

Evolutie van de mortaliteit door zelfdoding in het Brussels Gewest 1998 - 2017

Actualisatie december 2020

Contactpersoon: Déogratias Mazina (dmazina@ccc.brussels; Tel : 02/552 01 65)

1. Inleiding

Zelfdoding is een ernstig probleem voor de volksgezondheid over de hele wereld. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) schat, met verwijzing naar de beperkingen van de beschikbare cijfers over zelfmoord die tot een onderschatting van het probleem leiden, dat er elk jaar meer dan 800.000 mensen in de wereld zelf een einde maken aan hun leven. Het wereldwijde voor leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer door zelfmoord bedraagt 10,5 gevallen per 100.000 inwoners in 2016¹. In 2017 waren er 11,2 sterfgevallen door zelfmoord geteld per 100.000 inwoners in de OESO-landen².

De WGO veronderstelt ook dat er voor elke zelfmoord een veelvoud van zelfmoordpogingen zijn elk jaar³. Volgens de WGO is zelfmoord in 2016, na de verkeersongevallen, de tweede doodsoorzaak onder jongeren van 15-29 jaar wereldwijd⁴.

Op Europees niveau blijkt uit de laatste door Eurostat gepubliceerde cijfers dat in 2016 het voor leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer door zelfmoord 10,8 gevallen per 100 000 inwoners bedraagt in het Europa van de 28. Dit percentage bedraagt 17,1 per 100.000 inwoners in België, een percentage dat een heel stuk hoger ligt dan dat van Europa. In vergelijking met de andere landen van het Europa van de 28, staat België voor het jaar 2016 op de 5e plaats wat betreft het voor leeftijd gestandaardiseerde sterftecijfer door zelfmoord, na Litouwen, Letland, Slovenië en Hongarije (figuur 1)⁵.

Volgens Eurostat moeten deze cijfers echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, vooral wat betreft tendensen en vergelijkingen tussen landen, aangezien de methoden voor het registreren van zelfmoorden per land en in de loop van de tijd sterk verschillen. Bovendien zijn in deze cijfers geen sterfgevallen opgenomen die te wijten zijn aan gebeurtenissen waarbij de intentie niet kon worden bepaald (waarvan sommige als zelfmoord moeten worden beschouwd), noch zelfmoordpogingen die niet tot de dood hebben geleid⁶.

¹ World Health Organization (2019). <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>.

² OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

³ World Health Organization (2014). Preventing suicide. A global imperative.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

⁴ World Health Organization (2019). - Suicide: Key facts.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

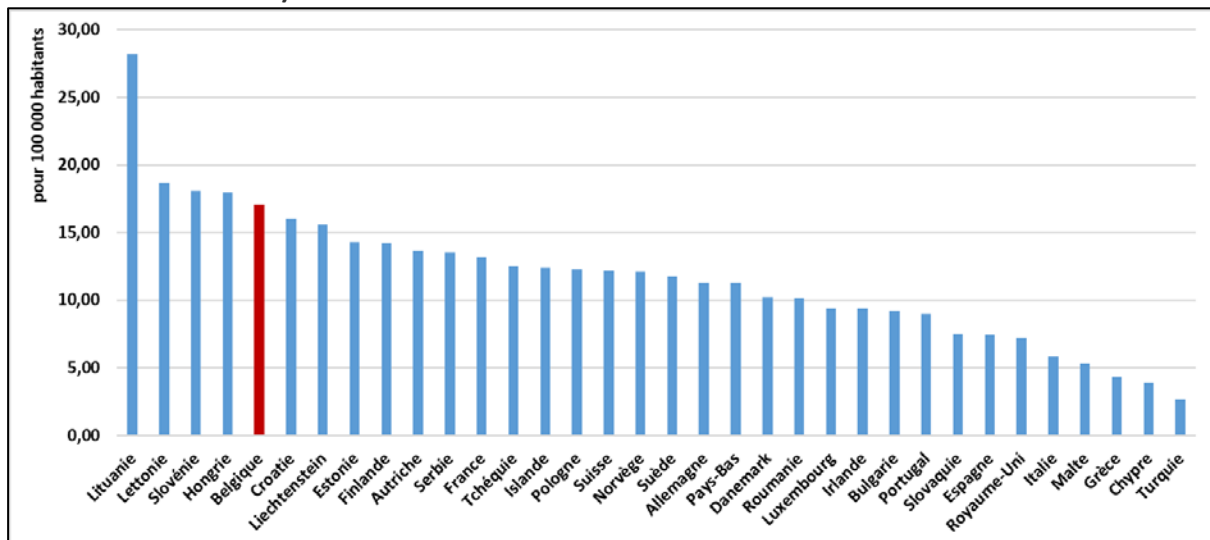
⁵ Eurostat. Death due to suicide, by sex (October 2020).

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>

⁶ Eurostat. Suicide death rate by age groupe (Octobre 2020).

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/product?code=TPS00202>

Figuur 1: Voor leeftijd gestandaardiseerd sterftcijfer door zelfdoding, Eu-28, 2016 (Totaal mannen en vrouwen)



Eurostat: Overlijdens door zelfdoding: Gestandaardiseerd sterftcijfer per 100 000 inwoners (actualisatie: 21.10.2020)

Volgens Sciensano⁷ is zelfmoord in België de 3de oorzaak van vroegtijdige sterfte (overlijden voor de leeftijd van 75 jaar) onder de meest voorkomende doodsoorzaken bij mannen in 2016. Het komt echter op de eerste plaats als het gaat om verloren potentiële levensjaren, vóór longkanker, ischemische hartziekten en transportongelukken.

Bij vrouwen staat het op de 6e plaats van de meest voorkomende oorzaken van vroegtijdige sterfte (overlijden voor de leeftijd van 75 jaar) en op de 3e plaats wat betreft verloren potentiële levensjaren, na borst- en longkanker.

2. Risicofactoren voor zelfdoding en pogingen tot zelfdoding

Wat de risicofactoren in verband met zelfmoord en zelfmoordpogingen betreft, moet eraan worden herinnerd dat zelfmoord een vrij complex fenomeen is, dat wordt bepaald door de interactie van verschillende factoren, die met name te maken hebben met het individu, zijn of haar voorgeschiedenis, directe omgeving, sociale achtergrond, en die zodanig met elkaar vervlochten zijn dat ze zelden ontrafeld kunnen worden⁸.

Er moet daarbij ook nog worden onderstreept dat bij het benaderen van de zelfmoordproblematiek er rekening mee moet worden gehouden dat deze niet beperkt is tot de dodelijke daad alleen. Het zogenaamde **zelfmoordproces** kan beschreven worden als een reeks van gedragingen die de verschillende fasen vertegenwoordigen die de persoon doorloopt voordat hij of zij zelfmoord pleegt. "**Zelfmoordgedrag**" omvat zo "**voltooid zelfmoord**" of fataal zelfmoordgedrag, maar ook niet-fataal zelfmoordgedrag

⁷ Sciensano: Vroegtijdige sterfte naar doodsoorzaak - <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/sterfte-en-doodsoorzaken/vroegtijdige-sterfte-naar-doodsoorzaak>

⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. *Stratégie québécoise d'action face au suicide - S'entraider pour la vie. 1999 CANADA.* https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf

(**zelfmoordpogingen**), zelfmoordintenties (**zelfmoordplan**), indirect zelfmoordgedrag (**grensoepzoekend gedrag, risicovolle levensstijl**) en zelfmoordgedachten⁹.

Specialisten in het fenomeen van zelfdoding wijzen er ook op dat het daarenboven moeilijk is om duidelijke grenzen te trekken tussen de verschillende stadia van het suïcidale proces, aangezien elk individu zijn eigen weg volgt en waarvan de uitdrukkingen verre van gestandaardiseerd zijn¹⁰.

In de literatuur zijn meerdere risicofactoren beschreven (meer dan zestig, naast een tiental beschermende factoren volgens Maris R.W., Berman A.L. en Silverman M.M. (2000) in hun boek "*Comprehensive textbook of suicidology*")¹¹. De auteurs wijzen erop dat hun lijst niet exhaustief is, omdat andere factoren, zoals genetische en biologische factoren, nog worden bestudeerd. Opgemerkt moet worden dat alle categorieën over het algemeen worden ingedeeld op basis van hun gebruik in termen van preventie.

In dit document hebben we besloten ons te beperken tot de categorisering die Senterre C., Bantuelle M. en Levêques A. (2006) hebben voorgesteld in hun onderzoek naar de preventie van zelfdoding in de Franse Gemeenschap van België, waar ze deze risicofactoren indelen volgens een zogenaamde "**klassieke**" benadering en een zogenaamde "**dynamische**" benadering¹².

De zogenaamde **klassieke aanpak** onderscheidt over het algemeen:

- **Risicofactoren die verband houden met individuele aanleg** zoals eerder zelfmoordgedrag, psychiatrische factoren zoals psychische stoornissen, depressie, hopeloosheid (hopelessness), eetstoornissen (anorexia, boulimia), middelenmisbruik (alcoholisme en drugsmisbruik), impulsieve en/of agressieve neigingen, en biologische en genetische factoren zoals erfelijke aanleg voor bepaalde geestelijke gezondheidsproblemen, ernstige lichamelijke aandoeningen, enz.
- **Sociaal-culturele, milieu- en omstandigheids-risicofactoren**, zoals sociaal isolement, familiegeschiedenis, verleden van seksueel misbruik, een problematische gezinsomgeving, zelfmoordgedrag in de familie, echtscheiding of andere verliessituaties (overlijden, weduwschap), bepaalde sociaal-economische situaties zoals verlies van werk of inkomen (werkloosheid, professionele instabiliteit en onzekerheid), verlies van sociale rol, een mislukking die kan leiden tot vernedering en/of stress, verlies van ouders in de kindertijd of van andere belangrijke sociale relaties, gebrek aan sociale steun, gemakkelijke toegang tot dodelijke middelen (vuurwapens, gifgas, enz.).

De **zogenaamde dynamische aanpak** onderscheidt vier categorieën, namelijk **predisponerende factoren, bijdragende factoren, versnellende factoren en beschermende factoren**. Op het niveau van de dynamische aanpak (die we in dit document niet nader zullen toelichten) zijn de risicofactoren bijna gelijk aan die van de klassieke aanpak, maar met een

⁹ Mishara B.L. et Tousignant M. *Comprendre le suicide. Les Presses Universitaires de Montréal*, 2004, Canada.

¹⁰ Ibidem Mishara B.L. et Tousignant M. (2004)

¹¹ Senterre C., Bantuelle M., Levêques A. Prévention des suicides. Aperçu général des connaissances en suicidologie et Situation en Communauté française de Belgique. CERESP - ESP, ULB- 2006.

¹² Ibidem Senterre C., Bantuelle M., Levêques A.

notie van een "**integratief continuüm**", waarbij deze factoren onderling in een complexe en dynamische onderlinge relatie staan (een kruismatrix van deze factoren en hun gedetailleerde lijst zijn te vinden in het hierboven genoemde rapport)¹³.

Deze analyse laat zien hoe het risico op zelfmoord zeker toeneemt in situaties van onzekerheid, kwetsbaarheid en sociaal-economische en gezondheidsongelijkheid.

3. Mortaliteit door zelfdoding in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

In 2017 werden 140 zelfmoordgevallen onder Brusselaars (inclusief Brusselaars die in Vlaanderen en Wallonië stierven) geregistreerd via de statistische overlijdensformulieren, waaronder 90 mannen en 49 vrouwen (voor één persoon ontbrak informatie over het geslacht).

Het voor leeftijd gestandaardiseerde zelfmoordcijfer¹⁴ bedraagt 13,2 sterfgevallen per 100.000 inwoners in het Brussels Gewest (18,3/100.000 voor mannen en 9,2/100.000 voor vrouwen). Dit sterftecijfer ligt hoger dan het cijfer voor het Europa van de 28 in 2016 (10,5/100.000 inwoners), maar een stuk lager dan het cijfer voor België in hetzelfde jaar (17,1/100.000 inwoners).

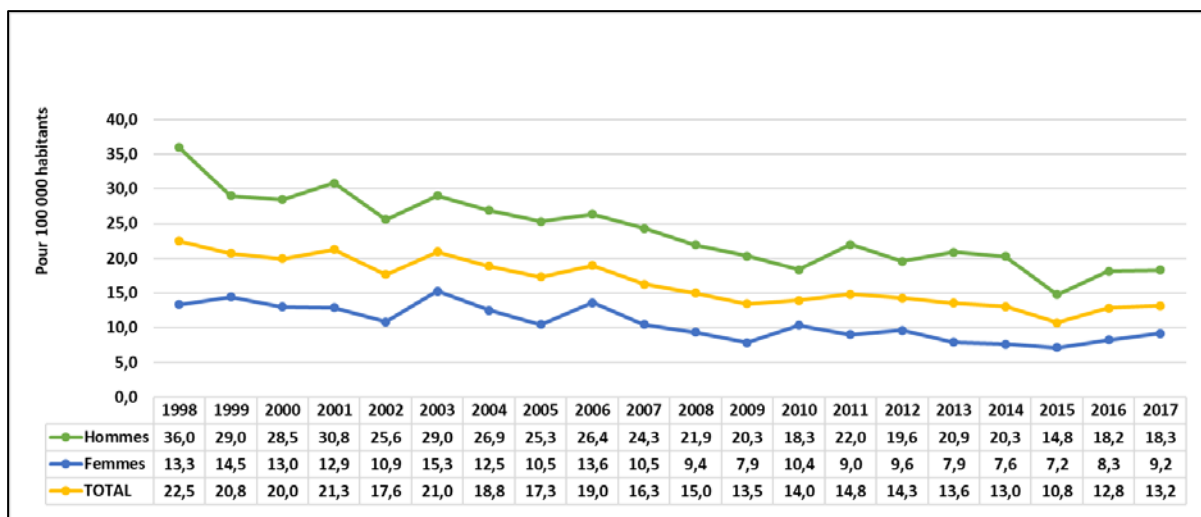
4. Evolutie van de mortaliteitscijfers door zelfdoding in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

De zelfmoordcijfers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest schommelen van jaar tot jaar, maar over het algemeen is er sprake van een dalende trend bij zowel mannen als vrouwen. De zelfmoordcijfers van de Brusselaars zijn twee keer zo hoog bij de mannen als bij de vrouwen en deze verhouding is gedurende de hele geanalyseerde periode stabiel gebleven. Sinds 1998 is het zelfmoordcijfer in Brussel met bijna de helft gedaald, van 22,5 in 1998 tot 13,2 sterfgevallen door zelfmoord per 100.000 inwoners in 2017. Deze vermindering is meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen (figuur 2).

Figuur 2: Evolutie van de sterftecijfers door zelfdoding, gestandaardiseerd voor leeftijd *, onder de Brusselaars 1998-2017

¹³ Ibidem Senterre C., Bantuelle M., Levêques A

¹⁴ Om de sterftecijfers tussen de verschillende groepen (regio's, landen, enz.) te kunnen vergelijken, is standaardisatie naar leeftijd en geslacht noodzakelijk, om de invloed van eventuele verschillen in leeftijdsopbouw te neutraliseren. De hier gebruikte directe standaardisatie wordt bereikt door de leeftijdsspecifieke sterftecijfers van de betrokken bevolking toe te passen op een referentiepopulatie (hier de Europese standaardbevolking - EUROSTAT 2013).



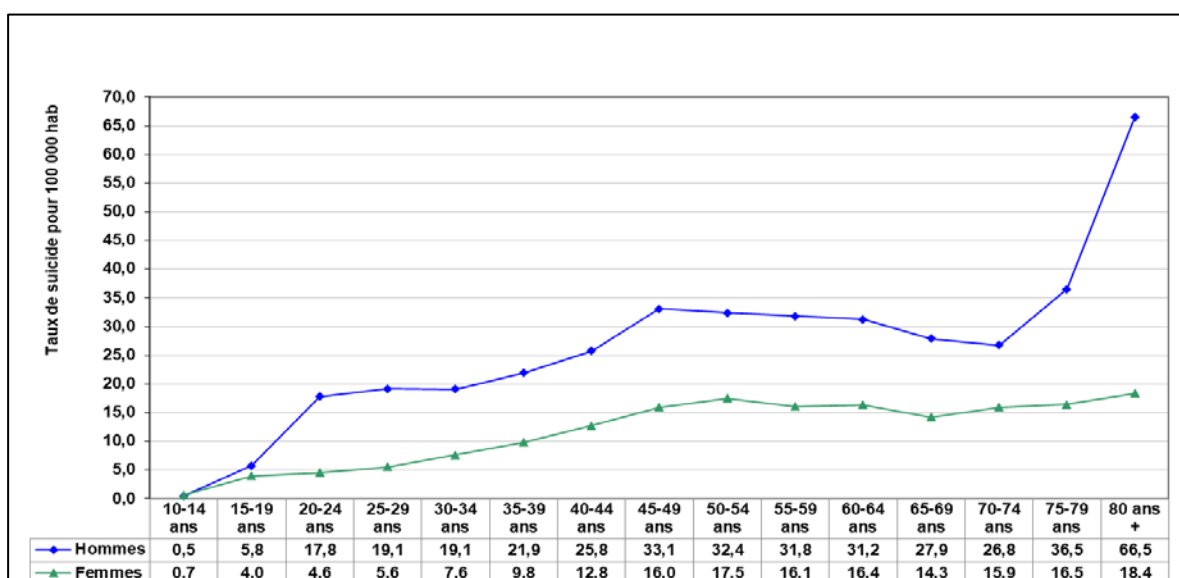
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
 * Standaardisatie voor de leeftijd: referentiebevolking = Europese standaardbevolking, Eurostat, 2013.

5. Evolutie van de sterftecijfers door zelfdoding volgens leeftijd

Om de zelfmoordcijfers naar leeftijd te analyseren, zijn de gegevens voor de periode 2007-2017 gegroepeerd om voldoende aantallen te hebben.

De zelfmoordsterftecijfers nemen toe met de leeftijd voor zowel mannen als vrouwen. Bij de mannen is er een duidelijke stijging vanaf de leeftijd van 20 jaar, met een plateau tussen 45 en 70 jaar, en een zeer sterke stijging vanaf de leeftijd van 70 jaar. Deze toename is daarentegen minder uitgesproken en meer geleidelijk bij vrouwen (figuur 3).

Figuur 3: Mortaliteitscijfers door zelfdoding onder de Brusselaars, naar leeftijd, 1998-2017



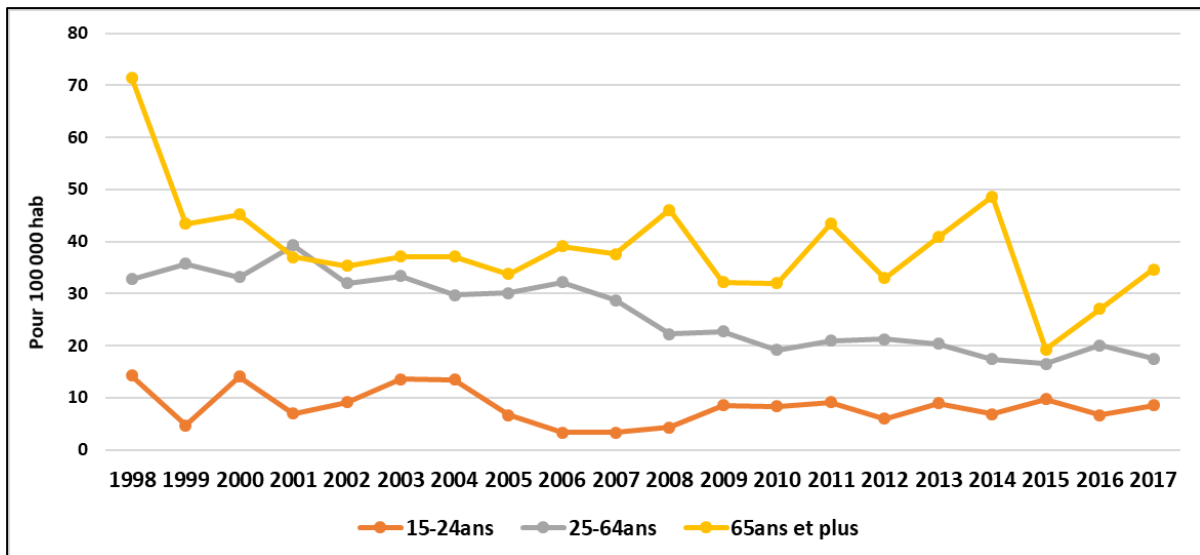
Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Met betrekking tot de evolutie in de tijd kan de algemene neerwaartse tendens globaal genomen in de verschillende leeftijdsgroepen worden waargenomen.

Onder mannen van 65 jaar en ouder zijn er echter grote schommelingen en een lichte stijging sinds 2015, en onder mannen van 15-24 jaar is er een lichte schommeling met een licht dalende tendens.

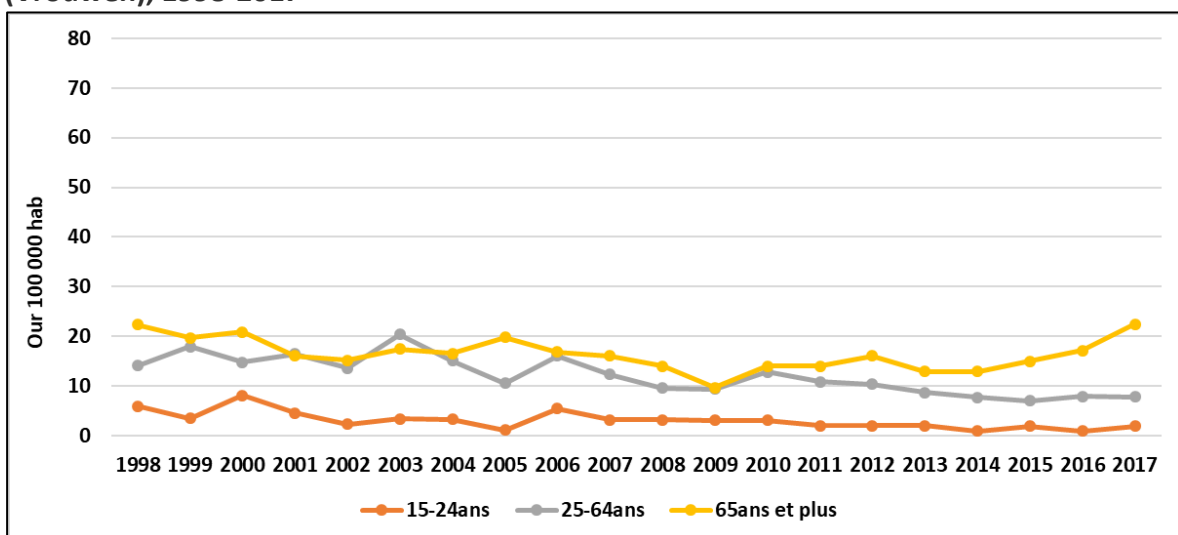
Voor vrouwen is er vanaf 2014 ook een lichte stijging, vooral in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

Figuur 4a: Evolutie van zelfdodingscijfers onder de Brusselaars, per leeftijdsgroep, (Mannen), 1998-2017



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Figuur 4b: Evolutie van het zelfdodingscijfer onder de Brusselaars, per leeftijdsgroep (Vrouwen), 1998-2017



Bron: Statistische overlijdensformulieren, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

6. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in vergelijking met de andere Gewesten

Om de Gewesten te vergelijken hebben we gebruik gemaakt van de gestandaardiseerde sterftcijfers die door Sciensano (voormalig Instituut voor Volksgezondheid) zijn berekend via de module SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis)¹⁵.

In 2016 bedraagt het voor leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfer door zelfdoding in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 12,2 per 100.000 inwoners (17,6 sterfgevallen per 100.000 inwoners voor mannen en 7,5 sterfgevallen per 100.000 inwoners voor vrouwen).

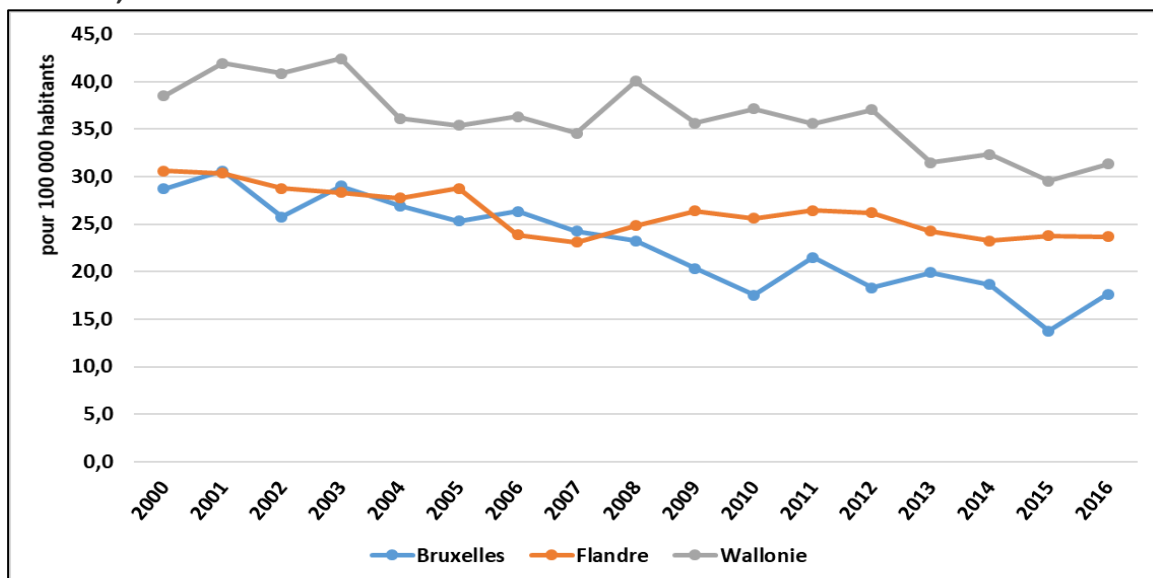
Deze Brusselse zelfmoordcijfers zijn bijna twee keer lager dan die in Wallonië (20,6 doden per 100.000 inwoners) (31,4/100.000 voor mannen en 11,3/100.000 voor vrouwen).

De zelfmoordcijfers in Vlaanderen liggen tussen de Brusselse en Waalse, met een sterftcijfer van 16,0 overlijdens per 100.000 inwoners (23,7/100.000 voor mannen en 8,8/100.000 voor vrouwen).

Net als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn de zelfmoordcijfers in de andere twee gewesten de afgelopen 20 jaar over het algemeen gedaald, maar niet in hetzelfde tempo. De daling lijkt het duidelijkst te zijn geweest in Brussel.

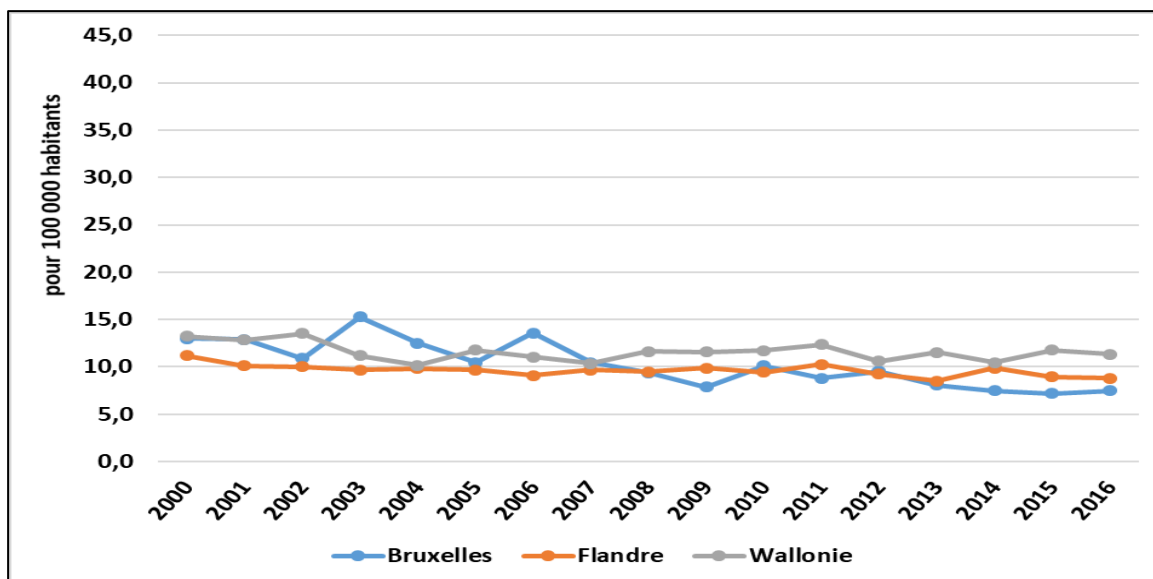
Net als in Brussel is ook in de andere twee regio's de daling meer uitgesproken voor mannen dan voor vrouwen.

Figuur 5a: Evolutie van de gestandaardiseerde mortaliteit door zelfdoding, per Gewest, Mannen, 2000-2016



Figuur 5b: Evolutie van de gestandaardiseerde mortaliteit door zelfdoding, per Gewest, Vrouwen, 2000-2016

¹⁵ Bron: Sciensano 2018. SPMA: Standardized Procedures for Mortality Analysis – Belgium. <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>



7. Enkele aandachtspunten

- De in dit document gepresenteerde zelfmoordcijfers zijn gebaseerd op gegevens uit de statistische overlijdensformulieren, die voor elk sterfgeval op het Belgisch grondgebied verplicht moeten worden ingevuld. Dit zijn de officiële documenten die worden gebruikt om elk overlijden te melden en waarop de arts die het overlijden registreert de doodsoorzaak vermeldt. De doodsoorzaken worden gecodeerd volgens de International Classification of Diseases 10e editie (ICD-10) en analyses worden uitgevoerd op basis van de oorspronkelijke doodsoorzaken.
- Het parket beschikt ook over gegevens over zelfdodingen uit hun strafrechtelijk onderzoek en die cijfers worden soms door de media gebruikt. Deze gegevens zijn vaak onvolledig omdat ze niet alle gevallen van zelfmoord weergeven, zoals de gevallen die geen tussenkomst van het parket vereisten. Bovendien zijn de gegevens van het parket beperkt tot zelfmoorden die op het Brussels grondgebied hebben plaatsgevonden en houden ze geen rekening met zelfmoorden van Brusselaars die in andere regio's plaatsvinden. Het is echter door deze ook mee te rekenen dat het werkelijke zelfmoordcijfer kan worden berekend met de Brusselse bevolking als noemer.
- De sterftcijfers door zelfdoding, voortkomend uit de overlijdensformulieren, kunnen het werkelijke aantal zelfmoorden om verschillende redenen onderschatten: de opzettelijkheid van de daad is niet altijd met zekerheid vast te stellen. Sommige ongelukken kunnen in feite "gemaskeerde" zelfmoorden zijn. In sommige gevallen kan het problematisch zijn om te stellen dat de doodsoorzaak zelfdoding is (in plaats daarvan wordt een natuurlijke oorzaak of een ongeval aangegeven). Voor sommige overlijdens is de doodsoorzaak onzeker, dus worden deze beschouwd als "ongedefinieerde doodsoorzaken"¹⁶.
- De cijfers in dit document hebben geen betrekking op zelfmoordpogingen, aangezien deze informatie niet is opgenomen in de statistische overlijdensformulieren.

¹⁶ Ibidem. Senterre C. et al.

Voor meer informatie over zelfmoordpogingen en zelfmoordideeën kan de lezer terecht bij de **Nationale Gezondheidsenquête 2018** (Sciensano 2020) ¹⁷.

Een meer diepgaande en becommentarieerde analyse over zelfdoding is ook te vinden in het dossier "Dossier 2003/1: Zelfmoord in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, situatie 2000" van het Observatorium. <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/dossier-20031-zelfmoord-het-brussels-hoofdstedelijk-gewest-situatie-1998>

¹⁷ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be