

## Zelfdoding en preventie in Vlaanderen

*Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding; Ekke Muijzers, stafmedewerker Centrum ter Preventie van Zelfdoding; Patrick Vanderreydt, stafmedewerker Centrum ter Preventie van Zelfdoding; Michaël Bloemen, stafmedewerker Centrum ter Preventie van Zelfdoding; Saskia Aerts, stafmedewerker Centrum ter Preventie van Zelfdoding*

**Vlaanderen doet het niet goed als het op zelfdoding aankomt: dagelijks stappen 3 mensen uit het leven, het aantal pogingen is hier een veelvoud van. Maar wat is zelfdoding en hoe komt iemand ertoe om uit het leven te stappen? Hoe zit dat nu precies met de cijfers in Vlaanderen? En is zelfdoding wel te voorkomen?**

### Epidemiologie

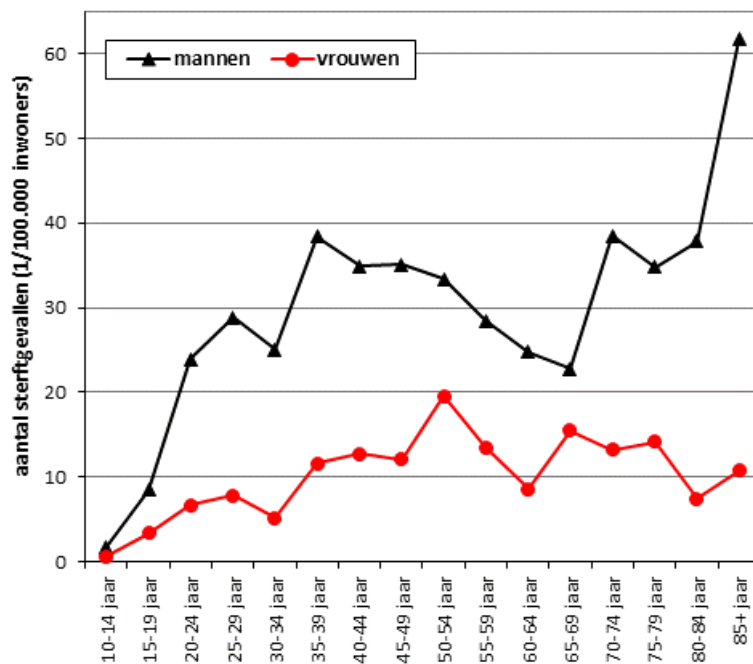
In 2010 overleden in Vlaanderen 1.066 mensen door zelfdoding: 772 mannen en 294 vrouwen. Dit komt neer op een gemiddelde van 25,02 zelfdodingen per 100.000 inwoners bij mannen, en 9,28 zelfdodingen per 100.000 inwoners bij vrouwen. Het zijn onrustwekkende cijfers, het Vlaamse suïcidecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. Bij de vrouwen zijn er slechts 2 landen die het slechter doen, bij de mannen zijn er 8 landen met hogere suïcidecijfers (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

De gemiddelde leeftijd waarop mannen zelfmoord plegen, ligt op 50 jaar, bij vrouwen is dit op 53 jaar. Dit is een stuk lager dan de gemiddelde leeftijd van alle sterfteoorzaken in Vlaanderen.

Als we kijken naar het leeftijdsspecifieke sterftcijfer voor suïcide (m.n. het aantal sterfgevallen op een bepaalde leeftijd t.o.v. het aantal inwoners van die leeftijd), dan blijkt dat vooral oudere mannen (80+) en mannen tussen 35 en 40 vaak overlijden door zelfdoding. Bij de vrouwen overlijden vrouwen tussen 50 en 55 het vaakst door zelfdoding (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2013).

Het aantal suïcidepogingen ligt een stuk hoger dan het aantal zelfdodingen. In 2010 deden 169 per 100.000 vrouwelijke inwoners in Vlaanderen een poging tot zelfdoding, bij de mannen lag deze rate op 128 per 100.000 inwoners. In 2011 stegen deze aantallen tot respectievelijk 202 bij vrouwen en 143 bij mannen. Opvallend hierbij is dat, in tegenstelling tot het aantal overlijdens door zelfdoding, vrouwen veel vaker een poging tot zelfdoding ondernemen. Het hoogste absolute aantal suïcidepogers was (in 2011) tussen de 45 en 49 jaar oud. Ongeveer één derde van zowel de mannelijke als de vrouwelijke suïcidepogers was tussen de 15 en 29 jaar (De Jaegere, E., e.a., 2013).

## Leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), mannen en vrouwen, Vlaams Gewest, 2010 (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



### Wat is zelfdoding?

Zelfmoord, zelfdoding en suïcide zijn verschillende termen, waarmee we eigenlijk hetzelfde bedoelen: “een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd *met als doel de gewenste veranderingen te bewerkstelligen*” (De Leo et al., 2004). Deze definitie wordt gebruikt door de Wereldgezondheidsorganisatie, en werd ook in het Vlaams actieplan suïcidepreventie opgenomen, omwille van het wijd verspreide gebruik ervan in de wetenschappelijke literatuur in Europa en het Vlaamse werkveld (Rapport ter voorbereiding van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 17 december 2011). Naar analogie met deze definitie wordt een suïcidepoging omschreven als “een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting, of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen” (De Leo et al., 2004). Merk op dat de doodsintentie geen deel uitmaakt van deze definities. Het aangrijpingspunt om in communicatie te treden met mensen die aan zelfdoding denken ligt dan ook in de staart van deze definities. Mensen willen een verandering bewerkstelligen. Ze willen veelal en “voor al” niet op déze manier verder leven.

Naast het feit dat het definiëren van zelfdoding niet eenvoudig is, heerst in Vlaanderen ook een discussie rond het gebruik van de termen “zelfmoord”, “zelfdoding” en “suïcide”. “Zelfmoord” voelt voor bepaalde groepen stigmatiserend en beschuldigend aan, anderen vinden “zelfdoding” dan weer te soft en “suïcide” te klinisch. In dit verband worden door de Vlaamse organisaties die zich bezighouden met suïcidepreventie de mediarichtlijnen van Werkgroep Verder gevolgd. In deze richtlijnen wordt geen van deze termen als “beter” naar voor geschoven, maar wordt wel gevraagd waakzaam te zijn voor de gevoeligheden in dit verband: “zelfmoord” kan in het kader van preventie,

“zelfdoding” wordt geprefereerd in relatie tot nabestaanden, “suicide” wordt gebruikt in het kader van een wetenschappelijke benadering (Werkgroep Verder, 2013).

### **Verklarend model van suïcidaal gedrag**

Zelfdoding is een complex fenomeen: er is niet één oorzaak voor zelfdoding. Bij zelfdoding is er sprake van een opeenstapeling van risicofactoren in combinatie met de afwezigheid van voldoende beschermende factoren. Voorbeelden van risicofactoren zijn psychologische factoren (bv. laag zelfbeeld, impulsiviteit, etc.), biologische factoren, sociale factoren (armoede, eenzaamheid, etc.), culturele of maatschappelijke factoren (taboe op hulp vragen, ...), een psychiatrische aandoening (depressie, schizofrenie, ...). Beschermende factoren zijn bijvoorbeeld goede sociale vaardigheden, betekenisvolle sociale relaties, hulpzoekend gedrag, ... Daarnaast spelen ook drempelverlagende (media, beschikbaarheid van middelen, voorbeelden in de omgeving, ...) en drempelverhogende factoren (toegankelijkheid geestelijke gezondheidszorg, sociale steun, ...) een rol bij de verklaring van suïcidaal gedrag.

Naast de vaststelling dat suïcidaal gedrag bepaald wordt door een erg complex geheel aan factoren, is het ook belangrijk om het proces dat aan dit soort gedrag voorafgaat, te begrijpen. Dit proces wordt in de literatuur omschreven als het “suïcidaal proces” (Retterstol, 1993, Van Heeringen, 2001, ...), en omvat het proces van de eerste vage gedachten aan zelfdoding tot de uiteindelijke poging of overlijden. Een deel van het suïcidaal proces bestaat uit onzichtbaar gedrag (zelfdodingsgedachten, maken van plannen, ...), een ander deel uit zichtbaar gedrag. Hoe verder iemand in het suïcidaal proces gevorderd is, hoe meer kans op een psychologische vernauwing. Problemen worden meer en meer beleefd als ondraaglijk, oneindig en onoplosbaar. Minder en minder andere alternatieven worden in overweging genomen. Zelfdoding kan dan het aureool krijgen van dé oplossing voor de gewenste verandering.

Het suïcidaal proces kan verschillende jaren duren, maar kan ook in enkele uren doorlopen worden. De gemiddelde duur van het suïcidaal proces bij jongeren is bijvoorbeeld 29 maanden (Portzky, 2006). Erg belangrijk voor preventie is dat dit proces tot op het laatste moment omkeerbaar is. Er is geen “point of no return”. Niet iedereen die in het suïcidaal proces terecht komt, overlijdt dus aan zelfdoding. Heel wat mensen hebben trouwens op een bepaald moment in hun leven gedachten daaromtrent. Hoe vroeger in dat proces je met iemand aan de slag kan gaan, hoe minder kans op die sterke vernauwing die het moeilijk maakt die oplossing los te laten. Maar het kan.

### **Misverstanden rond zelfdoding**

Er bestaan heel wat misverstanden rond zelfdoding. Deze misverstanden kunnen ertoe leiden dat mensen denken dat zelfdoding niet te voorkomen is, of kunnen het taboe dat bestaat rond zelfdoding mee in stand houden.

Een eerste misverstand is dat zelfdoding een ziekte is. Dit is echter niet zo. Wel kunnen biologische en psychiatrische factoren een rol spelen. Ook de opvatting dat zelfdoding erfelijk is, is fout. Wel is het zo dat zelfdoding aangeleerd gedrag kan zijn: een zelfdoding in de omgeving kan ervoor zorgen

dat iemand zelfdoding als een oplossing ziet. Ook kunnen bepaalde erfelijke factoren een rol spelen bij het ontstaan van suïcidaal gedrag.

Een andere misvatting is dat mensen die over zelfdoding praten, het niet doen. We weten echter dat de meerderheid van de mensen die zelfmoord plegen, op voorhand signalen gaven. Elk signaal dat iemand aan zelfdoding denkt of dit overweegt, moet dan ook serieus genomen worden. Elk signaal dat goed wordt opgepikt is meteen een eerste stap naar preventie.

Veel mensen gaan ervan uit dat mensen die aan zelfdoding denken dood willen. Ook dit is niet correct. De meeste mensen die aan zelfdoding denken, willen een ander leven of willen een einde aan het leven dat ze op dat moment leven (zie ook definitie zelfdoding: “met als doel de gewenste verandering te bewerkstelligen”). Ze zien het niet zitten om op zo’n manier verder te leven.

Tenslotte is er de stelling dat zelfdoding plots gebeurt, vanuit een impulsiviteit. Ook dit klopt niet helemaal. Zoals hierboven aangehaald, gaat aan een zelfdoding een proces vooraf. Dit proces van eerste gedachte naar daad duurt gemiddeld meer dan 2 jaar. Bij de overgang naar de daad kan impulsiviteit wel een rol spelen.

### **Preventie van zelfdoding**

De initiatieven die opgezet worden in het kader van suïcidepreventie worden opgedeeld in universele, selectieve en geïndiceerde preventie (Nordentoft, M., 2011). Onder universele preventie vallen die strategieën die zich richten op de volledige bevolking, zoals het verlagen van de drempels tot hulp, het beperken van middelen, het versterken van de weerbaarheid, ... Selectieve preventie richt zich op groepen die een groter risico hebben op het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Deze strategieën proberen te vermijden dat deze risicogroepen suïcidaal gedrag ontwikkelen. Voorbeelden hiervan zijn het trainen van professionals die met bepaalde doelgroepen werken, screening, ... Tenslotte is er de geïndiceerde preventie, die zich richt op groepen die reeds suïcidaal gedrag ontwikkelden. Hieronder vallen ondersteuningsprogramma’s voor hoog-risico-jongeren, initiatieven gericht op mensen die reeds een poging deden, maar bijvoorbeeld ook interventies zoals de Zelfmoordlijn die zich o.a. richt op mensen in een suïcidale crisis.

Onderzoek toont aan dat de effectiviteit van de verschillende preventie-strategieën inzake suïcide sterk verschillen. In Vlaanderen worden de verschillende strategieën en activiteiten in het kader van suïcidepreventie gebundeld in het Vlaams actieplan suïcidepreventie. Dit actieplan omvat een veelheid aan initiatieven die er mee zouden moeten toe leiden dat de gezondheidsdoelstelling inzake suïcidepreventie gehaald wordt. In 2011 werd een nieuwe gezondheidsdoelstelling geformuleerd: een daling van het aantal zelfdodingen tegen 2020 met 20% ten opzichte van 2000. Om deze doelstelling te bereiken werd een tweede Vlaams actieplan suïcidepreventie uitgewerkt, dat zal lopen van 2012 tot 2020. Binnen het Vlaams actieplan suïcidepreventie wordt uitdrukkelijk geopteerd voor evidence based strategieën voor suïcidepreventie, die zich situeren op het vlak van universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

Het Vlaams actieplan suïcidepreventie II omvat 5 strategieën: (1) geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij; (2) suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp; (3) bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs; (4)

strategieën voor specifieke risicogroepen en (5) de ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

### **Wat kan je zelf doen? (eventueel in een apart kader?)**

Een luisterend oor is misschien wel het effectiefste middel voor suïcidepreventie dat we kennen. Onderzoek onder mensen die op het punt hebben gestaan om suïcide te plegen, laat zien dat de beslissing om het toch niet te doen veelal voortkwam uit een begripvol gesprek met een vrijwilliger, vertrouwenspersoon, familielid of hulpverlener (Kerkhof, 2010).

Preventie van zelfdoding is dus niet alleen een materie voor specialisten. Iedereen kan een rol spelen bij het herkennen van signalen en ondersteunen van mensen die aan zelfdoding denken. De meerderheid van mensen die aan zelfdoding overlijden, geeft op voorhand signalen. Het is echter niet gemakkelijk deze signalen te herkennen en te identificeren, laat staan er gepast op te reageren. Toch zijn er een aantal handvatten die voor iedereen bruikbaar zijn.

Het is belangrijk gevoelig te zijn voor signalen dat iemand het niet meer ziet zitten. Signalen kunnen zowel direct verbaal (“ik wil er een eind aan maken”, “ik wil dood”, ...) als indirect verbaal (“ik zie het niet meer zitten”, “het hoeft voor mij niet meer”) of non-verbaal (weggeven van spullen, afzondering, overdreven gebruik van alcohol of drugs, ...) zijn. Wanneer dit soort signalen opgemerkt worden, of wanneer er een vermoeden is dat iemand aan zelfdoding denkt, is het belangrijk het gesprek hierover aan te gaan. Het bespreekbaar maken en benoemen van zelfmoord kan voor diegene die ermee bezig is een grote opluchting betekenen, waardoor de behoefte om het te doen vermindert.

Wanneer iemand effectief aan zelfdoding blijkt te denken, is het belangrijk hierover geen oordeel te vellen, maar wel rustig het thema te bespreken. Hierbij is het belangrijk geen geluksrecepten te geven (“alles komt goed”) maar wel de zelfmoordgedachten van de persoon in kwestie serieus te nemen, ze open te bespreken met zoveel mogelijk begrip voor de denk- en gevoelswereld van de betrokkene. In zo een contact wordt de vernauwing waar de persoon in zit wellicht minder zodat alternatieven om te bereiken wat de persoon wil opnieuw overweegbaar worden. Een van die alternatieven kan het zoeken van hulp zijn.

Ook aan de Zelfmoordlijn wordt aan de hand van deze basisprincipes gewerkt: mensen in een suïcidale crisis worden uitgenodigd over hun zelfmoordgedachten te praten, zonder dat hierbij een oordeel gevormd wordt of stelling wordt ingenomen. Er wordt in een begripvol gesprek geprobeerd samen met de oproeper de suïcidale crisis te overbruggen en alternatieven voor de gewenste veranderingen te vinden.

### **Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding**

De activiteiten van het CPZ worden georganiseerd in 3 diensten: De Zelfmoordlijn, de vormingsdienst en de studiedienst. De Zelfmoordlijn is er zowel telefonisch als online en biedt ondersteuning en crisioverbrugging aan oproepers in een suïcidale crisis, hun omgeving en nabestaanden na zelfdoding. De Zelfmoordlijn is 24 op 24 anoniem en gratis beschikbaar en beantwoordde in 2012 11.395 oproepen. Daarnaast beschikt het CPZ ook over ASPHA (advies suïcidepreventie voor huisartsen en andere hulpverleners), waar hulpverleners terecht kunnen voor ondersteuning en advies rond gespreksvoering met suïcidale cliënten. De vormingsdienst staat in voor het vormen van

de eigen vrijwilligers van de Zelfmoordlijn, maar vormt ook intermediairs in het herkennen van signalen van suïcidaal gedrag, het inschatten van het risico en het voeren van (crisis)gesprekken met mensen die suïcidaal zijn. Deskundigheidsbevordering van intermediairs blijkt een erg effectieve preventiestrategie te zijn (Scheerder, G., e.a., 2010). Tenslotte is er de studiedienst die instaat voor een permanente opvolging van de gegevens die via de registratie van de gesprekken aan de Zelfmoordlijn worden gegenereerd, maar die ook instaat voor het opvolgen van onderzoek naar suïcidepreventie. Het CPZ beschikt in dit verband over een documentatiecentrum en beantwoordt jaarlijks meer dan 100 vragen over de preventie van zelfdoding vanuit het publiek.

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding werd in 2012 erkend als organisatie met terreinwerking suïcidepreventie door laagdrempelige telezorg. De werking van het CPZ maakt onderdeel uit van het Vlaams actieplan suïcidepreventie. Het centrum baseert zich voor haar werking op 3 pijlers voor preventie:

- Zelfdoding wordt voorafgegaan door een proces (zie suïcidaal proces). Dit proces is niet onomkeerbaar: het kan op elk moment gestopt worden. Sommige mensen zitten echter zo sterk vast in een neerwaartse spiraal van negatieve gedachten en emoties dat het omkeren van het proces erg moeilijk wordt. Hoe dichterbij de daad, hoe moeilijker om ze te voorkomen.
- Een persoon in crisis blijft openstaan voor menselijk contact. De behoefte aan communicatie blijft bestaan.
- De suïcidale persoon is ambivalent. Er is een aarzelen tussen dood of leven. Niet alleen de wens om te sterven is aanwezig maar ook de wens om te blijven leven. Niet meer willen leven betekent veelal: niet meer 'op deze manier' willen leven (zie definitie zelfdoding).

## Conclusie

Zelfdoding is in Vlaanderen nog steeds een probleem. Uit de cijfers rond het aantal zelfdodingen en pogingen, blijkt dat Vlaanderen nog steeds hoog scoort in vergelijking met de meeste andere Europese landen. Anderzijds gebeuren er heel wat inspanningen om zelfdoding te voorkomen, en dit in het kader van het Vlaams actieplan suïcidepreventie. Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding probeert hier haar steentje aan bij te dragen door de Zelfmoordlijn, de vormingsdienst en de studiedienst.

Er bestaan nog heel wat misverstanden rond zelfdoding. Deze misverstanden kunnen ertoe bijdragen dat het taboe op (de preventie van) zelfdoding blijft bestaan. Preventie is echter mogelijk en iedereen kan hier een rol in spelen, door alert te zijn op signalen en hier gepast op te reageren.

**De Zelfmoordlijn** – 02 649 95 55 of [www.zelfmoordlijn.be](http://www.zelfmoordlijn.be), 24/24 bereikbaar, gratis en anoniem

**ASPFA** – 024 24 30000, Advies Suïcidepreventie voor Huisartsen en Andere Hulpverleners, dagelijks bereikbaar van 8-0u.

## Referenties

AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID, *Cijfers over depressie en zelfdoding*, [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be), 2013.

DEJAEGERE, E., VANCAYSEELE, N., PORTZKY, G., VAN HEERINGEN, C., *De epidemiologie van de suïcidepogingen in Vlaanderen – jaarverslag 2011*, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, 2013.

DE LEO, D., et. al., *Definitions of suicidal behaviour*. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 17-39). Göttingen: Hogrefe & Huber, 2004.

NORDENTOFT, M.; *Crucial elements in suicide prevention strategies*, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2011.

PORTZKY, G.; *Suicidal behavior among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention*, Universiteit Gent – Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie, 2006.

RETTSTOL, N., *The suicidal process*. In N. Retterstøl, *Suicide: A European Perspective* (pp. 135-141). Cambridge University Press, 1993.

SCHEERDER, G., REYNDERS, A., ANDRIESEN, K., VAN AUDENHOVE, C.; *Suicide intervention skills and related factors in community and health professionals*, *Suicide and life threatening behavior*, 2010.

VAN HEERINGEN, C., *The suicidal process and related concepts*. In C. van Heeringen (Red). *Understanding suicidalbehaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*, Wiley, 2001.

VLAAMSE OVERHEID, *Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling ‘preventie van zelfdoding’ en Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012 - 2020*, [www.zorg-en-gezondheid.be](http://www.zorg-en-gezondheid.be), 2013.

WERKGROEP VERDER, *Als journalist kan je levens redden – mediarichtlijnen inzake zelfdoding*, [www.werkgroepverder.be](http://www.werkgroepverder.be), 2013.