten was. In 22,2% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft het gekozen tijdstip voor de suïcidepoging.

Aard van de poging

Methode. Net zoals in Vlaanderen was in Sint-Truiden de meest gehanteerde methode 'zelfvergiftiging' (82,3%, n=51). 8,1% (n=5) van de patiënten verwondde zichzelf, en 9,7% (n=6) hanteerde beide methodes. 21,9% van de suïcidepogingen ging gepaard met de inname van alcohol. In tegenstelling tot de globale cijfers voor Vlaanderen zagen we geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de methode. Ook wat betreft alcohol inname bij de suïcidepoging werden geen significante geslachtsverschillen gevonden.

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte als voornaamste methode benzodiazepines of andere sedatieven (67,3%, n=35). 5 personen (9,6%) namen voornamelijk niet-narcotische analgetica/ antipyretica/ antireumatica in.

Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van een scherp voorwerp (n=4), of door van een hoogte te springen (n=3). Andere methodes van zelfverwonding waren verhangen, of poging tot electrocutie.

Omstandigheden. Bij 48 patiënten werd aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging.

Hieruit bleek dat in twee op vijf gevallen (41,7%) niemand in de buurt was op het moment van de poging. In 6,3% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen (70,8%) of passieve maatregelen (22,9%) genomen werden om ontdekking tegen te gaan.

44,7% van de patiënten zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. 14,9% contacteerde een mogelijke hulpverlener, zonder hem/haar op de hoogte te brengen van de poging en 40,4% van de patiënten bracht na de poging iemand hiervan expliciet op de hoogte.

Eén persoon had met het oog op de dood definitieve maatregelen genomen, zoals het maken van een testament. De overige patiënten (97,9%) ondernamen geen “laatste handelingen” toen ze beslist hadden zichzelf te verwonden of te vergifigen.

6 patiënten (12,8%) hadden één of meerdere afscheidsbrieven geschreven, en 1 patiënt had het overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan. De overige patiënten (85,1%) hadden de brief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging in bijna één op 10 gevallen (10,4%) uitvoerig was voorbereid. In ongeveer 1 op 5 gevallen (22,9%) was ze minimaal gepland, en in twee derde van de gevallen (66,7%) was ze helemaal niet gepland.

Ongeveer de helft van de patiënten had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie impliciet (31,9%) of expliciet (14,9%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In 53,2 % van de gevallen had de patiënt zich hierover op geen enkele manier uitgelaten.

Aanmelding. 15,6% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf. In twee derde van de gevallen (67,2%) was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis. In 12,5% van de gevallen was de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van het RZ Sint Trudo. Bij één patiënt was de politie betrokken bij de aanmelding. Daarnaast werd de patiënt in één op tien gevallen (10,9%) door “anderen” (zoals verwanten en begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Bij de meerderheid van de suïcidepogingen die aan de hand van het IPEO geregistreerd werden stelde men bij de patiënt een beperkt letsel vast (63,3%). Bij één op vijf patiënten (21,7%) werd een ernstig letsel vastgesteld en bij 5% benoemde men het letsel als levensbedreigend. In één op tien gevallen werd geen enkel letsel vastgesteld bij de patiënt.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft ernst van het letsel.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

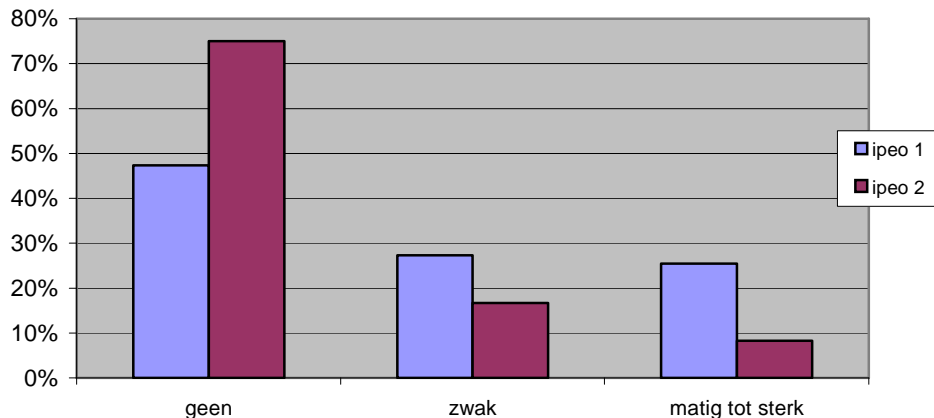
Gevoelens. Kort na de poging uitten 19 patiënten (35,2%) zich uitgesproken depressief. Van 7 patiënten (13%) werd opgetekend dat ze nog te suf waren om een inschatting te kunnen maken van hun emoties. Bij de 28 andere patiënten bij wie de emoties kort na de poging opgetekend werden, varieerden deze van opluchting dat de poging mislukt was, schuld en schaamte, tot expliciete teleurstelling over het mislukken van de poging.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. 44,4% uitte zich ambivalent over de toekomst, 36,1% van de patiënten zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet, en 19,4% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet.

Suïcidaliteit. Iets minder dan de helft van de patiënten (47,3%, n=26) gaf bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Eén vierde van de patiënten (27,3%, n=15) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en ongeveer evenveel patiënten (25,5%, n=14) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

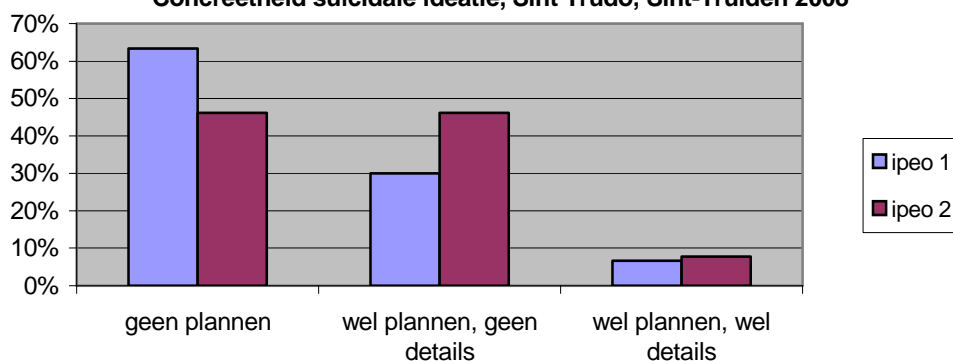
Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suicidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de gedachten aan zelfbeschadiging ten tijde van IPEO 2 gemiddeld minder voorkwamen dan ten tijde van IPEO 1: 75% van de patiënten (n=36) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 16,7% had eerder zwakke gedachten, en 8,3% had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

Figuur 6
Suïcidale ideatie, Sint Trudo Sint-Truiden, 2008



Bij de patiënten die aangaven suïcidale gedachten te hebben, wordt ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens IPEO 1 gaf een derde van deze patiënten aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen: 30% gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die hij/zij zou gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken, en 6,7% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Zoals wordt weergegeven in onderstaande tabel, kwamen concrete plannen meer voor tijdens IPEO 2: 46,2% had reeds nagedacht over de methode zonder evenwel details uit te werken en 7,7% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Figuur 7
Concreetheid suïcidale ideatie, Sint Trudo, Sint-Truiden 2008



Ervaren problemen

Tijdens IPEO 2 wordt door de hulpverlener steeds een open vraag gesteld naar de problemen waarmee de patiënt te kampen heeft. De problemen die de patiënt spontaan verwoordt, worden vervolgens aangevinkt in de Problem Checklist.

Relationele problemen werden het vaakst verwoord (50,8%). Ook psychische klachten of psychiatrische symptomen werden frequent spontaan vermeld (41%). Ongeveer een derde (32,8%) van de patiënten verwees naar problemen met de ouders en 18% verwees eveneens naar familiale problemen, maar dan met de kinderen.

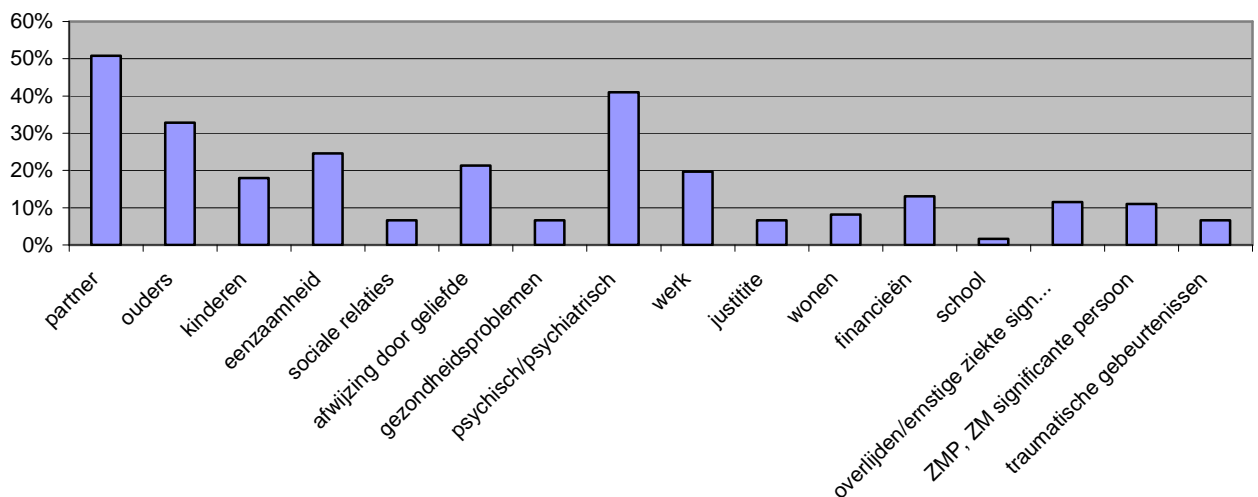
Eén vierde (24,6%) van de patiënten gaf aan met gevoelens van eenzaamheid te kampen en 21,3% voelde zich afgewezen door een geliefde. Bijna één op vijf patiënten (19,7%) vermeldde problemen op het werk.

“Problemen met seksuele oriëntatie” werd door geen enkele patiënt spontaan vermeld.

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, de items “overlijden/ernstige ziekte van een significant persoon”, “traumatische gebeurtenissen” en “suïcidepoging of suïcide van een significante persoon” expliciet te bevragen. Het laatste item werd geen enkele keer aangevinkt. Bij 7 personen (11,5%) werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander vermeld en bij 4 personen (6,6%) werd de aanwezigheid voor een traumatische gebeurtenis aangevinkt.

Er waren geen significante verschillen qua geslacht.

Figuur 8
Ervaren problemen, Sint Trudo, Sint Truiden 2008

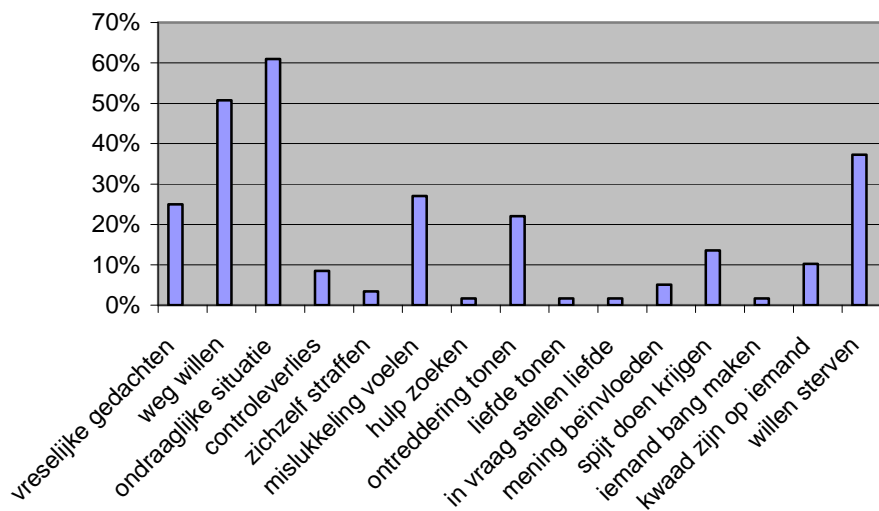


Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. De meest frequent gerapporteerde motieven waren “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (61%) en “weg willen uit een onmogelijke situatie” (50,8%). Dit laatste motief werd significant vaker door vrouwen (63,2%) dan door mannen (28,6%) gerapporteed ($\chi^2=6,474$; $df=1$; $p<.05$).

Bij meer dan één derde van de patiënten (37,3%) werd als motief aangeduid dat ze “wilden sterven”. Ook “zich een mislukking voelen” (27,1%), “vreselijke gedachten waar men vanaf wou” (25%), en “mensen laten begrijpen hoe men zich voelde en hoe ontredderd hij/zij was” (22%) werden frequent aangevinkt.

Figuur 9
Motieven voor suïcidepoging, RZ Sint Trudo Sint-Truiden, volgens
geslacht, 2008



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). De mediaanscore was 3 voor mannen en 4 voor vrouwen. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-score 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer de SIS-score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze cut-off scores was bij 42,9% van de mannen en 33,3% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. 41,7% van de patiënten gaf expliciet aan te willen sterven, 39,6% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 18,8% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven.

Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft ambivalentie ten opzichte van het leven.

Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaf de meerderheid aan van wel (n= 45, 75%). 15 patiënten (25%) weigerden expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 41 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau. 6 patiënten (14,6%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 23 (56,1%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, en bij 12 patiënten (29,3%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden (n=35), gaf 77,1% aan ambulante begeleiding te wensen en 22,9% residentiële begeleiding.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden (n=12), gaven er zes (50%) duidelijke intrapersoonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...), drie patiënten gaven aan praktische steun te wensen, en drie patiënten gaven vooral interpersoonlijke behoeften aan (zoals het werken aan de partnerrelatie).

Behandelplan na spoedopname. Van 51 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd.

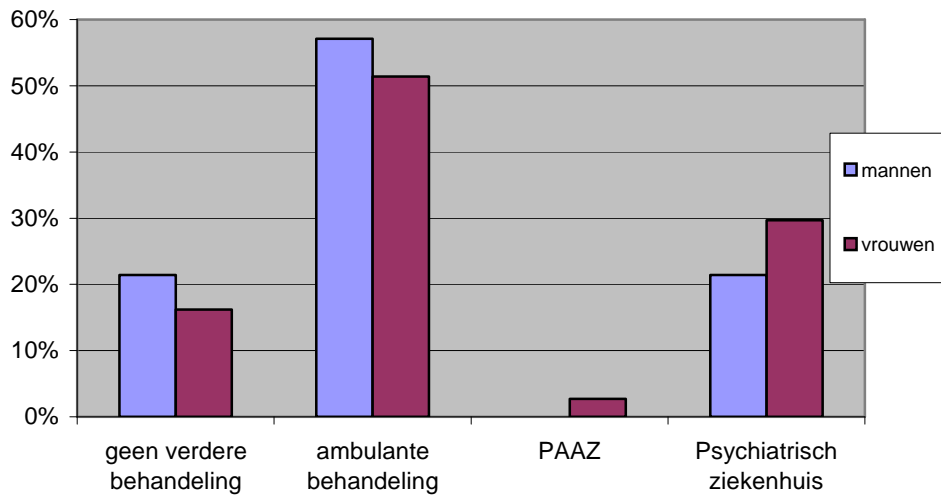
Bij 17,6% (n=9) werd aangeduid dat na het ontslag op de spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 7 patiënten ging het om een ontslag op advies, en bij 1 om een ontslag op tegenadvies. Van één patiënt werd de hoedanigheid van het ontslag niet geregistreerd.

Bij ongeveer de helft van de patiënten (52,9%, n=27) werd een ambulant zorgtraject voorzien.

15 van de 51 patiënten (29,4%) werden doorverwezen naar een residentiële setting na hun ontslag op de spoeddienst: 1 patiënt werd doorverwezen naar de PAAZ afdeling van een naburig ziekenhuis, en de overige 14 patiënten werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis.

In onderstaande tabel wordt het zorgtraject van de patiënten volgens geslacht weergegeven.

Figuur 10
Zorgtraject, RZ Sint Trudo Sint-Truiden, 2008



Algemeen Ziekenhuis Zusters van Barmhartigheid te Ronse, 2008

Deel 1: Persoonsgerelateerde gegevens

Geslacht

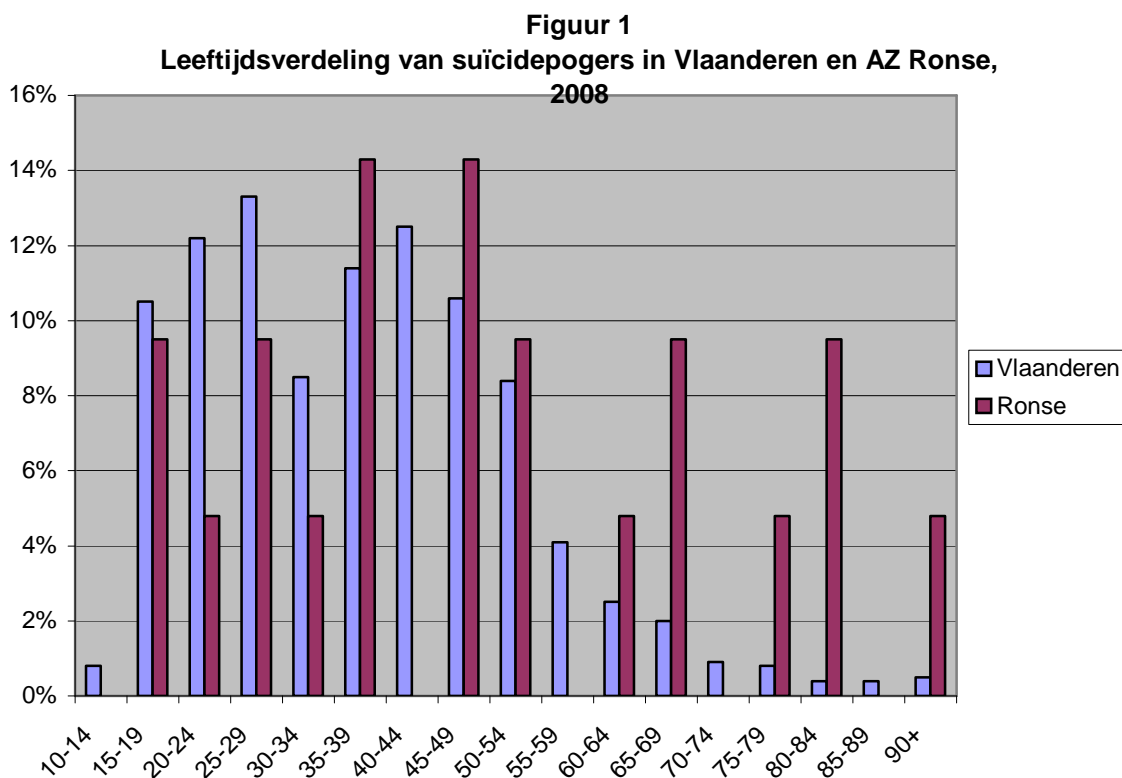
In het AZ Zusters van Barmhartigheid te Ronse werden 9 mannen (39.1%) en 14 vrouwen (60.9%) aangemeld na het ondernemen van een suïcidepoging.

Daar het kleine aantal suïcidepogers, zullen de gegevens van het AZ Zusters van Barmhartigheid te Ronse beknopt worden weergegeven. Verschillende subcategorieën van variabelen bevatten te geringe aantallen en bleven soms leeg, waardoor de resultaten van de analyses niet langer interpreteerbaar bleken te zijn. Dit brengt met zich mee dat er geen (significante) verschillen tussen mannen en vrouwen kunnen worden weergegeven en de resultaten besproken worden op basis van de volledige steekproef.

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de suïcidepogers in Ronse was 48,95 jaar, waarbij de minimum- en maximumleeftijd respectievelijk 17 en 94 jaar bedroeg. Voor de mannen was de gemiddelde leeftijd 46 jaar (min.: 21; max.: 82) en voor de vrouwen was deze 51,17 jaar (min.: 17; max.: 94).

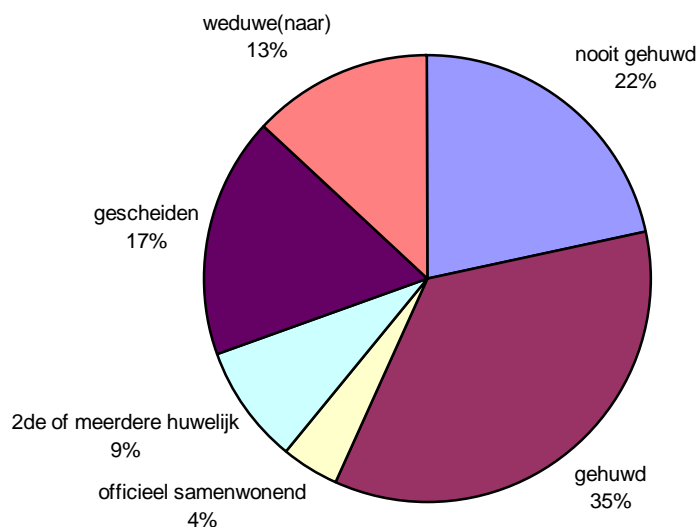
Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling in Vlaanderen en Ronse weer.



Burgerlijke staat en woonsituatie

In het AZ te Ronse vormden de gehuwden en de officieel samenwonenden de grootste subgroep onder de patiënten die een suïcidepoging ondernamen. Dit in tegenstelling tot het UZ te Gent en het Sint-Jan en Sint-Lucas ziekenhuis te Brugge.

Figuur 2
Burgerlijke staat van suïcidepogers, Ronse, 2008



65,2% van de patiënten woonde niet alleen, 57,1% van de vrouwen en 77,8% van de mannen. Ongeveer drie op vier van de patiënten (78,3%) gaf aan kinderen te hebben; 88,9% van de mannelijke en 71,4% van de vrouwelijke patiënten.

Economische toestand

45,5% van de suïcidepogers in Ronse was werkend en 54,5% was economisch inactief. De economisch inactieve groep bestond voornamelijk uit gepensioneerden (58,3%) en studenten (25%). De overige 16,7% van deze groep was invalide verklaard. Geen enkele patiënt was werkloos.

Psychiatrische behandeling in de voorgeschiedenis

36,8% van de patiënten werd vóór de huidige suïcidepoging op geen enkele wijze psychiatrisch behandeld. 1 op 5 patiënten (21,1%) werd reeds residentieel behandeld, en 1 op 4 (26,3%) patiënten werd ambulante behandeld. 15,8% van de patiënten volgde zowel een residentieële als een ambulante therapie.

Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Voor 78,3% (n=18) van de patiënten was dit de eerste suïcidepoging. 4 patiënten hadden reeds één eerdere poging ondernomen en 1 patiënt had reeds twee eerdere pogingen ondernomen. In 1 geval werd de voorgaande poging gedurende het afgelopen jaar ondernomen. In de overige 4 gevallen dateerde de vorige poging van meer dan één jaar geleden. In 4 gevallen was er sprake van een medische behandeling en in 3 gevallen van een psychische behandeling.

Alcohol- en middelenmisbruik

Op basis van de CAGE-AID-vragenlijst werd een inschatting gemaakt van het alcohol- of druggebruik van de patiënten. In de meerderheid van de gevallen (86,4%, n= 19) was er geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij de overige 13,6% (n=3) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

Diagnose

Uit de gegevens die gerapporteerd werden in het luik “Probleemomschrijving/diagnose” werd indien mogelijk een onderscheid gemaakt tussen een DSM As I- diagnose en een DSM As II- diagnose.

Bij 21 patiënten werd een probleembeschrijving geformuleerd. In 38,1% van de gevallen werd hierin geen As I- diagnose vermeld. Als As I-diagnose werden stemmingsstoornissen (69,2%) en stemmingsstoornissen in combinatie met middelenmisbruik (23,1%) opgegeven.

Bij 2 patiënten werd een As II- diagnose geformuleerd. In beide gevallen (1 man en 1 vrouw) waren er aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis, maar werd de diagnose uitgesteld of werd een persoonlijkheidsstoornis NAO opgegeven.

Deel 2: Gebeurtenisgerelateerde gegevens

Situering in de tijd

In het AZ te Ronse werd er pas geregistreerd vanaf maart. Omwille van te kleine aantallen wordt geen grafiek voor de maandelijkse registraties weergegeven. Globaal genomen werden vanaf maart de meeste suïcidepogingen in de zomermaanden juni, juli en augustus geregistreerd.

Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de nacht (54,5%) en de ochtend (36,4%). Tijdens de avond werden minder pogingen geregistreerd (9,1%). Er werden geen pogingen tijdens de namiddag geregistreerd. Wanneer IPEO 2 werd afgenomen (n=22), verkregen we aan de hand van de Suicide Intent Scale (SIS) meer precieze informatie over het gekozen tijdstip: in 90,9% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de patiënt aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was en in 9,1% dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was. Bij geen enkele patiënt werd genoteerd dat interventie zo goed als uitgesloten was. In 63,6% van de gevallen werd aangeduid dat de huidige suïcidepoging effectief onderbroken was door derden.

Aard van de poging

Methode. Net zoals in Vlaanderen was in Ronse de meest gehanteerde methode ‘zelfvergiftiging’ (69,6 %, n=16). 26,1% (n=6) van de patiënten verwondde zichzelf, en 4,3% hanteerde beide methodes. 21,7% van de suïcidepogingen ging gepaard met de inname van alcohol. Er werden geen significante geslachtsverschillen gevonden wat betreft de gehanteerde methode en de inname van alcohol bij de poging.

Het merendeel van de personen die zichzelf vergiftigden, gebruikte als voornaamste methode benzodiazepines of andere sedatieven (37,5%; n=6). 3 personen (18,7%) namen niet-narcotische analgetica/ antipyretica/ antireumatica in. Bij 31,2% van de patiënten (n=5) werd het middel dat werd gebruikt om zichzelf te vergiftigen niet gespecificeerd.

Wanneer men zichzelf verwondde, deed men dit het vaakst door middel van een scherp voorwerp (28,6%, n=2), of door verhangen (28,6%, n=2). Andere methodes van zelfverwonding waren verbranding door middel van hete dampen of voorwerpen, zichzelf voor een bewegend voorwerp werpen of het veroorzaken van een verkeersongeval.

Omstandigheden. Bij 22 patiënten werd aan de hand van de Suïcide Intent Scale (SIS) informatie bekomen over de precieze omstandigheden van de poging. Hieruit bleek dat in iets minder dan één op vijf gevallen (18,2%) niemand in de buurt was op het moment van de poging.

In 4,5% van de gevallen werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl in de meerderheid van de gevallen geen maatregelen (95,5%) werden genomen. Geen enkele patiënt ondernam passieve maatregelen om ontdekking tegen te gaan.

De meerderheid van de patiënten (72,7%) zocht geen contact met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd of verwond had. Eveneens 1 op 5 patiënten (22,7%) bracht na de poging expliciet een hulpverlener op de hoogte van de suïcidepoging en 4,5% contacteerde een hulpverlener maar bracht hem/haar niet op de hoogte.

Geen enkele patiënt had met het oog op de dood laatste maatregelen genomen (zowel beperkte als definitieve), zoals het maken van een testament.

Eén patiënt had één of meerdere afscheidsbrieven geschreven en 3 patiënten hadden het overwogen, maar uiteindelijk niet gedaan. De overige patiënten (81,8%) hadden de brief noch overdacht, noch geschreven.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging in iets minder dan één op 10 gevallen (9,1%) uitvoerig was voorbereid. In 22,5% van de gevallen was ze minimaal gepland, en in bijna 7 op 10 gevallen (68,5%) was ze helemaal niet gepland.

Geen enkele patiënt had gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie (impliciet of expliciet) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen.

Aanmelding. 22,7% van de aanmeldingen gebeurde op initiatief van de patiënt zelf. In meer dan de helft van de gevallen was de dienst 100 betrokken bij de aanmelding in het ziekenhuis (59,1%). In 9,1% van de gevallen was de patiënt door de huisarts of door een ander ziekenhuis doorverwezen naar de spoeddienst van het AZ te Ronse. Bij geen enkele patiënt was de politie betrokken bij de aanmelding. Daarnaast werd de patiënt in 2 gevallen (9,1%) door “anderen” (zoals verwanten of begeleiders) naar de spoeddienst gebracht.

Ernst letsel. Van alle suïcidepogingen die aan de hand van de IPEO geregistreerd werden, leverde de meerderheid een beperkt (50%), of geen letsel (45%) op. Bij 1 patiënt werd het letsel als levensbedreigend benoemd en bij geen enkele patiënt benoemde men het letsel als ernstig.

Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

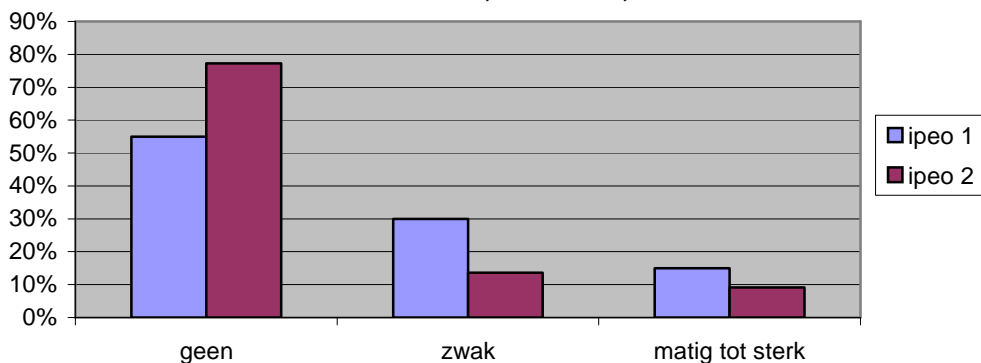
Gevoelens. Kort na de poging uitten 37,5% van de patiënten zich uitgesproken depressief. Bij 12,5% was er sprake van tegenstrijdige gevoelens. Andere gerapporteerde gevoelens waren schuld of schaamte (6,3%), kwaadheid of cynisme (6,3%) en angst of onrust (6,3%). In de overige gevallen was de patiënt nog te versuft om een inschatting te maken van de emoties (25%) en in 1 geval was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën.

Men ging bij de patiënten ook telkens de mate van hopeloosheid na aan de hand van de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst. De meerderheid van de patiënten (55,6%) zag de toekomst uitgesproken negatief tegemoet. 22,2% uitte zich ambivalent, en eveneens 22,2% van de patiënten zagen de toekomst eerder positief tegemoet.

Suïcidaliteit. In meer dan de helft van de gevallen (55%, n=11) gaven de patiënten bij de afname van IPEO 1 aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Ongeveer één derde van de patiënten (30%, n=6) gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 3 patiënten (15%) gaven aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

Wanneer IPEO 2 werd afgenomen, werd opnieuw een inschatting gemaakt van de acute suïcidaliteit van de patiënt. Hieruit blijkt dat de gedachten aan zelfbeschadiging ten tijde van IPEO 2 gemiddeld minder voorkwamen dan ten tijde van IPEO 1: 77,3% van de patiënten (n=17) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 13,6% (n=3) had eerder zwakke gedachten, en 9,1% (n=2) had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

Figuur 3
Suïcidale ideatie, AZ Ronse, 2008



Bij de patiënten die aangaven suïcidale gedachten te hebben, wordt ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens IPEO 1 gaf 1 patiënt aan reeds nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen, de patiënt had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Tijdens IPEO 2 hadden 2 patiënten reeds nagedacht over hoe men zichzelf zou verwonden of beschadigen, beide patiënten hadden nog geen details uitgewerkt.

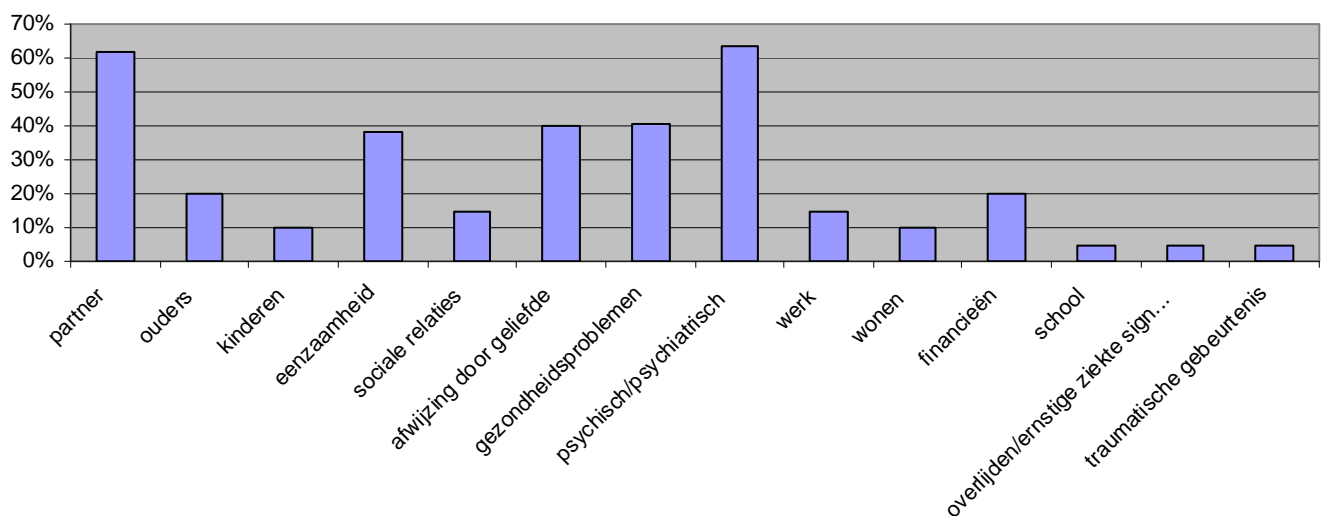
Ervaren problemen

Onderstaande figuur geeft weer welke problemen de patiënten spontaan rapporteerden. Relationale problemen werden spontaan het vaakst verwoord (61,9%). Ook psychische klachten of psychiatrische symptomen werden frequent spontaan vermeld (63,6%) en telkens ongeveer 2 op 5 patiënten verwezen naar gezondheidsproblemen (40,8%), een afwijzing door een geliefde (40%) of gevoelens van eenzaamheid (38,1%). Ook problemen met de kinderen (20%), problemen met de ouders (20%) of met de kinderen (10%), financiële problemen (20%), problemen in het maken en onderhouden van vriendschappen (15%), werkproblemen (15%), woonproblemen (10%) en schoolproblemen (5%) werden vermeld.

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Bij 1 persoon werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander vermeld en bij opnieuw 1 persoon werd een traumatische gebeurtenis gerapporteerd. Geen enkele patiënt gaf aan dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag stelde.

Ervaren problemen die niet werden gerapporteerd door de patiënten werden uit de figuur weggelaten.

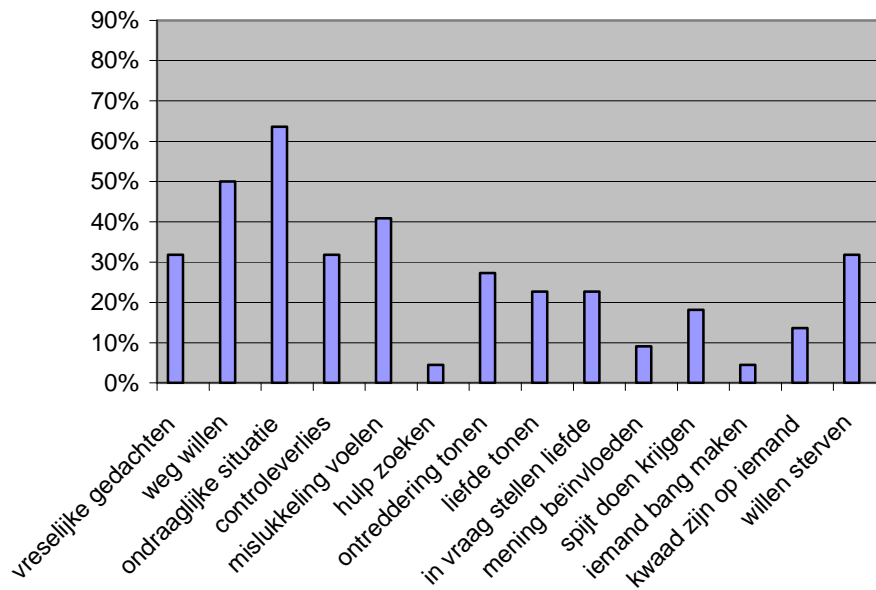
Figuur 4
Ervaren problemen, AZ Ronse, 2008



Motieven

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor zijn/haar suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze onder in onderstaande categorieën. Het meest frequent gerapporteerde motief was “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (63,6%). Daarnaast werden “weg willen uit een onmogelijke situatie” (50%), “zich een mislukking voelen” (40,9%), “controle over zichzelf verliezen” (31,8%), “vreselijke gedachten waar men vanaf wou” (31,8%) en “willen sterven” (31,8%) ook frequent aangeduid. Ook “mensen laten begrijpen hoe men zich voelde en hoe ontredderd hij/zij was” (27,3%) en “liefde tonen” of “liefde in vraag stellen” (beide 22,7%) kwamen vaak voor.

Figuur 5
Motieven voor suïcidepoging, AZ Ronse, 2008



Suïcidale intentie

De suïcidale intentie, de mate waarin de patiënt leek te willen sterven, werd gemeten aan de hand van de omstandighedenschaal van de Suicide Intent Scale (SIS). De mediaanscore was 3 voor de mannen en 2 voor de vrouwen. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-score 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer de SIS-score 6 of meer bedraagt. Op basis van deze cut-off scores was bij 25% van de mannen en 7,1% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie.

Aanvullend werd ook één item uit de zelf-rapportage schaal van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven. Iets minder dan de helft van de patiënten gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven (45,5%), 36,5% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven en iets minder dan 1 op 5 patiënten (18,2%) gaf expliciet aan te willen sterven.

Zorgtraject

Bereidheid tot begeleiding. Wanneer tijdens IPEO 1 aan de patiënt gevraagd werd of men bereid was tot verdere begeleiding, gaven alle patiënten aan van wel. Geen enkele patiënt weigerde expliciet verdere professionele begeleiding binnen het ziekenhuis.

Zorgbehoeften. Tijdens IPEO 2 werd bij 19 patiënten gepeild naar hun zorgbehoeften na hun ontslag op de spoeddienst. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van hulpverlening de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als zorgbehoeften op vormelijk niveau. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als een zorgbehoefte op inhoudelijk niveau. 2 patiënten (10,5%) formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 4 (21,1%) patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend, evenveel patiënten gaven louter een inhoudelijke zorgbehoefte op en bij 9 patiënten (47,4%) werden zowel qua vorm als qua inhoud zorgbehoeften geformuleerd.

Van de patiënten die vormelijke zorgbehoeften formuleerden (n=13), wenste 26,3% ambulante begeleiding en 57,9% residentiële begeleiding.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften formuleerden (n=13), gaf 21,1% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften aan (zoals het werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem, depressie,...), 5,3% gaf vooral interpersoonlijke behoeften aan, en 42,1% verlangde vooral naar “rust” tijdens de verdere behandeling. Geen enkele patiënt wenste praktische steun.

Behandelplan na spoedopname. Van 21 patiënten werd het zorgtraject na de spoedopname geregistreerd.

Bij 2 patiënten (9,1%) werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst geen zorgtraject voorzien werd. Bij 1 patiënt ging het om een ontslag op advies, en bij de andere patiënt om een ontslag op tegenadvies.

Bij 5 patiënten werd een ambulant zorgtraject voorzien.

19 patiënten (86,4%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst. 2 van deze patiënten werden doorverwezen naar een somatische afdeling en 18 naar een PAAZ dienst.

Relevante invloedsferen

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

UZ Gent

Aalter	Gavere	Lovendegem	Vleteren
Anzegem	Gent	Maldegem	Waarschoot
Assenede	Hamme	Melle	Waasmunster
Avelgem	Herzele	Merelbeke	Wachtebeke
Berlare	Horebeke	Moerbeke	Waregem
Brakel	Kaprijke	Nazareth	Wetteren
Deerlijk	Kluisbergen	Nevele	Wichelen
Dendermonde	Knesselare	Oosterzele	Wielsbeke
De Pinte	Kruishoutem	Oudenaarde	Wortegem-Petegem
Deinze	Laarne	Stekene	Zele
Dentergem	Lebbeke	St-Gillis Waas	Zelzate
Destelbergen	Lede	St-Laureins	Zingem
Eeklo	Lierde	St-Lievens-Houtem	Zomergem
Erpe-mere	Lochristi	St-Martens-Latem	Zottegem
Evergem	Lokeren	Tielt	Zulte
			Zwalm

AZ Sint-Jan Brugge

Aalter	Damme	Jabbeke	Maldegem	Torhout
Alvingerem	De Haan	Knesselare	Nieuwpoort	Veurne
Beernem	De Panne	Knokke-Heist	Middelkerke	Wingene
Blankenberge	Dismuide	Koekelare	Oostende	Zedelgem
Bredene	Gistel	Koksijde	Oostkamp	Zuienkerke
Brugge	Ichtegem	Kortemark	Oudenburg	

AZ Oost-Limburg Genk

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

Az Zusters van Barmhartigheid Ronse

Avelgem	Lierde
Bever	Maarkedal
Brakel	Oudenaarde
Horebeke	Ronse
Kluisbergen	Wortegem-Petegem

Sint Lucas Assebroek

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

Sint Trudo Sint Truiden

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

	Vlaanderen	Gent	St Jan Brugge	St. Lucas Brugge	Genk	St Truiden	Ronse
Rates							
<i>Aantal per 100.000</i>	EB: 197	EB:280	EB:251	EB:166	EB:107	EB:189	EB:222
<i>Event-based / Person-based</i>	PB: 192	PB: 270	PB: 245	PB: 162	PB: 105	PB: 182	PB: 222
Persoonsgerelateerde factoren							
<i>Geslacht</i>	61,7%(n=473)	53,3% (n=216)	68,1% (n=101)	64,2%(n=36)	64,8 %(n=78)	65%(n=39)	60,9%(n=14)
- vrouwen	38,3%(n=294)	42,7% (n=161)	31,9% (n=72)	35,7% (n=20)	35,2%(n=40)	35% (n=21)	31,1%(n=9)
- mannen							
<i>Leeftijd</i>							
- algemeen	M = 37,48	M = 36,63	M = 36,09	M = 39,38	M = 37,54	M = 39,95	M = 48,95
- vrouwen	M = 37,35	M = 35,83	M = 36,46	M = 39,78	M = 37,16	M = 40	M = 51,17
- mannen	M = 37,73	M = 37,7	M = 35,26	M = 38,65	M = 37,81	M = 39,85	M = 46
<i>Psychiatrische behandeling in voorgeschiedenis</i>							
- geen	25,3%	23,8%	20,6%	21,8%	30,2%	31,9%	36,8%
- huisarts	5,7%	7%	8,8%	5,5%	1%	6,4%	
- ambulante behandeling	23,9%	15,4%	22,8%	43,6%	21,7%	34%	26,3%
- residentiële behandeling	30,2%	41,3%	28,7%	12,7%	31,1%	23,4%	21,1%
- ambulante en residentiële behandeling	14,8%	12,6%	19,1%	16,4%	16%	4,3%	15,8%
<i>Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag</i> (percentage met een voorgaande poging)	52,1%	54,1%	58,3%	70,7%	43,2%	42,3%	21,7%

<i>Alcohol en middelen misbruik</i>							
- geen vermoeden	64,9%	53,9%	63%	51,2%	71,1%	81,8%	86,4%
- mogelijk misbruik	8,8%	13,2%	4,9%	7%	10,8%	10,8%	
- waarschijnlijk misbruik	26,3%	32,9%	32,1%	41,9%	18,1%	8,1%	13,6%
<i>As I diagnose (geformuleerd in probleembeschrijving)</i>							
- ingevulde As I diagnose/probleemomschr.	44,9%	20,7%	61,6%	74,1%	61,1%	73,3%	91,3%
- enkel probleemomschrijving, geen As I diag	32,3%	13,3%	8,2%	46,5%	54,5%	54,5%	38,1%
- stemming	28,4%	25,3%	42,4%	18,6%	11,7%	38,6%	42,9%
- middelenmisbruik	9,9%	12%	8,2%	14%	13%	4,5%	
- stemming + middelenmisbruik	4,9%	6,7%	4,7%		5,2%	2,3%	14,3%
- acute aanpassingsstoornis	18,3	34,7%	31,8%	14%	5,2%		
-andere	6,4%		4,7%	7%			4,8%
		8%			10,4%		
<i>As II diagnose (geformuleerd in probleembeschrijving)</i>							
- ingevulde of vermoeden van As II diagnose	14,1%	14,3%	7,2%	6,9%	30,2%	3,3%	8,7%
- cluster B	30,6%	23,1%	50%	25%	39,5%		
- uitgesteld	65,7%	76,9%	50%	75%	50%	2 cases	2 cases
- andere	3,7%				10,5%		
Gebeurtenis gerelateerde factoren							
<i>Methode</i>							
- zelfvergiftiging	77,9%	73,1%	77,6%	86,9%	87,1%	82,3%	69,6%
- zelfverwonding	14,9%	19,4%	12,6%	9,8%	8,3%	8,1%	26,1%
- combinatie van vergiftiging en verwonding	7,2%	7,5%	9,8%	3,3%	4,5%	9,7%	4,3%
<i>Ernst letsel</i>							
- geen	41,1%	48,2%	42,8%	30%	46,1%	10%	45%
- beperkt	41,1%	33%	43,5%	53,3%	35,2%	63,3%	50%
- ernstig	12,2%	9,8%	11,6%	15%	13,3%	21,7%	
- levensbedreigend	5,6%	8,9%	2,2%	1,7%	5,5%	5%	5%

<i>Suïcidale gedachten na de poging:</i>							
IPEO 1							
- nee	51,2%	34,5%	63,1%	42,6%	69,2%	47,3%	55%
- zwak	27,2%	33,3%	20%	37,7%	19,6%	27,3%	30%
- matig tot sterk	21,6%	32,1%	16,9%	19,7%	11,2%	25,5%	15%
IPEO 2							
- nee	62,5%	49,1%	60,6%	53,1%	76,3%	75%	77,3%
- zwak	25,2%	27,6%	32,1%	34,7%	16,1%	16,7%	13,6%
- matig tot sterk	12,4%	23,3%	7,3%	12,2%	7,5%	8,3%	9,1%
<i>Suïcidale plannen na de poging⁵</i>							
IPEO 1							
- niet over nagedacht	44,2%	29%	51,4%	42,9%	57,6%	63,3%	80%
- over nagedacht, maar details nt uitgewerkt	41,6%	54,8%	27%	51,4%	27,3%	30%	
- details uitgewerkt en goed geformuleerd	14,2%	16,1%	21,6%	5,7%	15,2%	6,7%	20%
IPEO 2							
- niet over nagedacht	46,5%	40,4%	55,3%	34,8%	57,1%	46,2%	60%
- over nagedacht, maar details niet uitgewerkt	45,9%	45,6%	39,5%	65,2%	38,1%	46,2%	40%
- details uitgewerkt en goed geformuleerd	7,6%	14%	5,3%		4,8%	7,7%	
<i>Zorgtraject</i>							
- geen verdere behandeling	13,1%	11,9%	10,3%	12%	17,5%	17,6%	9,1%
→ontslag op advies	→7,8%	→4,6%	→8,5%	→10%	→11,4%	→14%	→4,5%
→ontslag op tegenadvies	→3,7%	→5,7%		→2%	→4,1%	→2%	→4,5%
→terugkeer begeleidingsdienst	→0,5%	→0,7%	→0,8%				
- ambulante behandeling	32,5%	30,2%	38,3%	20%	31%	52,9%	22,7%
- residentiële behandeling	77,4%	78,7%	93,5%	74%	80,2%	29,4%	86,4%
→somatische behandeling	→8,6%	→9,1%	→1,9%	→6%	→17,5%		→9,5%
→urgentiepsychiatrie	→46,7%	→50%	→87,9%		→50%		
→Intramurale PAAZ	→23,6%	→4,5%	→29,9%	→70%	→38,9%		→85,7%
→Extramurale PAAZ	→2,6%	→2,7%	→6,5%		→0,8%	→2%	
→Psychiatrisch ziekenhuis	→13,2%	→17%	→9,3%	→11,8%	→5,5%	→27,5%	

⁵ Percentage ten opzichte van de patiënten met zwakke, matige of ernstige suïcidale gedachten

