

Risicofactoren en beschermende factoren inzake suïcide in Nederland en Vlaanderen

A. REYNDERS, A.J.F.M. KERKHOF, G. MOLENBERGHS, C. VAN AUDENHOVE

ACHTERGROND Vlaanderen heeft een suïcidecijfer dat 82% hoger is dan dat van Nederland.

DOEL Met dit onderzoek gaan we na in welke mate Vlaanderen en Nederland van elkaar verschillen inzake risicofactoren en beschermende factoren inzake suïcide.

METHODE Door middel van een gestructureerde postenquête verzamelden we bij 2999 Vlamingen en Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar gegevens over hun psychisch welbevinden, hun suïcidaal verleden, de verkregen hulp en intenties om hulp te zoeken voor psychische problemen, kennis van het zorgaanbod, tevredenheid over de verkregen zorg en hun attitudes tegenover suïcide.

RESULTATEN Het voorkomen van psychische problemen en het hebben van een suïcidaal verleden verschilden niet significant tussen Nederland en Vlaanderen. Meer Nederlanders hadden wel ooit hulp gekregen voor psychische problemen en ze hadden vaker de intentie om hulp te zoeken in de toekomst dan Vlamingen. Ook de kennis van en tevredenheid over de zorg waren beter in Nederland dan in Vlaanderen. In Nederland had men vaker een positieve, aanvaardende attitude tegenover suïcide dan in Vlaanderen.

CONCLUSIE In Nederland scoort men op het vlak van beschermende factoren tegen suïcide beter dan in Vlaanderen. We gaan in op enkele verklaringen voor deze verschillen en bespreken de implicaties voor het suïcidepreventiebeleid.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 105-113

TREFWOORDEN attitude, beschermende factoren, Nederland, risicofactoren, suïcide, Vlaanderen



105

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 58 | FEBRUARI 2016

Over de periode 2005 tot en met 2010 bedroeg het gemiddelde suïcidecijfer in Vlaanderen 15,4 suïcides per 100.000 inwoners (Agentschap voor Zorg en Gezondheid) tegenover 8,46 per 100.000 inwoners in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek). Hiermee zijn de suïcidecijfers in Vlaanderen 82% hoger dan in Nederland. Bijgevolg is suïciditeit een van de belangrijkste gezondheidsverschillen tussen Vlaanderen en Nederland. Deze vaststelling is opmerkelijk omdat, ondanks de verschillen inzake bijvoorbeeld cultuur en de organisatie van de zorg, beide regio's heel wat gelijkenissen vertonen als het gaat om sociaaleconomische, demografische, linguïstische, klimatologische en geografische factoren.

Daarom beschrijven we in dit artikel ons onderzoek waarin we nagingen of en in welke mate Vlaanderen en Nederland verschillen inzake risicofactoren voor en beschermende factoren inzake suïcide en meer in het bijzonder: mentaal welbevinden, intenties om hulp te zoeken, eerder ontvangen hulp, kennis van het zorgaanbod en tevredenheid van de verkregen zorg. Een beter inzicht in deze verschillen kan bepaalde aandachtspunten blootleggen met oog op een geestelijk gezondheids- of suïcidepreventiebeleid. Voor zover we weten, zijn vergelijkende gegevens voor Vlaanderen en Nederland beperkt. We bespreken eerst hoe deze factoren een risicoverhogende of beschermende rol spelen in relatie tot suïcide.

Aan een suïcide gaat meestal een proces van suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag vooraf. Een follow-upstudie toonde aan dat 10 tot 15% van de personen die een suïcidepoging ondernomen hadden, later zullen overlijden ten gevolge van een suïcide (Suominen e.a. 2004). Dit maakt van eerder suïcidaal gedrag de belangrijkste voorspeller van suïcide.

Een andere belangrijke risicofactor van suïcide zijn psychische problemen. Ongeveer 90% van de mensen die overlijden door suïcide vertoonden tekenen van psychiatrische problemen (Nock e.a. 2008). Onderzoekers leiden hieruit af dat professionele hulp krijgen voor psychische problemen een voorname beschermende factor tegen suïcide is (Deisenhammer e.a. 2007; Pagura e.a. 2009). Naast beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg en sociaal cognitieve factoren zoals attitudes en stigma (Reynders e.a. 2014), zijn eveneens tevredenheid over de eerder verkregen hulpverlening en de kennis van het zorgaanbod belangrijke determinanten van het zoeken van psychologische hulp.

Hoewel hierover weinig recent onderzoek bestaat, blijkt dat de afwezigheid van kennis van het zorgaanbod vaak gepaard gaat met het uitstellen van het zoeken van hulp (Issakidis & Andrews 2002). Indien mensen de stap zetten om psychologische hulp te zoeken, heeft de tevredenheid over de ontvangen zorg een positieve impact op de intentie om volgende afspraken te plannen (Freed e.a. 1998) en zich te houden aan de behandelafspraken (Vermeire e.a. 2002) en bijgevolg dus ook op de effectiviteit van de zorg.

Ook informele hulp zoeken bij familie en vrienden is een beschermende factor ten aanzien van suïcidale gedachte en suïcidaal gedrag omdat het veronderstelt dat mensen hierdoor gesteund worden wanneer zij moeten omgaan met stressvolle situaties of psychische problemen (Chioqueta & Stiles 2007; Kleiman & Liu 2013).

Ten slotte hebben verschillende onderzoeken aangetoond dat er een associatie is tussen attitudes tegenover suïcide en suïcidaal gedrag. Mensen die eerder suïcidaal gedrag vertoonden, hebben vaker tolerante attitudes tegenover suïcide dan degenen die nooit eerder suïcidaal gedrag vertoonden (Arnautovska & Grad 2010). Ander onderzoek toonde aan dat mannen met een depressieve stoornis vaker overgaan tot suïcidaal gedrag indien zij een aanvaardende attitude tegenover suïcide hebben (Gibb e.a. 2006).

Met dit onderzoek willen we nagaan in welke mate Nederland en Vlaanderen verschillen inzake deze risicofactoren voor en beschermende factoren tegen suïcide.

METHODE

Via een systematische en geclusterde steekproef werden 4550 Nederlanders en 4550 Vlamingen tussen de 18 en 64 jaar met respectievelijk de Nederlandse en Belgische nati-

AUTEURS

ALEXANDRE REYNDERS, docent en senior onderzoeks-medewerker, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen - Odisee Hogeschool, Brussel.

AD KERKHOF, hoogleraar Faculteit Klinische Psychologie en Pedagogie, VU Amsterdam, EMGO+ Institute, Amsterdam.

GEERT MOLENBERGHS, buitengewoon hoogleraar Faculteit Geneeskunde, KU Leuven en Faculteit Wetenschappen, UHasselt, coördinator I-BioStat, KU Leuven.

CHANTAL VAN AUDENHOVE, buitengewoon hoogleraar Faculteit Geneeskunde, KU Leuven, Directeur LUCAS Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Alexandre Reynders, Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen, H. Hamoirilaan 136, 1030 Schaarbeek, België.

E-mail: alexandre.reynders@odisee.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-6-2015.

onaliteit geselecteerd. Zij ontvingen via de post een gestructureerde vragenlijst.

Onderzochte onderwerpen en gebruikte instrumenten

Sociodemografische kenmerken. De respondenten werd gevraagd naar hun leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, burgerlijke staat en hun activiteit.

Mentale gezondheid. Door middel van de subschaal MHI-5 uit de *Short Form Health Survey* (SF-36) peilden we de mentale gezondheid van de afgelopen vier weken (Ware e.a. 1994). De respondenten konden hun antwoord aanduiden op een 6-puntsschaal gaande van nooit tot altijd. Totalscores worden berekend op 100. Scores onder 52 werden geïnterpreteerd als een zwakke mentale gezondheid (Ware e.a. 1994).

Psychische problemen. Om te begrijpen wat we in de context van dit onderzoek verstonden onder psychische problemen werd de respondenten gevraagd twee vignetten te lezen. De vignetten beschreven een man en een vrouw die zich depressief, moe, droevig en energieloos voelden gedurende meerdere weken. Beiden hadden moeite om dagelijkse huishoudelijk taken uit te voeren en vonden het leven moeilijk te dragen. De respondenten werd gevraagd of ze zelf ooit een vergelijkbare periode hadden meemaakt zoals beschreven in de vignetten.

Professionele hulp gekregen. Dit werd gemeten aan de hand

van de vraag of men eerder professionele hulp gekregen had voor psychische problemen van een huisarts, psychotherapeut/psycholoog, psychiater of hiervoor ooit medicatie had genomen. De antwoordmogelijkheden waren: nooit; enkele malen, maar niet op regelmatige basis; en in behandeling geweest.

Intentie om professionele hulp te zoeken werd gemeten met de vraag of de respondenten indien zij in de nabije toekomst psychische problemen zouden ondervinden, hiervoor hulp zouden zoeken bij een huisarts, psycholoog/psychotherapeut, psychiater of een crisislijn of medicatie zouden nemen.

Intentie om informele hulp te zoeken. De vragenlijst bevatte een item 'zou u hulp zoeken bij vrienden en familie indien u in de nabije toekomst psychische problemen zou hebben'.

Suïcidale gedachten en gedrag. De respondenten werd gevraagd of ze de afgelopen 12 maanden gewent hadden dat ze dood waren, een concreet suicideplan hadden gemaakt of een suïcidepoging hadden ondernomen.

Steun zoeken en krijgen voor suïcidale gedachten. De respondenten die aangaven dat ze ooit suïcidale gedachten hadden gehad, werd gevraagd of ze dit ooit met iemand besproken hadden en of ze zich hierbij ondersteund voelden.

Kennis van het zorgaanbod. Er werd gevraagd of men de volgende beroepen of instanties kende: psycholoog/psychotherapeut, psychiater, algemeen maatschappelijk werk (Nederland) dan wel Centrum Algemeen Welzijns-

werk (Vlaanderen), instelling voor geestelijke gezondheidszorg (Nederland) dan wel Centrum Geestelijke Gezondheid (Vlaanderen), 113Online (Nederland) dan wel De Zelfmoordlijn (Vlaanderen).

Patiënttevredenheid. Respondenten die ooit hulp gekregen hadden voor psychische problemen, werd gevraagd om op een schaal van 0 tot 10 aan te duiden hoe tevreden ze waren over deze hulp.

Attitude tegenover suïcide. Voor deze studie ontwikkelden we zes items waarbij de respondent kon antwoorden op een zespuntsschaal gaande van helemaal akkoord tot helemaal niet akkoord. De subscore op volgende drie items was bepalend voor een aanvaardende attitude tegenover suïcide. Deze items waren: er zijn situaties waarin zelfdoding de enige uitweg is; ik zou zelfdoding overwegen mocht ik aan een ernstige, ongeneselijke ziekte lijden; iedereen heeft het recht om zichzelf te doden. Cronbachs alfa voor deze drie items was 0,655 voor de Nederlandse populatie en 0,638 voor de Vlaamse populatie. De drie items die een verwerpende attitude maten (suïcide is verwerpelijk), waren: zelfdoding betekent dat je wegl loopt van je dagelijkse verantwoordelijkheden; mensen die aan zelfdoding denken, zouden zich heel wat beter voelen moesten ze zich wat minder laten gaan en wat meer karakter tonen; zelfdoding is een laffe daad. Cronbachs alfa voor deze drie items is 0,72 (Nederland) en 0,74 (Vlaanderen). De scores op de twee dimensies werden verrekend op 100. Scores boven de 50 werden geïnterpreteerd als eerder akkoord met de dimensie.

TABEL 1 Sociodemografische kenmerken van de respondenten

	Mannen				Vrouwen			
	Nederland (n = 471)		Vlaanderen (n = 778)		Nederland (n = 760)		Vlaanderen (n = 1075)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Leeftijd (in j)								
18-34	32,7	(29,1-36,5)	33,0	(30,1-36,1)	32,5	(28,8-36,3)	33,1	(30,2-36,3)
35-49	35,8	(32,1-40,0)	35,8	(32,8-39,0)	35,9	(32,0-40,0)	35,6	(32,5-38,7)
50-64	31,5	(28,0-35,3)	31,2	(28,3-34,3)	31,7	(28,0-35,4)	31,3	(28,4-34,4)
Gehuwd	49,3	(45,3-53,2)	52,3	(49,1-55,5)	53,1	(49,1-57,0)	56,3	(53,1-59,6)
Opleidingsniveau								
Laag	16,2	(13,4-19,3)	17,5	(15,3-20,2)	20,5	(17,5-23,9)	17,5	(15,2-20,1)
Midden	39,7	(35,8-43,6)	44,6	(41,4-47,8)	39,9	(36,0-43,8)	40,1	(36,9-43,3)
Hoog	44,0	(40,1-48,0)	37,8	(34,8-41,0)	39,7	(35,8-43,6)	42,4	(39,2-45,7)
Werkloos	3,7	(2,5-5,7)	4,4	(3,3-5,9)	2,9	(1,9-5,0)	3,4	(2,4-4,8)

Analyse

Voor elk van de variabelen werd het percentage met het 95%-betrouwbaarheidsinterval berekend. De analyses geven steeds het verschil tussen mannen en vrouwen en Nederland en Vlaanderen weer. De data werden gewogen op geslacht, burgerlijke staat en leeftijdsverdeling om te compenseren voor non-respons.

RESULTATEN

De responsgraad voor dit onderzoek was 40,7% voor Vlaanderen en 27,1% voor Nederland. **TABEL 1** geeft de sociodemografische kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek weer. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen Nederland en Vlaanderen en tussen mannen en vrouwen.

Uit **TABEL 2** kunnen we afleiden dat vrouwen vaker aangeven psychologische problemen gehad te hebben dan

mannen. Voor het overige werden er geen significante verschillen gevonden tussen Nederland en Vlaanderen of tussen mannen en vrouwen wat de geestelijke gezondheid betreft. Vrouwen hadden over het algemeen vaker professionele hulp gekregen voor psychologische problemen dan mannen. Dit verschil was significant voor hulp zoeken bij een huisarts en bij een psycholoog/psychotherapeut. Meer Nederlandse mannen hadden ooit hulp gezocht voor psychische problemen bij een huisarts of psycholoog/psychotherapeut dan Vlaamse mannen. Bij vrouwen vonden we een vergelijkbaar verschil inzake het krijgen van hulp bij een psycholoog/psychotherapeut. Nederlandse mannen hadden significant vaker enige hulp ontvangen dan Vlaamse mannen. Dit verschil was slechts randsignificants voor vrouwen. Daarnaast stelden we vast dat men in Nederland vaker in behandeling was geweest. Dit verschil was significant voor mannen en vrouwen. Meer Neder-

TABEL 2 Geestelijke gezondheid, ontvangen hulp en intenties om hulp te zoeken^a

	Mannen				Vrouwen			
	Nederland (n = 471)		Vlaanderen (n = 778)		Nederland (n = 760)		Vlaanderen (n = 1075)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Geestelijke gezondheid								
Ooit psychologische problemen gehad	36,5	(32,7-40,4)	31,9	(29,0-35,0)	51,3	(47,3-55,4)	51,6	(48,3-54,8)
Zwakke geestelijke gezondheid (SF-36 < 52) gedurende de afgelopen 4 weken	9,1	(7,1-11,8)	11,6	(9,8-14,0)	12,9	(10,4-15,9)	15,2	(13,1-17,8)
Ooit psychologische hulp ontvangen^b								
Van huisarts	53,9	(47,3-60,4)	40,6	(35,2-46,4)	67,4	(62,0-72,5)	58,0	(53,4-62,5)
Van psychiater	20,6	(15,7-26,4)	23,2	(18,6-28,3)	22,3	(18,8-26,5)	23,4	(18,9-28,4)
Van psycholoog/psychotherapeut	49,8	(43,7-56,8)	32,4	(27,4-38,1)	63,5	(58,0-68,8)	42,6	(38,2-47,2)
Medicatie	33,5	(27,7-40,2)	38,2	(32,9-44,0)	42,7	(37,1-48,2)	45,0	(40,5-49,6)
Ooit enige hulp (niet regelmatig)	58,8	(51,2-66,0)	43,0	(36,9-49,4)	64,8	(59,8-69,5)	56,4	(52,1-60,5)
Ooit in behandeling geweest	39,7	(33,5-46,3)	27,1	(22,4-32,6)	47,6	(41,7-53,3)	33,3	(29,0-37,6)
Intentie om hulp te zoeken								
Van huisarts	79,6	(76,2-82,7)	74,0	(71,1-76,8)	81,7	(78,3-84,5)	81,3	(78,6-83,7)
Van psychiater	58,9	(54,9-62,8)	46,4	(43,1-49,6)	57,8	(53,7-61,7)	49,8	(46,4-53,0)
Van psycholoog/psychotherapeut	74,0	(70,4-77,4)	55,7	(52,5-58,9)	80,6	(77,3-83,6)	68,0	(65,0-71,1)
Medicamenteuze behandeling	47,9	(43,9-51,9)	39,7	(36,6-43,0)	50,2	(46,2-54,3)	45,9	(42,7-49,2)
Van crisisslijn	11,9	(9,6-14,8)	15,6	(13,4-18,1)	12,0	(9,7-15,0)	17,4	(15,1-20,1)
Steun van familie	74,9	(71,2-78,2)	74,8	(71,9-77,5)	81,0	(77,6-83,9)	74,2	(71,3-77,0)
Steun van vrienden	81,3	(77,9-84,2)	78,2	(75,4-80,7)	85,2	(82,1-87,8)	83,1	(80,6-85,5)

a Vetgedrukt: significante verschillen tussen Vlaanderen en Nederland.

b Berekend op basis van respondenten die ooit psychische problemen hebben gehad.

TABEL 3 Kennis van hulpverleners en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg^a

	Mannen				Vrouwen			
	Nederland		Vlaanderen		Nederland		Vlaanderen	
	(n = 471)		(n = 778)		(n = 760)		(n = 1075)	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Psychiater	81,8	(78,5-84,6)	85,3	(82,8-87,4)	87,2	(84,3-89,6)	87,8	(85,4-89,8)
Psycholoog/psychotherapeut	82,6	(79,4-85,4)	83,8	(81,2-86,0)	90,4	(87,7-92,5)	89,2	(87,1-91,1)
Tweedelijns ggz ^b	55,2	(51,2-59,1)	22,4	(19,8-25,2)	74,0	(70,4-77,4)	34,8	(31,8-38,0)
Eerstelijns psychosociaal welzijnswerk ^c	53,4	(49,4-57,3)	20,8	(18,3-23,5)	71,6	(67,8-75,0)	31,6	(28,7-34,7)
Crisislijn ^d	7,4	(5,6-9,8)	71,5	(68,5-74,3)	8,5	(6,5-11,0)	76,6	(73,8-79,3)

a Vetgedrukt: significante verschillen tussen Vlaanderen en Nederland.

b Ggz-instelling (NI); Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (VI).

c Algemeen maatschappelijk werk (NI), Centrum Algemeen Welzijnswerk (VI).

d 113 Online (NI), De Zelfmoordlijn (VI).

landse mannen hadden de intentie om hulp te zoeken bij een psycholoog/psychotherapeut of psychiater en om medicatie te nemen in vergelijking met de Vlaamse mannen. Het percentage vrouwen dat hulp zou zoeken bij een psychiater of psycholoog/psychotherapeut was hoger in Nederland dan in Vlaanderen. Vlaamse vrouwen waren eerder geneigd om hulp te zoeken via een crisislijn. Nederlandse vrouwen waren vaker geneigd om steun te zoeken bij familieleden dan Vlaamse vrouwen. Overige vormen van informele steun zoeken verschilden niet significant tussen Nederland en Vlaanderen of tussen mannen en vrouwen.

TABEL 3 toont dat de overgrote meerderheid van de respondenten zei te weten wat een psychiater of psycholoog/

psychotherapeut doet. Er zijn geen verschillen tussen de regio's of geslachten. Significant meer Nederlanders dan Vlamingen zeiden de eerste- en tweedelijnsinstanties goed te kennen. Bovendien hadden vrouwen een betere kennis van het zorgaanbod dan mannen. In Vlaanderen was de Zelfmoordlijn beter bekend dan 113Online in Nederland. Nederlandse mannen waren vaker tevreden over de zorg die ze kregen van huisartsen en psychologen/psychotherapeuten dan Vlaamse mannen (zie **TABEL 4**). De verschillen tussen Nederlandse en Vlaamse vrouwen waren net niet significant. Voor beide geslachten gold dat men in Nederland meer tevreden was met de resultaten van medicatie dan in Vlaanderen.

Suïcidale ideatie en suïcidepogingen tijdens het afgelopen

TABEL 4 Patiënttevredenheid over ontvangen hulp^{abc}

	Mannen				Vrouwen			
	Nederland		Vlaanderen		Nederland		Vlaanderen	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Huisarts	75,5	(67,1-85,0)	59,0	(49,9-67,5)	77,2	(71,0-82,5)	65,7	(59,7-71,1)
Psychiater	69,6	(55,2-80,9)	52,9	(41,2-64,3)	68,1	(56,6-77,7)	52,9	(43,3-62,3)
Psycholoog/psychotherapeut	70,9	(61,8-78,6)	47,4	(37,0-57,3)	79,5	(73,2-84,6)	67,5	(60,7-73,7)
Medicatie	60,0	(48,7-70,3)	38,4	(29,9-47,6)	72,1	(63,8-79,1)	54,2	(47,3-60,9)

a Berekend op basis van het aantal respondenten die ooit hulp hadden gezocht voor psychische problemen.

b Percentage van respondenten die een score hoger dan 5 op 10 rapporteerden.

c Vetgedrukt significante verschillen tussen Vlaanderen en Nederland.

TABEL 5 Suïcidaal verleden, praten over, steun krijgen en attitudes jegens zelfdoding

	Mannen				Vrouwen			
	Nederland		Vlaanderen		Nederland		Vlaanderen	
	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI	%	95%-BI
Suïcidaal verleden (< 12 maanden)								
Doodswens	9,1	(7,0-11,7)	9,9	(8,0-11,9)	11,4	(9,1-14,3)	10,8	(9,5-13,7)
Suïcideplan	4,3	(3,0-6,3)	3,1	(2,2-4,5)	2,5	(1,5-4,0)	3,2	(2,2-4,6)
Suïcidepoging	0,9	(0,4-2,0)	0,6	(0,3-1,5)	0,7	(0,2-1,8)	0,6	(0,2-1,3)
Praten over en steun krijgen								
Gesproken over ^a	27,1	(20,9-34,5)	27,1	(22,1-32,6)	45,7	(38,6-53,1)	34,1	(29,1-39,8)
Steun gekregen ^b	81,4	(68,0-90,5)	68,2	(57,1-78,0)	84,8	(75,3-91,1)	72,1	(62,9-80,1)
Attitudes jegens suïcide^c								
Suïcide is aanvaardbaar	56,4	(52,4-60,4)	45,7	(42,5-48,9)	40,7	(38,8-46,9)	38,4	(35,2-41,7)
Suïcide is verwerpelijk	28,4	(24,9-32,2)	41,7	(38,5-44,8)	21,5	(18,3-24,9)	28,1	(25,2-31,1)

a Berekend op basis van aantal respondenten die ooit suïcidegedachten hadden gehad.
 b Berekend op de respondenten die ooit suïcidegedachten hebben gehad en er met iemand over gesproken hebben.
 c Vetgedrukt significante verschillen tussen Vlaanderen en Nederland.

jaar werden even vaak door de Nederlandse als de Vlaamse respondenten gerapporteerd (TABEL 5). Ook tussen mannen en vrouwen stelden we geen significante verschillen vast. Door de relatief kleine aantallen waren de verschillen inzake praten over suïcide en steun ervaren niet significant. Nederlandse mannen vonden suïcide vaker aanvaardbaar en minder verwerpelijk dan Vlaamse mannen. Dit laatste verschil vonden we ook bij vrouwen. Vrouwen bleken ook vaker een gematigder attitude tegenover suïcide dan mannen te hebben. Ze vonden suïcide minder vaak aanvaardbaar, maar ook minder vaak verwerpelijk.

DISCUSSIE

We stellen vast dat het aandeel mensen met psychische problemen of een suïcidaal verleden niet verschilt tussen Nederland en Vlaanderen. Met andere woorden, ons onderzoek toont geen verschillen tussen beide regio's inzake de belangrijkste risicofactoren van suïcide. De onderzoeksresultaten tonen echter wel aan dat er opmerkelijke verschillen zijn tussen Nederland en Vlaanderen inzake de intenties om hulp te zoeken, het krijgen van hulp, kennis van en tevredenheid over de zorg en attitudes tegenover suïcide. Ten eerste stellen we vast dat in Nederland mensen die ooit psychologische problemen hebben gehad, vaker eenmalige en langdurigere professionele hulp krijgen dan in Vlaanderen.

Ten tweede gaven ongeveer 8 op de 10 respondenten aan dat ze psychische hulp zouden zoeken bij een huisarts. Dit hoge percentage, dat we zowel in Nederland als in Vlaanderen vaststelden, kan erop wijzen dat de huisarts als zeer toegankelijk wordt ervaren op vlak van financiële kost, beschikbaarheid, vertrouwelijkheid, sociale aanvaardbaarheid en competenties. Het is echter opvallend dat men in Nederland vaker hulp kreeg van een huisarts voor psychische problemen dan in Vlaanderen en dit terwijl er meer huisartsen zijn in Vlaanderen (1 op 807 inwoners; Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid) dan in Nederland (1 op 1891; Hingstman en Kenens 2011). Mogelijk is dit te verklaren door de poortwachterrol die de Nederlandse huisartsen opnemen. Nederlandse patiënten worden door hun zorgverzekering aangemoedigd om eerst de huisarts te consulteren die op zijn of haar beurt de patiënt, indien nodig geacht, verwijst naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Ten derde stellen we op basis van onze resultaten vast dat Nederlanders vaker de intentie hebben om een psychiater te raadplegen. Desalniettemin zien we ook dat het aandeel mensen dat ooit psychische problemen heeft gehad en dat hulp heeft gekregen van een psychiater even hoog is in Nederland als in Vlaanderen. Dit staat in contrast met de verkregen hulp van een psycholoog/psychotherapeut. Dit aandeel was significant hoger in Nederland dan in Vlaanderen.

Mogelijk kan dit verschil verklaard worden door de organisatie van de gezondheidszorg. De poortwachterfunctie in Nederland is geassocieerd met meer aandacht van de huisarts voor de psychosociale problematiek van de patiënt, maar niet met de tijd die de huisarts besteedt aan de communicatie hierover (Verhaak 2007). De Nederlandse huisarts zou echter vaker verwijzen naar gespecialiseerde zorgverstrekkers dan Belgische (vergelijkende data voor Vlaanderen alleen zijn niet beschikbaar) huisartsen (Kovess-Masfety e.a. 2007).

Bovendien wordt in Nederland psychotherapie dankzij de verplichte basisverzekering beter terugbetaald dan in Vlaanderen. In Vlaanderen wordt psychotherapie terugbetaald als deze wordt verzorgd door een psychiater of deels terugbetaald door enkele zorgkassen of tegen een relatief lage vergoeding via een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg of Centrum Algemeen Welzijnswerk. Hierdoor zijn Nederlandse huisartsen en patiënten minder gehinderd om te verwijzen naar of te kiezen voor een psychotherapeut. Dit zou dus kunnen verklaren waarom enerzijds Vlaamse patiënten, ondanks hun lagere intentie, toch even vaak hulp krijgen van een psychiater dan Nederlandse patiënten en anderzijds men in Nederland vaker geneigd is om hulp te zoeken bij een psychotherapeut.

Ten vierde tonen onze resultaten aan dat, hoewel men in Nederland meer professionele hulp kreeg, er geen significant verschil was inzake het gebruik van medicatie. Dit zou opnieuw een gevolg kunnen zijn van de organisatie van de zorg, waarbij de Vlaamse patiënt verhoudingsgewijs vaker hulp krijgt via de huisarts en de psychiater, terwijl men in Nederland vaker hulp krijgt van een psychotherapeut. Een andere mogelijke verklaring is dat men in Nederland een andere copingstijl heeft, waarbij de patiënt via gesprekstherapie meer actief participeert in het behandelingsproces en de Vlaamse patiënt vaker een medamenteuze aanpak verkiest. Een derde verklaring is mogelijk te zoeken bij het ervaren stigma. Eerder onderzoek in Vlaanderen en Nederland toonde aan dat Vlamingen meer zelfstigma en schaamte ervaren indien ze psychische hulp zouden zoeken (Reynders e.a. 2014). Het stigma en de schaamte bleken echter sterk geassocieerd te zijn met hulp zoeken bij een arts, psychiater of psychotherapeut, maar niet met medicatiegebruik.

Een vijfde vaststelling betreft de kennis van de zorgsector. Psychiaters en psychologen/psychotherapeuten zijn zowel in Nederland als in Vlaanderen en zowel bij mannen als bij vrouwen goed bekend. Kijken we naar de eerste- en tweedelijnszorg, dan zien we dat minder dan een op drie Vlamingen vertrouwd is met een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg of Centrum Algemeen Welzijnswerk. In Nederland zijn deze percentages dubbel zo hoog.

Een gebrek aan kennis is een belangrijke drempel om daadwerkelijk hulp te zoeken. Dit is in het bijzonder problematisch als het gaat om eerstelijnszorg die laagdrempelig hoort te zijn. De crisislijnen waren dan weer veel beter bekend in Vlaanderen dan in Nederland. Dit komt wellicht omdat in Vlaanderen relatief veel geïnvesteerd werd in de bekendheid van de Zelfmoordlijn terwijl 113Online in Nederland een vrij recent initiatief is. Dit verschil in bekendheid vertaalt zich ook in een hoger percentage Vlamingen die de intentie hebben om deze diensten te contacteren, in het bijzonder bij vrouwen.

Ten zesde zien we dat de tevredenheid globaal genomen beter is in Nederland dan in Vlaanderen. Dit is mogelijk geassocieerd met het groter aandeel langduriger behandelingen in Nederland in vergelijking met Vlaanderen. Enerzijds is een hogere tevredenheid geassocieerd met een betere therapietrouw. Anderzijds kunnen we stellen dat een te laag aantal consultaties leidt tot minder effectieve hulpverlening.

Ten slotte stellen we vast dat, tegen de hypothese in, Nederlanders meer aanvaardende en minder verwerpende attitudes hebben tegenover suïcide. Een mogelijke verklaring is dat de negatieve attitudes wijzen op onderdrukking en ontkenning van suïcidale gedachten in een culturele context waarbinnen suïcide minder aanvaard wordt en waar psychische hulp zoeken meer beladen is met stigmatiserende attitudes (Renberg e.a. 2008).

Beperkingen van het onderzoek

Bij de interpretatie van het onderzoek moet men ook enkele beperkingen voor ogen houden. Ten eerste betreft het een cross-sectioneel onderzoek waarbij we de populatie van twee regio's met elkaar vergelijken. We kunnen dus geen conclusie trekken inzake de causaliteit van relaties. Ten tweede betreft het onderzoek de algemene bevolking tussen 18 en 64 jaar. We kunnen de resultaten dus niet extrapoleren naar jongeren of ouderen.

Een derde beperking betreft de relatief lage en ongelijke responsgraad van 27% in Nederland en 41% in Vlaanderen. Dit betekent dat de resultaten niet in gelijke mate representatief zijn, wat kan leiden tot een vertekend beeld. Een mogelijke verklaring is het gebruik van een postenquête die vaker een lagere responsgraad geeft dan bijvoorbeeld *face-to-face* interviews. Bovendien kan het onderwerp van het onderzoek gevoelig liggen of confronterend zijn waardoor mensen minder snel geneigd zijn om te participeren. Een voordeel is wel dat deze bevragsingsmethode zeer anoniem is en minder sociaal wenselijke antwoorden opwekt.

Ten vierde moet de validiteit van attitudes jegens suïcide beter onderzocht worden. De reden waarom wij een nieuwe schaal ontwikkelden, is omdat tot op heden geen

enkele suïcide-attitudeschaal voldoende valide en betrouwbaar is. Bovendien bevatten deze schalen geen items over het al dan niet laf of egoïstisch vinden van suïcide terwijl wij van mening zijn dat dit twee vaak voorkomende opinies zijn.

CONCLUSIES

De resultaten van dit onderzoek maken een vergelijking mogelijk tussen Nederland en Vlaanderen inzake risicofactoren en beschermende factoren voor suïcide. Het voorkomen van psychische problemen en suïcidale gedachten verschilt niet tussen Nederland en Vlaanderen. Het verschil in steun zoeken en krijgen voor suïcidale gedachten was hoger in Nederland dan in Vlaanderen, maar dit verschil was slechts randsignificant. De attitudes tegenover suïcide waren positiever in Nederland dan in Vlaanderen en dit verschil was grotendeels significant. Voor de meeste vormen van hulpverlening gold dat men in Nederland vaker de intentie heeft om hulp te zoeken, vaker hulp heeft gekregen voor psychische problemen, men meer tevreden is met de verkregen hulp en men een betere kennis heeft van eerste- en tweedelijnszorginstaties in vergelijking met Vlaanderen. We zijn ons bewust dat we geen causaal verband kunnen leggen tussen deze bevindingen en de verschillen in suïcidecijfers. Desalniettemin werd aangetoond dat deze factoren belangrijke beschermende factoren voor suïcide zijn.

Globaal kunnen we uit onze resultaten besluiten dat Nederland en Vlaanderen niet zo zeer verschillen wat betreft de aanwezigheid van risicofactoren, maar wel wat de beschermende factoren betreft. Deze resultaten sluiten aan bij recent gepubliceerd onderzoek op basis van dezelfde

dataset waaruit blijkt dat, in vergelijking met Vlamingen met een suïcidaal verleden, Nederlanders met een suïcidaal verleden vaker positievere attitudes hebben tegenover hulp zoeken en vaker de intentie hebben om hulp te zoeken (Reynders e.a. 2015a). Ander gerelateerd onderzoek vond dat de mate van ervaren schaamte en zelfstigma om hulp te zoeken positief en de sterkte van de intentie om informele hulp te zoeken negatief geassocieerd zijn met regionale suïcidecijfers in Nederland en Vlaanderen (Reynders e.a. 2015b).

Beschermende factoren kan men bijsturen door middel van een beleid dat gericht is op het bevorderen van de bekendheid van het zorgaanbod, het verlagen van de drempels om professionele en informele hulp te zoeken voor psychische problemen en het afstemmen van de zorg aan de noden van de cliënt met het oog op de tevredenheid over en de kwaliteit van de zorg. Hierbij kan men inzetten op de organisatie van de zorg, zoals een betere beschikbaarheid van adequate psychologische zorg, maar ook op attitudes die hulpzoekend gedrag voor psychische problemen bevorderen. Echter, toekomstig onderzoek is nodig om de relatie tussen de organisatie van de zorg, hulp zoeken voor psychische problemen en suïcide beter te begrijpen. Crossnationaal onderzoek kan hiertoe bijdragen. Daarnaast is er bijkomend longitudinaal onderzoek nodig voor een beter begrip van de relatie tussen attitudes en suïcide.

Deze studie werd gefinancierd door de Vlaamse overheid, ministerie van Welzijn, Gezondheid en Gezin, LUCAS KU Leuven, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding en de Stichting Ga Voor Geluk – Preventie van Depressie en Suïcide.

LITERATUUR

- Arnavtowska U, Grad OT. Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis* 2010; 31: 22-9.
- Chioqueta A, Stiles T. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis* 2007; 28: 67-73.
- Deisenhammer E, Huber M, Kemmler G, Weiss E, Hinterhuber H. Suicide victims' contact with physicians during the year before death. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257: 480-5.
- Freed L, Ellen J, Irwin C, Millstein S. Determinants of adolescents' satisfaction with health care providers and intentions to keep follow-up appointments. *J Adolesc Health* 1998; 22: 475-9.
- Gibb BE, Andover MS, Beach SRH. Suicidal ideation and attitudes towards suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 12-8.
- Hingstman L, Kenens R. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2011. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg – Nivel.
- Issakidis C, Andrews G. Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 153-63.
- Kleiman E, Liu R. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord* 2013; 150: 540-4.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha T, Angermeyer M, Haro J, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007; 213-20.
- Nock M, Borges G, Bromet E, Chal C, Kessler R, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54.
- Pagura J, Fottt S, Katz L, Sareen J. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 943-9.
- Renberg ES, Hjelmeland H, Kopsov R. Building models for the relationship between attitudes towards suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway,

- and Russia. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 661-75.
- Reynders A, Kerkhof A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 231-9.
 - Reynders A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *J Affect Disord* 2015a; 178: 5-11.
 - Reynders A, Kerkhof A, Molenberghs G, Van Audenhove C. Stigma, attitudes and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suicide Life Threat Behav* 2015b; doi: 10.1111/sltb.12179.
 - Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 562-3.
 - Verhaak P, Bensing J, van den Brink-Muinen A. GP mental health care in 10 European countries: patients' demands and GPs' responses. *Eur J Psychiatry* 2007; 21: 7-16.
 - Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2002; 26: 331-42.
 - Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers.aspx> opgehaald 01/09/2014
 - Ware J, Kosinski M, Keller S. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston: The Health Institute; 1994.

SUMMARY

Risk factors and protective factors relating to suicide in the Netherlands and Flanders

A. REYNDERS, A.J.F.M. KERKHOF, G. MOLENBERGHS, C. VAN AUDENHOVE

- BACKGROUND** The suicide rate is 82% higher in the Flanders region of Belgium than in the Netherlands.
- AIM** To investigate to what extent Flanders and the Netherlands differ with regard to the risk factors and protective factors relating to suicide and attempted suicide.
- METHOD** By means of a structured postal questionnaire, we collected data on the following topics from 2999 Flemish and Dutch people between 18 and 64 years: mental well-being and earlier attempts to commit suicide, the help they had received and their intention to seek help for psychological problems, awareness of the mental health care available, satisfaction with the help received, and attitudes to suicide.
- RESULTS** The incidence of psychological problems and suicidality did not differ significantly between Flanders and the Netherlands. Compared to Flemish people, Dutch people with psychological problems had received more psychological help and more often expressed the intention to seek help in the future. Furthermore, the Dutch were better informed about mental health care, and patient satisfaction was higher in the Netherlands. Compared to the Flemish people, the Dutch had more positive and understanding attitude to suicide.
- CONCLUSION** In general, risk factors for suicide were similar in the Netherlands and Flanders. However, the Dutch were characterised by more protective factors. We attempt to explain these differences and suggest ways of improving suicidal prevention policy.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 105-113

KEY WORDS attitude, Flanders, Netherlands, protective factors, risk factors, suicide