

2003/04

Dossiers van het Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

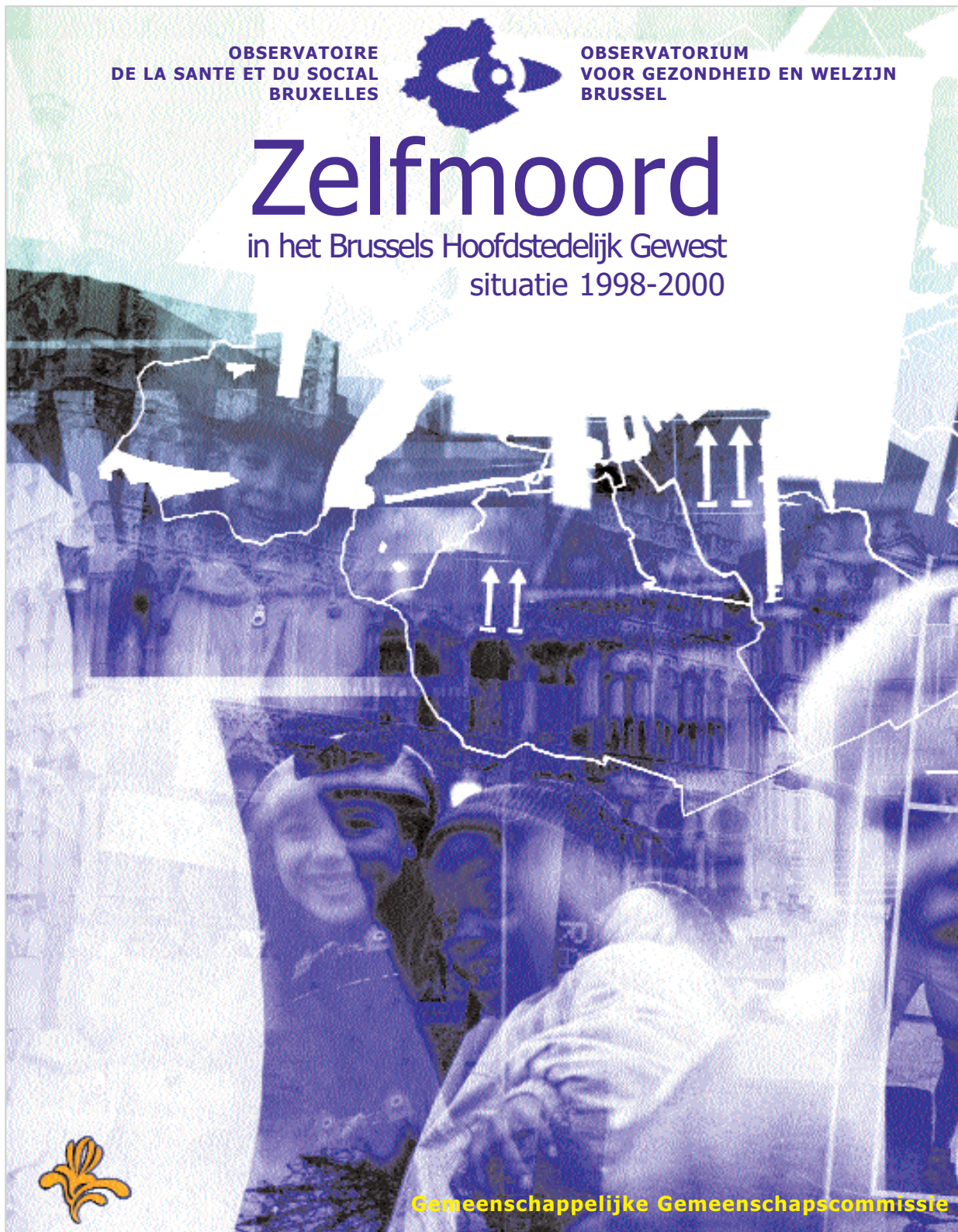
OBSERVATOIRE
DE LA SANTE ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Zelfmoord

in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
situatie 1998-2000



Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

2003/04

**Dossiers van het Observatorium
voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad**

Zelfmoord

in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
situatie 1998-2000



Centrum voor Maatschappelijke
Documentatie en Consultatie

Solsmanweg 303
1050 Brussel
T +32 (0)22 734 181
F +32 (0)22 734 181
E mail: info.cmdc@brusselsmaai.be

In het kader van dit dossier heeft het CMDC een lijst opgesteld van de Brusselse diensten voor zelfmoordpreventie en van de diensten die hulpverlening bieden aan personen in een crisissituatie of met morele, sociale of psychologische problemen. Deze diensten zijn Nederlandstalig, Franstalig of bicommunautair.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie



Auteurs:

Myriam De Spiegelaere, Ilse Wauters, Edwige Haelterman

Met dank aan:

We danken het Centrum ter Preventie van Zelfmoord, het "Centre de Prévention du Suicide", het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Brussel-Hoofdstad, Mark Vanderveken (Overleg Druggebruik Brussel), Karl Andriessen (CGGZ- UDGG) voor het kritisch herlezen van het rapport.

We danken ook het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie voor het herlezen van het rapport, evenals de vertaling. We danken tevens de diensten burgerlijke stand van de 19 Brusselse gemeenten en de artsen die actief meewerkten voor het verzamelen van de statistieken inzake overlijdens.

Vertaling:

Omtrent Gezondheid

Vormgeving:

YOU MAKE ME©

Foto's:

De leden van l'Atelier Rencontre, ASBL Source, Samira Wijmeersch

Inhoudstabel

Voorwoord	9
1. Analyse van de mortaliteit door zelfmoord in de periode 1998-2000	10
1.1. Inleiding	10
1.2. Methodologie	11
1. Verzameling van de gegevens	11
2. Epidemiologische analyses	12
3. Validiteit van de gegevens	12
1.3. Resultaten	15
1. Situering van zelfmoord ten opzichte van andere doodsoorzaken	15
2. Frequentie en sterftcijfer	16
3. Frequentie en sterftcijfer per gemeente	19
4. Sociale en demografische factoren	21
- burgerlijke staat	21
- nationaliteit	21
- sociale status	23
- leefomgeving	26
5. Gebruikte middelen	27
6. Analyse van bijkomende doodsoorzaken	29
7. Spreiding van zelfmoorden gedurende het jaar	31
8. Vergelijking met andere regio's	31
2. Zelfmoordpogingen	33
3. Zelfmoordpreventie: enkele denkpistes	35
3.1. Inleiding	35
3.2. Primaire preventie, universele benadering	36
3.3. Secundaire preventie, selectieve benadering	41
3.4. Tertiaire preventie, doelgroepgerichte benadering	44
4. Conclusies	45
5. Bibliografie	46
Bijlagen:	
Nuttige adressen en verwijzingen	49
Methodologische toelichtingen	59
Afkortingen	61
Medische strook van het statistisch formulier inzake overlijden	62

Voorwoord

Zelfmoord stelt de samenleving op een indringende manier in vraag. Zelfmoord dwingt de samenleving immers tot reflectie omtrent haar functioneren, de waarden die ze belichaamt, de uitsluitingsmechanismen die ze doet ontstaan en de antwoorden die ze op wanhoop geeft.

Door hun frequentie en de gevolgen voor de fysieke en mentale gezondheid van de slachtoffers en hun omgeving vormen zelfmoord en suïcidaal gedrag ook een probleem binnen de volksgezondheid. In het Brussels Gewest is zelfmoord de derde oorzaak van voortijdig overlijden bij mannen, na ischemische hartziekten en longkanker. Bij vrouwen staat zelfmoord op de tweede plaats na borstkanker.

In dit dossier willen we in de eerste plaats de gegevens weergeven met betrekking tot zelfmoord die naar voor komen uit een analyse van de statistische formulieren inzake overlijdens uit de periode 1998-2000. Deze resultaten maken het grootste gedeelte van dit dossier uit.

Omtrent zelfmoordpogingen zijn voor het Brussels Gewest geen exacte cijfers beschikbaar. Toch hebben we geprobeerd om ook hierover informatie te verzamelen.

Uitgaande van de analyseresultaten, de bestaande literatuur en bedenkingen van Brusselse actoren in de zelfmoordpreventie, schetsen we tenslotte enkele denkpistes voor zelfmoordpreventie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De cijfergegevens dienen om de zelfmoordproblematiek aanschouwelijk te maken. Men mag niet uit het oog verliezen dat achter elke zelfmoord een mens schuilgaat. De naakte cijfers vertellen niets over zijn motivatie, zijn psychisch lijden, zijn wanhoop of zijn gevoel van sociale nutteloosheid.

1_Analyse van de mortaliteit door zelfmoord in de periode 1998-2000

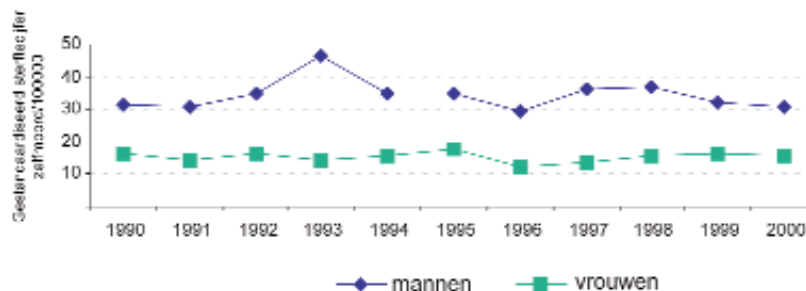
1_1 Inleiding

In de periode van 1998-2000, pleegden 574 Brusselaars zelfmoord, met een jaarlijks gemiddelde van 190 overlijdens.

De evolutie van de zelfmoordcijfers in Brussel verloopt parallel met deze in België en in de andere Europese landen. Na een duidelijke toename in de jaren 70, vertoont het zelfmoordcijfer in de jaren 80, zowel bij mannen als bij vrouwen (1), een dalende trend. Aan het begin van de jaren 90 stellen we een relatief belangrijke stijging vast bij mannen, met een duidelijke piek in 1993. Sinds het midden van de jaren 90 blijven de zelfmoordcijfers relatief stabiel (figuur 1).

De laatste decennia situeren de Brusselse zelfmoordcijfers zich tussen die van Vlaanderen (lager) en die van Wallonië (hoger voor de mannen en vergelijkbaar voor de vrouwen).

Figuur 1 : Evolutie van de zelfmoordcijfers 1990-2000, Brussels Hoofdstedelijk Gewest



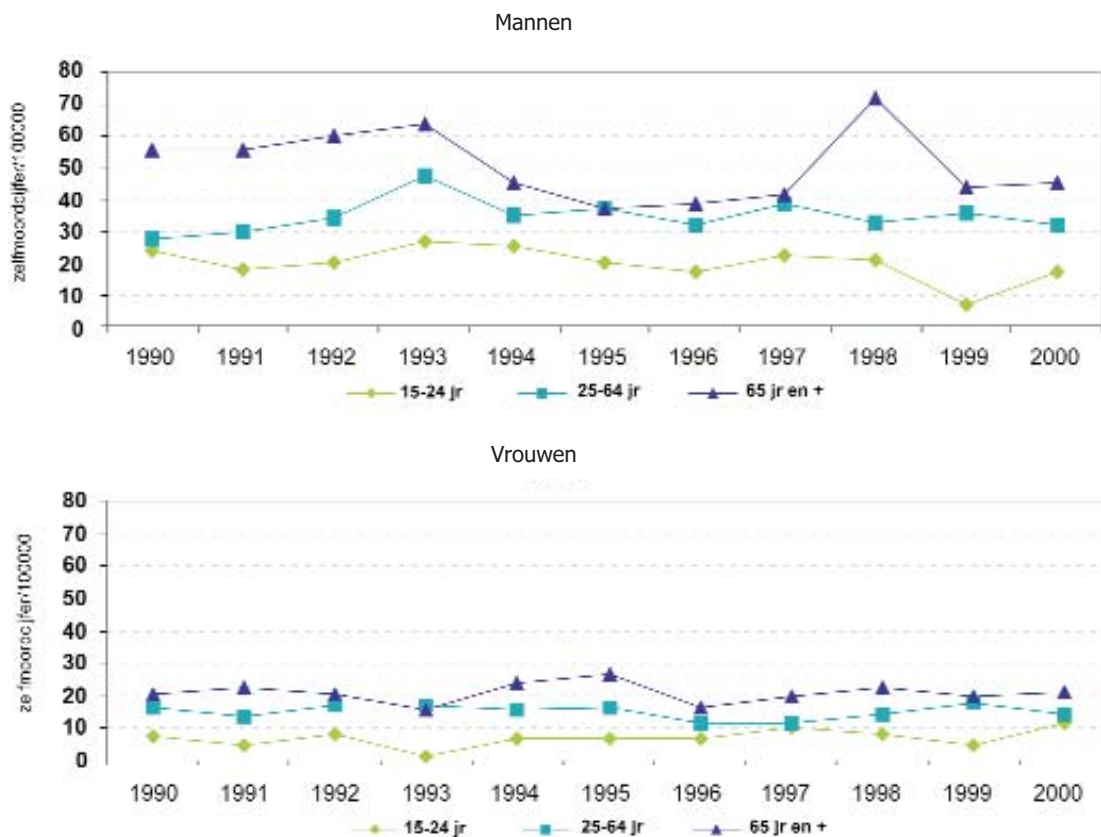
Bron : 1990-1997: SPMA, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid,
1998-2000: Observatorium voor Gezondheid & Welzijn

De grafieken van figuur 2 tonen de evolutie van de zelfmoordcijfers in Brussel tussen 1990 en 2000 per leeftijdsgroep.

Bij mannen vinden we voor het jaar 1993 in alle leeftijdsgroepen het hoogste zelfmoordcijfer. In de leeftijdsgroep boven de 65 jaar stellen we meer uitgesproken schommelingen vast maar zonder duidelijke tendens. Voor de andere leeftijdsgroepen blijven de cijfers, uitgezonderd de piek van 1993, redelijk stabiel. Relatief grote schommelingen (vb. voor de 65-plussers in 1998 en voor de jongste leeftijdsgroep in 1999) moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, omwille van het klein aantal gevallen in absolute cijfers.

Bij vrouwen blijven de zelfmoordcijfers tamelijk stabiel in alle leeftijdsgroepen.

Figuur 2 : Evolutie van de zelfmoordcijfers volgens leeftijdsgroep tussen 1990-2000, Brussels Hoofdstedelijk Gewest



Bron : 1990-1997: SPMA, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid,
1998-2000: Observatorium voor Gezondheid & Welzijn

1_2 Methodologie

1_ Verzameling van de gegevens

De geanalyseerde gegevens komen uit de statistische formulieren inzake overlijden. Voor elk sterfgeval in België wordt een statistisch formulier ingevuld door de geneesheer die het overlijden vaststelt (de medische gegevens) en door de gemeentelijke administratie (administratieve gegevens)¹. De doodsoorzaken worden gecodeerd volgens de Internationale Statistische Classificatie ICD-10 van de WHO (2). Zelfmoord wordt geclassificeerd onder «uitwendige doodsoorzaken, opzettelijk zichzelf schade toebrengen» (codes X60-X84). De geneesheer die het overlijden vaststelt moet eveneens het type overlijden aanduiden (natuurlijke doodsoorzaak/verkeersongeval/ander ongeval/zelfmoord/doding/in onderzoek/kan niet bepaald worden)².

¹ Voor meer informatie over het overlijdensregister in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verwijzen we naar de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (www.oservatbru.be) vanaf januari 2004.

² Zie als bijlage de structuur van de medische strook van het statistisch formulier inzake overlijden.

De resultaten die hieronder worden voorgesteld, hebben betrekking op de overlijdens van personen die gedomicilieerd zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en overleden zijn in de periode 1998-2000. De periode betreft drie kalenderjaren. Door de gegevens van 3 jaren te groeperen zijn meer diepgaande epidemiologische analyses mogelijk. Het jaarlijkse aantal zelfmoorden in Brussel is namelijk te laag om analyses uit te voeren per leeftijdsgroep, geslacht, burgerlijke staat, enz. Op basis van de gegevens van één jaar wordt de interpretatie van de resultaten erg delicaat. Zelfs bij het groeperen van drie jaren, moeten sommige resultaten met betrekking tot bepaalde leeftijdsgroepen of gemeenten erg voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Voor de onderzochte periode beschikken we niet over gegevens betreffende de overlijdens van Brusselaars in Wallonië³. Het betreft een zeer klein gedeelte (minder dan 3%) van de overleden Brusselaars.

2_ Epidemiologische analyses

Het analyseterrein wordt uiteraard bepaald door de beschikbaarheid van gegevens. Sommige variabelen konden niet worden geanalyseerd omdat er proportioneel te veel gegevens ontbreken. Zo overschrijdt het percentage ontbrekende gegevens voor een deel van de socioprofessionele kenmerken 40%, waardoor een analyse van sociale verschillen met betrekking tot zelfmoord op basis van individuele gegevens onmogelijk wordt (zie 1.3.4).

Om methodologische redenen (te klein aantal gevallen in een categorie of de niet-beschikbaarheid van epidemiologische noemers voor het Brussels Gewest) zijn bepaalde variabelen anders gecategoriseerd: de variabele «nationaliteit» werd opgesplitst in «Belg/niet-Belg» en voor de variabele «burgerlijke staat» werden de categorieën «uit de echt gescheiden» en «van tafel en bed gescheiden» samengevoegd.

Om al te zware methodologische beschouwingen te vermijden, treden we niet in detail over de gebruikte statistische analysemethoden. Informatie hierover is beschikbaar op het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Lezers die niet vertrouwd zijn met epidemiologie vinden aan het eind van dit dossier enkele definities en uitleg over de belangrijkste gebruikte methodes.

3_ Validiteit van de gegevens

De gegevens betreffende de mortaliteit door zelfmoord uit de statistische formulieren vormen een belangrijke bron van epidemiologische informatie. De analyse van deze gegevens is sterk afhankelijk van hun kwaliteit. Vergeleken met andere doodsoorzaken worden omtrent zelfmoord vaak polemische artikels over de validiteit van onderzoeksgegevens geschreven (3).

Men gaat er van uit dat de statistieken, over het algemeen en in alle landen, het reële aantal overlijdens door zelfmoord onderschatten. De redenen hiervoor hebben vooral te maken met de procedures die bij het vaststellen van een overlijden gevolgd worden. In de Brusselse context ontstaat vooral een bias door:

- een onderschatting van het aantal overlijdens door zelfmoord ten gevolge van onzekerheid over de doodsoorzaak op het moment van de vaststelling: het overlijden wordt dan gecodeerd onder de rubriek «oorzaak kan niet bepaald worden»

³ Sinds de institutionele hervormingen zijn de gemeenschappen bevoegd voor het verzamelen en het analyseren van de statistische formulieren van overlijdens. De Vlaamse Gemeenschap beheert de statistische formulieren inzake overlijdens voor Vlaanderen, de Franse Gemeenschap beheert de statistische formulieren inzake overlijdens voor Wallonië en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beheert de statistische formulieren inzake overlijdens voor het Brussels Gewest. Een uitwisseling van gegevens tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie laat toe dat de gegevens van Brusselaars die in Vlaanderen overlijden, in Brussel kunnen worden verwerkt en vice versa. Een dergelijke uitwisseling van gegevens met de Franse Gemeenschap is nog niet mogelijk omwille van de vertraging in de verwerking van de statistische formulieren.

- een onderschatting van het aantal overlijdens door zelfmoord ten gevolge van de moeilijkheid om met zekerheid de intentie van de daad vast te stellen: het overlijden wordt dan gecodeerd als «uitwendige oorzaak waarvan intentie niet duidelijk is»
- een onderschatting van het aantal overlijdens door zelfmoord omdat sommige ongelukken (verdrinking, overdosis, verkeersongevallen) in feite «verborgen» zelfmoorden zijn
- het is niet uit te sluiten dat in een (waarschijnlijk zeer gering) aantal gevallen de vaststellende geneesheer de doodsoorzaak vervalst om onaangename gevolgen (verzekering, juridisch onderzoek, religie,...) voor de nabestaanden te vermijden bij vermelding van een onnatuurlijke doodsoorzaak of zelfmoord

Wat de laatste twee punten betreft, zijn er geen elementen voorhanden om de omvang van de onderschatting te evalueren. Het is echter wel mogelijk om in te schatten hoe groot de onderschatting is die veroorzaakt wordt door het niet kennen van de doodsoorzaak of de intentie van de daad.

Overlijdens door een onvolledig beschreven en onbekende oorzaak (codes R96-R99) hebben in meer dan 80% van de gevallen betrekking op sterfgevallen waarvoor geen enkel onderzoek is aangevraagd en in 19% op sterfgevallen waarvan de oorzaak niet kan worden vastgesteld (onderzoek is nog aan de gang of er werd geen diagnose meegedeeld). Het aantal overlijdens in deze categorie is: 189 in 1998, 152 in 1999 en 194 in 2000.

Overlijdens te wijten aan een uitwendige oorzaak waarvan de intentie niet duidelijk is (codes Y10-Y34) zijn overlijdens met een «niet-natuurlijke» oorzaak, ook wel «uitwendige oorzaak» genoemd, waarvan de geneesheer die de vaststelling doet de intentie niet kan bepalen: gaat het om een ongeluk, zelfmoord, of moord?

Het aantal overlijdens in deze categorie is: 28 op 10.085 overlijdens in 1998, 28 op 10.223 overlijdens in 1999 en 32 op 9.958 overlijdens in 2000. Deze aantallen vertegenwoordigen respectievelijk 4,5%, 4,2% en 5% van het aantal overlijdens met een uitwendige oorzaak.

Het aantal van deze overlijdens is beperkt omdat, alvorens de doodsoorzaak te coderen, de dienst verantwoordelijk voor het verwerken van de gegevens, informatie inwint over de onderzoeken na de vaststelling (autopsie, politieonderzoek, enz.). Door de anonimiteit van de gegevens van de statistische formulieren is de medewerking van de betrokken autoriteiten vereist. Zij kunnen een doodsoorzaak opgeven zonder de identiteit van de persoon vrij te geven (bijvoorbeeld op basis van het nummer van een P.V. of overlijdensakte).

In tegenstelling tot sommige Europese landen waar een forensisch onderzoek systematisch wordt uitgevoerd bij de aangifte van een zelfmoord, werd in Brussel slechts voor 12% een autopsie aangevraagd of was deze aan de gang (in 29% wist de vaststellende geneesheer niet of een autopsie voorzien of aan de gang was en in 32% werden deze gegevens niet ingevuld door de geneesheer).

De onderschatting van het aantal zelfmoorden ten gevolge van een bias door onvolledig omschreven en onbekende doodsoorzaken of onduidelijke intentie lijkt minder groot in Brussel dan in Frankrijk.

Voor de sterftcijfers van 1998, schatten Jouglé e.a. dat het jaarlijkse aantal zelfmoorden toeneemt met ongeveer 20% indien men het jaarlijkse zelfmoordcijfer zou corrigeren, rekening houdend met de overlijdens met onbekende oorzaak (waarvan 25% mogelijke zelfmoorden) en met onbepaalde intentie (waarvan 35% mogelijke zelfmoorden). Dit geldt voor de leeftijdsgroepen van de 15-24-jarigen en de min 65-jarigen (3). Gebruik makend van deze correctiemethode, krijgen we voor Brussel een toename van ongeveer 12% voor de min 65-jarigen en 5% voor de 15-24-jarigen (zie onderstaande tabel).

Het meten van mogelijke bias in de schatting van het aantal zelfmoorden, rekening houdend met de overlijdens met een onbekende oorzaak of met een oorzaak waarvan de intentie niet duidelijk is (Brussel, 1998-2000)

		Aantal zelfmoorden	Aantal overlijdens met onbekende oorzaak	Aantal overlijdens met uitwendige oorzaak waarvan de intentie niet bepaald	Zelfmoorden «gecorrigeerd» ⁴	Variatie zelfmoorden ⁵
15-24 jr	Mannen	26	3	2	27	+5,5 %
	Vrouwen	15	3	0	16	+5,0 %
	Totaal	41	6	2	43	+5,5 %
< 65 jr	Mannen	280	65	44	312	+11,3 %
	Vrouwen	134	41	26	153	+14,4 %
	Totaal	414	106	70	465	+12,3 %

Overlijdens met onbekende oorzaak treffen we iets vaker aan bij vrouwen dan bij mannen (1,9% versus 1,6%, $p < 0,05$). Het aantal sterfgevallen in deze categorie neemt af naarmate het socio-economisch niveau van de gemeente toeneemt ($p < 0,01$).

Het percentage overlijdens met uitwendige oorzaak met onduidelijke intentie is lichtjes hoger bij mannen dan bij vrouwen (5,5% versus 3,5%, $p < 0,05$) en lager in gemeenten met een hoog socio-economisch niveau.

Voor deze twee laatste bronnen van onderschatting van het aantal zelfmoorden stellen we geen significant verschil vast tussen Belgen en niet-Belgen.

Hieruit volgt dat de onderschatting toeneemt naarmate het socio-economisch niveau van de woonplaats⁶ afneemt : + 7,5% in de meest welvarende gemeenten, + 9% in de gemeenten met een hoog gemiddeld sociaal niveau, + 15,5% in de gemeenten met een laag gemiddeld sociaal niveau en + 18% in de armste gemeenten.

De analyseresultaten van de statistische formulieren worden weergegeven zonder correctie van de cijfers. Analyses met gecorrigeerde cijfers worden uitgevoerd waar de interpretatie van de resultaten mogelijk beïnvloed wordt door significante verschillen betreffende de onderschatting van het aantal zelfmoorden tussen de categorieën die worden vergeleken. De resultaten daarvan worden in de tekst vermeld.

⁴ Gecorrigeerde zelfmoorden = zelfmoorden + 0,25 oorzaak onbekend + 0,35 uitwendige oorzaak waarvan de intentie niet duidelijk is

⁵ Variatie zelfmoorden = (gecorrigeerde zelfmoorden – zelfmoorden) / zelfmoorden

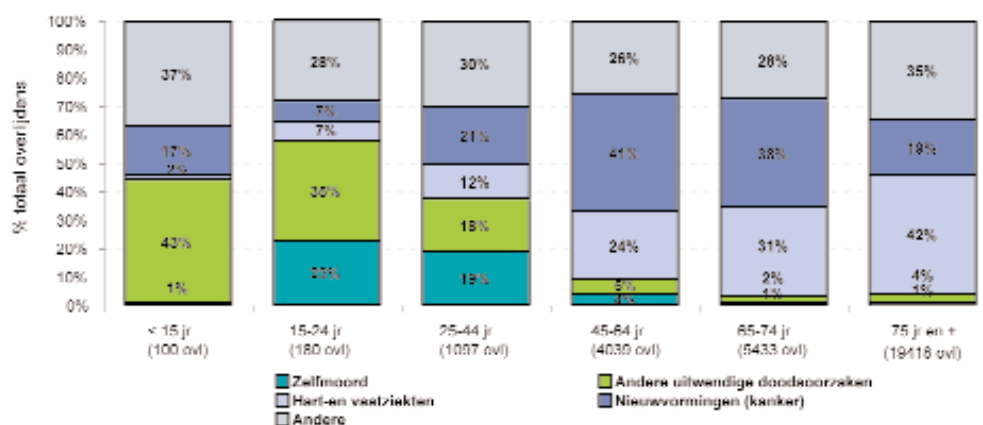
⁶ Zie methodologie van de indeling van de gemeenten volgens socio-economisch niveau p 23

1_3 Resultaten

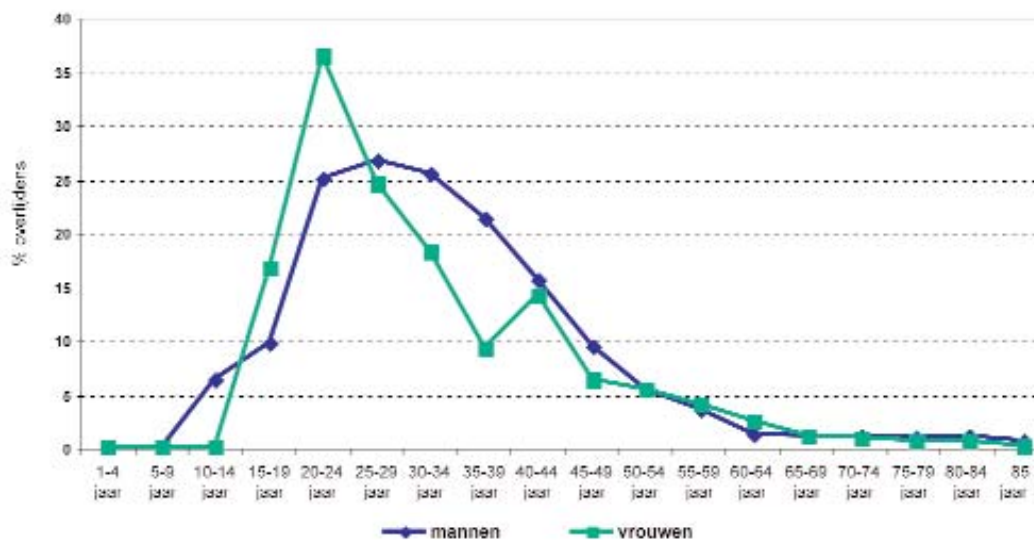
1_ Situering van zelfmoord ten opzichte van de andere doodsoorzaken

Zelfmoord staat voor 1,9% van alle overlijdens, 2,7% bij mannen en 1,2% bij vrouwen. Voor de leeftijd van 20 tot 29 jaar vertegenwoordigt zelfmoord meer dan een kwart van de overlijdens (25% van de mannelijke overlijdens en 36% van de vrouwelijke overlijdens tussen 20 en 24 jaar). Bij jongeren (15-24 jaar) gaat het om de tweede doodsoorzaak na ongevallen (figuur 3). Het relatieve aandeel van zelfmoord op het totale aantal overlijdens vermindert progressief met de leeftijd, naarmate cardiovasculaire ziekten en kanker zich ontwikkelen. We stellen echter een piek vast bij vrouwen tussen 40 en 44 jaar waar zelfmoord bijna 15% van de overlijdens vertegenwoordigt (figuur 4). Het grote aandeel van zelfmoord bij de overlijdens van jongvolwassenen heeft te maken met het erg lage aantal sterfgevallen door andere oorzaken. De tendens is het sterkst bij vrouwen⁷.

Figuur 3 : Verdeling van de doodsoorzaken volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000



Figuur 4 : Percentage overlijdens ten gevolge van zelfmoord volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000

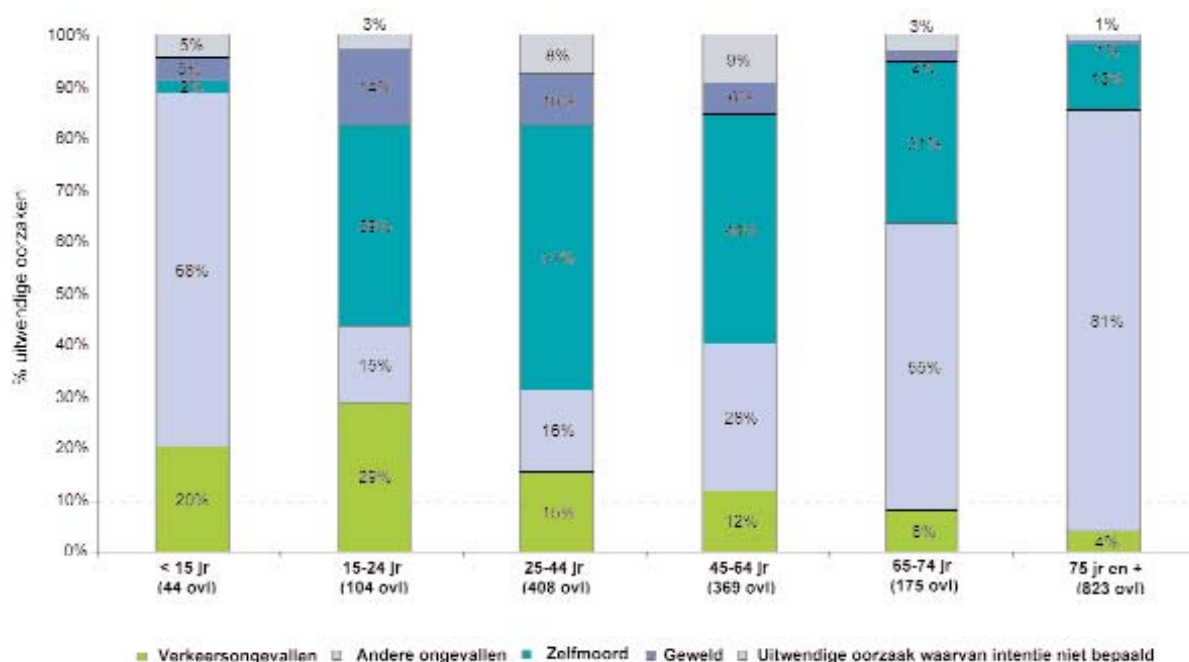


⁷ Het algemeen sterftecijfer is het laagst tussen 10 en 14 jaar. Het neemt vervolgens toe met de leeftijd. Tussen 20 en 24 jaar is het sterftecijfer voor alle doodsoorzaken (/100.000) gelijk aan 95 voor mannen en 33 voor vrouwen, in de leeftijdsgroep van 40-44 jaar is het respectievelijk 250 en 155. Het sterftecijfer loopt op tot 1509 en 745 tussen 60 en 64 jaar.

De «uitwendige doodsoorzaken» omvatten alle doodsoorzaken die als «onnatuurlijk» beschouwd worden: ongevallen, daden van agressie en zelfmoord. Het aandeel sterfgevallen met een uitwendige oorzaak op het totaal aantal overlijdens varieert sterk naar gelang de leeftijd. Het vertegenwoordigt 44% van de sterfgevallen voor de leeftijdsgroep jonger dan 15 jaar, 58% tussen 15 en 24 jaar, 9% tussen 45 en 64 jaar en 4% na 65 jaar.

Binnen «de uitwendige oorzaken» is zelfmoord de belangrijkste doodsoorzaak tussen 15 en 64 jaar. Voor de jongste en de oudste leeftijdscategorieën vormen ongevallen in huis de belangrijkste uitwendige doodsoorzaak (figuur 5).

Figuur 5 : Verdeling van de uitwendige doodsoorzaken volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000



2_ Frequentie en sterftecijfer

In de periode 1998-2000 zijn 574 overlijdens door zelfmoord geteld bij de inwoners van Brussel: 376 mannen en 198 vrouwen (202 in 1998, 189 in 1999 en 183 in 2000). Het brutosterftecijfer door zelfmoord voor die periode is 20,0/100.000 , 27,4/100.000 bij mannen en 13,2/100.000 bij vrouwen.

Deze cijfers behoren tot de hoogste zelfmoordcijfers die voor West-Europa in deze periode werden geregistreerd. Ze zijn vergelijkbaar met de Franse en Zwitserse cijfers, maar zijn hoger dan de cijfers voor Duitsland, Denemarken, Spanje, Nederland, Zweden en Luxemburg (4).

Mannen plegen meer zelfmoord dan vrouwen

Na standaardisatie voor leeftijd, is het sterftecijfer door zelfmoord 2,3 keer hoger bij mannen dan bij vrouwen.

De zelfmoordcijfers blijven relatief stabiel in de loop van de onderzochte periode. De onderstaande tabel toont de brutosterftecijfers door zelfmoord per 100.000 inwoners en de voor leeftijd gestandaardiseerde cijfers. We stellen een kleine daling vast van de cijfers voor mannen tussen 1998 en 2000 (NS).

	Mannen			Vrouwen		
	Aantal zelfmoorden	Bruto-cijfer	Gestandaardiseerd cijfer	Aantal zelfmoorden	Bruto-cijfer	Gestandaardiseerd cijfer
1998	138	30,8	30,8	64	13,0	13,0
1999	120	26,7	26,7	69	14,0	14,0
2000	118	26,1	26,0	65	13,1	13,2

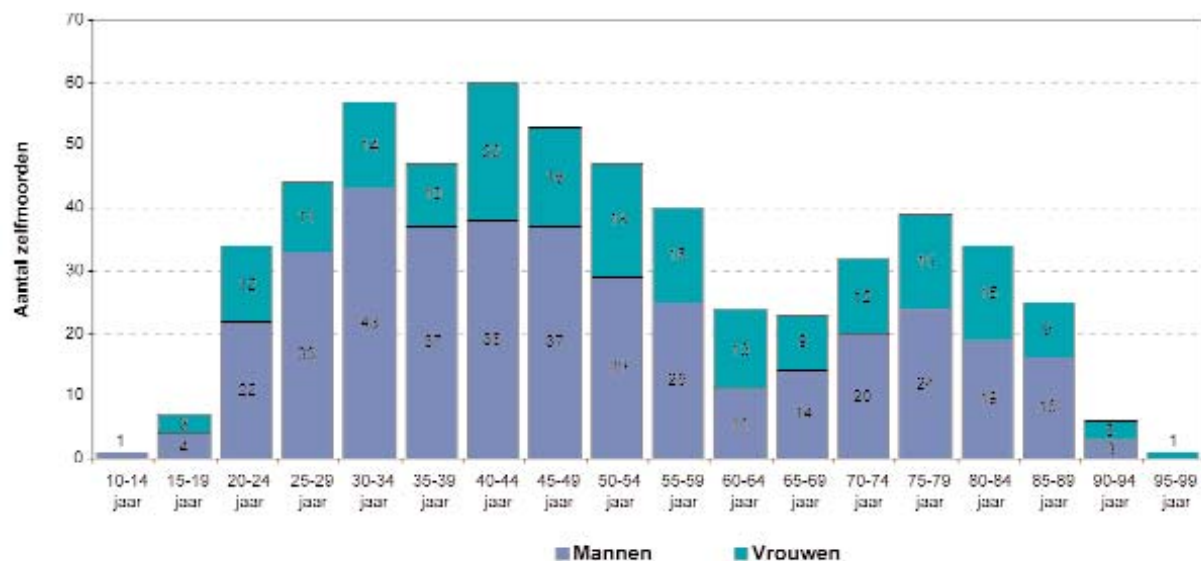
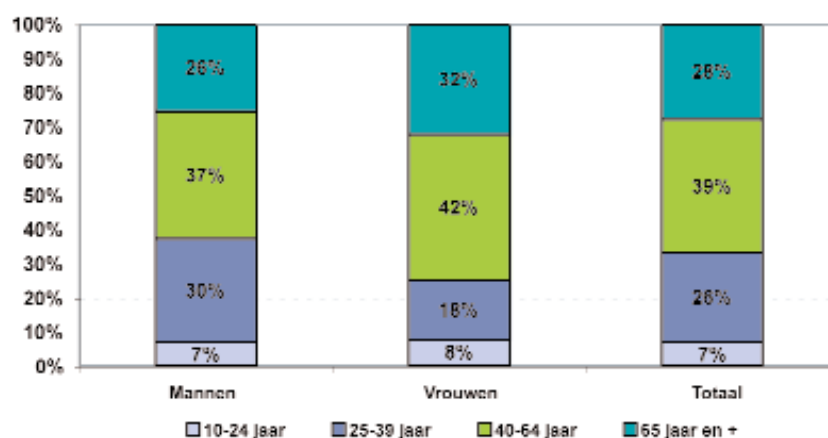
● De mortaliteit door zelfmoord varieert sterk volgens leeftijd

Om het belang van zelfmoord in de verschillende leeftijdsgroepen goed te begrijpen, moeten we 3 complementaire meetgegevens in aanmerking nemen: het absolute aantal zelfmoorden, het sterftecijfer door zelfmoord en het procentuele aandeel van zelfmoord op alle sterfgevallen.

De verdeling van het absoluut aantal zelfmoorden over de verschillende leeftijdsgroepen toont aan dat de meeste zelfmoorden betrekking hebben op personen van middelbare leeftijd. Zelfmoord bij adolescenten blijft uitzonderlijk. Het sterftecijfer door zelfmoord geeft het risico op zelfmoord voor een bepaalde leeftijdsgroep aan. Oudere personen lopen een veel groter risico dan jongeren. Het percentage zelfmoorden op het totale aantal overlijdens hangt sterk af van de mortaliteit door andere oorzaken. Adolescenten en jongvolwassenen sterven – gelukkig – zelden aan ziektes. Hierdoor is het gewicht van sterfgevallen met een niet-natuurlijke oorzaak, waaronder zelfmoord, relatief groot (zie 1.3-1).

● Absolute cijfers en verdeling van overlijdens over leeftijdsgroepen

In absolute cijfers zien we bij mannen een eerste piek tussen 30 en 34 jaar, waarna het absoluut aantal progressief afneemt tot 60 jaar. Een andere piek vinden we tussen 75 en 79 jaar. Voor vrouwen is het absoluut aantal zelfmoorden het hoogst in de leeftijdsgroep van 40 tot 44 jaar. In de periode 1998-2000, zijn er 8 sterfgevallen door zelfmoord bij adolescenten.

Figuur 6 : Frequentie van zelfmoord volgens leeftijd, Brussel 1998-2000**Figuur 7 : Verdeling van de overlijdens door zelfmoord per leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000**

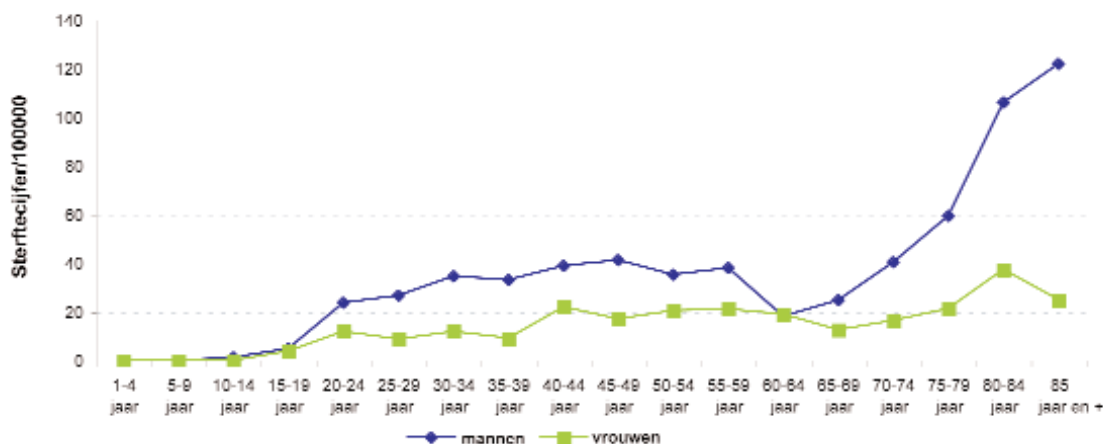
● Sterftecijfers door zelfmoord

De zelfmoordcijfers nemen toe volgens leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij mannen stellen we een toename vast vanaf 20 jaar met een vlakke curve tussen 40 en 60 jaar, gevolgd door een zeer belangrijke stijging vanaf 65 jaar.

Bij vrouwen zien we een toename van het zelfmoordcijfer op 40 jaar, daarna een stabilisatie gevolgd door een lichte toename tussen 75 en 85 jaar.

De toename van het zelfmoordcijfer volgens leeftijd vinden we in alle Europese landen terug (5).

Figuur 8 : Evolutie van de zelfmoordcijfers volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000



3_ Frequentie en zelfmoordcijfers per gemeente

De onderstaande kaarten tonen de gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (SMR voor mortaliteit door zelfmoord) per gemeente. Voor de gemeenten in het donkerblauw, is dit cijfer significant hoger dan voor de rest van het gewest. Voor de gemeenten in het donkergroen ligt het significant lager vergeleken met de gewestelijke cijfers. De gemeenten in lichte kleuren hebben een SMR hoger (blauwgrijs) of lager (groengrijs) dan de gewestelijke cijfers. Deze verschillen zijn statistisch niet significant⁸.

Na standaardisatie voor leeftijd, stellen we vast dat het zelfmoordcijfer in de gemeenten Ganshoren en Anderlecht (voor mannen) en Jette en Elsene (voor vrouwen) significant hoger ligt dan het gewestelijke gemiddelde.

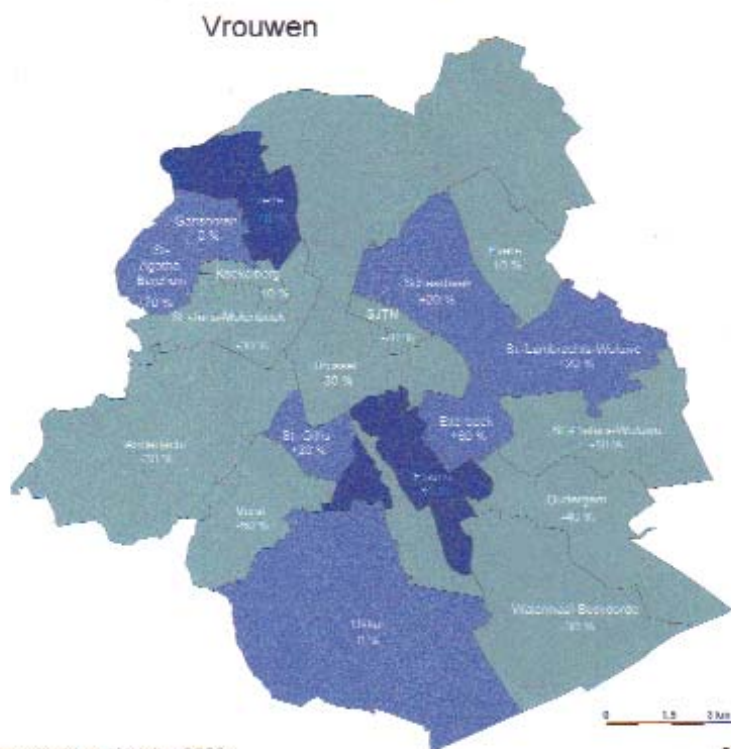
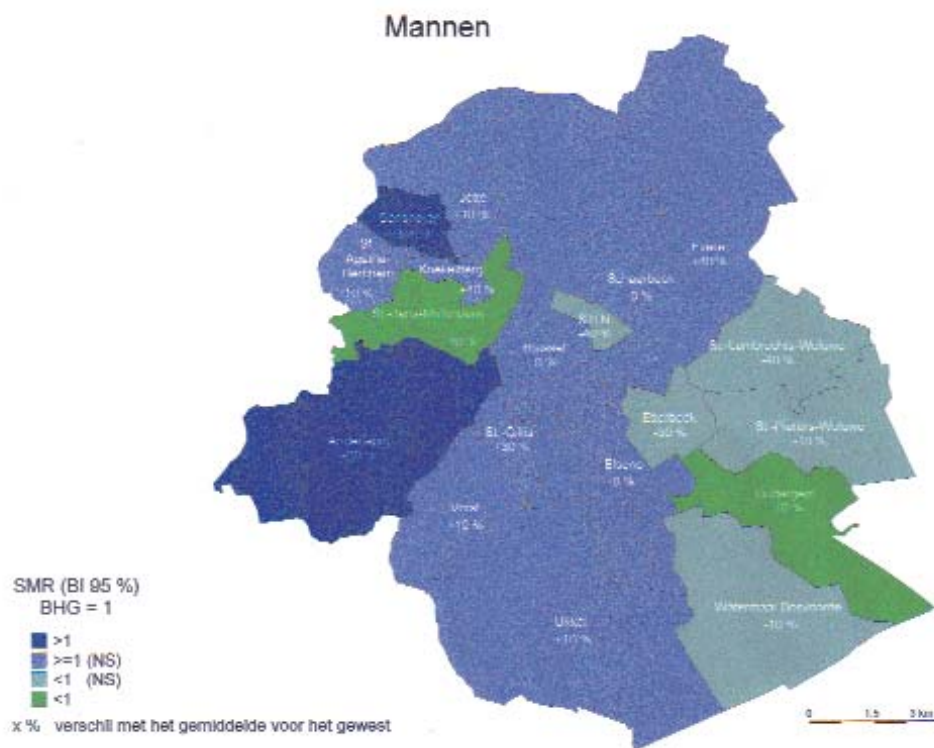
De zelfmoordcijfers voor mannen zijn significant lager vergeleken met de gewestelijke cijfers in de gemeenten Oudergem en Sint-Jans-Molenbeek.

In de gemeenten waar het zelfmoordcijfer significant hoger ligt dan in de rest van het gewest, geldt dit voor alle leeftijdsgroepen.

We beschikken niet over elementen die toelaten om de verschillen tussen de Brusselse gemeenten te interpreteren. Socio-economische factoren worden verder in dit dossier geanalyseerd. Kwalitatieve gegevens bijvoorbeeld inzake het sociale weefsel, maken wellicht een beter begrip van de verschillen mogelijk.

⁸ Hetzij omdat het gestandaardiseerde cijfer erg dicht bij het gewestelijke cijfer ligt, hetzij omdat het klein aantal zelfmoorden een gebrek aan nauwkeurigheid (zeer groot betrouwbaarheidsinterval, waaronder 1) met zich meebrengt. Zie "methodologische toelichting".

Kaart 1 en 2: Gestandaardiseerde mortaliteitsratio's voor zelfmoord, 1998-2000
Brussels Hoofdstedelijk Gewest



4_ Socio-demografische factoren

Burgerlijke staat

De zelfmoordcijfers variëren volgens burgerlijke staat. De onderstaande tabel toont het sterftecijfer door zelfmoord voor plus 15-jarigen en de gestandaardiseerde mortaliteitsratio (SMR) na standaardisatie voor leeftijd.

	Mannen		Vrouwen	
	Brutocijfer / 100000	SMR (BI 95%)	Brutocijfer / 100000	SMR (BI 95%)
Gehuwd	22,6	1,0	11,1	1,0
Ongehuwd	34,4	1,9 (1,6-2,2)	14,2	2,0 (1,4-2,5)
Gescheiden	61,6	2,9 (2,1-3,7)	31,5	2,5 (1,7-3,2)
Weduwe/weduwenaar	132,9	3,2 (2,3-4,2)	22,7	1,1 (0,8-1,4)

Weduwnaars zijn bijzonder kwetsbaar. Hun zelfmoordcijfer ligt meer dan 3 keer hoger, vergeleken met getrouwde mannen (na standaardisatie voor leeftijd). Vrouwen en mannen die feitelijk of wettelijk gescheiden zijn, lopen een verhoogd risico op zelfmoord (2,5 tot 3 keer hoger dan getrouwde personen). Dit geldt eveneens voor alleenstaanden (zelfmoordcijfer twee keer hoger dan bij getrouwde personen).

Nationaliteit

Studies uitgevoerd in Australië, de Verenigde Staten en Canada tonen aan dat de frequentie van suïcidaal gedrag binnen een groep immigranten overeenkomt met wat hieromtrent in hun land van origine wordt vastgesteld (6). Culturele factoren hebben een grote invloed op suïcidaal gedrag. Het is dus interessant om de invloed van deze factoren op de zelfmoordcijfers te analyseren.

De statistische formulieren geven ons geen informatie over de oorspronkelijke cultuur van de overleden personen. De enige culturele indicator waarover we beschikken, is de nationaliteit. Om methodologische redenen kunnen we de zelfmoordcijfers niet analyseren voor elke nationaliteit of groep nationaliteiten die in Brussel voorkomt.

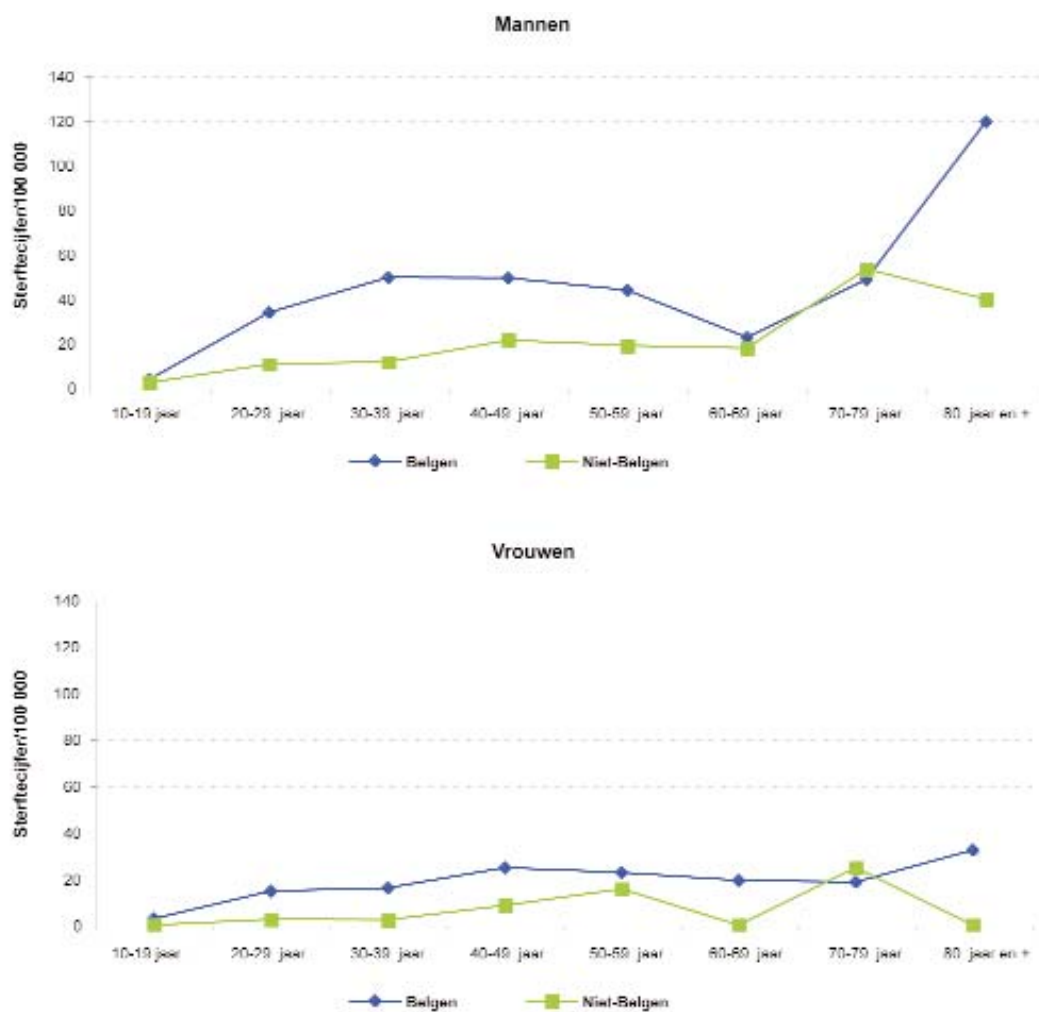
Daarom werd een onderscheid gemaakt tussen Belgen en niet-Belgen. We zijn er ons goed van bewust dat deze laatste groep bestaat uit mensen afkomstig uit diverse landen en verschillende culturen.

De zelfmoordcijfers liggen hoger bij Belgische mannen en vrouwen. Na standaardisatie voor leeftijd is het cijfer 2,5 keer lager bij mannelijke niet-Belgen dan bij mannelijke Belgen. Het verschil is nog meer uitgesproken bij vrouwen: na standaardisatie voor leeftijd, ligt het zelfmoordcijfer 3,3 keer lager bij niet-Belgische vrouwen dan bij Belgische vrouwen.

De verschillen tussen Belgen en niet-Belgen vallen vooral op voor personen jonger dan 60 (figuur 9).

	Mannen		Vrouwen	
	Brutocijfer / 100000	SMR (BI 95%)	Brutocijfer / 100000	SMR (BI 95%)
Belg	33,8	1,0	16,4	1,0
Niet-Belg	12,8	0,4 (0,2-0,5)	4,5	0,3 (0,2 -0,5)

Figuur 9 : Evolutie van het sterftecijfer door zelfmoord volgens leeftijdsgroep en nationaliteit, Brussel 1998-2000



Het aandeel zelfmoorden op het totale aantal overlijdens is statistisch niet verschillend in de diverse nationaliteitsgroepen. Dit is te wijten aan het feit dat de sterftecijfers voor talrijke andere doodsoorzaken lager liggen voor niet-Belgen dan voor Belgen. Bij mannen van 20 tot 49 jaar stellen we een significant verschil vast tussen de nationaliteitsgroepen. In deze leeftijdscategorie vertegenwoordigt zelfmoord 19,6% van de overlijdens bij Belgische mannen, 14,4% van de overlijdens bij mannen afkomstig uit een ander Europees land, 9,6% van de overlijdens bij Turkse en Maghrebijnse mannen en 5,9% van de overlijdens voor de andere nationaliteiten ($p < 0,01$).

Sociale status

Sommige onderzoeken tonen een hogere frequentie van zelfmoord aan in sociaal achtergestelde populaties en dit in het bijzonder bij jonge mannen (7;8). Andere studies vinden geen enkel verband tussen sociale status en zelfmoordcijfers (5;9). Bij de bestudeerde socio-economische factoren vormt vooral werkloosheid een verhoogd risico op zelfmoord (10-12). De relatie tussen socio-economische factoren en zelfmoord is complex. Ze spelen waarschijnlijk eveneens een belangrijke rol als stressfactoren, als bepalende elementen van psychisch lijden of psychische aandoeningen die mensen vatbaar maken voor zelfmoord of verhogen de kwetsbaarheid door beïnvloeding van het zelfbeeld, sociale integratie, enz. De sociale status kan ook een invloed hebben op de toegang tot medische zorgen, de kwaliteit van de zorg na een zelfmoordpoging of voor een pathologie met predispositie voor zelfmoord.

Voor het Brussels Gewest wordt het meten van sociale ongelijkheid met betrekking tot zelfmoord bemoeilijkt door de afwezigheid van gegevens omtrent de sociale status per sterfgeval. Gegevens omtrent de socio-professionele status en het opleidingsniveau ontbreken inderdaad vaak (voor de onderzochte periode is het opleidingsniveau onbekend voor 63% van de overlijdens). Er bestaat geen precieze en eenduidige definitie van socio-professionele categorieën als «werkloze» voor het invullen van het formulier en voor de bevolkingsgegevens zodat we de impact van sociale determinanten op het zelfmoordrisico niet kunnen analyseren⁹. Bij gebrek aan individuele gegevens over de sociale status trachten we de sociale ongelijkheid met betrekking tot zelfmoord te meten aan de hand van een «ecologische» analyse. Dit wil zeggen dat we aan elke persoon het gemiddelde socio-economische niveau van de gemeente waarin hij woont¹⁰, toekennen. De gemeenten zijn gecategoriseerd volgens een methode van clustering uitgaande van 3 socio-economische variabelen: het gemiddeld inkomen per inwoner, de werkloosheidscijfers en het percentage inwoners dat recht heeft op een bestaansminimum («leefloon» vanaf 1.10.2002) en equivalent-bestaansminimum of een inkomensgarantie voor ouderen.

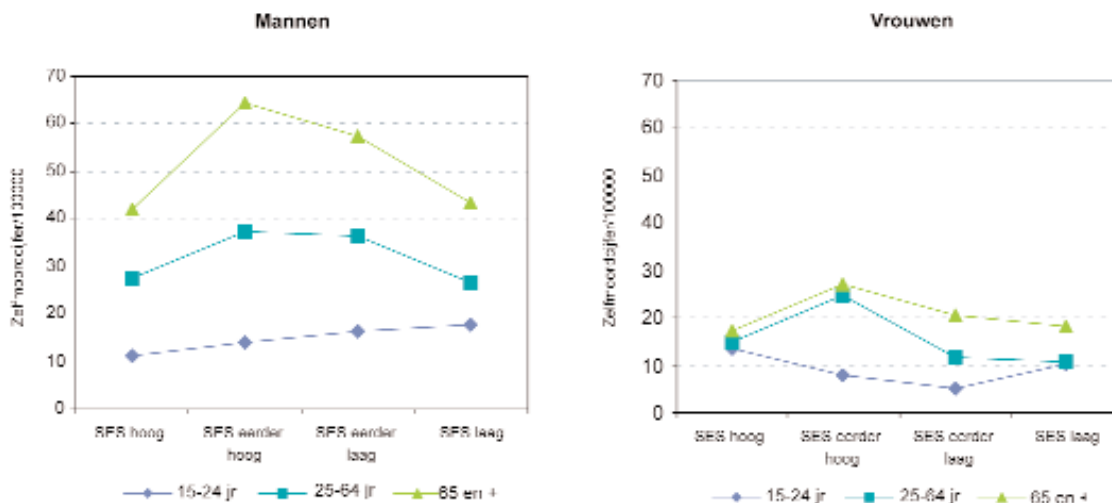
De indeling van de 19 Brusselse gemeenten in vier categorieën volgens socio-economische status (SES) wordt weergegeven op de volgende kaart.

⁹ In de statistische formulieren inzake overlijden heeft de categorie "werkloos" zowel betrekking op uitkeringsgerechtigde als niet-uitkeringsgerechtigde werklozen. We kunnen echter niet uitsluiten dat een belangrijk deel van de werklozen "zonder beroep" gecategoriseerd zijn. We kunnen dus geen zelfmoordcijfer berekenen met als noemer het totale aantal uitkeringsgerechtigde werklozen of een andere categorie uit de tewerkstellingsstatistieken.

¹⁰ Deze methode heeft een reeks beperkingen en leidt tot onderschatting. Ze kan zelfs de sociale ongelijkheid doen verdwijnen die met individuele gegevens wel kan worden gemeten.

De hogere zelfmoordcijfers in de gemeenten met een gemiddelde socio-economische status gelden zowel voor personen van middelbare leeftijd als voor bejaarden. Voor mannen jonger dan 25 jaar daarentegen, stijgen de cijfers met het niveau van armoede in de woonplaats. Dit wordt aangetoond in figuur 10. Gezien het kleine aantal gevallen zijn de verschillen statistisch niet significant.

Figuur 10 : Zelfmoordcijfer volgens socio-economische categorie van gemeente, volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000



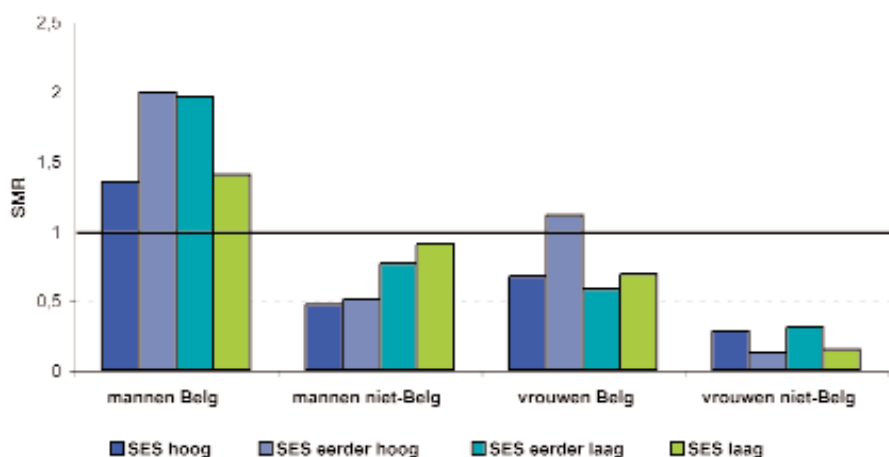
We zagen eerder dat het zelfmoordcijfer bij niet-Belgen lager ligt dan bij Belgen. Daar het aantal niet-Belgen proportioneel hoger is in de armste gemeenten, werden bij de vergelijking van de verschillende categorieën van gemeenten afzonderlijke analyses uitgevoerd voor Belgen en niet-Belgen.

De onderstaande grafiek toont de gestandaardiseerde mortaliteitsratio's (SMR) voor Belgische en niet-Belgische mannen en vrouwen in elke categorie van gemeente (het gewest correspondeert met een SMR = 1).

Het zelfmoordcijfer van Belgische mannen is hoger dan dat van de Brusselse populatie, met bijzonder hoge cijfers in de gemeenten met een gemiddelde socio-economische status. Voor niet-Belgische mannen ligt het zelfmoordcijfer lager dan dat van de Brusselse populatie. We stellen wel een negatieve sociale gradiënt vast (de sterftecijfers nemen toe naarmate de socio-economische status verlaagt).

Belgische vrouwen hebben een hoger zelfmoordcijfer in gemeenten met een eerder hoge socio-economische status. Voor niet-Belgische vrouwen vinden we de laagste zelfmoordcijfers, onafhankelijk van de categorie van gemeente.

Figuur 11 : Gestandaardiseerde mortaliteitsratio's van zelfmoord volgens geslacht, nationaliteit en socio-economische categorie van gemeente van verblijf



Uit sommige studies blijkt dat het zelfmoordcijfer sterker samenhangt met de graad van «sociale fragmentatie¹²» dan met de graad van armoede in de woonomgeving (13). We hebben voor de Brusselse gemeenten geen correlatie gevonden tussen de zelfmoordcijfers en het proportionele aantal alleenstaanden. Bijkomende analyses zijn nodig om een beter beeld te schetsen van de specifieke kenmerken van gemeenten met een gemiddelde socio-economische status om het hoge aantal zelfmoorden in deze gemeenten te verklaren.

Leefomgeving

We beschikken niet over betrouwbare gegevens betreffende de spreiding van de Brusselse bevolking volgens leefomgeving en kunnen dus het verband tussen leefomgeving en zelfmoordrisico niet inschatten (namelijk de sterftcijfers door zelfmoord in verschillende leefomgevingen vergelijken). We beschikken enkel over het percentage zelfmoorden op het totaal aan overlijdens volgens leefomgeving.

In het algemeen stellen we vast dat voor personen jonger dan 65 het aandeel zelfmoorden hoger ligt bij alleenstaanden dan bij personen die in gezinsverband leven.

Bij mannelijke gedetineerden is het aandeel zelfmoorden op de totale mortaliteit het grootst. Op elke 10 mannen tussen 18 en 44 jaar die in de gevangenis sterven, zijn er 8 die door zelfmoord om het leven komen (80%).

Volgens recente gegevens¹³ gaan de zelfmoordcijfers in de Belgische gevangenissen sinds de jaren 50 in stijgende lijn en zijn ze 10 keer hoger dan bij de gewone bevolking. Gedetineerden behoren bijgevolg tot een van de subgroepen met het grootste risico op zelfmoord.

¹² De graad van sociale fragmentatie wordt gebaseerd op het percentage alleenstaanden en de graad van mobiliteit (aantal verhuizingen).

¹³ Mark Vanderveken, "Décès par suicide dans les prisons belges : un indicateur de santé alarmant." Publicatie in voorbereiding.

Percentage overlijdens door zelfmoord t.o.v. andere doodsoorzaken tussen 18 en 44 jaar volgens leefomgeving

Leefomgeving	Mannen		Vrouwen	
	n zelfmoord	% overlijdens	n zelfmoord	% overlijdens
Privé-huishouden	69	18%	37	14%
Alleen	91	24%	32	22%
Gevangenis	10	80%	-	-

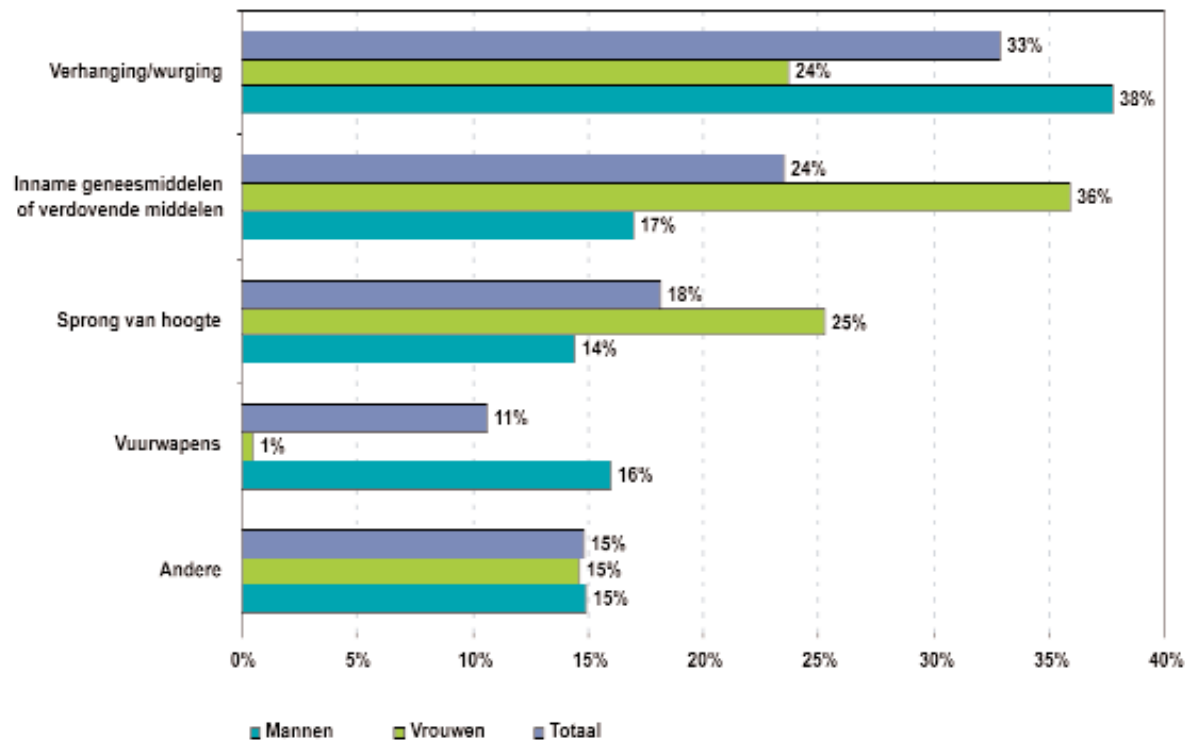
Voor personen die in een instelling leven, ligt het aandeel zelfmoorden lager dan voor andere leefomgevingen en dat voor alle leeftijden.

Voor bejaarden (75 jaar en meer) is het percentage zelfmoorden niet significant hoger voor alleenstaanden (1,3%) dan voor personen die in gezinsverband wonen (0,8%). Het aandeel zelfmoorden is daarentegen veel lager bij personen in een instelling (0,4%) (RR (instelling versus gezinsverband) = 0,3 (0,2-0,6)). Dit is eveneens vastgesteld in Vlaanderen (14). Dit betekent niet dat personen in een instelling een betere levenskwaliteit hebben. Ze genieten uiteraard van meer sociale controle en zijn vaak minder autonoom dan alleenstaanden of diegenen die in familieverband leven.

5_ Gebruikte middelen

Verhanging of wurging is het meest gebruikte middel om zelfmoord te plegen (1/3 van het aantal zelfmoorden). Andere middelen zijn in dalende volgorde, zelfmoord door inname van drugs of geneesmiddelen, een sprong van een hoogte en zelfmoord met een vuurwapen. Er zijn proportionele verschillen naargelang het geslacht. Het meest opvallende is het verschil bij zelfmoord met een vuurwapen. Dit komt vrijwel uitsluitend voor bij mannen. In de periode 1998 tot 2000 pleegde slechts één vrouw zelfmoord met een vuurwapen. Vrouwen kiezen meestal voor geneesmiddelen om zelfmoord te plegen (36% van de zelfmoorden), mannen verkiezen, in bijna 40% van de gevallen, verhänging of wurging.

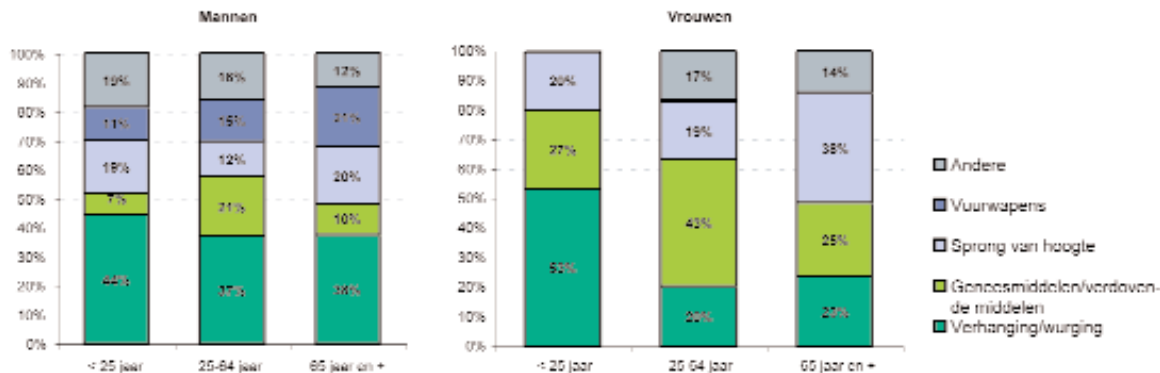
Figuur 12 : Frequentie van gehanteerde methode bij zelfmoord, Brussel 1998-2000



De wijze om zelfmoord te plegen, verschilt ook naargelang de leeftijd. Bij mannen is verhangen het meest gebruikte middel in alle leeftijdsgroepen. De frequentie van zelfmoord met een vuurwapen neemt toe met de leeftijd. Zelfmoord door inname van geneesmiddelen of verdovende middelen komt frequenter voor bij mannen van middelbare leeftijd (figuur 13).

Dezelfde tendens vinden we terug bij vrouwen. Meer dan de helft van de zelfmoorden vóór de leeftijd van 25 jaar gebeurt door verhangen of wurging. In de leeftijdsgroep van 25-64 jaar zijn medicijnen het meest gebruikte middel (43% van de zelfmoorden). Bij 65-plussers is het meest gebruikte middel een sprong van een hoogte (37,5% van de zelfmoorden) (figuur 13).

Figuur 13 : Frequentie van gehanteerde methode bij zelfmoord volgens leeftijdsgroep, Brussel 1998-2000



Wat de gebruikte middelen betreft om zelfmoord te plegen zijn er geen significante verschillen tussen Belgen en niet-Belgen.

Er is geen significante evolutie van de gebruikte middelen in de periode 1998-2000. Wanneer we deze gegevens echter vergelijken met de Belgische mortaliteitsgegevens van 1981, zien we een zeer duidelijke toename van zelfmoorden door een sprong van een hoogte (die slechts 5% van de zelfmoorden vertegenwoordigden) en door geneesmiddelen of verdoovende middelen (13% bij mannen en 27% bij vrouwen) en een afname van zelfmoorden door verhangen en verdrinking. Het percentage zelfmoorden met een vuurwapen, sterk toegenomen in de jaren 70 (van 10 tot 17% van de zelfmoorden bij de mannen), is stabiel gebleven (15%).

6_ Analyse van bijkomende doodsoorzaken

Voor de codificatie van doodsoorzaken, definieert de WHO de bijkomende doodsoorzaak als «andere belangrijke pathologische factoren die bijdragen tot het overlijden maar zonder verband met de ziekte of de pathologische factor die de dood veroorzaakt heeft.» (2). In geval van zelfmoord, leidt deze definitie tot verwarring. We stellen immers vast dat depressie 57% van de «bijkomende doodsoorzaken» uitmaakt en dus rechtstreeks verband houdt met de zelfmoord. Zo werkt zware intoxicatie door alcohol of psychofarmaca waarschijnlijk drempelverlagend om tot zelfmoord over te gaan of vormt het een bijkomende factor. De arts codeert zelfmoord door het mengen van alcohol en geneesmiddelen meestal als zelfmoord door geneesmiddelen met als bijkomende doodsoorzaak mentale stoornissen gerelateerd aan alcoholgebruik.

De analyse van bijkomende doodsoorzaken kan interessant zijn om aan zelfmoord gerelateerde gezondheidsproblemen beter te identificeren.

Bij 27% van de zelfmoorden vinden we een bijkomende doodsoorzaak op het overlijdenscertificaat¹⁴ (35,5% voor de vrouwen en 24% voor de mannen). We vinden minder een bijkomende doodsoorzaak terug voor de jongsten (< 30 jaar) en de bejaarde mannen.

¹⁴ Op de statistische formulieren inzake overlijden moet de geneesheer enerzijds het causale proces aangeven dat tot het overlijden heeft geleid nl. de initiële, intermediaire en onmiddellijke doodsoorzaak en anderzijds de bijkomende doodsoorzaken.

Bij zelfmoord is het aandeel certificaten met melding «bijkomende doodsoorzaak» lager dan bij overlijdens door andere oorzaken (27% versus 45%). Dit heeft onder andere te maken met het aandeel overlijdensaktes ingevuld door de behandelende geneesheer. In geval van zelfmoord zijn slechts 9% van de geneesheren die de overlijdensakte tekenden, betrokken bij de behandeling van de patiënt, tegenover 58% voor alle overlijdens. Het kleine aandeel overlijdensaktes getekend door dokters die de patiënt kende, is te beperkt om de bijkomende doodsoorzaken bij zelfmoord diepgaand te analyseren.

Bij de bijkomende doodsoorzaken op de certificaten van overlijdens door zelfmoord, is er weinig verschil tussen mannen en vrouwen, uitgezonderd een groter aandeel intoxicatie door overmatig alcoholgebruik bij mannen.

	Mannen	Vrouwen
	N (% bijkomende doodsoorzaak)	N (% bijkomende doodsoorzaak)
Depressie	51 (57 %)	39 (58 %)
Alcoholisme	2 (2,2 %)	3 (4,5 %)
Toxicomanie		
(psychoactieve middelen)	2 (2,2 %)	1 (1,5 %)
Andere aandoeningen	9 (10 %)	8 (12 %)
Intoxicatie ten gevolge van alcohol	10 (11 %)	4 (6 %)
Intoxicatie ten gevolge van psychotrope middelen	4 (4,4 %)	3 (4,5 %)
Andere	12 (13,3 %)	9 (13,4 %)

Het type bijkomende doodsoorzaak verschilt in functie van de leeftijd. Zo vertegenwoordigen zware ziektes (kanker, hartziekten, degeneratieve aandoening van het centrale zenuwstelsel, etc.) 30% van de bijkomende doodsoorzaken bij personen van 70 jaar en meer, 11% bij personen tussen 50 en 69 en 3% bij personen tussen 30 en 49 jaar. Omgekeerd wordt toxicomanie (alcoholisme of verslaving aan andere psychoactieve substanties) vooral vermeld voor personen tussen 30 en 49 jaar (11% van de bijkomende doodsoorzaken).

De analyse van bijkomende doodsoorzaken vermeld op het statistisch formulier inzake overlijden, onderschat in hoge mate de pathologie die verband houdt met zelfmoord. Volgens studies uitgevoerd in verschillende landen vindt men affectieve stoornissen (depressie) terug bij 30 tot 85% en alcoholisme in 15 tot 56% van de zelfmoorden. Deze twee factoren hangen bovendien vaak onderling samen. De afhankelijkheid van andere substanties wordt vastgesteld bij 20 tot 60% van de zelfmoorden en neemt, vooral bij jonge mannen, de laatste jaren toe (16;17).

7_ Spreiding van zelfmoorden gedurende het jaar

Seizoensgebonden fluctuaties met betrekking tot zelfmoord bestaan overal in de wereld. Ze zijn waarschijnlijk verklaarbaar door biologische en sociologische factoren. De fluctuaties zijn echter niet uniform. Ze variëren van regio tot regio en zijn meer uitgesproken in rurale zones. In West-Europa wijst men meestal op een verhoogde frequentie in de lente en bij het begin van de zomer en op een lagere frequentie in de herfst met een minimum in december (18).

In de periode 1998-2000, kent het Brussels Gewest een hogere frequentie van zelfmoorden van januari tot april en in de loop van de zomermaanden. Het aantal zelfmoorden is het laagst in mei, juni en in de herfst. Deze tendensen zijn het meest uitgesproken bij mannen.

Figuur 14 : Evolutie van het aantal zelfmoorden volgens maand



8_ Vergelijking met andere regio's

Zelfmoordcijfers variëren sterk van land tot land. In de periode 1983-1993 zijn de gemiddelde Europese zelfmoordcijfers 27,9/100.000 voor mannen en 8,9/100.000 voor vrouwen. De zelfmoordcijfers liggen 22 keer hoger in Hongarije (het land met het hoogste cijfer) dan in Albanië (het land met het laagste cijfer).

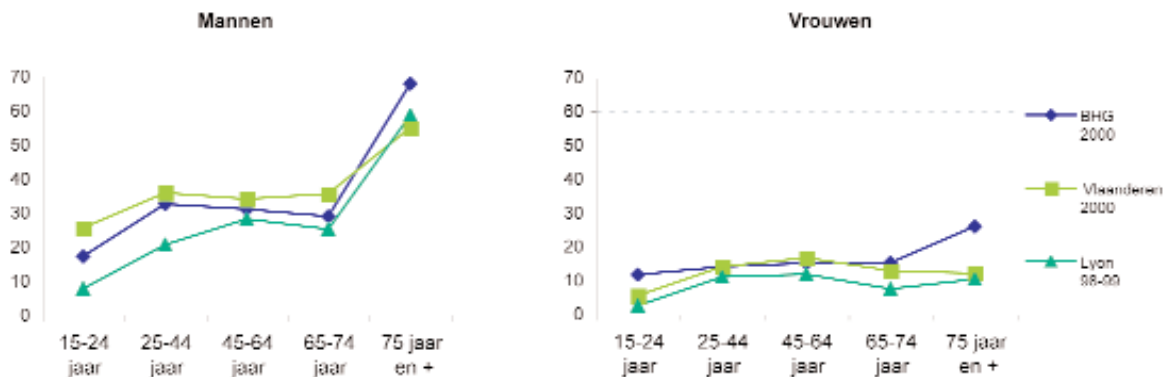
Voor een deel zijn de verschillen te verklaren door verschillen op vlak van registratie en certificatie van doodsoorzaken. Andere factoren zoals de sociale, culturele en religieuze geldende normen beïnvloeden eveneens de gerapporteerde zelfmoordcijfers. We moeten dus erg voorzichtig zijn bij het vergelijken van de cijfers van de verschillende regio's en landen.

De methode van certificatie en registratie van doodsoorzaken is identiek in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit laat toe om betrouwbare vergelijkingen te maken. Voor het jaar 2000 waren de zelfmoordcijfers voor mannen 26,1/100.000 voor het Brussels Gewest en 29,1/100.000 voor Vlaanderen. Voor vrouwen ligt het zelfmoordcijfer in het Brussels Gewest een beetje hoger dan in Vlaanderen: 13,1 versus 11,1/100.000. De zelfmoordcijfers in Vlaanderen zijn momenteel dus vergelijkbaar met Brussel terwijl ze vroeger systematisch lager lagen.

Een vergelijking van de sterftcijfers per leeftijdsgroep (figuur 15) toont aan dat de zelfmoordcijfers hoger liggen in Brussel voor personen ouder dan 75 jaar en dit zowel voor mannen als voor vrouwen. De vastgestelde verschillen voor adolescenten moet men voorzichtig interpreteren, gezien het kleine aantal overlijdens in deze leeftijdsgroep (19 zelfmoorden in Vlaanderen, 7 in Brussel) (14).

De methode van registreren en certificatie van overlijdens in België ligt ook dicht bij de Franse methode. De cijfers voor Lyon (de enige Franse stad waarvan we beschikken over cijfers per leeftijdsgroep voor dezelfde periode) liggen lager dan de Brusselse.

Figuur 15 : Sterftcijfer voor zelfmoord in het het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in Vlaanderen en Lyon



Bron: Vlaanderen: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Lyon: Regionaal Observatorium voor Gezondheid Rhone-Alpes, BHG: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

In Europa liggen de sterftcijfers bij mannen systematisch hoger dan bij vrouwen. Doorgaans hebben landen uit Noord- en Oost-Europa een sekse-ratio die hoger is dan die van de landen van Zuid- en Oost-Europa (5).

De verhouding mannen/vrouwen in Brussel (2,3) ligt iets onder het Europese gemiddelde (3,2).

Wat de gebruikte middelen betreft, kent Brussel en België, een kleiner aandeel zelfmoorden met een vuurwapen dan Frankrijk waar dit type 30% van de mannelijke en 9% van de vrouwelijke zelfmoorden vertegenwoordigt (19).

Voor Vlaanderen (gegevens van 1998) is het aandeel zelfmoorden met een vuurwapen gelijkaardig. We zien een kleiner aandeel zelfmoorden door verdrinking (11% van de zelfmoorden in Vlaanderen, 3,5% in Brussel) en door verhangings (52% in Vlaanderen, 33% in Brussel) en een groter aandeel zelfmoorden door medicijnen of verdovende middelen (12% in Vlaanderen, 23,5% in Brussel) of door een sprong van een hoogte (5% in Vlaanderen, 18% in Brussel) (20).

2_Zelfmoordpogingen

Overlijdens te wijten aan zelfmoord vertegenwoordigen slechts het topje van de ijsberg. In verhouding tot het aantal overlijdens is het aantal zelfmoordpogingen, of het aantal mensen met zelfmoordgedachten veel groter.

We gebruiken de termen «zelfmoordpoging», «parasuicide» of «moedwillige autodestructieve handeling» om een zelfmoordhandeling aan te duiden die niet tot de dood leidt.

De term «zelfmoordgedachte» verwijst naar de idee een einde aan zijn leven te maken, naar een gevoel van levensmoeheid, naar de overtuiging dat het leven het niet waard is geleefd te worden. De intentie te sterven is geen verplicht criterium voor niet-fataal suïcidaal gedrag (6).

Zelfmoordpogingen betekenen een belangrijke risicofactor voor een latere zelfmoord. Volgens de resultaten van longitudinale studies overlijdt 3% van de personen die een zelfmoordpoging ondernemen binnen de 12 maanden door zelfmoord. 40% van de personen die zelfmoord plegen, probeerden daarvoor al minstens eenmaal een einde aan hun leven te maken (21;22).

De enige beschikbare gegevens voor het Brussels Gewest hebben betrekking op jongeren uit het secundair onderwijs. In een enquête van 1994, verklaarde 8% van de jongeren minstens een keer een zelfmoordpoging te hebben ondernomen en 2% deed dit verschillende keren. 34% van de jongeren overwogen zelfmoord. Meisjes zijn vaker met zelfmoord bezig dan jongens (23).

Aangezien we niet over betrouwbare informatiebronnen beschikken betreffende zelfmoordpogingen in Brussel, stellen we enkele gegevens voor, uit onderzoek gevoerd in Vlaanderen¹⁵ of het buitenland dat eventueel van toepassing kan zijn op het Brussels Gewest.

De moeilijkheden bij het verzamelen van betrouwbare gegevens over het aantal zelfmoordpogingen is enerzijds te verklaren door het groot aantal informatiebronnen (spoeddiensten van ziekenhuizen, huisartsen, politiediensten ...) en anderzijds doordat een niet onbelangrijk deel van de personen die een zelfmoordpoging ondernemen geen enkel contact met de hulpverlening heeft. Het netwerk van peilpraktijken verzamelt informatie afkomstig van huisartsen. Deze gegevens onderschatten eveneens het probleem omdat huisartsen niet altijd op de hoogte zijn van de zelfmoordpogingen van hun patiënten en omdat personen zonder huisarts niet in de gegevens opgenomen worden (24).

15 De eenheid voor zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent zet onderzoek op naar de preventie van zelfmoord gebaseerd op biologische, psychologische en sociale determinanten van suïcidaal gedrag. Deze eenheid neemt eveneens deel aan een multicentrisch onderzoek onder de hoede van de WHO met als doel de epidemiologische monitoring van zelfmoordpogingen in 16 Europese landen en de analyse van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens verzameld bij personen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben ([www.http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/](http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/)).

Het netwerk van peilpraktijken heeft geen betrouwbare gegevens voor het Brussels Gewest, gezien het kleine aantal Brusselse artsen dat tot het netwerk behoort en de relatief lage frequentie van zelfmoordpogingen.

Volgens Vlaamse schattingen zijn er voor elk overlijden door zelfmoord 14 zelfmoordpogingen¹⁶. Deze verhouding verschilt naargelang de leeftijd (100 tot 200/1 bij de min 25-jarigen en 2 tot 3/1 bij de plus 65-jarigen) en van het geslacht (groter bij vrouwen dan bij mannen) (6). Voor Brussel kunnen we ruw stellen dat de verhouding schommelt tussen 280 en 420/100.000. Dit betekent dat er per jaar tussen de 2700 en 4000 zelfmoordpogingen zijn¹⁶.

De cijfers voor zelfmoordpogingen vertonen sinds de jaren 90 een dalende tendens in verschillende Europese landen.

Het profiel van personen die een zelfmoordpoging ondernemen, wijkt af van dat van personen die ten gevolge van een zelfmoord overlijden. Zelfmoordpogingen zijn frequenter bij jongeren dan bij bejaarden. Over het algemeen hebben zelfmoordpogingen bij bejaarde personen zowel medisch als psychologisch ernstige gevolgen en is de kans op een fatale afloop veel groter (6). In tegenstelling tot de zelfmoordcijfers zijn de cijfers voor zelfmoordpogingen 2 tot 3 keer hoger bij vrouwen dan bij mannen, in het bijzonder bij jongeren (6).

Sociale verschillen zijn meer uitgesproken voor zelfmoordpogingen dan voor zelfmoord. Het risico op een zelfmoordpoging is groter bij personen die in onzekere sociale omstandigheden leven en vooral bij werklozen (6;25).

Afhankelijkheid van alcohol of illegale drugs is eveneens een risicofactor voor zelfmoordpogingen. Het risico vermenigvuldigt met 27 bij alcoholici. Toxicomanie is ook een predictieve factor voor een latere zelfmoord bij personen die een zelfmoordpoging ondernamen (16;26).

Zelfmoordpogingen zijn 6 tot 16 keer frequenter bij lesbische en homoseksuele jongeren dan bij heteroseksuele jongeren (27). Deze verhoogde kwetsbaarheid komt het duidelijkst tot uiting in de leeftijdsgroep jonger dan 20 jaar, maar is niet beperkt tot jongeren. De verhoogde kwetsbaarheid geldt niet voor alle holebi. Vooral laaggeschoolde homoseksuele jongeren met een laag inkomen zonder stabiele relatie en/of door hun homoseksualiteit geconfronteerd met familiale afwijzing of agressie vertonen gevoelens van onbehagen, depressie en/of ondernemen zelfmoordpogingen (28).

Zelfmoordpogingen gebeuren vooral door inname van geneesmiddelen of andere substanties (85%). Het type substantie varieert volgens de tijd en de wil om te sterven. In een Engelse studie stelt men een toename vast van zelfmoordpogingen door inname van paracetamol en antidepressiva. Volgens het netwerk van peilpraktijken worden in België vooral psychoactieve substanties, meer bepaald benzodiazepines gebruikt (29;30). In één geval op twee betreft het, de combinatie van verschillende substanties waaronder alcohol.

¹⁶ Wanneer we de verhouding van 1 zelfmoord per 14 zelfmoordpogingen toepassen, kunnen we het aantal pogingen in het Brussels Gewest op 2700 schatten. Rekening houdend met de verschillende verhouding tussen zelfmoord en zelfmoordpogingen volgens leeftijd (150 pogingen voor 1 zelfmoord bij de min 25-jarigen, 14 pogingen voor 1 zelfmoord bij de 25 tot 64-jarigen en 2,5 poging voor 1 zelfmoord bij de plus 65-jarigen) en de toepassing van de zo verkregen cijfers voor zelfmoordpogingen op de populatie op 1/1/2001 komen we op 4012 zelfmoordpogingen in het Brussels Gewest.

3_Zelfmoordpreventie : enkele denkpijsten

3_1 Inleiding

Zelfmoordpreventie vormt het onderwerp van talrijke polemieken. De benaderingswijze van het probleem is sterk afhankelijk van de cultuur en de discipline (31-33). De visies van sociologen, psychiaters of professionelen uit de volksgezondheid omtrent de noodzaak om zelfmoordpreventie op een specifieke manier aan te pakken en de aan te wenden strategieën lopen uiteen. Binnen elke discipline verlopen de debatten al even geanimeerd.

Het debat draait om de grote moeilijkheden waarmee een grondige evaluatie van de preventiestrategieën gepaard gaat. De belangrijkste moeilijkheden zijn van methodologische aard (een dergelijke evaluatie vereist langlopende, goed gecontroleerde en gerandomiseerde studies) maar hebben ook te maken met de extreme complexiteit van het fenomeen zelfmoord met zijn multidimensionele determinanten (biologisch, psychologisch, sociaal, economisch en cultureel) en niet-gekende beschermingsfactoren. Socio-economische gebeurtenissen als oorlogen of grote economische fluctuaties kunnen belangrijke schommelingen van de zelfmoordcijfers veroorzaken waarmee men rekening moet houden bij het evalueren van de impact van preventiestrategieën. Het ontbreken van een continuüm tussen niet-fataal suïcidaal gedrag en zelfmoord maakt de evaluatie van preventiestrategieën bijzonder moeilijk (34).

Terwijl de visies van specialisten verspreid worden in de wetenschappelijke literatuur, kan men het ontbreken van een publiek debat over deze bij uitstek ethische vragen enkel betreuen. Bij afwezigheid van zo'n debat, zijn de ethische keuzes en dus ook de objectieven van het huidige beleid op dit domein al te vaak ondoordacht en zelfs incoherent (vb. de keuzes die gemaakt worden op het vlak van ondersteuning en financiering van de dienstverlening).

Het is niet aan ons om in dit debat stelling te nemen. De analyse van ethische en filosofische vragen die een specifiek preventiebeleid sturen en de keuze voor bepaalde preventiestrategieën vallen eveneens buiten het kader van dit dossier.

Ons goed bewust van het reducerende karakter van de inhoud van dit hoofdstuk, beperken we ons tot de verschillende preventiestrategieën in het kader van het volksgezondheidsbeleid en geven we ze een plaats in de Brusselse context.

Doorgaans is preventie gebaseerd op het feit dat zelfmoord, in de meeste gevallen, niet de vrucht is van een rationele beslissing. Personen die een zelfmoordpoging ondernemen, voelen zich er in zekere zin toe gedwongen omdat ze geen andere uitweg zien uit hun lijden. Hun levenssituatie lijkt ondraaglijk en hun problemen onoverkomelijk. Meestal bestaan er echter alternatieven. Een van de doelstellingen van preventie is de persoon met suïcidaal gedrag de alternatieven te laten ontdekken en hem te ondersteunen bij het volgen van een alternatieve weg.

De gevoelens van personen die hun leven willen beëindigen, zijn zeer vaak ambivalent. Hun doodsverlangen drukt op een bijzonder drastische manier een verlangen uit naar verandering, naar een breuk met de actuele situatie. Het gaat ook om een impulsieve daad. De impuls om tot de daad over te gaan kan enkele minuten of enkele uren duren (35). Ook daar kan preventie een rol spelen.

De algemene houding van de samenleving tegenover zelfmoord beïnvloedt eveneens de zelfmoordcijfers of de drempel om tot de daad over te gaan (5). Daarom is een bewustwording van alle actoren (media, politiek, preventiewerkers, enz....) onmisbaar om tot een coherent preventiebeleid te komen. De WHO heeft overigens aanbevelingen gepubliceerd om de media bij de preventie te betrekken wanneer ze het publiek over zelfmoord informeren¹⁷.

Het is ook belangrijk om goed te definiëren wat men tracht te voorkomen. Zelfmoordpreventie is niet hetzelfde als preventie van zelfmoordgedachten, depressie of alcoholisme. Interventies die een positieve impact hebben op de preventie van deze problemen, leiden niet noodzakelijk tot een vermindering van het aantal zelfmoorden (31).

In een multicultureel en stedelijk gebied als het Brussels Gewest, moet preventie rekening houden met culturele factoren die een belangrijke rol spelen bij suïcidaal gedrag. De in het eerste hoofdstuk voorgestelde cijfers tonen aan dat de verschillende gemeenschappen in Brussel zich verschillend gedragen ten opzichte van zelfmoord. Het is belangrijk de beschermingsfactoren die sommige gemeenschappen minder kwetsbaar maken, beter te leren kennen om ze te kunnen versterken. Bij interventies gebaseerd op luisteren en begeleiding moet rekening worden gehouden met cultuur- en taalbarrières bij een groot deel van de Brusselaars.

We kunnen zelfmoordpreventie benaderen langs verschillende assen: volgens de klassieke classificatie van primaire, secundaire en tertiaire preventie of naargelang de doelgroep: de universele benadering die betrekking heeft op de hele populatie, de selectieve benadering die betrekking heeft op bijzondere subgroepen en de zeer gerichte benadering naar risicopersonen (31:36).

Bij de literatuurverwijzingen vindt de lezer een overzicht van websites rond zelfmoordpreventie (nationale programma's, preventiestrategieën, enz...).

3_2 Primaire preventie, een universele benadering

De primaire preventie richt zich op het vermijden van gezondheidsproblemen door in te spelen op factoren die deze problemen bepalen. In een zelfmoordcontext kan de primaire preventie inspelen op factoren die een verhoogd risico op zelfmoord in de hand werken en/of op de beschermingsfactoren.

Depressie en toxicomanie worden sterk geassocieerd met het risico op zelfmoord. Biologische en genetische factoren en een psychiatrische pathologie als schizofrenie houden eveneens een verhoogd risico op zelfmoord in. Interventies gericht op deze hoogrisicogroepen vallen onder de secundaire preventie.

¹⁷ "La prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias". Département van Geestelijke gezondheid en Toxicomanie, WHO, Genève 2002. Deze gids is verkrijgbaar bij het Observatorium van Gezondheid en Welzijn.

Dankzij talrijke studies kunnen de factoren verbonden met een verhoogd risico op zelfmoord steeds beter worden geïdentificeerd. Over de beschermingsfactoren weten we echter nog erg weinig. De beschermingsfactoren omvatten naast familiale factoren (goede familierelaties en een sterke ondersteuning door de familie), individuele factoren (een goed zelfbeeld, voldoende vertrouwen in de ervaringen en oplossingen van anderen, communicatievaardigheden en het zoeken van hulp en advies bij anderen), sociale factoren (een goede sociale integratie, actieve deelname aan het sociale leven) en culturele factoren (specifieke culturele waarden en tradities, een levensdoel).

Zelfmoord is het resultaat van verscheidene factoren waarbij stress een van de drie fundamentele determinanten is. Stress kan een kwetsbaarheid teweegbrengen waarop individuen al dan niet aangepast reageren waaronder met suïcidaal gedrag. Dat suïcidaal gedrag kan al dan niet fatale gevolgen hebben. Het merendeel van de personen onder stress vertoont geen suïcidaal gedrag of hun gedrag heeft meestal geen fatale uitkomst. Zelfmoord is dus het product van stress gecombineerd met de moeilijkheid om er gepast op te reageren en de dodelijkheid van het suïcidale gedrag. Deze drie factoren zijn noodzakelijk om tot zelfmoord te komen.

Primaire preventie kan zich dus enerzijds richten op psychologische of omgevingsfactoren die stress veroorzaken, zodat personen onder stress er beter mee leren omgaan of anderzijds op het gevaar van de beschikbare middelen om een einde aan het leven te maken.

Aangezien de primaire preventie zich richt op de hele populatie moet ze risicoloos zijn. Ze mag geen nadelige effecten hebben en moet economisch haalbaar zijn.

Beperking van stressfactoren

Talrijke gebeurtenissen of levensomstandigheden kunnen stress genereren waardoor de kwetsbaarheid van een persoon gevoelig kan verhogen. Men kan echter moeilijk tussenbeide komen om stresserende gebeurtenissen als het verlies van een naaste of een sentimentele breuk te vermijden.

Preventiemaatregelen kunnen echter wel helpen om stress of isolement op het werk of in grote woongemeenschappen te beperken (strijd tegen pesten, verbetering van de werkomstandigheden, enz.).

De verbetering van de leefomstandigheden in de gevangenissen zou ook een prioriteit moeten zijn (zie secundaire preventie, strategieën gericht op hoogrisicogroepen).

Gezien het verband tussen werkloosheidscijfers en zelfmoordcijfers, wordt door sommigen een vermindering van de werkloosheidscijfers aanbevolen als preventiemaatregel voor zelfmoord (36).

Het ligt voor de hand dat een reductie van het aantal werklozen het niveau van welzijn van de populatie en de gezondheid in het algemeen zal verbeteren (in het bijzonder in Brussel waar de werkloosheidscijfers zeer hoog zijn). Het is echter zeer waarschijnlijk dat de verhouding «kosten/baten» van deze strategie voor het specifieke probleem van zelfmoord te laag zal zijn. Het terugdringen van de werkloosheidscijfers moet dus een algemeen doel van het socio-economisch beleid zijn en niet een maatregel voor de preventie van zelfmoord.

Hetzelfde geldt voor socio-economische beleidsmaatregelen gericht op de verbetering van het algemeen welzijn en de levenskwaliteit van de bevolking. Hun belang in het specifieke kader van zelfmoordpreventie is zuiver speculatief¹⁸ (34).

Verbeteren van de capaciteit om het hoofd te bieden aan stresserende gebeurtenissen

- De verbetering van het sociale vangnet¹⁹ wordt door de WHO aanbevolen als maatregel voor preventie van zelfmoord. In Brussel vinden we in vergelijking met de rest van het land, een hoger percentage personen met een onbevredigend sociaal vangnet. Zo verklaart 16% van de populatie van 15 jaar en ouder niet te kunnen rekenen op burens, familie of vrienden om hen indien nodig te helpen (37). Algemene maatregelen ter verbetering van het sociale weefsel in de wijken beginnen zich te ontwikkelen. Sommige initiatieven worden ondersteund door de overheid. De impact van deze initiatieven op suïcidaal gedrag is moeilijk te evalueren. Specifieke maatregelen zoals telefonische hulpdiensten voor bejaarden hebben hun doeltreffendheid aangetoond (38).
- De WHO suggereert om op school, in de werkomgeving of in andere gemeenschaps-omgevingen, educatieve programma's in te richten om de vaardigheid in het omgaan met moeilijkheden en de stressbestendigheid te versterken. Deze benadering ter bevordering van de gezondheid wordt ondersteund door talrijke bemiddelaars in het schoolmilieu (39-41). Gezien de moeilijkheden eigen aan de evaluatie van dergelijke strategieën, bestaat er op dit moment geen bewijs dat dergelijke programma's het aantal zelfmoorden daadwerkelijk terugdringen.

Verminderde toegang tot letale middelen

Verscheidene studies hebben aangetoond dat een dergelijke strategie – zoals ingrijpen op de beschikbaarheid van bepaalde medicijnen of de toxiciteit van uitlaatgassen – de zelfmoordcijfers kunnen terugdringen, ondanks een lichte verschuiving naar andere middelen om zelfmoord te plegen. Tegenstanders van zo'n maatregel wijzen er op dat het risico op verschuiving naar een dodelijker middel niet uit te sluiten is (vb. in geval van een interventie gericht op het beperken van de toegang tot bepaalde medicijnen). Bij dit type strategie is het uiteraard belangrijk rekening te houden met de cultuur en omgeving die een belangrijke rol speelt bij de keuze van de gebruikte middelen.

Welke zijn de geïmplementeerde letale middelen indien voor het Brussels Gewest indien een dergelijke strategie wordt ontwikkeld?

De doeltreffendheid van de interventie hangt af van het percentage zelfmoorden met het geïmplementeerde middel en van de mogelijkheden om de risico's daadwerkelijk te beperken.

De onderstaande tabel geeft voor de periode 1998-2000 het aantal en het percentage zelfmoorden volgens het gebruikte middel en de verdeling over leeftijdsgroepen per middel.

¹⁸ Men heeft bijvoorbeeld vastgesteld dat gebeurtenissen als oorlogen, a priori nadelig voor de levenskwaliteit en de gezondheid in het algemeen, gepaard gaan met een belangrijke daling van de zelfmoordcijfers.

¹⁹ Onder "sociaal vangnet" verstaan we "de voor het individu beschikbare personen in wie hij vertrouwen heeft en op wie hij kan rekenen en die hem doen voelen dat hij als persoon gewaardeerd en gevaloriseerd wordt" (McDowell 1996).

Gehanteerde methode	Aantal zelfmoorden (%)	Verdeling per leeftijdsgroep		
		< 25 jr	25-64 jr	>= 65 jr
Verhanging, wurging	189 (32,9 %)	10,6 %	62,4 %	27,0 %
Sprong van hoogte	104 (18,1 %)	7,7 %	51,0 %	41,3 %
Andere geneesmiddelen	80 (13,9 %)	5,1 %	74,4 %	20,5 %
Vuurwapens	61 (10,6 %)	5,0 %	62,3 %	33,0 %
<i>Handvuurwapen</i>	12 (2,1 %)			
<i>Geweer of karabijn</i>	9 (1,6 %)			
<i>Andere of niet gespecificeerd</i>	40 (6,9 %)			
Geneesmiddelen : sedativa, hypnotica, anticonvulsia,				
antiparkinsonmiddelen	47 (8,2 %)	2,1 %	76,6 %	21,3 %
Verdrinking en onderdompeling	20 (3,5 %)	-	70,0 %	30,0 %
Sprong voor of liggen voor een				
bewegend voorwerp	18 (3,1 %)	16,7 %	83,3 %	-
Vuur, rook	8 (1,4 %)	12,5 %	87,5 %	-
Narcotica, hallucinogenen	8 (1,4 %)	12,5 %	87,5 %	-
Vergassing	6 (1,1 %)	-	100,0 %	-
Chemische producten	3 (0,5 %)	-	66,7 %	33,3 %
Pesticiden	2 (0,4 %)	-	-	100,0 %
Scherpe voorwerpen	2 (0,4 %)	-	50,0 %	50,0 %
Botsing met motorvoertuig	1 (0,2 %)	-	100,0 %	-

Verhanging is het vaakst gebruikte middel. De interventiemogelijkheden zijn erg beperkt daar meer dan 77% van de zelfmoorden door verhanging zich thuis afspelen. Voor de 6 zelfmoorden door verhanging in de gevangenis, kunnen eventueel preventieve maatregelen worden genomen.

Een sprong van een hoogte komt op de tweede plaats. 53% van deze zelfmoorden gebeuren thuis. We hebben geen precieze informatie over deze plaatsen. Sommige zelfmoorden kunnen misschien worden voorkomen door beschermingsmaatregelen bij hoge appartementsgebouwen. Men kan een inventaris opstellen van de risicoplakten in Brussel en daar eventueel beschermingsmaatregelen treffen.

Intoxicatie door niet-psychotrope geneesmiddelen vertegenwoordigt 14% van de zelfmoorden en heeft vooral betrekking op personen van middelbare leeftijd. We beschikken niet over precieze informatie omtrent het type medicijn, maar het gamma kan erg groot zijn. Preventieve acties gericht op de beschikbaarheid van grote dosissen potentieel dodelijke geneesmiddelen zijn mogelijk via huisdokter. De impact van bijvoorbeeld de beperking van de hoeveelheden paracetamol op de zelfmoordcijfers laat dergelijke denkpijlen toe. De door de WHO aanbevolen maatregelen zijn: het nauwgezet volgen van doktersvoorschriften, de reductie van de hoeveelheden die worden voorgeschreven, de verpakking in drukstrips, het voorschrijven van medicamenten onder de vorm van zetpillen (6).

Intoxicatie door psychotrope geneesmiddelen vertegenwoordigt 8% van de zelfmoorden. Het gebruik van deze medicijnen is wijd verspreid. In de laatste gezondheidsenquête in 2001 zegt 15% van de Brusselse populatie de laatste twee weken een psychotroop geneesmiddel te hebben genomen. Men stelde een stijgende tendens vast tussen 1997 en 2001 (42).

Een beperking op het voorschrijven van deze geneesmiddelen zou een bijdrage kunnen leveren aan de zelfmoordpreventie, in het bijzonder bij personen van middelbare leeftijd. Meer gedetailleerde gegevens over de exacte samenstelling van het geneesmiddel vereenvoudigt het opvolgen van de evolutie van zelfmoordcijfers in functie van het voorschrijfgedrag waardoor men de impact van eventuele maatregelen beter kan inschatten.

Het verband tussen de toegang tot vuurwapens en de zelfmoordcijfers is grotendeels bewezen. Van de personen die zelfmoord pleegden met een vuurwapen en van wie het beroep bekend is, is 15% politiemann of rijkswachter (18% bij de min 65-jarigen). Maatregelen gericht op de controle van het bezit van vuurwapens zullen zonder twijfel het aantal zelfmoorden inperken.

De andere middelen worden minder frequent gebruikt. Desondanks kunnen sommige eventueel het voorwerp van preventieve maatregelen uitmaken, zoals – vooral bij jongeren - zelfmoorden in de metro en het station. De zelfmoordpreventiecentra hebben reeds contact opgenomen met de openbare vervoersmaatschappijen. Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord onderzoekt ook het belang van het duidelijk zichtbaar aangeven van hun oproepnummers op de perrons.

De bestaande preventiemaatregelen gericht op zelfmoord door middel van gas (vermindering van het CO-gehalte in uitlaatgas en stadsgas) verklaren de zeer duidelijke vermindering van dit type zelfmoord.

Zelfmoorden door een overdosis van narcotica en hallucinogenen hebben slechts betrekking op de jongste leeftijdsgroep. De preventie van dit type zelfmoord gebeurt uiteraard in het kader van uitgebreide preventiemaatregelen gericht op toxicomanie.

Sensibiliseren en informeren van het grote publiek

Een stigmatiserende attitude, pesterijen of zelfs een agressieve houding van de samenleving tegenover personen die niet beantwoorden aan de norm (vb. homoseksuelen, mensen met uitgesproken overgewicht, toxicomanen, etc...) dragen bij tot een verhoogd zelfmoordrisico indien deze personen bovendien kwetsbaar of depressief zijn. Campagnes of beleidsmaatregelen die de strijd aanbinden met deze attitudes leveren dus een bijdrage aan de primaire preventie.

Vaak sturen personen die zelfmoord overwegen eerst signalen uit, meestal naar de onmiddellijke omgeving (familie, vrienden), minder vaak naar professionele hulpverleners. Het is dus belangrijk dat het grote publiek gesensibiliseerd wordt om deze signalen op te vangen maar vooral dat het geïnformeerd wordt over lokale hulpverlening en dat de toegang tot die voorzieningen wordt verhoogd .

3_3 Secundaire preventie, een selectieve benadering

De secundaire preventie richt zich in verband met zelfmoord op de identificatie van risicopersonen om voortijdig te kunnen interveniëren.

Het probleem is dat het voorspellen van zelfmoord vrijwel onmogelijk is²⁰. De factoren die op significante wijze verbonden zijn met zelfmoord zijn erg verspreid in de bevolking (suïcidale ideeën, depressie, alcoholisme of toxicomanie, enz ...). Zelfmoord is (gelukkig) een zeldzame gebeurtenis, wat verklaart waarom predictieve factoren weinig zelfmoorden opsporen (32). Dit betekent dat men na identificatie van de «risicopersonen» moet tussenkomen bij een grote groep mensen waarvan er erg weinig zelfmoord zullen plegen.

De doeltreffendheid van de secundaire preventie hangt samen met de doeltreffendheid van de zorg voor de «risicopersonen». De evaluatie van secundaire preventiestrategieën is moeilijk door de noodzaak gedurende lange tijd een aanzienlijk aantal mensen te volgen.

Indien karakterstoornissen, afhankelijkheid van alcohol en toxicomanie in het algemeen en psychiatrische aandoeningen als schizofrenie eerder gediagnosticeerd en doeltreffend behandeld worden, lijkt men de zelfmoordcijfers bij risicogroepen daadwerkelijk terug te dringen (6).

De algemene houding van de samenleving tegenover geestelijke gezondheid speelt ook een belangrijke rol. Acties gericht op het verminderen van stigmatisering en de taboes, dragen bij tot preventie omdat ze de hulpvraag vergemakkelijken.

We geven enkele voorbeelden van secundaire preventiestrategieën:

- De verbetering van de huisartsenopleiding²¹. Men stelt vast dat een niet onbelangrijk deel van de personen die zelfmoord plegen (in sommige studies tot 50%) de maand voorafgaand aan het overlijden contact met een huisarts hebben gehad. Indien een huisarts over meer kennis en instrumenten beschikt om deze patiënten te identificeren, te ondersteunen en naar de geschikte diensten door te verwijzen, kan men hopen op een reductie van het aantal effectieve zelfmoorden. De doeltreffendheid van dit soort interventie is controversieel (32;36). Het is onontbeerlijk dat de vorming van huisartsen gepaard gaat met de uitbouw van een doeltreffend netwerk van de eerstelijnszorg met de diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Een studiedag in Brussel in 2001, gewijd aan de problematiek van het afbrokkelen van het sociaal weefsel en de huisartsengeneeskunde, heeft de specifieke benadering van de geestelijke gezondheid door de huisartsengeneeskunde aangetoond en duidelijk gemaakt hoe complex de uitbouw van een dergelijk netwerk is²².

20 In een Amerikaanse studie heeft men geprobeerd zelfmoord te voorspellen in een groep van 1906 gehospitaliseerde personen met affectieve problemen. Er werd rekening gehouden met factoren als voorafgaande zelfmoordpogingen, suïcidale gedachten, depressie, familiale antecedenten, enz ... Dit alles heeft het niet mogelijk gemaakt om ook maar één van de 46 personen die vervolgens zelfmoord pleegden te identificeren (Goldstein 1991).

21 De WHO heeft een gids opgesteld voor eerstelijns hulpverleners. "La prévention du suicide, indications pour les médecins généralistes". WHO, Genève 2001 en "La prévention du suicide, indications pour les professions de santé primaire". WHO, Genève 2002. Deze gidsen zijn op aanvraag verkrijgbaar bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

22 Souffrance du lien social. Généraliste et santé mentale. Studiedag georganiseerd door het "Centre de Sociologie de la Santé", ULB en het "Centre de diffusion de la culture sanitaire", Brussel, 21 september 2001

- **Sensibiliseringsprogramma's en vorming van onderwijsend en gezondheidspersoneel in scholen**²³. Deze programma's trachten adolescenten die met zelfmoord dreigen beter te identificeren en naar de aangepaste diensten voor geestelijke gezondheidszorg te verwijzen.

De evaluatie van dergelijke programma's op grote schaal toegepast in scholen in de Verenigde Staten, toont geen impact aan op de zelfmoordcijfers. In enkele gevallen is er zelfs sprake van negatieve effecten en een onvoldoende oriëntatie van leerlingen naar gespecialiseerde diensten (6;31;43). Voor de eerstelijnszorg duidt dit soort strategie op de noodzaak van de uitbouw van een doeltreffend netwerk van medische schooldiensten en diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Dezelfde overwegingen kunnen worden gemaakt voor de bedrijfsgeneeskundige diensten.

- **Sensibilisering en vorming van niet-medisch personeel:** sociale werkers, opvoeders, gezins- en bejaardenhelpsters, personeel van rusthuizen, personeel van telefonische hulplijnen, cipiers, politie, enz... . De impact zal uiteraard afhangen van de mogelijkheid die deze personen hebben om mensen met een zelfmoordrisico doeltreffend door te verwijzen naar gespecialiseerde professionals.

- **Verbeteren van de samenwerking tussen diensten voor geestelijke gezondheidszorg, sociale diensten en de eerstelijnszorg.** De toename van het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg doet de zelfmoordcijfers niet dalen (36). Het is beter om de kennis en de instrumenten van het huidige personeel verder te ontwikkelen (31). Een betere integratie van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het geheel van de welzijns- en gezondheidsdiensten daarentegen, leidt tot een doeltreffende participatie aan de zelfmoordpreventie. Dit betekent dat men de band tussen de huisartsengeneeskunde, de spoeddiensten van ziekenhuizen, de preventiediensten en de sociale diensten aan de ene kant en de diensten voor geestelijke gezondheidszorg aan de ander kant moet versterken. Hierdoor kunnen risicopersonen door de eerstelijnsdiensten geïdentificeerd onder de hoede genomen worden door de gespecialiseerde diensten.

- **De zelfmoordpreventiecentra functioneren als crisiscentrum waar men onmiddellijk hulp biedt per telefoon.** In Brussel bestaan er twee zelfmoordpreventiecentra die telefonische hulp verzekeren voor personen in een zelfmoordcrisis of hun naasten. De dienst wordt bemand door getrainde en omkaderde vrijwilligers. Deze twee centra ondernemen ook informatie- en sensibiliseringsacties voor het grote publiek en geven vorming aan bemiddelaars in scholen, bedrijven, openbare diensten, enz. Deze centra spelen ook een rol als verzamelpunt van kennis over zelfmoordpreventie. Complementaire taken als een telefonische hulplijn, sensibilisering en informatie van het grote publiek en vorming dragen bij tot de coherentie van preventiestrategieën. Op dit moment krijgen deze centra blijkbaar niet voldoende ondersteuning om deze complementaire taken optimaal uit te voeren.

23 De WHO heeft een gids opgesteld voor interveniërenden op scholen. "La prévention du suicide, indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire." WHO, Genève 2002. Deze gids is op aanvraag te verkrijgen bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

Interventies gericht op groepen personen met een verhoogd risico op zelfmoord²⁴ kunnen eveneens ondergebracht worden bij secundaire preventiestrategieën. Deze personen moeten bijzondere ondersteuning krijgen zowel door professionele gezondheidswerkers als door formele of informele organisaties (bijvoorbeeld zelfhulpgroepen). Deze laatsten moeten worden aangemoedigd.

- Verbetering van de zorg voor personen die lijden aan depressie.

Depressies worden al te vaak miskend, in het bijzonder bij adolescenten en bejaarden. Een betere identificatie van depressieve personen door de eerstelijnsdiensten (huisartsen, spoeddiensten) en de ontwikkeling van een zorgnetwerk (samenwerking tussen de huisarts, de diensten voor geestelijke gezondheidszorg, zelfhulpgroepen) zou het risico op zelfmoord kunnen verminderen.

- Verbetering van de zorg voor alcoholisten en toxicomanen. Omdat het risico op zelfmoord aanzienlijk hoger is bij toxicomanen (verslaving aan alcohol of andere substanties) en tot affectieve stoornissen leidt, moeten deze personen bijzonder goed omringd worden. Ze hebben nood aan een doeltreffende behandeling van depressie en steun tijdens affectieve breuken (16). De steun van de betrokken families is eveneens noodzakelijk.

- Ontwikkeling van een algemeen preventiebeleid in de gevangenissen.

Het verhoogd risico op zelfmoord in de gevangenis, dat de laatste jaren enkel toeneemt, maakt van preventie in het gevangenis milieu een prioriteit. Een algemeen beleid dat tegelijkertijd steunt op de levensomstandigheden (overbevolking), de banden met de familie, specifieke begeleiding van toxicomanen, toegang tot verzorging, enz. is onontbeerlijk. Landen als Frankrijk, Engeland en de Verenigde Staten hebben duidelijke doelstellingen gedefinieerd met betrekking tot de reductie van het aantal zelfmoorden in de gevangenis (44-46). De WHO heeft een gids samengesteld voor het penitentiair personeel²⁵.

- Verbetering van de zorg voor personen met psychiatrische stoornissen die predisponeren voor zelfmoord (bijvoorbeeld schizofrenie) onder andere door een vroegtijdige identificatie en een medische en sociale begeleiding.

- Iedereen heeft nood aan een luisterend oor. Vooral voor personen die psychologisch verzwakt zijn door een scheiding of een verlies, door diverse trauma's (seksueel misbruik, mishandeling) of voor jonge holebi's is dit erg belangrijk. Wie psychologisch het meest verzwakt is, moet toegang hebben tot een luisterend oor en een begeleiding door peers of professionelen.

-Verbetering van de hulp en de ondersteuning van zieke personen en personen met een handicap door thuiszorg, palliatieve zorgen en stervensbegeleiding. Een deel van de zelfmoorden bij bejaarden heeft immers te maken met ernstige (kanker) of chronische gezondheidsproblemen (zoals visuele deficiënties), in het bijzonder bij mannen (47).

²⁴ Gezien eerder geciteerde cijfers is de identificatie van "risicopersonen" op basis van leeftijd, en in het bijzonder jongeren als risicopopulatie, niet relevant. Voor het identificeren van risicogroepen moet je alle leeftijden in beschouwing nemen, zelfs indien gevangenen vooral jonge mannen betreffen, en de weduwnaars of personen die lijden aan ernstige aandoeningen vooral bejaarden betreffen.

²⁵ "La prévention du suicide. Indications pour le personnel pénitentiaire." Département van Geestelijke Gezondheid en Toxicomanie, WHO, Genève 2002. Deze gids is verkrijgbaar bij het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

3_4 Tertiaire preventie, een doelgerichte benadering

De tertiaire preventie steunt op de zorg voor personen na zelfmoordpoging. De preventie betreft veel minder personen (zeer doelgericht) en intervenueert na de feiten (31). Psychiatrische behandelingen door geneesmiddelen of psychotherapie vallen buiten het kader van dit dossier.

- Verbeteren van de zorg na een zelfmoordpoging. Dit betreft vooral de spoeddiensten van ziekenhuizen, omdat een niet onbelangrijk deel van de patiënten na een zelfmoordpoging zich bij deze diensten aanmeldt. De mogelijkheid systematisch een beroep te kunnen doen op professionele geestelijke gezondheidszorg door de spoeddiensten van de Brusselse ziekenhuizen bij het begin van het zorgproces moet overwogen worden. Samenwerkingsverbanden tussen spoeddiensten en zelfmoordpreventiecentra kunnen zich ook ontwikkelen, onder andere om het slachtoffer een luisterend oor te bieden en eventueel door te verwijzen na de zelfmoordcrisis. Het Franstalig «Centre de Prévention du Suicide» zorgt eveneens voor de begeleiding van suicidale personen om de overstap naar behandeling en/of therapie op lange termijn te verzekeren. Ook de huisarts kan een belangrijke rol spelen, in het bijzonder als luisterend oor en begeleider na een zelfmoordpoging met minder zware fysieke gevolgen. Deze pogingen worden vaak geminimaliseerd omdat er geen medische interventie noodzakelijk is. Het risico op recidive bestaat echter en de pogingen bieden een kans om problemen als depressie, afhankelijkheid van alcohol of andere substanties, onderliggende psychiatrische stoornissen enz. te identificeren.

- Bijzondere aandacht moet uitgaan naar zelfmoordpogingen door alcoholconsumptie . Alcoholconsumptie mag het zoeken naar een depressie niet verhinderen. Hetzelfde geldt voor zelfmoordpogingen gepaard met het gebruik van illegale drugs. Men heeft aangetoond dat patiënten die zich na een zelfmoordpoging bij de spoeddienst aanbieden met een verhoogd alcoholgehalte, minder voor verdere zorg opgenomen worden dan zij die geen alcohol gebruikten. De diagnose van depressie wordt minder vaak gesteld. Alcoholconsumptie bij een zelfmoordpoging kan een teken zijn van afhankelijkheid van alcohol en de zelfmoordpoging kan een gelegenheid zijn om daar de aandacht op te vestigen en er over te praten. De co-morbiditeit «toxicomanie/affectieve stoornissen» is bijzonder letaal. Tevens is de afhankelijkheid van alcohol of andere drugs een predictieve factor voor een latere zelfmoord bij patiënten die al een zelfmoordpoging ondernamen (16;26).

- Ondersteuning van ouders en naastbestaanden na een zelfmoord. In een studie uitgevoerd in 2001 door het Centrum ter Preventie van Zelfmoord, werden de naastbestaanden van zelfmoordslachtoffers ondervraagd over de gekregen hulp en de gewenste hulp op korte en lange termijn (48). In dit kader spelen zelfhulpgroepen een belangrijke rol en moeten ondersteund worden. In het Brussels Gewest hebben verschillende Nederlandstalige en Franstalige verenigingen dergelijke groepen opgestart (zie adressen als bijlage). Rouwende personen krijgen eveneens graag meer steun van de behandelende geneesheer en professionele verzorger van de overledene. Gezondheidswerkers vinden zichzelf slecht voorbereid op de begeleiding van personen die net een naaste verloren door zelfmoord. Inspanningen op het vlak van de opleiding zijn dus noodzakelijk.

4_Conclusies

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft van de vermindering van het aantal zelfmoorden en zelfmoordpogingen een prioriteit voor het gezondheidsbeleid gemaakt.

Het fenomeen zelfmoord kan echter, door zijn aard en de nauwe banden die het heeft met existentiële en ethische vragen, niet begrepen worden volgens een simplistisch schema dat zich beperkt tot een kwantitatieve evaluatie van het fenomeen, het identificeren van «risicofactoren» en het voorstellen van preventieve interventies die deze factoren willen aanpakken of «risicopersonen» willen identificeren teneinde ze tijdig te «verzorgen» .

«Zelfmoord en zelfmoordpogingen zijn complexe verschijnselen die, op een erg individuele manier voortvloeien uit de interactie van biologische, psychologische, psychiatrische en sociale factoren» (6).

Deze complexiteit impliceert dat preventieve benaderingen gevarieerd en veelzijdig moeten zijn en betrekking moeten hebben op verschillende dimensies. Een multidisciplinaire benadering is onontbeerlijk en desondanks weinig voorkomend.

Om een goed beleid te kunnen voeren is het van het grootste belang dat er duidelijke doelstellingen geformuleerd worden. De definitie van die doelstellingen zou het onderwerp moeten zijn van een uitvoerig debat waarin ethische vragen en vragen omtrent de bepaling van prioriteiten voor de volksgezondheid niet ontweken mogen worden. De aldus gedefinieerde doelstellingen zouden onderworpen moeten worden aan een, eveneens multidisciplinaire, evaluatie.

Het probleem van zelfmoord belangt het sociale weefsel in haar geheel aan. Het lijkt dus onontbeerlijk dat erover gedebatteerd kan worden met alle burgers, beleidsverantwoordelijken, professionelen en vrijwilligers die op dit moment een rol spelen bij de preventie van zelfmoord of de begeleiding van suïcidale personen of hun omgeving. Het doel van dit dossier is enkele elementen bij te dragen die dat debat in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kunnen voeden.

De strijd tegen zelfmoord moet ingeschreven worden in het kader van een intersectoraal samenwerkingsverband. Ze kan niet louter toevertrouwd worden aan de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

Alle projecten en diensten gericht op het luisteren naar patiënten, zorg- en thuishulpdiensten, huisartsen, zelfhulpgroepen, preventiediensten op school of op het werk, spoeddiensten in ziekenhuizen, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, politiediensten, enz. zijn allemaal onmisbare partners bij het voeren van een coherent beleid.

De institutionele complexiteit van het Gewest maakt de uitdaging eens zo groot omdat men ze ook moet passen in het kader van een samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus (gemeenschappen, regionaal en federaal).

Bij wijze van aanbevelingen lijkt het ons prioritair:

- een breed debat te openen waarin het woord gegeven wordt aan de direct betrokken personen, aan actoren uit verschillende sectoren en disciplines, aan de bevolking en aan de politieke verantwoordelijken. Uit deze uitwisseling zouden doelstellingen en coherente strategieën moeten voortkomen met betrekking tot zelfmoordpreventie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- de netwerkvorming van verschillende interveniërenden te versterken
- met de betrokken actoren een algemene gedachtewisseling op te zetten rond al te vaak verwaarloosde problemen waarvan de impact op zelfmoord duidelijk is: alcoholisme, gezondheid in de gevangenis en de toegang tot kwaliteitszorg voor personen die lijden aan geestesziekten.

5_Bibliografie

- (1) Moens G., Capet F., Aelvoet W., Van Oyen H., Drieskens S., Van Casteren V. De recente evolutie van suïcidaal gedrag in Vlaanderen. Tijdschrift voor Geneeskunde 55[2], 96-103. 1999.
- (2) Wereldgezondheidsorganisatie. Internationale classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen. Tiende revisie, Genève, 1993. De Nederlandse vertaling op CD-rom is verkrijgbaar op het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, <http://www.rivm.nl/who-fic/public.htm>
- (3) Jougl E., Péquignot F., Chappert J-L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. Revue d'épidémiologie et de santé publique 50, 49-62. 2002.
- (4) World Health Organisation. Prevention and special programmes / Suicide rates. http://www.who.int/mental_health, 2003.
- (5) Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe. Suicide and Life Threatening Behaviour 27[1], 127-137. 1997.
- (6) Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002.
- (7) McLoone P., Boddy F.A. Deprivation and Mortality in Scotland, 1981 and 1991. British Medical Journal 309, 1465-1479. 1994.
- (8) Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. Psychol.Med 31[5], 827-836. 2001.
- (9) Hawton K, Arensman E., Wasserman D., Hulten A., Bille-Brahe U., Bjerke T. et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. Journal of Epidemiol Community Health [52], 191-194. 1998.
- (10) Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol.Med 31, 127-138. 2001.
- (11) Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. Psychol.Rep. 76[3 Pt 2], 1331-1341. 1995.

- (12) Lewis G., Sloggett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317[7168], 1283-1286. 1998.
- (13) Whitley E, Gunnell D, Dorling D., Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal* 319, 1034-1037. 2003.
- (14) Cloots H., Hooft P., Smets H. Gezondheidsindicatoren 2000. Vlaamse Gemeenschap, Administratie gezondheidszorg. 2002.
- (15) Moens GF, Loysch MJ, Honggokoesoemo S, van de Voorde H. Recent trends in methods of suicide. *Acta Psychiatr Scand* 79[3], 207-215. 1989.
- (16) Murphy G.E. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Hawton K, van Heeringen C. *International handbook of suicide and attempted suicide*. 2003.
- (17) Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 european countries. *Addiction* 96[suppl 1], S59-S75. 2001.
- (18) Ajdacic-gross V., Wang J., Bopp M., Eich D., Rössler W., Guttzwiller F. Are seasonalities in suicide dependant on suicide methods? A reappraisal. *Soc Sci Med* 57[7], 1173-1181. 2003.
- (19) Badeyan G., Parayre C., Mouquet M.C., Tellier S., Dragos S., Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicide en France: une tentative de cadrage statistique. *Drees Etudes et Résultats* 109, 1-8. 2002.
- (20) Aelvoet W., Cloots H., Fortuin M., Hooft P., Vanoverloop J. Gezondheidsindicatoren 1998. Vlaamse Gemeenschap, Administratie gezondheidszorg, 2000.
- (21) van Heeringen C. Zelfmoord: concept en aanpak. *Neuron* 2[8], 263-267. 1997.
- (22) van Heeringen K. Epidemiological aspects of attempted suicide - a case-control study in Gent, Belgium. *Crisis* 15[3], 116-122. 1994.
- (23) De Clercq M. Enquête de santé mentale des jeunes de l' enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. 1996.
- (24) Bossuyt N. Incidentie van suicide en suicidepogingen 2000-2001. *Senti-Bull* 1. 2003.
- (25) van Heeringen C., Jannes C. The association between employment status and attempted suicide : a case-control study in Gent. *Archives of Public Health* [51], 303-316. 1993.
- (26) Suokas J, Lonnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 91, 36-40. 2003.
- (27) Dorais M. Les jeunes gays et le suicide. in *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et piste de prévention- Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001*.
- (28) Adam P. Dépression, tentative de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. in *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et piste de prévention- Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001*.
- (29) Van Casteren V., Vander Veken J., Tafforeau J., Van Oyen H. Zelfmoord en zelfmoordpogingen in België, 1990-1991. *Huisarts Nu*, mei 1993.
- (30) Van Casteren V. Surveillance van zelfmoord en zelfmoordpogingen door een netwerk van huisartsenpeilpraktijken in België. *Vergelijking van de periode 1993-1995 met 1990-1992*. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 55[2], 83-87. 1999.

- (31) Cantor C.H., Baume P.J.M. Suicide prevention: a public health approach. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing [8], 45-50. 1999.
- (32) Wilkinson G. Controversies in management : better treatment of mental illness is more appropriate aim. British Medical Journal 309, 860-861. 1994.
- (33) Warsop A. Preventing suicide (letter). British Medical Journal 309, 1304. 1994.
- (34) De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry 181, 372-374. 2002.
- (35) World Health Organisation. Multisite intervention study on suicidal behaviours - SUPRE-MISS. 2002.
- (36) Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. Br.J Psychiatry 171, 351-354. 1997.
- (37) Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. Gezondheidsenquête d.m.v. interview - België 2001. Deel 6 Gezondheid en Samenleving, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2002.
- (38) De Leo D, Carollo G, Dello BM. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Am J Psychiatry 152[4], 632-634. 1995.
- (39) Leva C., Schul V., Coupienne V. La prévention du suicide en milieu scolaire. Réflexions et perspectives d'actions. Education Santé [181], 2-4. 2003.
- (40) Cherbonnier A. Les tentatives de suicide à l'adolescence. Pistes pour la prévention. Bruxelles Santé [spécial], 81-85. 2001.
- (41) Cherbonnier A., Kinna F. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Bruxelles Santé [29], 10-17. 2003.
- (42) Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. Gezondheidsenquête d.m.v. interview - België 2001. Deel 2 Gezondheidstoestand, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, 2002.
- (43) Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. Suicide Life Threat Behav. 27[3], 304-310. 1997.
- (44) Department of Health. National suicide prevention strategy for England. 2002.
- (45) National Strategy for Suicide Prevention. National strategy for suicide prevention indicators. <http://www.nsspi.org>, 2003.
- (46) Direction Générale de la Santé. Suicide. <http://www.sante.gouv.fr> 2003.
- (47) Waern M., Rubenowitz E., Runeson B., Skoog I., Wilhelmson K., Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. British Medical Journal 324, 1355-1358. 2002.
- (48) Andriessen K., Delhaisse T., Forceville G. Zorgbehoeften van nabestaanden van zelfmoord. Een explorerende studie. Centrum Preventie van Zelfmoord, 2001.

Enkele websites i.v.m. zelfmoordpreventie, in het bijzonder nationale of regionale preventieprogramma's

- <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/losp/63suicide.pdf> (Frankrijk)
- <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth> (Engeland)
- <http://www.mss.gouv.qc.ca> (Quebec)
- <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2539/selmeng.htm> of www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/menuprevention/Mehlum.htm (Noorwegen)
- <http://www.health.gov.au/nyps/index.htm> (Australië)
- http://www.who.int/mental_health
- <http://www.gezondheidsconferentie.be> (Vlaanderen)
- <http://www.siec.ca>
- <http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/current.htm>
- <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/fivews.asp>
- <http://www.med.uio.no/iasp>
- <http://www.nsspi.org/review.asp>
- <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/links.html>

Nuttige adressen en verwijzingen

De informatie over de verenigingen heeft enkel betrekking op hun activiteiten rond zelfmoord.

ALGEMENE PREVENTIE

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

De zelfmoordlijn: 02/649.95.55 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat : elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

24 uur op 24 kunnen mensen in crisis/mensen die suïcidaal zijn of in een andere psychologische noodtoestand anoniem hun verhaal doen bij de telefonische beantwoorders. Ook mensen die in hun omgeving met suïcidaal gedrag worden geconfronteerd kunnen bij de Zelfmoordlijn terecht.

TELE-ONTHAAL BRUSSEL

Postbus 1869, 1000 Brussel

Tele-Onthaal: 106 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/511.86.63 (secretariaat: elke werkdag van 9u tot 17u)

E-mail: brussel@tele-onthaal.be

Website : www.tele-onthaal.be

-Telefonische opvang van mensen in psychische of psycho-sociale nood.

-Hulp via een online gesprek op het internet (permanentie: zie uurrooster op hun website)

SPECIFIEKE PREVENTIE

DE HALLEN

Grétrystraat 1, 1000 Brussel

Tel: 02/227.02.00 (algemeen onthaal)- 02/227.02.01 (crisishulp minderjarigen)

Fax: 02/227.02.10

E-mail: dehallen@vgc.be

Website: dehallen.vgc.be

Naast algemene laagdrempelige hulpverlening biedt «De Hallen» crisishulp aan minderjarigen (CRIM): ambulante crisishulp aan 12- tot 18-jarigen. Afspraken met SOS Jeunes in geval van residentiële opvang.

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 19u, dinsdag van 12.30u tot 19u.

GSM permanentie van 19u tot 22u via telefoonnummer; daarna automatische opvolging door een andere dienst.

Men kan ook schrijven, faxen, e-mailen of interactief gaan.

DRUGLIJN

Hangt af van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen -VAD.

Druglijn: 078/15.10.20

www.druglijn.be

Secretariaat:

E.Tollenaerestraat 15, 1020 Brussel

druglijn@druglijn.be (enkel voor administratieve doeleinden)

Telefoondienst voor mensen met vragen en/of problemen rond alcohol, drugs en medicatie.

Ook voor vragen en problemen rond gokken, roken en internetverslaving kan men er terecht.

Schriftelijk te bereiken op bovenstaand adres.

Permanentie: elke werkdag van 12u tot 21u en zaterdag van 15u tot 21u.

KINDER- EN JONGERENTELEFOON VLAANDEREN

Postbus 50, 2800 Mechelen

Kinder- en Jongerentelefoon: 078/15.14.13 (elke avond tussen 16u en 20u, behalve op zon- en feestdagen).

E-mail: brievenbus@kjt.org

Website : www.kjt.org

Secretariaat:

Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel

02/534.37.43

E-mail: info@kjt.org

Website : www.kjt.org

Een lijn voor kinderen en jongeren die een probleem willen bespreken, over een bepaald onderwerp informatie willen, die een gesprek willen voeren over hun belevingen of die hun mening willen vertellen... Dit kan telefonisch of per brief (post of e-mail).

In project: online gesprek (najaar 2004).

HOLEBIFOON

Tel: 09/238.26.26 - 09/238.35.26 (doven en slechthorenden)

www.holebifoon.be

Secretariaat:

Kammerstraat 22, 9000 Gent

Tel: 09/223.69.29

www.holebifederatie.be

Het verstrekken van psycho-sociale opvang en informatie aan homo's, lesbiennes, biseksuelen en iedereen die van dichtbij of veraf met homoseksualiteit te maken heeft. Permanentie: elke dag (behalve op feestdagen) van 18u tot 22u, op woensdag van 14u tot 22u.

JUSTITIEEL WELZIJNSWERK BRUSSEL

Groot Eiland 84, 1000 Brussel

Tel: 02/502.66.00 (algemeen nr)

Team: Esmeralda Vijverman (contactpersoon – GSM: 0478/21.59.72), Veronique De Muylder, Katleen Alen)

De dienst staat in voor de psychosociale begeleiding van iedereen die dreigt in aanraking te komen met het strafrecht, die in aanraking komt met het strafrecht en die in aanraking geweest is met het strafrecht en van familieleden en kennissen van deze personen.

Maakt deel uit van de deelwerking Groot Eiland van CAW Archipel.

MEDET-FOON

070/22.33.55

Hulplijn voor Marokkaanse en Turkse allochtonen in nood, opgericht op initiatief van het Steunpunt Allochtone meisjes en vrouwen. De dienst verleent hulp in het Arabisch, Berbers en het Nederlands.

Permanentie: maandag; dinsdag, donderdag en vrijdag van 9u tot 13u. Woensdag van 19u tot 21u30.

HULP AAN NABESTAANDEN

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

De zelfmoordlijn: 02/649.95.55 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat : elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

Nabestaanden van zelfdoding kunnen bij de Zelfmoordlijn terecht.

GESPREKSGROEP VOOR NABESTAANDEN NA ZELFDODING BRUSSEL

Bart Van Hoof

p/a CGGZ De Vest

Papenvest 78, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/511.06.60

Fax: 02/512.02.87

E-mail: devest@belgacom.net

Door zorgzame aandacht kan via de groep de eigen kracht weer aangeboord worden zodat het verlies een plaats kan krijgen in het leven. Naast het eigen verhaal van de nabestaande kunnen ook vragen en gevoelens die leven ter bespreking worden voorgelegd. Het betreft een 'open groep' met maandelijkse samenkomsten. Een kennismakingsgesprek vooraf is wenselijk.

Deze groep staat open voor wie een familielid, partner of goede vriend(in) verloor door zelfdoding.

JUSTITIEEL WELZIJNSWERK BRUSSEL

Groot Eiland 84, 1000 Brussel

Tel: 02/502.66.00 (algemeen nr)

Team: Esmeralda Vijverman (contactpersoon – GSM: 0478/21.59.72), Veronique De Muylder, Katleen Alen)

De dienst staat in voor de psychosociale begeleiding van de nabestaanden van personen die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen.

Maakt deel uit van de deelwerking Groot Eiland van het CAW Archipel.

NABIJ-ZIJN

P/a De heer Guy VANDER LINDEN

Handelskaai 35, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/523.12.33

Deze contactgroep organiseert samenkomsten voor rouwenden en nabestaanden en verleent steun en advies aan personen die een verlies door zelfdoding hebben ondergaan.

SLACHTOFFERHULP BRUSSEL HALLE-VILVOORDE

P/a CAW Archipel – Groot Eiland

Groot Eiland 84, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/514.40.25

Fax: 02/512.67.38

E-mail: grooteiland.slh@archipel.be

Hulp- en dienstverlening aan nabestaanden van zelfdoding of hun omgeving (artsen, ...).

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 17u en op afspraak. Men kan ook geholpen worden na deze uren (mits afspraak).

Toegankelijk voor volwassenen, maar ook voor jongeren en kinderen.

SLACHTOFFERONTHAAL

- Quatre Brasstraat 13, 1000 Brussel

Tel: 02/508.71.11

Fax: 02/519.83.78

E-mail: ella.smets@just.fgov.be

- Regentschapsstraat 63, 1000 Brussel

Tel: 02/508.71.11

Fax: 02/519.83.78

Wanneer een gerechtelijk dossier werd geopend, mag de dienst de nabestaanden van een persoon die zelfmoord pleegde, helpen. Hij informeert hen over het verloop van het onderzoek en over de stappen die moeten ondernomen worden.

NUTTIGE VERWIJSADRESSEN

CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST - CGGZ BRUSSEL

Vanderlindenstraat 17, 1030 BRUSSEL

Tel: 02/247.61.50

Fax: 02/245.96.42

E-mail: cggz.brussel@skynet.be

Website voorzien voor eind 2003.

Hulpverlening bij psychische en sociale moeilijkheden of problemen.

Het CGGZ Brussel bestaat uit 7 verschillende deelwerkingen.

De dienst beschikt over de adressen van de Nederlandstalige centra voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Gewest met hun specifieke eigenschappen.

CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJKE DOCUMENTATIE EN COORDINATIE

Louizalaan 183, 1050 Brussel

Tel. 02/511.08.00

Fax. 02/512.25.44

E-mail: info.cmdc@cmdc.irisnet.be

Website: www.cmdc.irisnet.be

Het CMDC is een centrum voor informatie en documentaire hulpbronnen en geeft een algemeen overzicht van de voorzieningen op het vlak van welzijn en gezondheid en van de sociale netwerken die bijdragen tot de Brusselse ontwikkeling.

Het centrum beschikt over een databank met alle sociaal-collectieve voorzieningen in Brussel en een persotheek over deze domeinen.

JULIE RENSON STICHTING

Lombardijestraat 35, 1060 Brussel

Tel. 02/538.94.76

Fax. 02/534.38.64

E-mail: info@julierenson.be

Website: www.julierenson.be

De dienst INFO GGZ antwoordt op vragen naar hulpverleningsstructuren binnen de sector van de welzijns- en de geestelijke gezondheidszorg.

THESEAS: telematicaproject waarbij de gebruiker (professionelen, ...) via een externe connectie directe toegang heeft tot een geactualiseerde gegevensbank aangaande geestelijke gezondheidszorg.

OVERLEGPLATFORM GEESTELIJKE GEZONDHEID GEBIED BRUSSEL-HOOFDSTAD

Handelskaai 7, 1000 Brussel

Tel. 02/289.09.60

Fax. 02/512.38.18

E-mail: PFSM.OPGG@beon.be

Het Overlegplatform beschikt over een repertorium van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Brussel.

TREFPUNT ZELFHULP

Departement Sociologie, E. Van Evenstraat 2C, 3000 Leuven

Tel. 016/23.65.07

Fax: 016/32.30.52

E-mail: trefpunt.zelfhulp@soc.kuleuven.ac.be

Website: www.zelfhulp.be

Deze vereniging verspreidt uitgebreide informatie en documentatie rond zelfhulp, lotgenotencontact, ervaringsdeskundigheid en aanverwante terreinen. Zo verschaft ze specifieke informatie over zelfhulpgroepen (een contactadres, de werkwijze van de groep,...).

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 17u.

Men kan ook schrijven, faxen, of e-mailen.

VORMING

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat :elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

Vormingsaanbod in suïcidepreventie dat reeds jaren aangeboden wordt aan specifieke beroepsgroepen (leerkrachten, verpleegkundigen, brandweer- en politiediensten, penitentiaire beampten,...).

PROJECT ZELFMOORDPREVENTIE INFORMATIE EN BIJSCHOLING

Contactpersoon: Karl Andriessen

P/a Universitaire Dienst Geestelijke Gezondheidszorg

UDGG-CGGZ Brussel

Triomflaan 74, 1160 Brussel

Tel: 02/640.93.02

Fax: 02/646.11.23

E-mail : udgg@belgacom.net

- Vier praktijkgerichte bijscholingspakketten werden ontwikkeld voor professionelen die in contact komen met suïcidale personen en/of hun omgeving: huisartsen, politie, ziekenhuizen, jeugdhulpverlening en scholen.

- Tweedaagse bijscholing bedoeld voor de 1^{ste} lijn (wordt 2 maal per jaar ingericht).

TELE-ONTHAAL BRUSSEL

Postbus 1869, 1000 Brussel

Tele-Onthaal: 106 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/511.86.63 (secretariaat: werkdagen van 9u tot 17u)

E-mail: brussel@tele-onthaal.be

Website : www.tele-onthaal.be

Externe trainingen op vraag van groepen rond crisisopvang,

WERKGROEP VERDER

P/a CGG Passant

Beertsestraat 21, 1500 Halle

Tel: 02/361.21.48

E-mail: www.werkgroepverder@skynet.be

Website: www.werkgroepverder.be

De Werkgroep coördineert, organiseert en steunt initiatieven voor nabestaanden na zelfdoding en ijvert voor de sensibilisatie en de verbetering van de opvang van de nabestaanden.

Enkele realisaties: de WegWijzer (gratis brochure met alle zelfhulp- en gespreksgroepen rond nabestaanden van zelfdoding), Charter «Rechten van de Nabestaanden» , Vlaamse Dag van de Nabestaanden.

Alle bovengenoemde organisaties zijn Nederlandstalig of tweetalig. Hierna kan u ook de anderstalige organisaties vinden, werkzaam in het Brussels Gewest, zodanig dat u een volledige inventaris krijgt.

PREVENTION GENERALE

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles

Tel : 0800/32. 123 (24h/24) - 02/640.51.56 (secrétariat)

Fax : 02/640.65.92

E-mail: cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be/>

- Accueil téléphonique pour les personnes suicidaires et l'entourage.
- Prise en charge des suicidants en vue d'assurer le relais vers un traitement et/ou une thérapie à long terme.
- Projets de prévention et de promotion de la santé.
- Bibliothèque.

TELE-ACCUEIL BRUXELLES

BP 12 - 1000 Bruxelles

Tél : 107 (24h/24) - 02/538 49 21 (secrétariat)

Fax : 02/537 41 85

E-mail : teleaccueil.brussels@skynet.be

Site : www.tele-accueil.be

Ecoute téléphonique ouverte à toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique.

LIGUE BELGE DE LA DEPRESSION

Rue de la Vinaudrée 30, 1370 Jodoigne

Tel : 070/23.33.24

Fax : 010/81.31.88

E-mail : lig.depr@yucom.be

Site : <http://www.ligue-depression.org>

La Ligue est un lieu d'échange et d'information permanent sur la dépression; elle s'adresse à toute personne, dépressive ou non, vivant ou non dans l'entourage d'une personne dépressive.

Permanences : vendredi et lundi de 10h à 13h30.

SOS SOLITUDE

C/o Espace social Télé-Service

Boulevard de l'Abattoir 27-28, 1000 Bruxelles

Tel : 02/ 548.98.08

Fax : 02/502.49.39

E-mail : espacesocial@tele-service.be

Site : www.guidesocial.com/tele-service

Ecoute téléphonique et entretien en face à face pour toute personne souffrant de solitude.

PREVENTION SPECIFIQUE

ECOUTE ENFANTS

Rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur

Tel : 103 (24h/24) - 081/72.95.70 (coordinatrice)

Ecoute téléphonique des enfants et des jeunes. Ecoute-Enfants répond aussi à toute personne adulte qui, de près ou de loin, est en contact avec les jeunes et qui s'interroge sur l'enfance et l'adolescence.

HELP LINE

Rue Saint-Georges 102/20, 1050 Bruxelles

Tel : 02/648.40.14 (24h/24) - 02/647.67.80 (secretariat)

Permanence téléphonique pour personnes anglophones. Le service est confronté à des demandes d'ordre pratique mais aussi à des personnes en détresse.

INFOR-DROGUES

Rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

Tel : 02/227.52.52 (24h/24) - 02/227.52.60 (secrétariat)

Fax : 02/219.27.25

E-mail : courrier@infordrogues.be

Site : www.infor-drogues.be

- Ecoute téléphonique de toxicomanes et de leurs proches.
- Consultations et entretiens sur place pour les toxicomanes et leurs proches.
- Information en matière de toxicomanie.

INFORMATIONEN UND BERATUNGSSTELLE FÜR DEUTSCHSPRACHIGE-IBS

Tel : 02/768.21.21

Fax : 02/767.98.90

Permanence téléphonique pour personnes germanophones. Le service est confronté à des demandes d'ordre pratique mais aussi à des personnes en détresse.

Permanence : du lundi au vendredi de 10h30 à 13h et de 20h à 7h.

SOS JEUNES-QUARTIER LIBRE

Rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles

Tel : 02/512.90.20 (24h/24h - à partir de 22h le CASU prend les appels et renvoi au service si urgence)

Fax : 02/502.22.60

E-mail: contact@sosjeunes.be

- Ecoute téléphonique.
- Permanence d'accueil, accompagnement et suivi du jeune.

TELQUELS

Rue Marché au Charbon 81, 1000 Bruxelles

Tel : 02/512.45.87

Fax : 02/511.31.48

E-mail : info@telsquels.be

Site : www.telsquels.be

TELEGAL

BP 1969 - 1000 Bruxelles 1

Tel : 02/502.00.70 (tous les jours de 20h à minuit)

Ecoute téléphonique de gays et lesbiennes dans l'anonymat.

- Permanence d'accueil, accompagnement et suivi par des assistants sociaux sensibilisés à la problématique du suicide.

SOUTIEN AUX PROCHES D'UNE PERSONNE SUICIDEE

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 BRUXELLES

Tel : 02/650.08.69 , 02/640.51.56

Fax : 02/640.65.92

E-mail: cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be/>

L'AUTRE TEMPS :

Groupe de parole encadré par un professionnel de l'écoute formé à l'accompagnement du deuil.

Intervention individuelle pour les personnes touchées par le suicide d'un proche.

FONDATION SERGE ET LES AUTRES

Rue du Pacifique 4, 1180 Bruxelles

Tel : 02/345.89.09 - GSM : 0477/27.65.03

Fax : 02/345.89.09

Cette fondation travaille au sein de l'asbl «Parents désenfantés», elle prend en charge l'accompagnement des parents dont un enfant s'est suicidé.

- Ecoute téléphonique.
- Rencontres individuelles.
- 4 réunions par an avec tous les parents qui le désirent.

INFOR-DROGUES

Rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

Tel : 02/227.52.52 (24h/24) - 02/227.52.60 (secrétariat)

Fax : 02/219.27.25

E-mail : courrier@infordrogues.be

Site : www.infor-drogues.be

Prise en charge individuelle des proches de toxicomanes suicidés

SERVICE D'ACCUEIL D'AIDE AUX VICTIMES

- Rue des Quatre Bras 13, 1000 Bruxelles

Tel : 508.74.05

Fax : 02/519.83.78

E-mail : michael.gemene@just.fgov.be

- Rue de la Régence 63, 1000 Bruxelles

Tel : 02/519.89.05

Fax : 02/519.83.78

E-mail : christel.andreis@just.fgov.be

Lorsqu'un dossier pénal est ouvert, le service peut aider les proches d'une personne suicidée. Il les informe sur le déroulement de l'instruction et sur toutes les démarches à effectuer.

RELAIS D'INFORMATIONS UTILES

LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTE MENTALE

Rue du Président 53, 1050 Bruxelles

Tel : 02/511.55.43

Fax : 02/511.52.76

E-mail : lbfsm@skynet.be

- La Ligue représente les services de santé mentale bruxellois
- Elle peut fournir tous renseignements dans le domaine de la santé mentale par téléphone ou sur place.

SERVICE PROMOTION DE LA SANTE

Union nationale des Mutualités socialistes

Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles

Tél.: 02/515.05.85 - 515.05.04

Fax.: 02/515.06.11

www.self-help.be se veut un site d'information sur les groupes d'entraide et d'associations de Self-Help en Communauté française de Belgique.

Ce site représente un espace d'information où les patients, les personnes handicapées, les familles touchées par un problème grave ou difficile à gérer peuvent se renseigner sur l'existence d'associations de soutien, de groupes de parole et de Self-Help.

FORMATIONS

CEFEC- CENTRE DE FORMATION A L'ECOUTE

TELE-ACCUEIL BRUXELLES

Boulevard de Waterloo 99, 1000 Bruxelles

Tel : 02/538 49 21

Fax : 02/537 41 85

E-mail : teleaccueil.brussels@skynet.be

Site : www.tele-accueil.be

2 types de formations sont proposées

- Programme multi-disciplinaire pour professionnels ou bénévoles d'horizons différents.
- Programme mono-institutionnel pour toute équipe de professionnels ou de bénévoles.

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 BRUXELLES

Tel : 0800/32. 123 (24h/24) - 02/640.51.56 (secrétariat)

Fax : 02/640.65.92

E-mail : cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be>

Formations données au sein du Centre pour les candidats répondants bénévoles et à l'extérieur (police, assistants sociaux, écoles....).

Methodologische toelichtingen

Sterftecijfer

Het sterftecijfer wordt berekend door het totaal aantal overlijdens dat geregistreerd is in een bepaalde periode (meestal één jaar) te delen door de omvang van de bevolking waarin deze sterfgevallen plaatsvonden (populatie at risk). Als noemer wordt gewoonlijk de midjaar-bevolking genomen of de bevolking in het midden (1 juli) van het betreffende jaar. De midjaar-bevolking stemt overeen met het gemiddeld aantal personen in de populatie aan het begin en het einde van het jaar. Het sterftecijfer wordt uitgedrukt in het aantal overlijdens per 100.000 inwoners voor dat jaar.

Als bron voor de teller van de breuk fungeert het overlijdensbestand, gebaseerd op de gegevens van de overlijdenscertificaten (statistische formulieren voor aangifte van een overlijden). Voor de noemer wordt gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van het Nationaal Instituut voor Statistiek.

Bijvoorbeeld het sterftecijfer voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor 2003 per 100.000 inwoners =

$$\frac{\text{Totaal aantal overledenen in 2003}}{\text{De midjaar-bevolking 2003}} \times 100.000$$

Leeftijdsspecifiek sterftecijfer

Dit is de verhouding, binnen een gegeven periode, van het aantal overlijdens binnen een bepaalde leeftijdsgroep tot de totale populatie van die leeftijdsgroep in het midden van de gegeven periode (midjaar).

Bijvoorbeeld het sterftecijfer in 2003 voor de leeftijdsgroep van 20 tot 64 jaar per 100.000

$$\frac{\text{Aantal overlijdens in de leeftijdsgroep van 20 tot 64 jaar in 2003}}{\text{De midjaar-bevolking in de leeftijdsgroep van 20 tot 64 jaar in 2003}} \times 100.000$$

Standaardisatie

Standaardisatie is een methode voor het corrigeren van cijfergegevens om vergelijkingen tussen populaties met een verschillende leeftijdsopbouw mogelijk te maken. De meeste standaardisatiemethodes gebruiken een gewogen gemiddelde van specifieke sterftecijfers per categorie van een gegeven variabele (in dit geval hebben we het enkel over de variabele «leeftijd», maar men kan op dezelfde manier standaardiseren voor een reeks andere kenmerken zoals bijvoorbeeld «seks / geslacht»).

Na het toepassen van een standaardisatiemethode verkrijgt men het voor leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer (of adjustments in de Angelsaksische literatuur). Deze sterftecijfers houden rekening met de leeftijdsstructuur van de populatie. Wanneer men de voor leeftijd gestandaardiseerde cijfergegevens vergelijkt, dan kunnen verschillen tussen de gegevens niet te wijten zijn aan verschillen in leeftijdsstructuur van de vergeleken populaties. Als we het daarentegen hebben over brutocijfers bedoelen we «niet-gestandaardiseerde» gegevens.

Directe standaardisatie

Bij directe standaardisatie berekent men de gestandaardiseerde cijfers door de leeftijdsspecifieke cijfers van de onderzoekspopulatie toe te passen op een «identieke» referentiepopulatie. Als referentiepopulatie kan het geheel van de twee te vergelijken populaties gekozen worden (sompopulatie) of een externe populatie. In dit dossier gebruiken we de directe standaardisatie om de sterftecijfers op verschillende momenten in de tijd te vergelijken (figuren 1 en 2).

Indirecte standaardisatie

Bij indirecte standaardisatie gebruikt men de sterftcijfers van de referentiepopulatie om het aantal overlijdens te berekenen dat men in de onderzoekspopulatie kan verwachten indien ze dezelfde leeftijdspecifieke sterftcijfers zou hebben als de referentiepopulatie. Dit laat toe om de gestandaardiseerde mortaliteitsratio (SMR) te berekenen.

In dit dossier hebben we indirecte standaardisatie gebruikt om de sterftcijfers tussen verschillende gemeenten, de categorieën «burgerlijke staat», «nationaliteit» en de categorieën van gemeenten te vergelijken.

Gestandaardiseerde mortaliteitsratio (SMR)

Dit is de verhouding van het aantal waargenomen overlijdens tot het aantal voorziene overlijdens berekend volgens de methode van indirecte standaardisatie. Als de SMR van een onderzoekspopulatie hoger is dan 1,0 betekent dit dat het sterftcijfer in de onderzoekspopulatie hoger ligt dan in de referentiepopulatie, rekening houdend met de leeftijd. De referentiepopulatie wordt gekenmerkt door een SMR van 1,0.

Precisie of statistische nauwkeurigheid van een meting

Wanneer een cijfergegeven of een andere parameter van een populatie verkregen wordt op basis van een toevallige steekproef dan kan de verkregen waarde, afwijkingen vertonen ten opzichte van de reële waarde van de onderzochte parameter. Een meting is nauwkeurig wanneer ze slechts in geringe mate beïnvloed is door toevallige afwijkingen. De precisie van een epidemiologische meting hangt af van het aantal onderzochte gevallen en de omvang van de onderzoekspopulatie. Daarom is het aangewezen om enige voorzichtigheid aan de dag te leggen bij de interpretatie van verschillen tussen vrij kleine populaties met een beperkt aantal zelfmoorden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de vergelijking van verschillende gemeenten.

Betrouwbaarheidsinterval aan 95%

Dit is het interval rond de verkregen waarde dat in 95% van de gevallen de reële waarde van de onderzochte parameter bevat. Een gebrek aan statistische precisie vertaalt zich in zeer brede betrouwbaarheidsintervallen.

Statistische significantie

De statistische significantie geeft aan welke rol toevallige schommelingen in verkregen resultaten spelen. De waarschijnlijkheid dat een resultaat uitsluitend op toeval berust wordt hierbij geëvalueerd. Die waarschijnlijkheid noemt men de p-waarde. Als de waarschijnlijkheid heel laag is, is het weinig waarschijnlijk dat het verkregen resultaat te wijten is aan toevallige schommelingen. In het algemeen hanteert men een drempel van 5% om te bepalen of een resultaat significant is of niet. Anders gezegd: bij een p-waarde lager dan 5% beschouwt men het resultaat als significant en dus niet op toeval berustend. Als een resultaat niet significant is, geeft men dit aan met de afkorting NS.

Associatiemaat

In de epidemiologie verstaat men onder een associatiemaat de verhouding van twee frequentiematen. De associatiemaat kwantificeert de intensiteit van de samenhang van twee factoren. In dit dossier gebruiken we het relatief risico en de geslachtsratio of sekse-ratio als associatiemaat.

Afkortingen

Lijst van de gebruikte afkortingen:

BI : betrouwbaarheidsinterval aan 95% (zie methodologische toelichting)

BHG : Brussels Hoofdstedelijk Gewest

CO : koolmonoxide

NIS : Nationaal Instituut voor Statistiek

NS : niet significant (statistisch) (zie methodologische toelichting)

PV : proces-verbaal

RR : relatief risico (zie methodologische toelichting)

SES : socio-economische status

SMR : gestandaardiseerde mortaliteitsratio (zie methodologische toelichting)

WHO : Wereldgezondheidsorganisatie

STROOK C

OVERLIJDEN VAN EEN PERSOON VAN EEN JAAR OF OUDER

(Strook in te vullen en onder gesloten omslag te plaatsen door de geneesheer)

1. Aard van het overlijden

- ☐ • natuurlijke oorzaak ☐ • doding
☐ • verkeersongeval ☐ • wordt onderzocht
☐ • ander ongeval ☐ • kan niet bepaald worden
☐ • zelfmoord

2. Indien de doodsoorzaak niet natuurlijk is, beschrijf de omstandigheden

Voorbehouden

3. Ongeval

3.1 Plaats van het ongeval

- ☐ • openbare weg ☐ • werkplaats (of school voor kinderen)
☐ • thuis ☐ • onbekend
☐ • andere, preciezer

3.2 Datum en uur van het ongeval

- datum (DDMMJJJJ) / /
 • uur (UUMM) u m

4. Doodsoorzaak (1)

Duur (2)

I. Ziekte of sandoening die rechtstreeks de dood tot gevolg had

Logische samenhang van de ziekten/sandoeningen die geleid hebben tot de onmiddellijke doodsoorzaak onder a). Bij vermelding van meerdere ziekten die aan het overlijden ten grondslag liggende het laatst opgegeven ("oorspronkelijke doodsoorzaak")

- a) veroorzaakt door :
 b)
 c) veroorzaakt door :
 d) veroorzaakt door :

II. Geassocieerde oorzaken

Bij overlijden nog bestaande ziekten en bijzonderheden, welke tot de dood hebben bijgedragen, doch niet met de onder I. genoemde ziekten in causaal verband staan.

- e)
 f)
 g)

- (1) Hier wordt niet de wijze van overlijden bedoeld zoals bvb.: hartfalen, syncope, enz... maar de ziekte, het trauma of de complicatie die de dood veroorzaakte. Gelieve slechts één oorzaak per lijn te vermelden.
 (2) Tijdsinterval (bij benadering) tussen het begin van de ziekte/sandoening en de dood (preciezer zo nodig in minuten, uren, weken of maanden, ...).

Voorbehouden

- a) b) c) d)
 e) f) g)

5. Indien de overledene een vrouw is, is ze, in de loop van het jaar vóór haar overlijden :

5.1 Zwanger geweest

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

5.2 Bevallend

- ☐ • ja ☐ • neen ☐ • onbekend

6. Autopsie/aanvullende onderzoeken

- ☐ • ja, lopend ☐ • neen
☐ • ja, voorzien ☐ • onbekend

7. Was de attesterende geneesheer de behandelende geneesheer ?

- ☐ • ja ☐ • neen

Nr. medisch dossier

Identificatie van de geneesheer

• RIZIV nummer

• datum (DDMMJJJJ)

naam, voornaam
handtekening
stempel

**Dit dossier is een uitgave van het
Observatorium voor Gezondheid
en Welzijn**

**De dossiers bevatten steeds informatie over
gezondheid en/of armoede in het Brussels
Hoofdstedelijk Gewest. De inhoud wordt samen-
gesteld door het Observatorium en/of door
externe partners. Elk dossier wordt verspreid op
eenvoudige vraag op onderstaand adres.**

Dit document is ook beschikbaar in het Frans

**Ce document est également disponible en
français sous le titre :
" Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale,
situation 1998-2000".**

Voor meer informatie kan u zich wenden tot :

**Observatorium voor Gezondheid en Welzijn
van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
Louizalaan 183 - 1050 Brussel
Tel: 02 - 552 01 55/89 Fax: 02 - 502 59 05
observat@ggc.irisnet.be www.observatbru.be**

