



VLAAMS ACTIEPLAN  
SUICIDEPREVENTIE 2012-2020

**VLESP** | Vlaams  
Expertisecentrum  
Suïcidepreventie

## EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

---

Omtrent geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide  
suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen

De Vlaamse cijfers in een regionale, nationale en internationale context

Mei 2015

Renate van Landschoot  
Kees van Heeringen  
Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie  
UZ Gent  
De Pintelaan 185 – 1K12F  
9000 Gent  
Tel: + 329/332.07.75  
[info@vlesp.be](mailto:info@vlesp.be)



# EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

---

Omtrent geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide  
suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen

De Vlaamse cijfers in een regionale, nationale en internationale context

Mei 2015

Renate van Landschoot  
Kees van Heeringen  
Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie  
UZ Gent  
De Pintelaan 185 – 1K12F  
9000 Gent  
Tel: + 329/332.07.75  
[info@vlesp.be](mailto:info@vlesp.be)

# 1. SAMENVATTING

---

## Doelstellingen

Dit rapport heeft als primair doel een overzicht te bieden van de meest recente, wetenschappelijke epidemiologische gegevens in Vlaanderen ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen en suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten in het bijzonder. Hiertoe worden de Vlaamse cijfers zoveel mogelijk in een regionale, nationale en internationale context geplaatst. Dit rapport is gebaseerd op epidemiologische gegevens die verkregen werden middels erkende informatiesystemen binnen Vlaanderen maar ook andere betrouwbare gegevensbronnen (zowel nationaal als internationaal) werden aangewend. Deze betreffen sterftecertificaten, registraties op basis van aanmeldingen op spoedopnamediensten en zelfrapportages.

Dit rapport heeft als secundair doel inzicht te geven in de criteria waaraan epidemiologische informatie en gegevensbronnen omtrent geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaal gedrag moeten voldoen zodanig dat de kwaliteit en uniformiteit van dataverzameling en data-analyse wordt bevorderd.

De belangrijkste epidemiologische gegevens worden hieronder kort samengevat.

## Geestelijke gezondheidsproblemen

Uit de meest recente gegevens (2013) van de Gezondheidsenquête blijkt dat dat er sprake is van een duidelijke verslechtering wat betreft de geestelijke gezondheid en het emotioneel welbevinden van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder ten opzichte van 2008. Eén op de drie personen rapporteert psychische problemen die verwijzen naar een 'slecht in zijn vel zitten'. Voor Vlaanderen worden globaal positievere cijfers gevonden dan voor de andere twee gewesten, enkel bij jonge vrouwen (15-24 jaar) worden hogere percentages gevonden wat betreft psychische gezondheidsproblemen.

## Suïcide

In 2012 (meest recente cijfers) overleden in Vlaanderen 1114 personen door suïcide, dit komt neer op gemiddeld drie personen per dag. De suïcide rate (uitgedrukt per 100.000 inwoners) in 2012 bedroeg 17.51/100.000 (ten opzichte van 18.3/100.000 in 2011). Suïcide is één van de meest voorkomende doodsoorzaken bij de Vlaamse bevolking tussen 20 en 54 jaar en komt zowel bij vrouwen als bij mannen op relatief jonge leeftijd voor. Bijna 3 op de 4 suïcides betreft mannen.

De vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, waarbij tegen 2020 een daling van 20% voor zowel het suïcidecijfer voor mannen als vrouwen wordt nagestreefd ten opzichte van 2000, is nog niet behaald.

Aangezien er voor Wallonië en Brussel geen recente suïciderates voorhanden zijn, is een goede vergelijking tussen de gewesten wat betreft de suïdecijfers niet mogelijk. Omdat er op dit moment nog te weinig Europese landen zijn waarvan de suïdecijfers voor 2012 beschikbaar zijn om een betrouwbaar EU-gemiddelde te kunnen berekenen en grondige vergelijking te kunnen maken, baseren we ons in eerste instantie op de gegevens van 2011 en voorgaande jaren. Hieruit blijkt dat de Vlaamse (en bij uitbreiding Belgische) suïdecijfers tot de hoogste van West-Europa behoren. Het Vlaams suïdecijfer ligt 1.5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. Ook ligt het suïdecijfer in Vlaanderen hoger dan het wereldwijd gemiddelde (meest recente cijfers 2012).

## Suïdepogingen

In 2013 (meest recente cijfers) kwamen naar schatting 10.055 suïdepogingen voor in Vlaanderen, dit bedraagt ongeveer 28 suïdepogingen per dag. Vergeleken met 2012, is het aantal suïdepogingen in Vlaanderen stabiel gebleven (niet-significante daling van 1.3% vergeleken met 2012).

In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suïcide, ligt het aantal suïdepogingen bij vrouwen hoger dan bij mannen (1.6:1).

In Vlaanderen rapporteren relatief minder mensen dat ze ooit gedurende het leven (lifetime) suïdepoging hebben ondernomen dan in de andere twee gewesten, maar deze regionale verschillen worden niet waargenomen voor suïdepogingen in de voorbije 12 maanden.

In absolute aantallen kon er in 2012 zowel een lichte daling in het aantal suïcides als een lichte daling in het aantal suïdepogingen worden waargenomen ten opzichte van 2011. Deze daling was echter niet significant (respectievelijk een daling van 4.4% en 11.5%). Wanneer de evolutie van de suïdepogingen wordt vergeleken met de evolutie van de suïcides van 2009 tot en met 2012, zien we gelijkaardige (niet-significante) schommelingen. Met name een niet-significante daling in de rates voor zowel suïcide als suïdepogingen in 2010 ten opzichte van 2009, gevolgd door een niet-significante toename in 2011 en een niet-significante daling in 2012<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Het is hierbij belangrijk op te merken dat de registratie van suïdepogingen een compleet andere procedure kent in vergelijking met de registratie van suïcide. Het aantal suïcides wordt geregistreerd op basis van de overlijdenscertificaten terwijl het aantal suïdepogingen wordt geregistreerd op basis van aanmeldingen op spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen.

Er zijn weinig andere Europese expertisecentra die een gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen hanteren, waardoor vergelijking met cijfers van Vlaanderen en regio Groot Gent maar beperkt mogelijk is. Enkel cijfers van Ierland, Oxford en Manchester lenen zich hiertoe, maar er zijn minder recente cijfers dan in Vlaanderen.

Er zijn weinig recente epidemiologische gegevens beschikbaar omtrent suïcidepogingen bij Vlaamse jongeren. Onder de -18-jarigen die in 2013 een suïcidepoging ondernamen en die bevestigd werden middels het KIPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinderen en Jongeren), bevonden zich meer meisjes (93.7%) dan jongens (6.3%). De gemiddelde leeftijd waarop de jongere een suïcidepoging ondernam, was 15 jaar. Meer dan de helft (53.3%) van deze jongeren woonde bij hun ouders. 7.1% van de jongeren gaf aan reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen. Eén op de drie jongeren geeft aan dat er eveneens sprake is van automutilerend gedrag. Omdat de implementatie van het KIPEO nog volop in ontwikkeling is en er daardoor in 2013 slechts een klein aantal KIPEO's werd afgenomen, moeten bovenstaande bevindingen met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Naar verwachting zal het gebruik van het KIPEO de komende jaren toenemen, zodat er meer nauwkeurige en specifieke informatie omtrent suïcidepogingen bij jongeren gegeven kan worden.

Naast het KIPEO verschaft ook de studie Jongeren en Gezondheid informatie over het voorkomen van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij jongeren, al dan niet met suïcidale intentie. De meest recente cijfers dateren echter van 2010. Uit de studie blijkt dat 14.7% van de jongeren zichzelf één of meerdere keren opzettelijk heeft beschadigd. Opzettelijke zelfbeschadiging komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Verder blijkt dat meer jongeren uit het beroepsonderwijs en het technisch secundair onderwijs (8%) zichzelf meermaals hebben beschadigd ten opzichte van jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (4%). Bij iets meer dan de helft (57.8%) van de jongeren vond het opzettelijk zelfbeschadigend gedrag een jaar geleden plaats. 15.5% van de jongeren gaf aan dat het minder dan één maand geleden was dat zij zichzelf opzettelijk hebben beschadigd. Wanneer de reden van het gestelde gedrag werd bevestigd, dan rapporteerde ruim één derde van de jongeren (35.4%) een suïcidale intentie.

Internationale vergelijkende studies die zich richten op suïcidaal gedrag bij jongeren, zijn schaars. Noodgedwongen dienen we ons hierbij te baseren op de gegevens van de CASE-study uit 2000-2001. In alle landen die hieraan hebben deelgenomen, kwam opzettelijk zelfbeschadigend gedrag ruim twee maal zoveel voor bij meisjes dan bij jongens. Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag komt meer voor naarmate een langer tijdsperspectief werd gehanteerd. Van alle deelnemende landen konden, wat betreft adolescentie jongens, de hoogste prevalenties worden gevonden in Vlaanderen. De prevalenties

van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij adolescente meisjes in Vlaanderen zijn vergelijkbaar met de andere deelnemende landen.

## Suïcidale ideatie

De Gezondheidsenquête is een belangrijke informatiebron met betrekking tot de geestelijke gezondheid in het algemeen, maar geeft ook belangrijke informatie omtrent het hebben van suïcidale gedachten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen gedachten gedurende de levensloop ('lifetime') en gedachten in het voorbije jaar ('recent'). In 2013 blijkt dat 13% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit aan suïcide heeft gedacht. Het onderzoek van Vermeulen et al. (2014) geeft een iets lagere lifetime prevalentie van suïcidale gedachten weer. Uit deze online survey, die werd afgenomen bij 2010 Vlamingen tussen de 18 en 79 jaar, blijkt dat 9% van de Vlamingen die bevroegd zijn geweest, ooit suïcidale gedachten heeft gehad. Het hebben van suïcidale gedachten in de voorbije 12 maanden, ligt met 5% iets lager dan de lifetime prevalentie. In Vlaanderen<sup>2</sup> kan een stijging van de prevalentie van recente suïcidale gedachten worden waargenomen sinds de enquête van 2008 (van 3% in 2008 naar 5% in 2013). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Er zijn weinig recente studies voorhanden die ons informatie verschaffen over hoe Belgische/Vlaamse cijfers met betrekking tot suïcidale ideatie zich verhouden tot andere landen. Met betrekking tot jongeren, beperken we ons hier wederom tot de gegevens afkomstig van de CASE-study (2000-2001). In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-study, gaf gemiddeld meer dan één op de vijf meisjes en bijna 1 op de tien jongens aan het afgelopen jaar eraan te hebben gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, maar had deze gedachten nog niet daadwerkelijk ten uitvoer gebracht. Wanneer de resultaten per land worden bekeken, dan variëren de rates voor jongens van 4.6% (Nederland) tot 17.5% (Hongarije), waarbij voor Vlaanderen een prevalentie kan worden gevonden dat boven het gemiddelde ligt van alle deelnemende landen (11.7% vs. 9.9%). Wat betreft meisjes variëren de rates van 10.2% (Nederland) tot 33.2% (Hongarije). De prevalentie bij adolescente meisjes is in Vlaanderen vergelijkbaar met het gemiddelde van alle deelnemende landen.

---

<sup>2</sup> Gezien de lage cijfers van de prevalentie van suïcidale gedachten en de kleine omvang van de regionale steekproeven, moeten deze cijfers met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

# INHOUD

---

1. <u>Samenvatting</u>	2
2. <u>Inleiding</u>	10
<b>2.1 Doelstellingen</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Definities</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Methode</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Betrouwbaarheid van de cijfers</b>	<b>13</b>
<b>2.5 Kwaliteitscriteria</b>	<b>15</b>
3. <u>Inhoud van het rapport</u>	17
<u>Hoofdstuk 1: Geestelijke gezondheidsproblemen</u>	18
<b>1.1 België</b>	<b>19</b>
Algemeen	19
<i>Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau</i>	19
<i>Urbanisatiegraad</i>	20
Prevalentie specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	20
<i>Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau</i>	20
<i>Urbanisatiegraad</i>	20
<b>1.2 Vlaanderen</b>	<b>21</b>
Lifetimeprevalentie psychische problemen	21
<u>Hoofdstuk 2: Suicide</u>	23
<b>2.1 België</b>	<b>24</b>
Algemene suïcidecijfers	24
Evolutie suïcidecijfers	25
<b>2.2 Vlaanderen</b>	<b>26</b>
Algemene suïcidecijfers	26
Evolutie suïcidecijfers	27
Vergelijking suïcidecijfers met vooropgestelde gezondheidsdoelstelling	28
<b>2.3 Brussel</b>	<b>31</b>
Algemene suïcidecijfers	31
Evolutie suïcidecijfers	31

<b>2.4</b>	<b>Wallonië</b>	<b>33</b>
	Algemene suïcidecijfers	33
	Evolutie suïcidecijfers	34
<b>2.5</b>	<b>Internationaal</b>	<b>37</b>
	Vlaanderen binnen Europa	37
	Incidentie en evolutie bij de buurlanden	40
	België versus de rest van de wereld	42
<b>Hoofdstuk 3: Suïcidepogingen</b>		<b>44</b>
<b>3.1</b>	<b>België</b>	<b>45</b>
	Prevalentie suïcidepogingen	45
	<i>Leeftijd en geslacht</i>	45
	<i>Suïcidepogingen per gewest</i>	47
	<i>Suïcidepogingen in relatie tot opleidingsniveau</i>	47
	Evolutie suïcidepogingen	48
	<i>Evolutie suïcidepogingen per gewest</i>	48
<b>3.2</b>	<b>Vlaanderen</b>	<b>49</b>
	Incidentie en evolutie suïcidepogingen	49
	Evolutie suïcide versus evolutie suïcidepogingen	51
	Verdeling per provincie	51
	Gegevens IPEO	52
	<i>Geslacht</i>	52
	<i>Leeftijd</i>	52
	<i>Burgerlijke staat</i>	53
	<i>Economische situatie</i>	53
	<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen</i>	53
	<i>Middelenmisbruik</i>	53
	<i>Diagnose</i>	54
	<i>Ervaren problemen</i>	54
	<i>Motieven</i>	55
	<i>Behandelplan na spoedopname</i>	55
	Suïcidepogingen jongeren	57
	<i>Geslacht en leeftijd</i>	57
	<i>Woonsituatie en schoolsituatie</i>	58
	<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen en automutilatie</i>	58



	<i>Motieven</i>	59
	<i>Suïcidale intentie</i>	60
	<i>Suïcidale ideatie na een suïcidepoging</i>	61
	Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren	61
	<i>Algemeen</i>	61
	<i>Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag per onderwijsrichting</i>	61
	Prevalentie suïcidepogingen Zelfmoordlijn 1813	63
<b>3.3</b>	<b>Groot Gent</b>	<b>64</b>
	Incidentie en evolutie suïcidepogingen	64
	<i>Leeftijd en geslacht</i>	66
	<i>Burgerlijke staat en woonsituatie</i>	67
	<i>Economische situatie</i>	67
	<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen</i>	67
	<i>Middelenmisbruik</i>	67
	<i>Suïcidale ideatie na een suïcidepoging</i>	67
<b>3.4</b>	<b>Internationaal</b>	<b>69</b>
	Suïcidepogingen Vlaanderen/Groot Gent vs. andere Europese landen/regio's	69
	<i>Incidentie suïcidepogingen</i>	69
	<i>Evolutie suïcidepogingen</i>	70
	<i>Alcoholinname</i>	71
	Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren Vlaanderen versus Europa en Australië	72
	<b>Hoofdstuk 4: Suïcidale ideatie</b>	<b>74</b>
<b>4.1</b>	<b>België</b>	<b>75</b>
	Prevalentie suïcidale gedachten	75
	Evolutie recente suïcidale gedachten	76
	<i>Suïcidale gedachten in relatie tot opleidingsniveau</i>	77
	<i>Suïcidale gedachten per gewest</i>	77
<b>4.2</b>	<b>Vlaanderen</b>	<b>78</b>
	Prevalentie suïcidale gedachten	78
	<i>Leeftijd en geslacht</i>	78
	<i>Opleidingsniveau en urbanisatiegraad</i>	78
	Prevalentie suïcidale gedachten en plannen Zelfmoordlijn 1813	79

Prevalentie suïcidale gedachten jongeren	80
<i>Suïcidale gedachten per onderwijsrichting</i>	80
<b>4.3 Internationaal</b>	<b>82</b>
Gedachten opzettelijke zelfbeschadiging jongeren Vlaanderen versus Europa en Australië	82
4. <u>Bijlage</u>	<u>83</u>
5. <u>Referenties</u>	<u>84</u>

## 2. INLEIDING

---

Suicide<sup>3</sup> is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem wat veel persoonlijk leed en hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. De preventie van suicide vraagt dan ook om een systematische en geïntegreerde aanpak gekaderd door toetsbare criteria. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen en uitvoeren van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS) waarin suïcidaliteit vanuit een brede invalshoek wordt benaderd. Een grote verscheidenheid aan beleidspartijen, zorginstanties en intermediairs vormen samenwerkingsverbanden en netwerken in functie van de implementatie van dit actieplan (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2012).

Het uitvoeren van het actieplan en het realiseren van de hieraan ten grondslag liggende gezondheidsdoelstelling 'het aantal suicide met 20% laten dalen tegen 2020 in vergelijking met het jaar 2000', staat hoog op de Vlaamse politieke agenda. Hiervoor is het verkrijgen van juiste en volledige epidemiologische informatie essentieel.

Een belangrijke rol hierin is onder andere weggelegd voor het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), de partnerorganisatie van de Vlaamse Overheid. Eén van de taken van VLESP is het verzamelen en opvolgen van alle epidemiologische informatie in Vlaanderen ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen en van suïcidale ideatie, suïcidepogingen en suicide in het bijzonder. Hiertoe brengt VLESP jaarlijks een rapport uit waarin dieper wordt ingegaan op de Vlaamse epidemiologische gegevens binnen een regionale, nationale en internationale context. Hierbij heeft VLESP bijzondere aandacht voor geografische spreiding en socio-, demografische en economische kenmerken. Deze kenmerken geven aanwijzingen voor preventie en behandeling. Meer specifiek geeft het zowel mogelijke beschermende factoren als mogelijke risicofactoren weer. Op deze manier kan het VLESP continu alert blijven op het signaleren van verhoogde risicogroepen en bevolkingsgroepen die bijzondere aandacht vragen zodanig dat de preventie van suicide beter kan worden afgestemd aan de noden. Daarnaast is de registratie onmisbaar om de impact van preventieve maatregelen zoals deze zijn vastgelegd in het VAS, te evalueren.

---

<sup>3</sup> Analooq aan het VAS en conform de mediariçhtlijnen wordt in dit rapport de term suicide gebruikt.

## 2.1 Doelstellingen

Dit rapport heeft in de eerste plaats als doel een overzicht te bieden van de meest recente, wetenschappelijke epidemiologische gegevens in Vlaanderen ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen in het algemeen en suicide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten in het bijzonder. Om hiervan een volledig beeld te krijgen, worden de Vlaamse cijfers (waar mogelijk) in een regionale, nationale en internationale context geplaatst. Dit rapport baseert zich hierbij op epidemiologische gegevens die verkregen werden middels erkende informatiesystemen binnen Vlaanderen maar ook andere betrouwbare gegevensbronnen (zowel nationaal als internationaal) werden aangewend.

Om de betrouwbaarheid van dit rapport te kunnen waarborgen, is het noodzakelijk dat er bij aanvang van het opstellen van dit rapport criteria werden opgesteld waaraan de epidemiologische informatie en gegevensbronnen moeten voldoen. Dit heeft geresulteerd in een checklist die als leidraad werd gebruikt voor het selecteren van epidemiologische informatiesystemen. Dit rapport heeft dus als secundair doel inzicht te geven in de criteria waaraan epidemiologische informatie en gegevensbronnen omtrent suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen moeten voldoen zodanig dat de kwaliteit en uniformiteit van dataverzameling en data-analyse wordt bevorderd.

## 2.2 Definities

Voor een beter begrip van wat suïcidaal gedrag in de context van dit epidemiologisch rapport inhoudt, worden eerst enkele definities aangereikt. Zowel binnen de klinische setting als in de wetenschappelijke literatuur blijkt niet altijd eenduidigheid te zijn voor wat betreft de gehanteerde definities van suicide, en suïcidepogingen. Dit heeft vooral te maken met het al dan niet duiden van de doodswens of –intentie (Andriessen, 2006). Aangezien het vaak lastig is om te bepalen of er daadwerkelijk sprake is van een doodswens, dient deze term breed geïnterpreteerd te worden (Hasley et al., 2008). In veel gevallen is suïcidaal gedrag eerder een manier om te ontsnappen aan de ondraaglijke (mentale) pijn die ze ervaren. Binnen deze visie beoogt suïcidaal gedrag een verandering van een ondraaglijke situatie waarbij de dood geen op zichzelf staand doel is maar veeleer een middel tot doel.

Om deze reden baseert dit rapport zich op de definities die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)<sup>4</sup> worden gehanteerd. Hierbij wordt 'suicide' als volgt gedefinieerd:

'**Suicide** is een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen' (De Leo et al., 2006).

Analoog aan de definitie van suicide wordt de term 'suicidepoging' door de WHO als volgt gedefinieerd: "Een **suicidepoging** is 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., 2006).

Ondanks dat suicidepogingen zich kunnen herhalen, laat de notie 'niet-habituele gedrag' toe suicidepogingen te onderscheiden van automutilatie of zelfbeschadigend gedrag, wat eerder gezien kan worden als een gewoontepatroon waarbij geen suïcidale intentie aanwezig is.

De WHO formuleerde de definitie 'suïcidale ideatie' als volgt:

"**Suïcidale ideatie** is het actief denken aan, of het overwegen van suicide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen" (De Leo et al., 2006).

In sommige gevallen kunnen suïcidale gedachten evolueren naar concrete plannen en eventueel resulteren in een suicidepoging, in andere gevallen kan een suicidepoging uitblijven. De evolutie van suïcidaal gedrag, van een eerste gedachte, naar meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad, wordt het **suïcidale proces** genoemd (van Heeringen, 2001b). De term '**suïcidaliteit**' verwijst naar "het geheel van gedachten (vaag tot concrete plannen), voorbereidende handelingen, suicidepogingen en suicide"(van Heeringen, 2001a).

## 2.3 Methode

Wat betreft de cijfers rond geestelijke gezondheidsproblemen, werd gebruik gemaakt van de inspanning die het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) leverde voor het publiceren van de resultaten van de Gezondheidsenquête.

Voor de gegevens omtrent suïdecijfers, werd te rade gegaan bij de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (ADSEI), het Agentschap Zorg en Gezondheid afdeling Informatie &

---

<sup>4</sup> Er werd gekozen om gebruik te maken van de definities van de WHO omwille van het wijd verspreide gebruik ervan in de wetenschappelijke literatuur binnen Europa. Daarnaast worden de definities veelvuldig gebruikt binnen het Vlaamse werkveld en zijn de preventiestrategieën van het Vlaams Actieplan Suicidepreventie hierop gebaseerd.

Zorgberoepen, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

De cijfers met betrekking tot suïcidepogingen en suïcidale ideatie zijn afkomstig van het WIV-ISP, de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent en het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ). Daarnaast werd een beroep gedaan op specifieke Europese expertisecentra met gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen zoals Centre for Suicide Research in Oxford en National Suicide Research Foundation in Ierland. Overige internationale cijfers zijn afkomstig van de European Health for All database (HFA-DB) en Eurostat.

Voor de gegevens omtrent (gedachten aan) opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij jongeren, werd een beroep gedaan op Europese vergelijkende studies, waaronder de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study, de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study en de WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour.

Alhoewel relevant, is er, conform de mediarijclijnen over de berichtgeving van suïcide, besloten om bepaalde epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcide en suïcidepogingen niet in dit rapport op te nemen, aangezien zij direct of indirect informatie verschaffen over de methode die werd gehanteerd (Werkgroep Verder, 2013).

## 2.4 Betrouwbaarheid van de cijfers

In tegenstelling tot de meeste andere doodsoorzaken, moet bij een suïcide niet enkel de oorzaak worden bepaald maar moet ook een antwoord worden geboden op de vraag wie de verwondingen heeft toegebracht en wat hiervan de intentie was. Gezien het in sommige gevallen lastig is om de doodsoorzaak en de intentie om te zetten in een correcte ICD-code<sup>5</sup>, vormen officiële suïcidecijfers vermoedelijk een onderrapportering van het reële aantal suïcides (Belanger et al., 2008; Graeff & Mehlkop, 2007; Neeleman, 2007).<sup>6</sup> Deze moeilijk te definiëren overlijdens worden voornamelijk geregistreerd onder de noemer ‘sterfte waarvan de intentie onbepaald is’ (SOI). Tevens worden, weliswaar in mindere mate, ‘verdoken’ suïcides ondergebracht in de categorie ‘sterfte waarvan de oorzaak onbepaald is’ (SOO) of in de categorie ‘ongevallen’. Bijgevolg worden officiële suïcidecijfers

---

<sup>5</sup> ICD-10 is de tiende versie van de ‘International Classification of Diseases and Related Health Problems’. De officiële Nederlandse benaming luidt: ‘Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen - 10e Revisie’. Dit classificatiesysteem wordt door de meeste landen in zijn huidige vorm, of eventueel eerdere versies, gehanteerd om doodsoorzaken te classificeren (WHO, 2010). Zie figuur 4.1 in de bijlage.

<sup>6</sup> Uit het ANAMORT-project blijkt dat experts uit 20 landen van mening zijn dat het gecombineerde effect van vals positieve en vals negatieve suïcides resulteert in een onderschatting van het aantal suïcides. Zweden en Kroatië veronderstellen dat de misclassificaties elkaar opheffen. Enkel Hongarije gaat uit van een overschatting van het aantal suïcides (Belanger, Bene, Bruzzone, & Denissov, 2008b).

dan ook veelal binnen deze context geïnterpreteerd (Reynders, van Heeringen, De Maeseneer, & Van Audenhove, 2009). Zo wordt voor de Vlaamse suïdecijfers het aandeel suïcides in de 'SOI' categorie vaak expliciet aangeduid in de legenda of zijn onderliggende cijfers hierover beschikbaar. Uit onderzoek blijkt dat de onderrapportering in de Vlaamse cijfers beperkt is en dat de suïdecijfers redelijk betrouwbaar zijn (Aelvoet et al., 1998; Reynders et al., 2009).

De onderrapportering van suïdecijfers geldt ook voor andere Europese landen vanwege verschillen in wetgeving (suïcide is/was strafbaar of niet), culturele gevoeligheden (suïcide is een taboe) en verschillen met betrekking tot registratiemethodes die gehanteerd worden (Afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2014). Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op de betrouwbaarheid en validiteit van suïdecijfers. Desondanks wordt er in literatuurstudies veel evidentie gevonden voor de aanname dat vertekeningen in suïdecijfers veelal onderschattingen zijn maar dat deze voor de meeste West-Europese landen constant en niet sterk genoeg zijn om verschillen tussen landen te verklaren (Chishti et al., 2003; Jouglé et al., 2002; Moens, 1985). Dit duidt erop dat suïdecijfers, leeftijds- en geslachtsverdelingen vrij stabiel blijven door de jaren heen waardoor wordt aangenomen dat, zeker in de ontwikkelde landen, officiële suïdecijfers voldoende betrouwbaar en valide zijn om onderling met elkaar te kunnen worden vergeleken (De Leo & Evans, 2004).

De person based rates<sup>7</sup> worden geschat, zoals door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek en andere Europese expertisecentra met gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïdepogingen, op basis van het aantal spoedopnames na een suïdepoging. Doordat enkel de suïdepogers worden geregistreerd die hiervoor medisch behandeld werden, is er ook hier vermoedelijk sprake van een onderschatting. Zowel de suïdecijfers als de cijfers inzake suïdepogingen die in dit rapport worden weergegeven, moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

---

<sup>7</sup> Het aantal personen dat een suïdepoging deed per 100.000 inwoners, zie pagina 49.

## 2.5 Kwaliteitscriteria

VLESP heeft kwaliteitscriteria ontwikkeld waaraan epidemiologische informatie en gegevensbronnen omtrent suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen moeten voldoen. De criteria zoals deze voor de registratie van suïcide en suïcidepogingen door de WHO (2014a) werden opgesteld, werden door VLESP aangepast en in een bredere context geplaatst zodanig dat deze ook van toepassing zijn op andere methoden van dataverzameling. Deze criteria worden hieronder weergegeven in de vorm van een checklist. Deze checklist dient als leidraad om te bepalen welke epidemiologische informatie er al dan niet in dit rapport wordt opgenomen.

Dataverzameling	
Is een erkende onderzoeksinstelling of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de dataverzameling?	ja/nee
Wordt de hoedanigheid van degene die de data heeft verzameld beschreven? Gaat het bijvoorbeeld om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?	ja/nee
Wordt de gebruikte terminologie goed omschreven?	ja/nee
Wordt er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem om de data te categoriseren? (Suïcide wordt bijvoorbeeld in veel landen volgens een ICD-10 code <sup>8</sup> gecategoriseerd)	ja/nee
Is er een catchment area <sup>9</sup> aangewezen waarbinnen de epidemiologische gegevens worden verzameld die representatief is voor de gehele populatie?	ja/nee
Worden de gegevens verkregen middels erkende en betrouwbare meetinstrumenten? (Zoals overlijdenscertificaten, registratieformulieren en vragenlijsten)	ja/nee
Worden de belangrijkste socio-demografische en economische kenmerken in kaart gebracht (met aandacht voor risico- en beschermende factoren)? (Zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, urbanisatiegraad)	ja/nee
Is de periode waarin de dataverzameling plaatsvond beschreven?	ja/nee
Wordt er beschreven of er al dan niet een kwaliteitscontrole heeft plaatsgevonden?	ja/nee/n.v.t

<sup>8</sup> Zie figuur 4.1 in de bijlage voor een overzicht van de ICD-10 codes.

<sup>9</sup> Deze term wordt gehanteerd voor het aanduiden van een geografisch afgebakend onderzoeksgebied.



<b>Steekproef</b>	
Zijn de inclusie- en exclusiecriteria beschreven? (Deze hebben mogelijk betrekking op de ICD-10 codes zoals reeds bij 'dataverzameling' is beschreven)	ja/nee
Is volgens de onderzoekers de steekproef representatief voor de genoemde socio-demografische en economische kenmerken?	ja/nee
Is beschreven of de steekproef voldoende groot is voor het doen van betrouwbare uitspraken?	ja/nee
<b>Data-analyse</b>	
Is een erkende onderzoeksinstituting of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de data-analyse?	ja/nee
Wordt de hoedanigheid van degene die de data analyseert beschreven? Gaat het bijvoorbeeld om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?	ja/nee
Is beschreven op welke manier het databestand werd opgeschoond?	ja/nee
Worden de datamanipulaties c.q. berekeningen zodanig beschreven dat vergelijking met andere data mogelijk is? (Bijvoorbeeld aan de hand van gestandaardiseerde cijfers (rates), verdeeld naar geslacht, leeftijd en weergave evolutie/trends)	ja/nee
Worden de statistische methoden die werden gehanteerd, beschreven?	ja/nee
Worden de beperkingen van het onderzoek beschreven en de mogelijke gevolgen die dit heeft voor het interpreteren van de data?	ja/nee

### 3. INHOUD VAN HET RAPPORT

---

Globaal genomen zijn er drie manieren om inzicht te krijgen in de epidemiologie van geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaal gedrag. Geestelijke gezondheidsproblemen en niet-fataal suïcidaal gedrag (suïcidepogingen, suïcidale ideatie) kunnen in kaart worden gebracht via zelfrapportage. Tevens wordt niet-fataal suïcidaal gedrag waarvoor medische hulp werd verkregen, geregistreerd op spoedopnamediensten. Fataal suïcidaal gedrag (suïcide) kan inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van overlijdenscertificaten.

Om een volledig beeld te krijgen van de omvang van suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen, is dit epidemiologisch rapport gebaseerd op deze drie vormen van dataverzameling.

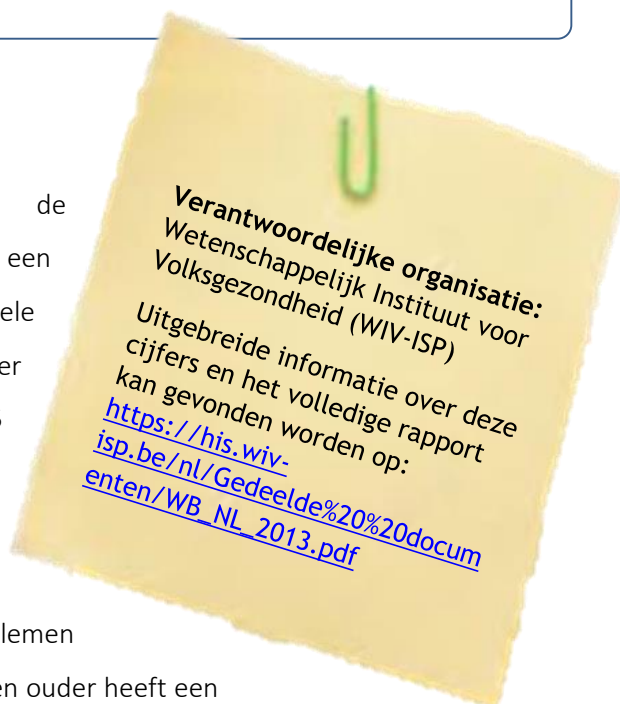
In het *eerste hoofdstuk* worden de meest recente cijfers met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblematiek in de algemene Belgische bevolking van 15 jaar en ouder besproken aan de hand van de belangrijkste socio- demografische en economische kenmerken. Daarnaast wordt een beeld geschetst van hoe deze nationale cijfers zich verhouden tot de Vlaamse cijfers.

In *de drie volgende hoofdstukken* worden de meest recente en beschikbare epidemiologische gegevens in kaart gebracht op het gebied van respectievelijk suicide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie. Deze cijfers worden zoveel mogelijk weergegeven op nationaal en regionaal niveau aan de hand van de belangrijkste socio-demografische en economische kenmerken. Daarnaast wordt besproken hoe deze cijfers zich door de jaren heen hebben geëvolueerd. Vervolgens worden de Vlaamse cijfers (waar mogelijk) in een internationale context geplaatst.

HOOFDSTUK 1:  
EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS MET BETREKKING TOT  
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

### Algemeen

Uit de meest recente cijfers (2013) van de Gezondheidsenquête<sup>10</sup> blijkt dat er sprake is van een duidelijke verslechtering van de psycho-emotionele toestand van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder ten opzichte van 2008. Eén op drie personen (32%) van 15 jaar en ouder heeft psychische problemen die op de een of andere manier verwijzen naar een 'slecht in zijn vel zitten', een stijgende trend aangezien van 2001 tot 2008 slechts één op vier personen (25%-26%) dergelijke problemen aangaf. Bijna één op de vijf personen (18%) van 15 jaar en ouder heeft een reële kans op een psychische aandoening. Ook dit percentage is gestegen sinds 2008.



Wat betreft het psychisch welbevinden worden drie zaken vaker gerapporteerd dan anderen, en dit zowel in 2013 als in 2008: slaapttekort door zorgen (21% vs. 18%), het gevoel voortdurend onder druk te staan (27% vs. 20%) en zich ongelukkig en neerslachtig voelen (19% vs. 16%).

#### *Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau*

In vergelijking met mannen, vertonen vrouwen vaker psychische problemen (35% vs. 28%) en hebben vrouwen een grotere reële kans op een psychische aandoening (20% vs. 16%). Het is opvallend dat jonge vrouwen (15-24 jaar) deze problemen al in grote mate (40%) ervaren, terwijl dat bij jonge mannen van dezelfde leeftijd maar half zo veel is. Globaal genomen zijn de zelfgerapporteerde psychische problemen het hoogst bij de actieve bevolking (25-64 jaar) alsook bij de alleroudsten (75 jaar en ouder). Personen uit de laagst geschoolde huishoudens (diploma lager onderwijs of geen diploma) hebben gemiddeld een hogere score van onwelbevinden en geven vaker aan psychische problemen te hebben dan diegenen afkomstig uit huishoudens waar minstens één persoon een hoger opleidingsniveau heeft.

<sup>10</sup> De vierjaarlijkse Gezondheidsenquête beoogt de geestelijke gezondheidsproblemen in te schatten bij diegenen waarvoor een opname in een gespecialiseerd centrum niet speciaal nodig is. In totaal werden in 2013 10.829 personen aan huis geïnterviewd over hun gezondheid, waarvan 3.512 personen in Vlaanderen, 3.103 personen in Brussel en 4.214 in Wallonië.

### *Urbanisatiegraad*

Psychische problemen blijken meer voor te komen in stedelijke gebieden dan in halfstedelijke en landelijke gebieden, deze verschillen zijn significant na correctie voor leeftijd en geslacht. In Brussel hebben meer personen psychische problemen gerapporteerd (40%) dan in Wallonië (35%) en Vlaanderen (29%).

### **Prevalentie specifieke geestelijke gezondheidsproblemen**

Wanneer gepeild wordt naar specifieke problemen met betrekking tot de geestelijke gezondheid<sup>11</sup>, dan vertoont 10% van de bevolking van 15 jaar en ouder angstproblemen, 15% signalen van depressieve gevoelens en 30% rapporteert slaapproblemen op het moment van het interview. Al deze aandoeningen zijn in de bevolking toegenomen sinds de laatste enquête van 2008. Daarnaast heeft 8% mogelijk een eetstoornis. Verder geeft 7% van de inwoners aan een depressie te hebben gehad in het jaar voorafgaand aan het interview. Depressie als dusdanig lijkt niet te zijn toegenomen sinds de laatste enquête.

### *Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau*

Alle hierboven vermelde psychische problemen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen ervaren deze problemen vaker op een jongere leeftijd (< 25 jaar), maar ook op een latere leeftijd (> 75 jaar) dan mannen. De meeste geestelijke gezondheidsproblemen variëren in functie van de leeftijd, en voor veel van deze problemen situeert de kritieke leeftijd zich tussen 25 en 55 of 65 jaar, wat overeenkomt met de actieve bevolking. Eetstoornissen komen vaker voor bij jongeren (vrouwen) en nemen doorgaans af met de leeftijd, terwijl slaapproblemen en zelfgerapporteerde depressie vaker voorkomen wanneer men ouder wordt. Hogere prevalenties voor geestelijke gezondheidsproblemen kunnen gevonden worden bij de laagst geschoolde huishoudens.

### *Urbanisatiegraad*

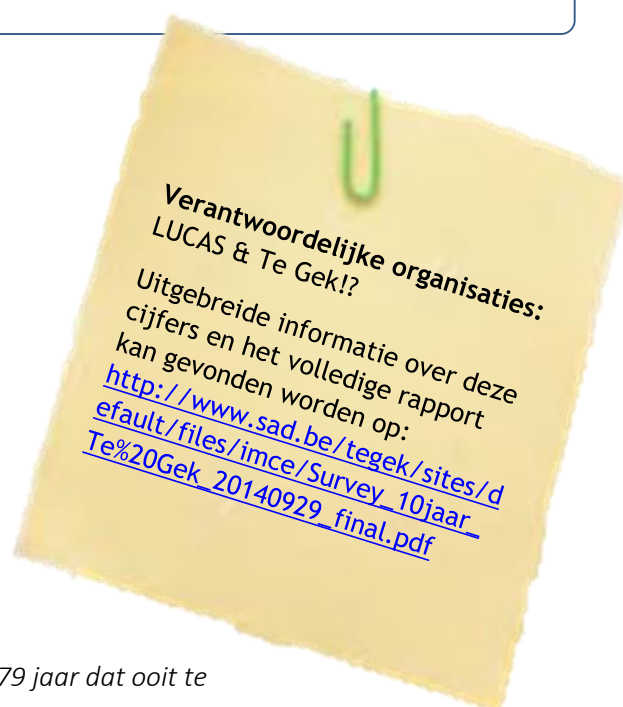
De specifieke psychische problemen lijken niet gerelateerd te zijn aan de urbanisatiegraad van de woonplaats. Daarentegen is het gewest waar men woont wel bepalend: de prevalenties zijn lager in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten van het land. Ondanks de globaal positievere cijfers in Vlaanderen, wordt er in dit gewest een hoger percentage gevonden wat betreft jonge vrouwen (15-24 jaar) met psychische gezondheidsproblemen dan in de andere gewesten van het land, meer bepaald voor eetstoornissen (18%), angststoornissen (16%) en depressieve gevoelens (25%).

---

<sup>11</sup> Tevens werden suïcidepogingen en suïcidale gedachten als indicator opgenomen in de Gezondheidsenquête. De resultaten met betrekking tot deze indicatoren worden toegelicht in respectievelijk, de hoofdstukken 1. Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidepogingen (p. 44) en 2. Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidale ideatie (p. 74).

## Lifetime prevalentie psychische problemen

In het kader van een grootschalige enquête die in 2014 werd afgenomen bij een steekproef van 2010 Vlamingen tussen de 18 en 79 jaar, geeft 51% van de Vlamingen aan ooit zelf een psychisch probleem te hebben gehad. Tabel 1.1 geeft de psychische problemen weer waarmee Vlamingen ooit in hun leven te maken kregen en hoe lang deze problemen stand hebben gehouden.



Tabel 1.1: Percentage Vlamingen in de leeftijd van 18 tot 79 jaar dat ooit te kampen heeft gehad met psychische problemen met bijbehorende tijdsduur.

	Lifetime prevalentie	Hoe lang duurde dit probleem? <sup>a</sup>				
		Geen idee	Weken	Maanden	Een jaar	Jaren
Slaapprobleem	26 %	7 %	22 %	17 %	8 %	46 %
Angstprobleem	21 %	10 %	20 %	12 %	5 %	53 %
Burn-out/stress	21 %	7 %	25 %	27 %	13 %	27 %
Stemmingsproblemen	15 %	7 %	13 %	24 %	9 %	47 %
Psychosomatische klacht	10 %	10 %	16 %	22 %	4 %	47 %
Suicidale gedachten	9 %	9 %	33 %	22 %	8 %	29 %
Posttraumatische stressstoornis	7 %	7 %	15 %	22 %	8 %	49 %
Eetprobleem	4 %	7 %	7 %	20 %	15 %	51 %
Verslaving	4 %	6 %	5 %	4 %	10 %	75 %
Autisme spectrum stoornis	1 %	11%	0 %	9 %	4 %	77 %
Schizofrenie of psychose	1 %	12 %	13 %	6 %	26 %	43 %
ADHD	1 %	15 %	0 %	0 %	8 %	77 %
Andere	2 %	18 %	9 %	13 %	2 %	59 %
<b>Globaal</b>	<b>51 %</b>	<b>14 %</b>	<b>33 %</b>	<b>34 %</b>	<b>16 %</b>	<b>55 %</b>

a: Vraag enkel beantwoord door Vlamingen die ooit een specifiek psychisch probleem hebben gehad

Bron: Vermeulen e.a. (2014)

De meest gerapporteerde problemen<sup>12</sup> zijn slaapproblemen (26%), angstproblemen (21%), burn-out/stress (21%) en stemmingsproblemen (15%). Al deze problemen slepen of sleepten bij grofweg de helft van de Vlamingen één of meerdere jaren aan.

In huidig onderzoek werd de lifetime prevalentie van psychische problemen bevraagd, terwijl de Gezondheidsenquête peilt naar de geestelijke gezondheid van de bevolking op het moment dat het interview werd afgenomen. Bijgevolg ligt de prevalentie van psychische problemen in het huidige onderzoek vermoedelijk iets hoger vergeleken met de prevalentie die naar voren komt uit de Gezondheidsenquête (Vermeulen et al., 2014).

---

<sup>12</sup> De resultaten met betrekking tot suïcidale gedachten worden besproken in hoofdstuk 4. Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidale ideatie (p. 74).

HOOFDSTUK 2:  
EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS MET BETREKKING TOT  
SUÏCIDE



## Algemene suïdecijfers

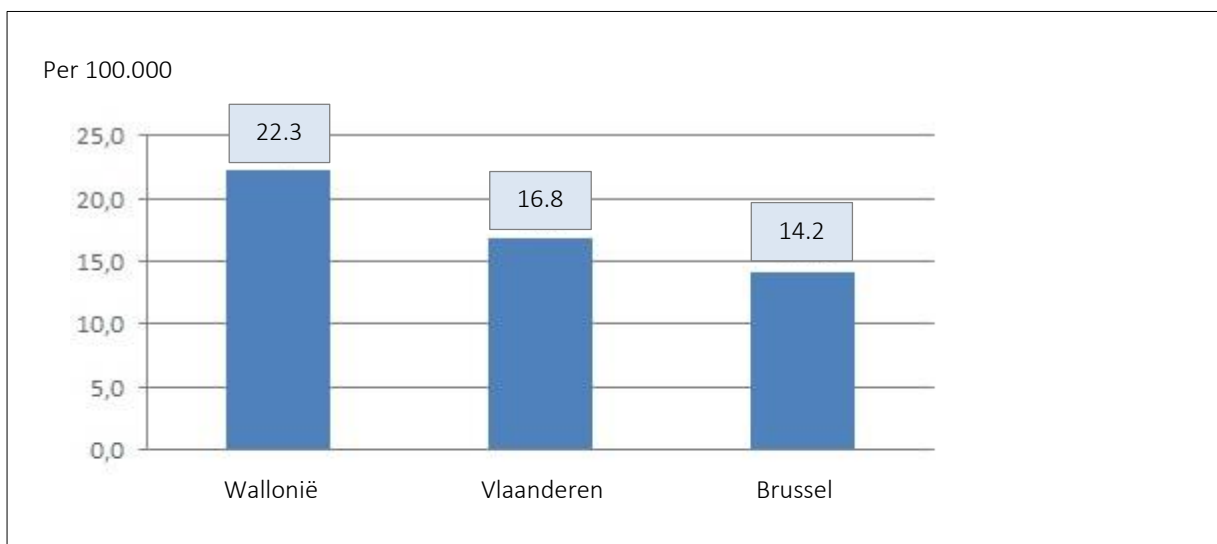
Er zijn weinig epidemiologische gegevens beschikbaar over de suïdecijfers voor de totale bevolking in België. In 2012 (meest recente cijfers) overleden 2023 personen<sup>13</sup> ten gevolge van suïcide, waarvan 1484 mannen en 539 vrouwen. Dit komt neer op gemiddeld zes suïcides per dag.

Wanneer de gemiddelde suïciderates (aantal suïcides uitgedrukt per 100.000 inwoners) voor de periode 2006-2010 op gewestelijk niveau worden vergeleken (meest recente cijfers), dan wordt de hoogste gemiddelde suïciderate gevonden voor Wallonië (22.3 per 100.000 inwoners), gevolgd door Vlaanderen (16.8 per 100.000 inwoners). Brussel neemt de meest gunstige positie in met een suïciderate van 14.2 per 100.000 inwoners. Zie figuur 2.1.

**Verantwoordelijke organisaties:**  
Algemene Directie Statistiek en  
Economische Informatie (ADSEI) en  
WIV-ISP

Uitgebreide informatie over deze  
cijfers kan gevonden worden op:  
[http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking\\_doodsoorzaken.jsp#.VPBcBfmG9y4](http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_doodsoorzaken.jsp#.VPBcBfmG9y4)  
& <http://www.lesuicide.be/chiffres-statistiques.htm>

Figuur 2.1: Gemiddelde suïciderate 2006-2010, per gewest.



Bron: WIV-ISP

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (Age Standardized mortality Ratio; ASR)

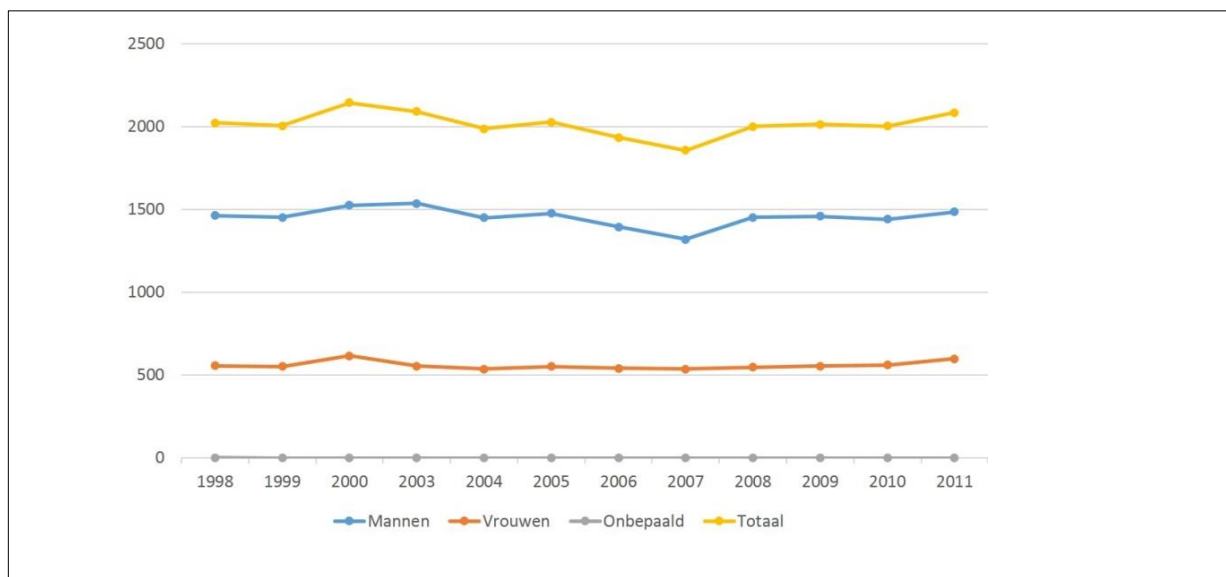
<sup>13</sup> Op basis van de sterftecertificaten van alle Belgische en buitenlandse inwoners en niet-verblijfhouders.

## Evolutie suïdecijfers

In figuur 2.2 wordt het aantal overlijdens weergegeven ten gevolge van suïcide binnen België in de periode 1998-2011 met uitzondering van de jaren 2001 en 2002.

Doordat er enkel absolute aantallen voorhanden zijn en er geen rekening wordt gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Belgische bevolking, kunnen er geen uitspraken worden gedaan over mogelijke trends.

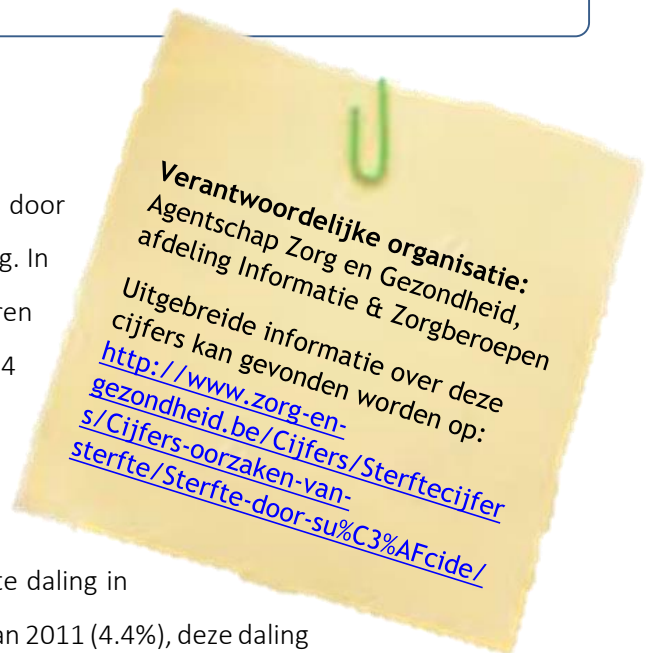
*Figuur 2.2: Evolutie suïdecijfers (absolute aantallen) ingezetenen Belgen en vreemdelingen, volgens geslacht, 1998-2011.*



Bron: ADSEI

### Algemene suïdecijfers

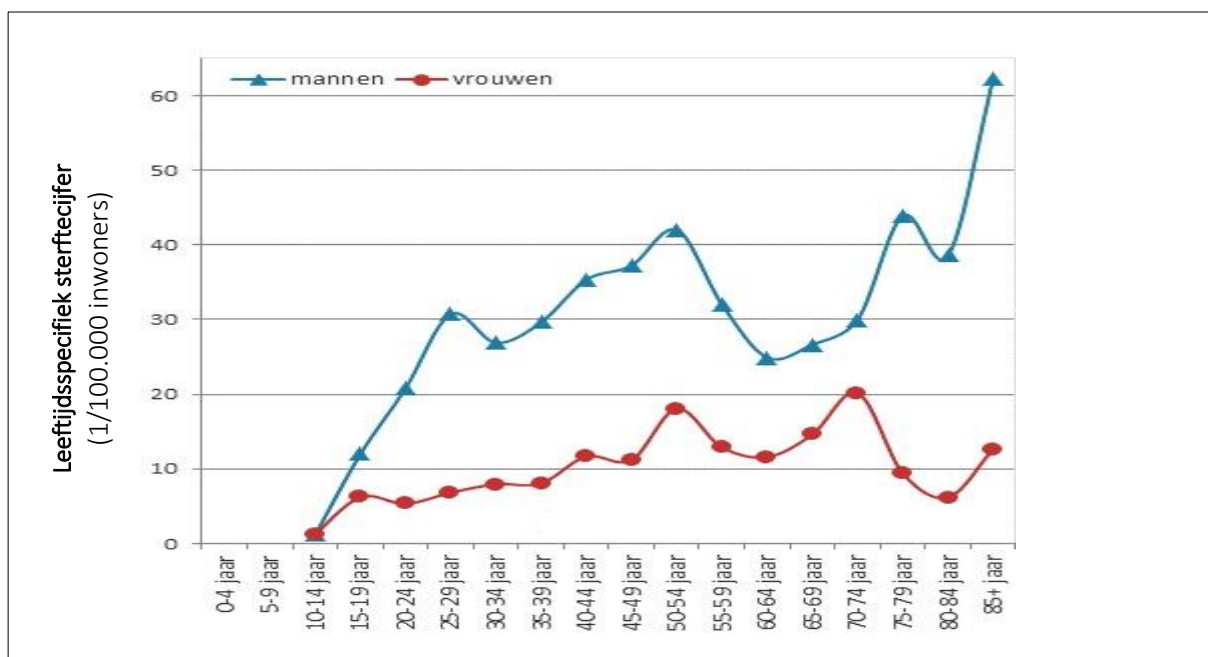
Jaarlijks overlijden in Vlaanderen ruim 1000 personen door suïcide, dit komt neer op ongeveer drie personen per dag. In 2012 – de meest recente cijfers - overleden in Vlaanderen 1114 personen<sup>14</sup> ten gevolge van suïcide. Bijna 3 op de 4 van hen waren mannen: 814 mannen tegenover 298 vrouwen. Dit kan worden uitgedrukt in een suïciderate van 17.51 op 100.000 (in 2011 was dit 18.3 op 100.000). In absolute aantallen kan er in 2012 een lichte daling in het aantal suïcides worden waargenomen ten opzichte van 2011 (4.4%), deze daling is echter niet significant.



De gemiddelde leeftijd waarop mannen stierven door suïcide bedroeg 50 jaar. Voor vrouwen bedroeg de gemiddelde leeftijd 53 jaar. Suïcide is één van de meest voorkomende doodsoorzaken bij de Vlaamse bevolking tussen 20 en 54 jaar en komt zowel bij vrouwen als bij mannen op relatief jonge leeftijd voor. De helft van de suïcides betreft mannen die jonger zijn dan 49 jaar, voor vrouwen ligt de mediaan bij 53 jaar. Wanneer vergeleken wordt met het jaar 2011, zijn er (in absolute aantallen) enkele verschillen waar te nemen met betrekking tot leeftijd en geslacht. In 2012 stierven meer mannen tussen de 16-29 jaar, 45-59 jaar en 75+, en meer vrouwen in de leeftijdscategorie 75+ als gevolg van suïcide. Een daling van de suïdecijfers is te vinden bij vrouwen in de leeftijdscategorie 16-29 jaar, 30-44 jaar, 45-59 jaar en 60-74 jaar alsook bij mannen in de leeftijdscategorie 30-44 jaar en 60-74 jaar. Bij -16 jaar bleven de suïdecijfers stabiel. Een overzicht van de leeftijdsspecifieke suïciderates is weergegeven in figuur 2.3.

<sup>14</sup> De suïdecijfers zijn gebaseerd op de sterftecertificaten van alle inwoners van het Vlaams Gewest die zijn overleden in het Brusselse of het Vlaamse Gewest.

Figuur 2.3: Leeftijdsspecifiek sterftcijfer voor suïcide Vlaanderen, volgens leeftijd en geslacht, 2012.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

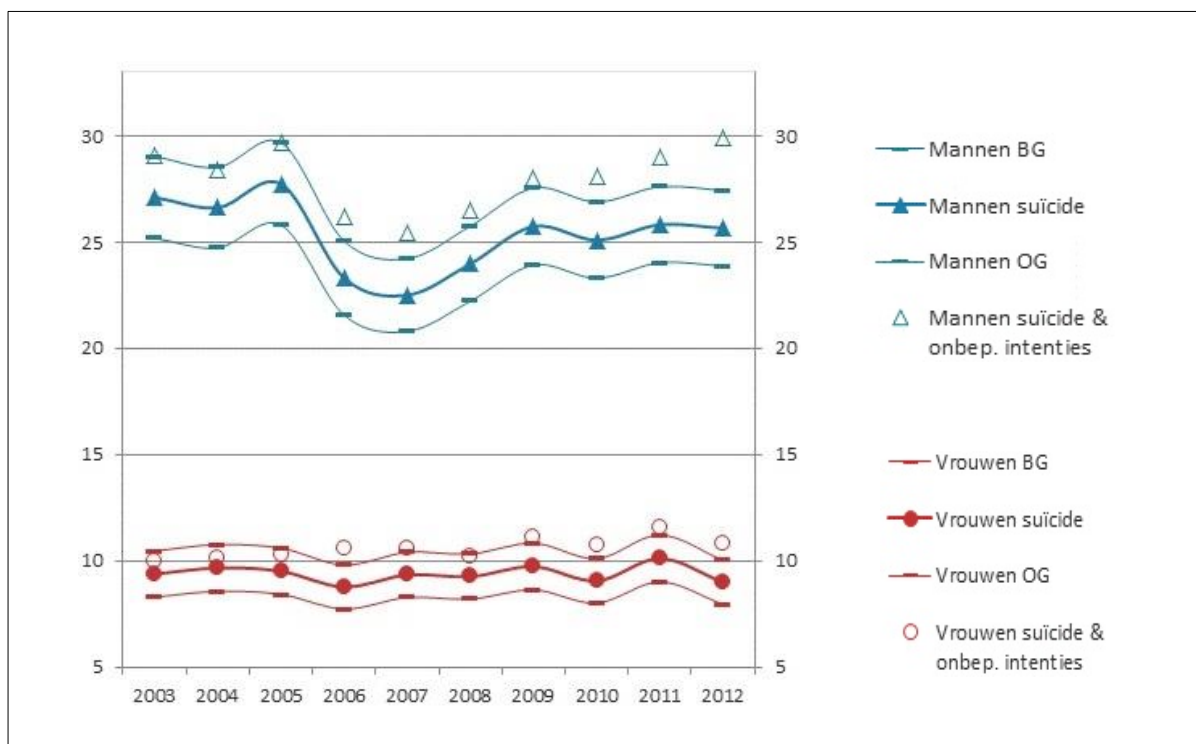
Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

### Evolutie suïdecijfers

In de periode 2000-2012 is geen significante trend waarneembaar in de gestandaardiseerde suïdecijfers voor de Vlaamse bevolking. Voor mannen daalden de suïdecijfers tussen 2000 en 2007 gemiddeld met 1 per 100.000 inwoners per jaar, met uitzondering van 2005. Deze daling neemt af wanneer rekening wordt gehouden met overlijdens waarvan de intentie niet kan worden bepaald. Na 2007 vond er bij het aantal suïcides bij mannen opnieuw een stijging plaats van gemiddeld 6 per 100.000 inwoners per jaar, waarbij de cijfers sinds 2009 schommelen rond 25,6 per 100.000 inwoners. Wanneer de overlijdens met onbepaalde intentie worden meegerekend, stijgt dit aantal naar 9 per 100.000 inwoners per jaar. In de periode 2000-2012 zijn de sterftcijfers ten gevolge van suïcide voor vrouwen beduidend lager dan voor mannen.

Bij vrouwen is er sprake van een lichte stijging (1 per 100.000 inwoners per jaar) in de periode 2003-2012, maar enkel in het geval wanneer sterfte door suïcide en sterfte door onbepaalde intentie (SOI) worden samengenomen. Zie figuur 2.4.

Figuur 2.4: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide en onbepaalde intenties in Vlaanderen, volgens geslacht, 2003-2012.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

### Vergelijking suïdecijfers met vooropgestelde gezondheidsdoelstelling

De gezondheidsdoelstelling die ten grondslag ligt aan het VAS<sup>15</sup>, streeft een daling van de suïdecijfers bij mannen en vrouwen na van 20% in het jaar 2020 ten opzichte van het jaar 2000.

In 2012 overleden er weliswaar minder mensen ten gevolge van suïcide vergeleken met 2011, dit suïdecijfer ligt nog steeds hoger dan het suïdecijfer dat in 2010 kon worden vastgesteld. In dit jaar was nochtans de eerste gezondheidsdoelstelling (-8% tegen het jaar 2010 ten opzichte van het jaar 2000), behaald.

In vergelijking met 2000 is het aantal suïcides in 2012 gedaald met 3% bij mannen en met 10% bij vrouwen. In absolute cijfers is de gezondheidsdoelstelling (-20%) nog niet behaald.

<sup>15</sup> Meer uitleg over het VAS kan worden gelezen in de inleiding op pagina 10.

Wanneer rekening gehouden wordt met de veranderende leeftijdsverdeling, dan waren er in 2012 duidelijk minder suïcides dan in 2000 (gestandaardiseerd aantal op basis van de Europese standaardbevolking).

Voor mannen kan een daling worden vastgesteld van 12% tussen het gestandaardiseerde aantal overlijdens ten gevolge van suicide in 2000 ten opzichte van 2012. Dit is nog niet overeenkomstig de vooropgestelde doelstelling van -20%, maar het betreft wel een statistisch significant verschil.

Voor vrouwen daalde het gestandaardiseerde aantal sterftes door suicide in 2012 met 17% ten opzichte van 2000. Ook bij vrouwen is de gezondheidsdoelstelling van -20% dus nog niet behaald wanneer er rekening wordt gehouden met leeftijd, maar gaat het de goede richting uit. Ook dit betreft een significant verschil.

De daling van het suïcidecijfer is dus veel minder uitgesproken in absolute aantallen. In het gestandaardiseerde ratio (per 100.000 inwoners) wordt rekening gehouden met de leeftijdsverdeling in de bevolking. De daling in gestandaardiseerde cijfers blijkt dan veel sterker dan die in absolute aantallen. Dit komt omdat een aanzienlijk aantal suïcides gepleegd wordt door ouderen. En net deze bevolkingsgroep wordt steeds groter. Door standaardisatie wordt er gecontroleerd voor dit effect en valt het gestandaardiseerd aantal zelfdodingen lager uit dan het absoluut aantal zelfdodingen. Zie tabel 2.1 en figuur 2.5 voor een overzicht van de suïcidecijfers en een vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

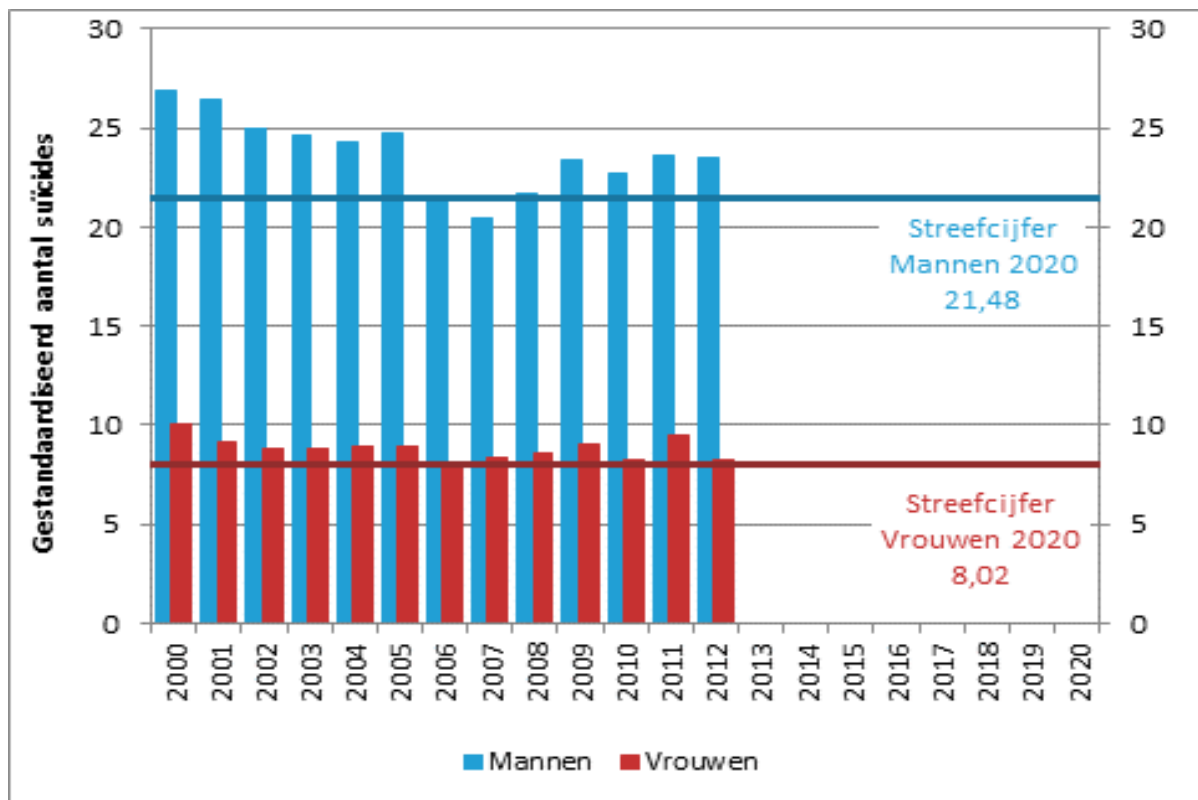
*Tabel 2.1: Overzicht sterftecijfers door suicide en vergelijking met vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.*

	Mannen		Vrouwen	
	Aantal overlijdens	ASR-E	Aantal overlijdens	ASR-E
2000 (startcijfer)	843	26.8	331	10
2012 (laatste cijfer)	814	23.5	298	8.3
2020 (streefcijfer -20%)	674	21.5	265	8

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese standaardbevolking

Figuur 2.5: Overzicht gestandaardiseerde suïcidecijfers en vergelijking met vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

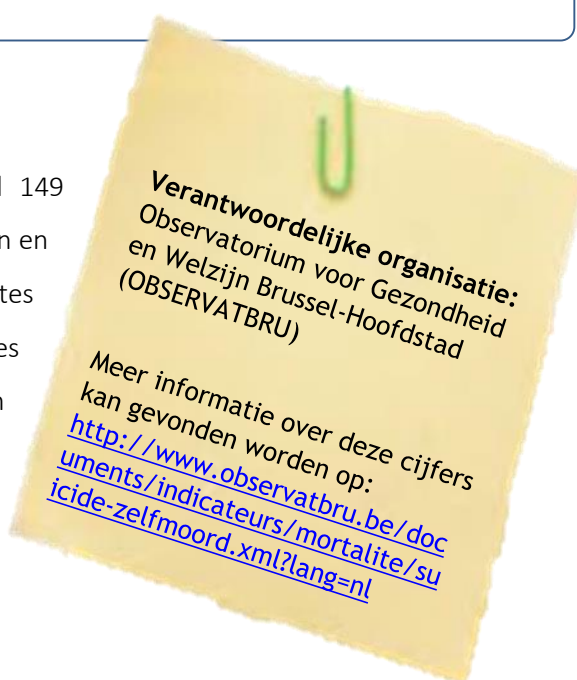


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking (ASR-E)

## Algemene suïdecijfers

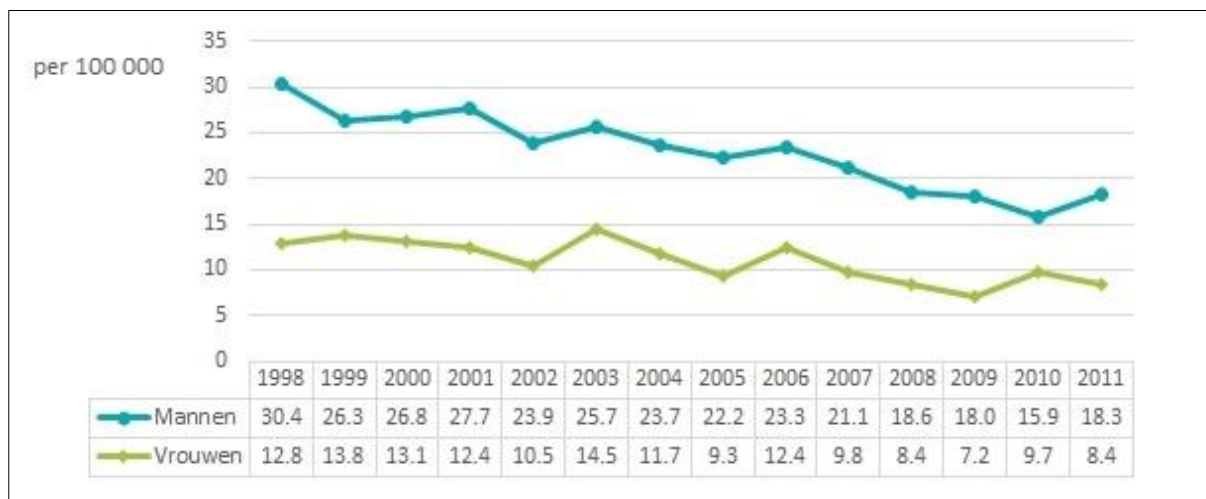
In 2012 (meest recente cijfers) overleden in Brussel 149 personen<sup>16</sup> ten gevolge van suïcide, waarvan 100 mannen en 49 vrouwen. Omdat voor 2012 geen suïciderates voorhanden zijn, baseren we ons hierbij op de suïciderates van 2011. Voor mannen kon in 2011 een suïciderate van 18.3 op 100.000 inwoners worden opgetekend. Bij de vrouwen bedroeg de suïciderate 8.4 op 100.000 inwoners.



## Evolutie suïdecijfers

De suïdecijfers in Brussel fluctueren van jaar tot jaar waardoor de evolutie altijd over meerdere jaren moet worden bekeken. Over een periode van 14 jaar (1998-2011) is een progressieve daling te zien van het aantal overlijdens ten gevolge van suïcide. Deze daling is meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen. Zie figuur 2.6.

Figuur 2.6: Evolutie suïdecijfers Brussels Gewest verdeeld volgens geslacht, 1998-2011.



Bron: Statistische overlijdensformulieren, OBSERVATBRU

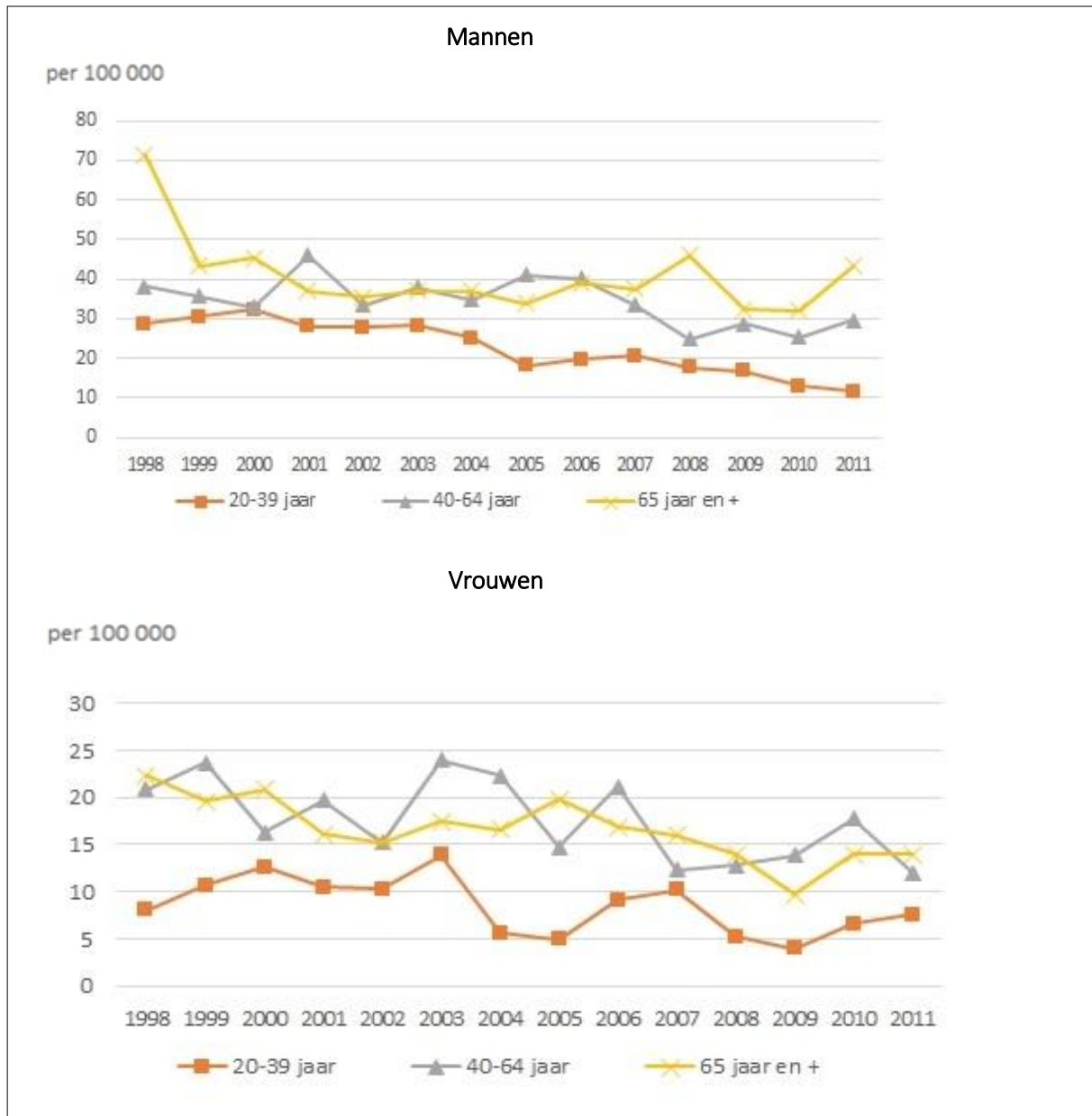
Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftjidsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

<sup>16</sup> De suïdecijfers zijn gebaseerd op de sterftcertificaten van alle inwoners van het Brusselse Gewest die overleden zijn in het Brusselse, Vlaamse of Waalse Gewest.



De dalende trend geldt voor alle leeftijdsgroepen (met uitzondering van de suïcides die hebben plaatsgevonden in de leeftijdscategorie jonger dan 20 jaar, waar ongeveer 3.5 gevallen jaarlijks geregistreerd worden). Zie figuur 2.7 voor een weergave van de evolutie van de Brusselse suïcidecijfers verdeeld naar geslacht, in de leeftijdsgroepen 20-39 jaar, 40-64 jaar en 65+.

*Figuur 2.7: Evolutie suïcidecijfers Brusselse mannen en vrouwen verdeeld naar leeftijd, 1998-2011.*



Bron: Statistische overlijdensformulieren, OBSERVATBRU

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

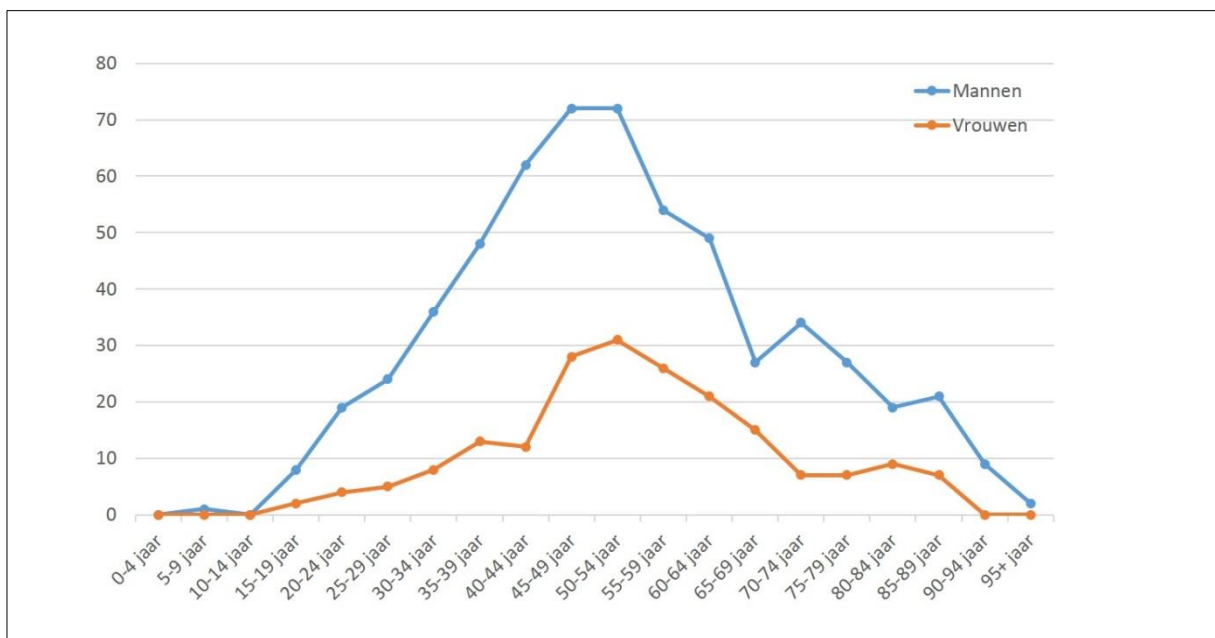
### Algemene suïcidecijfers

Er zijn weinig recente en gedetailleerde suïcidecijfers bekend voor Wallonië. In figuur 2.8 worden de absolute cijfers van 2012 (meest recent) per leeftijdsgroep weergegeven. In totaal overleden 779 personen<sup>17</sup> door suïcide, wat neerkomt op gemiddeld twee personen per dag. Dit betrof 584 mannen en 195 vrouwen. Het hoogst absolute aantal suïcides werd gevonden voor personen in de leeftijd van 45 tot 54 jaar. Deze bevinding

moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien deze is gebaseerd op absolute aantallen en niet op direct gestandaardiseerde cijfers waardoor er geen vergelijkingen in de tijd of tussen verschillende populaties mogelijk zijn.



Figuur 2.8: Suïcidecijfers (absolute aantallen) Waals Gewest 2012, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: Educa Santé

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

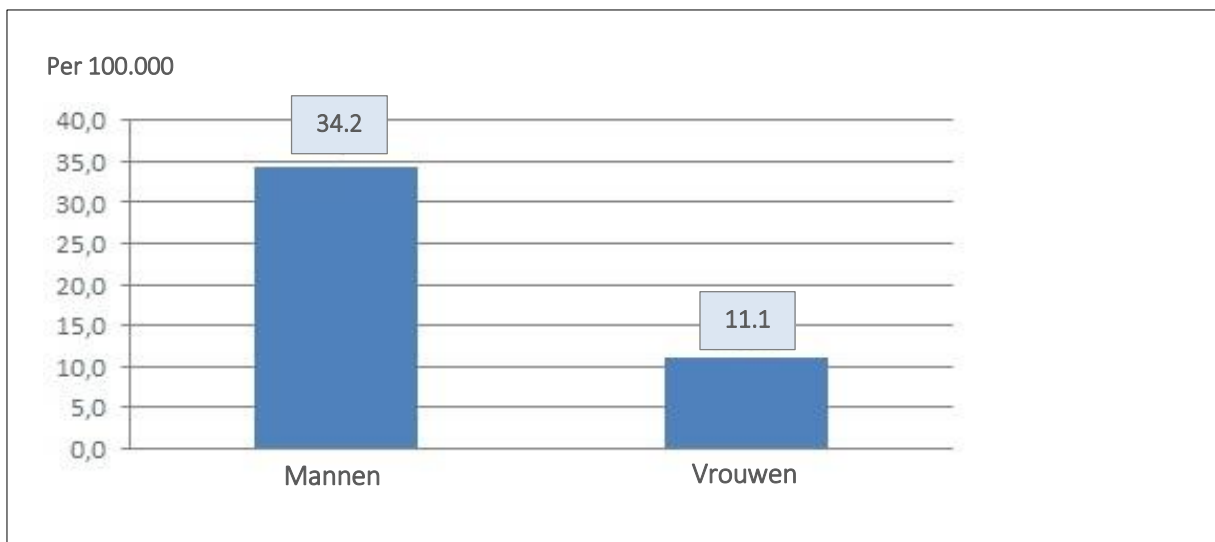
<sup>17</sup> Gebaseerd op de sterftcertificaten van alle inwoners van het Waals Gewest die overleden zijn in het Waals Gewest.

Voor de vergelijking van suïcidecijfers beperken we ons noodgedwongen tot de gemiddelde suïcidecijfers voor de periode 2006-2010. Dit wil zeggen dat de interpretatie van de gegevens met de nodige omzichtigheid dient te gebeuren omdat deze cijfers mogelijk niet meer representatief zijn voor de huidige situatie.

## Evolutie suïcidecijfers

In de periode 2006-2010 werd voor Wallonië een gemiddelde suïciderate gevonden van 34.2 per 100.000 inwoners voor mannen en 11.1 per 100.000 inwoners voor vrouwen (zie figuur 2.9). Figuur 2.10 toont aan dat de meeste suïcides in deze periode hebben plaatsgevonden bij volwassenen in de leeftijd van 45 tot 49 jaar en bij ouderen in de leeftijd van 85 tot 89 jaar. In het algemeen nemen de suïcidecijfers toe tot de leeftijd van ongeveer 49 jaar. Daarna neemt het aantal suïcides af of treedt een stagnatie op. Vanaf de leeftijd van 70 jaar neemt het aantal suïcides toe, waarna er een terugval waar te nemen is bij 90+. Figuur 2.11 toont een gelijkaardig patroon voor mannen. Bij vrouwen is er eveneens een duidelijk patroon waar te nemen. Conform de literatuur, zijn de suïcidecijfers voor vrouwen lager dan die voor mannen. Daarnaast zijn de verschillen tussen de leeftijden minder uitgesproken. De evolutie van de suïcidecijfers in de periode 1987-2010 is eerder stabiel te noemen. Met uitzondering van de periode 1993-1997 is een dalende trend waar te nemen (zie figuur 2.12).

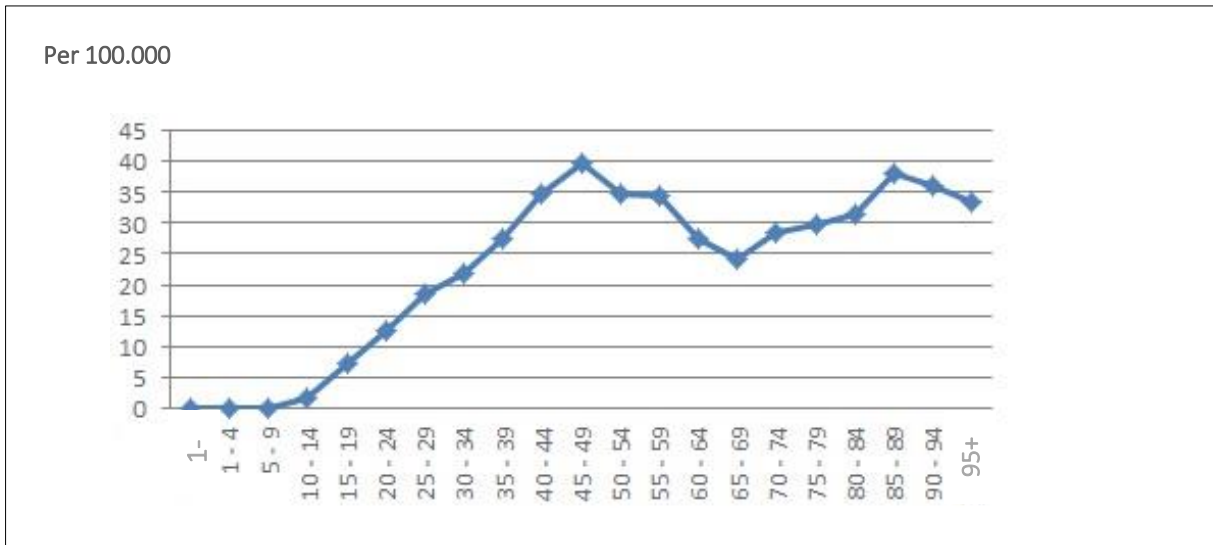
*Figuur 2.9: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens geslacht.*



Bron: WIV-ISP

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

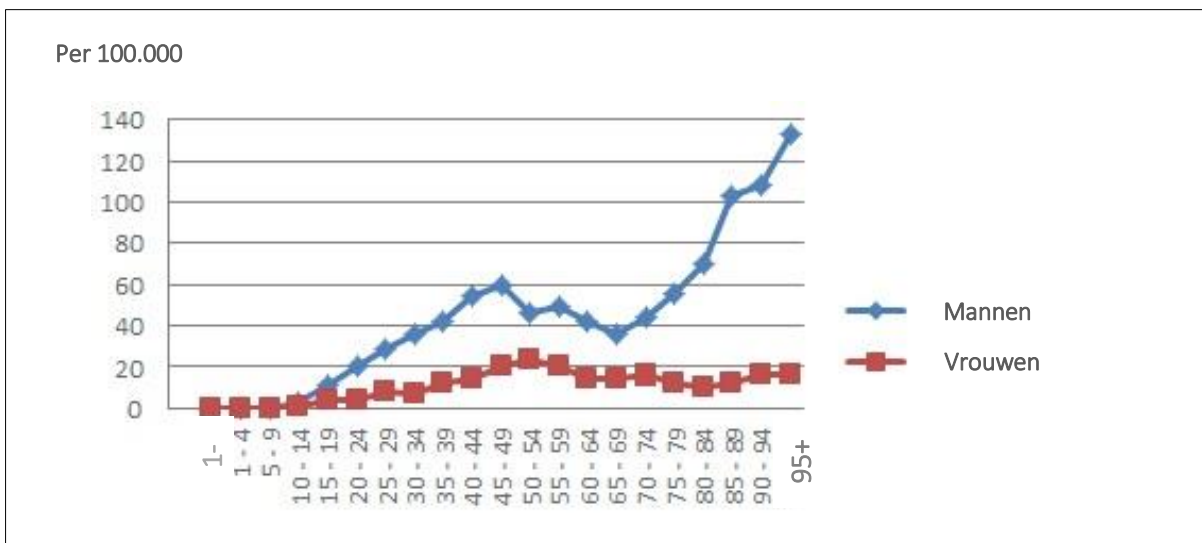
Figuur 2.10: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens leeftijd.



Bron: WIV-ISP

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

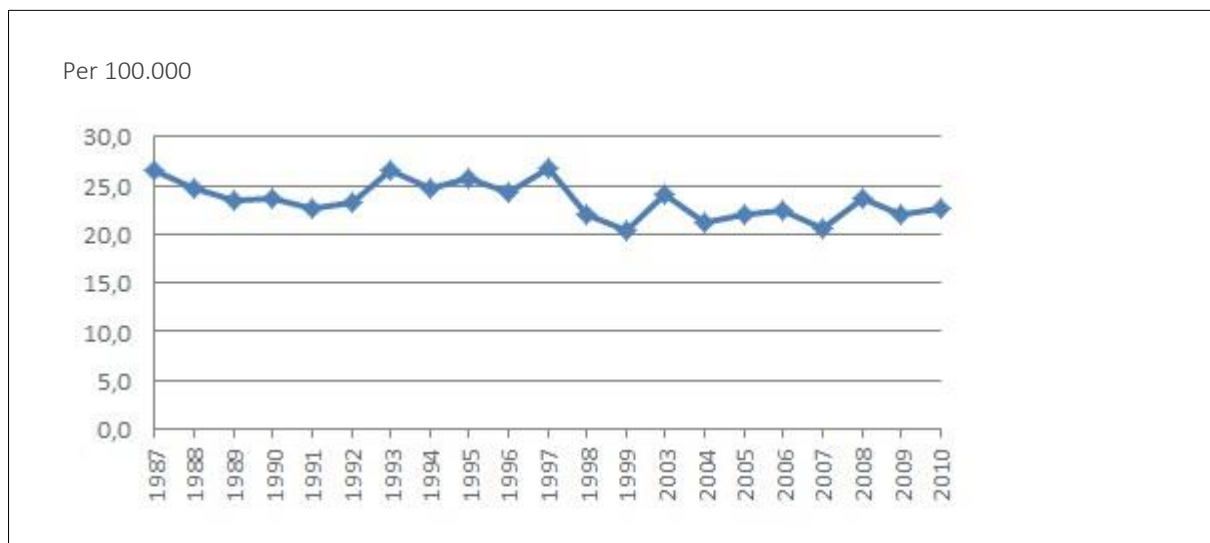
Figuur 2.11: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: WIV-ISP

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

Figuur 2.12: Evolutie suïciderate Waals Gewest 1987-2010.



Bron: WIV-ISP

Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaardbevolking (ASR)

### Vlaanderen binnen Europa

Wanneer de suïdecijfers van de omliggende landen wordt bekeken, dan valt op dat in verschillende landen de voorbije jaren een toename van de suïdecijfers kon worden vastgesteld. Voorbeelden van Europese landen waarvan het suïdecijfer steeg van 2011 naar 2012 zijn: Nederland, Griekenland en Spanje.

In verschillende landen bleef het suïdecijfer nagenoeg stabiel, waaronder Ierland, UK en Duitsland. Er zijn echter op dit moment nog te weinig Europese landen waarvan de

suïdecijfers voor 2012 beschikbaar zijn om grondige

vergelijkingen te kunnen maken en om een representatief Europees

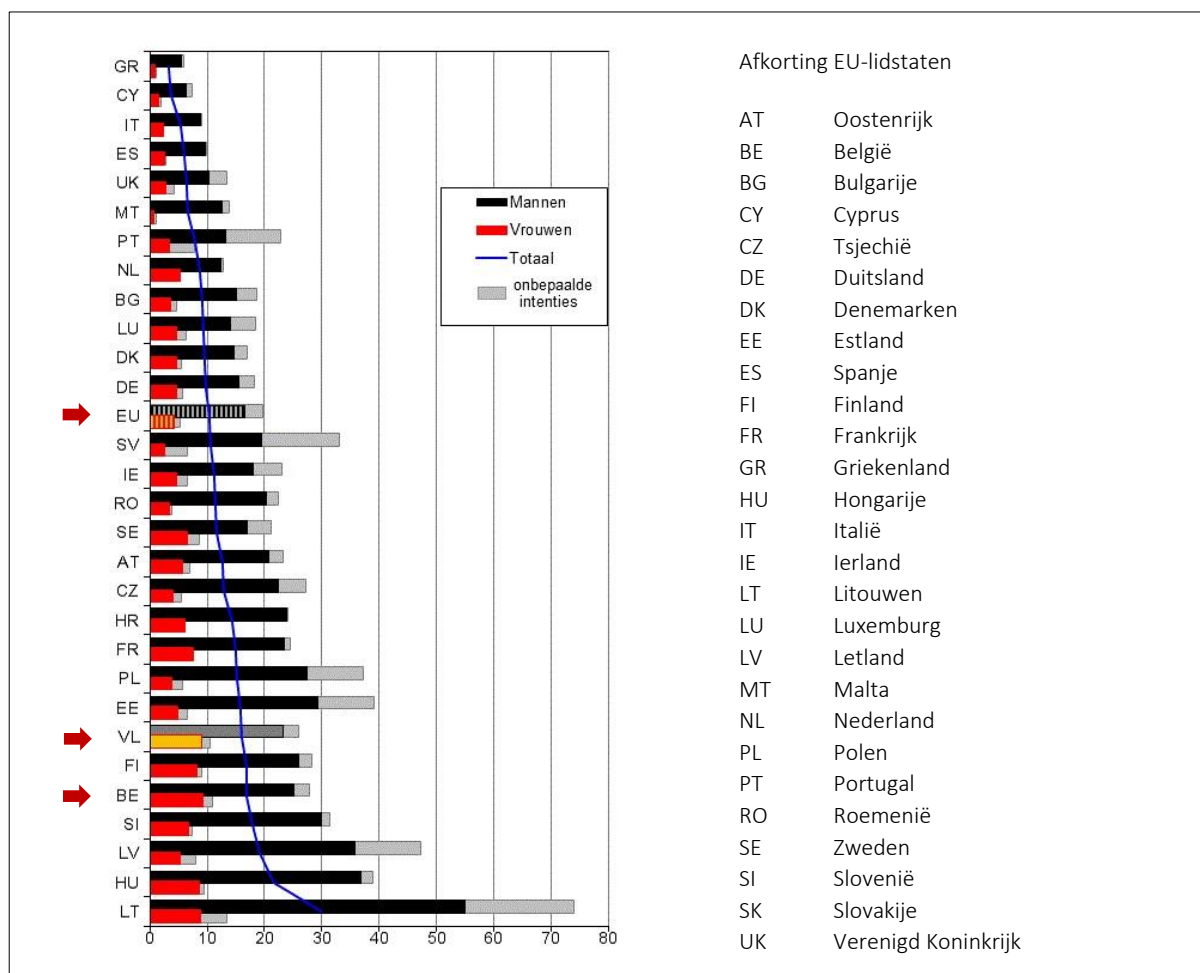
gemiddelde te kunnen berekenen. We baseren ons daarom in eerste instantie op de gegevens van 2000-2011.

Aanvullend hierop wordt het suïdecijfer van België vergeleken met het Europees gemiddelde van 2012. Omdat nog niet alle data van alle Europese lidstaten voorhanden zijn, moet deze vergelijking echter wel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Zoals in figuren 2.13, 2.14 en tabel 2.2 te zien is, maakt Vlaanderen onderdeel uit van de Europese lidstaten die kampen met hoge suïdecijfers. Het Vlaams suïdecijfer ligt 1.5 keer hoger dan het gemiddelde binnen Europa. Wat betreft vrouwen positioneert Vlaanderen zich samen met België helemaal bovenaan. Het aantal mannen dat komt te overlijden door suïcide is in Vlaanderen eveneens erg hoog. Na Polen en Finland neemt Vlaanderen samen met Frankrijk, een derde plaats in.



Figuur 2.13: Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams Gewest, gemiddelde 2009-2011 (voor zover beschikbaar) – op basis van de Europese Standaardbevolking.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid afdeling Informatie & Zorgberoepen en European Health for All database (HFA-DB)

EU = Europese Unie - 28, VL = Vlaanderen

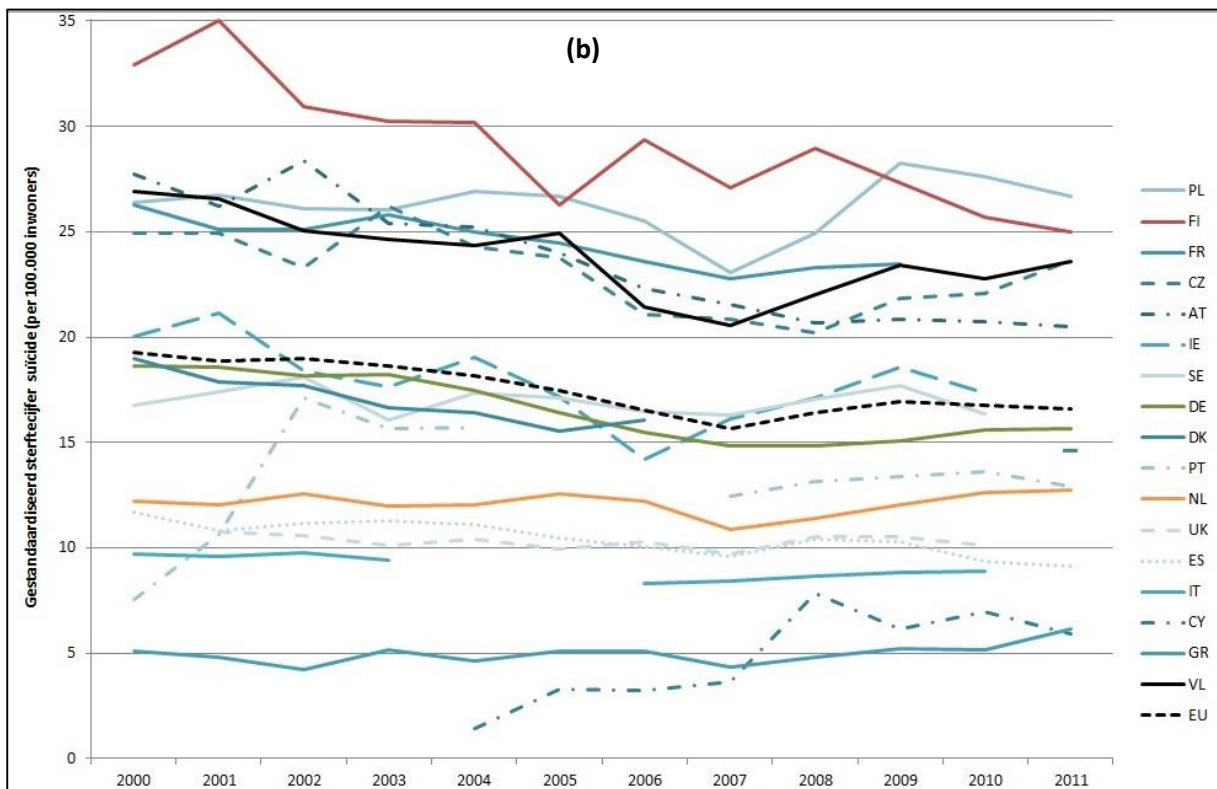
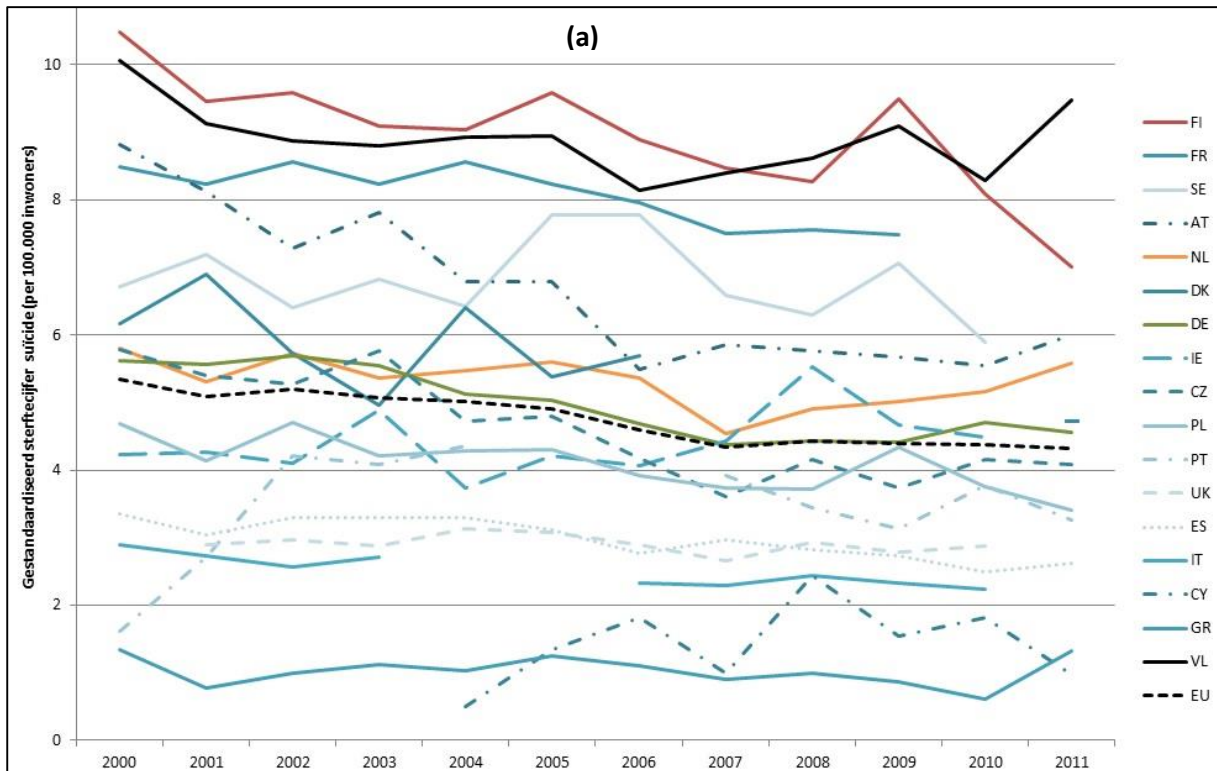
Tabel 2.2: Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (ASR-E; per 100.000 inwoners), voor België en Europa, verdeeld naar geslacht, 2011 en 2012.

	2011			2012		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>België</b>	28.69	10.86	19.25	28.8	9.73	18.69
<b>Europese Unie - 28</b>	19.4	4.93	11.68	19.62	5.02	11.85

Bron: Eurostat

ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese standaardbevolking

Figuur 2.14: Evolutie direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide binnen de Europese lidstaten voor de periode 2000-2011, voor (a) vrouwen en (b) mannen – op basis van de Europese Standaardbevolking.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid afdeling Informatie & Zorgberoepen en HFA-DB

Zie pagina 38 voor een overzicht van de afkortingen van de EU-lidstaten

VL = Vlaanderen, EU = Europese Unie - 28

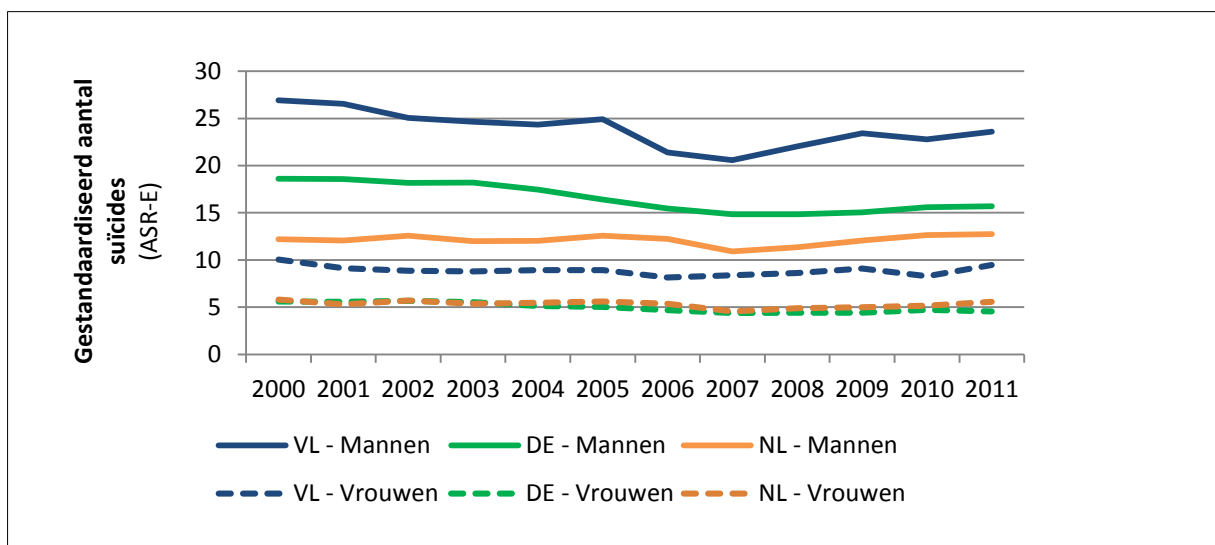


## Incidentie en evolutie bij de buurlanden

Om een nog beter beeld te krijgen van hoe het suïcidecijfer in Vlaanderen zich verhoudt tot de suïcidecijfers in de rest van Europa, concentreren we ons op de suïcidecijfers van de buurlanden Nederland en Duitsland (er zijn binnen dit kader geen cijfers beschikbaar voor Frankrijk). Zoals reeds uit bovenstaande figuren blijkt, behoren de Vlaamse suïcidecijfers tot de hoogste van West-Europa. Nederland heeft een suïcidecijfer dat, vooral wat mannen betreft, opvallend onder het Europese gemiddelde ligt. Het suïcidecijfer van Duitsland ligt dichtbij het Europese gemiddelde (Zie figuren 2.15 en 2.16).

De evolutie van de suïcidecijfers in de periode 2000-2006 is overwegend positief te noemen. Met name in Vlaanderen is er bij mannen een sterke daling te zien in 2005 en 2006. Vanaf 2007 is er bij mannen sprake van een duidelijke stijgende trend. Het suïcidecijfer bij vrouwen blijft in de periode 2000-2011 nagenoeg constant (zie figuren 2.15 tot en met figuur 2.18).

*Figuur 2.15: Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland en Nederland voor de periode 2000-2011, voor mannen en vrouwen.*

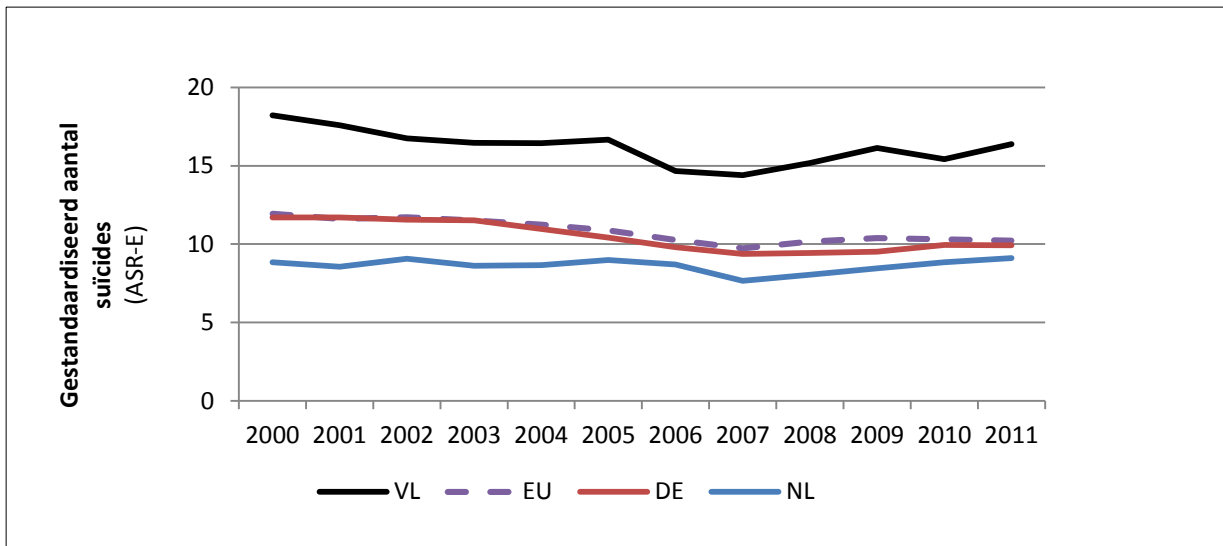


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen en HFA-DB

ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking

VL = Vlaanderen, DE = Duitsland, NL = Nederland

Figuur 2.16: Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland en Nederland en Europa als geheel voor de periode 2000-2011.

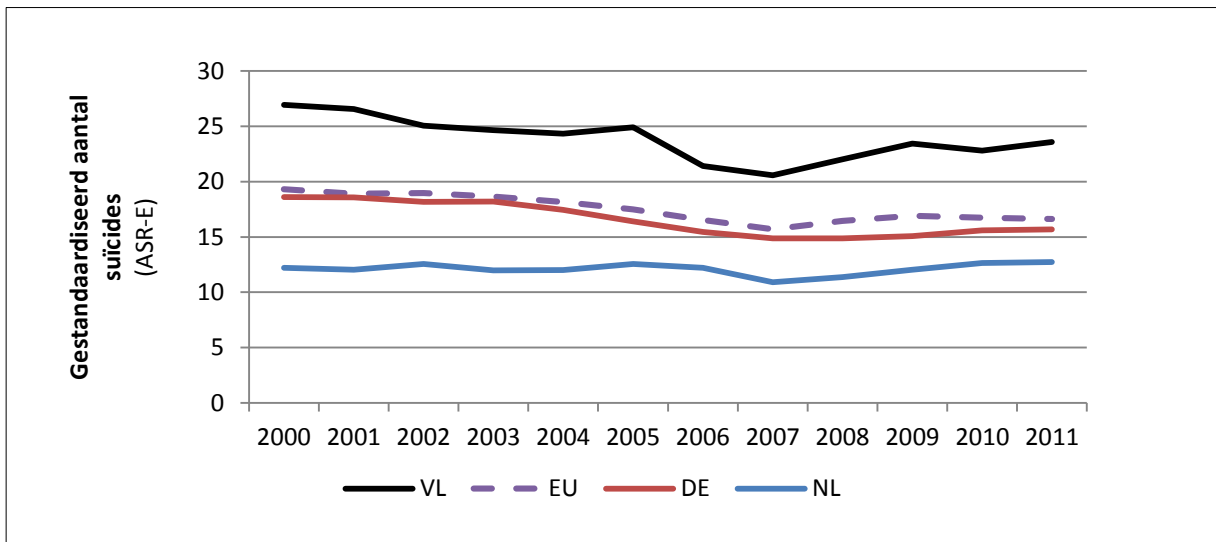


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Zorg & Informatieberoepen en HFA-DB

ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking

VL = Vlaanderen, EU = Europese Unie – 28, DE = Duitsland, NL = Nederland

Figuur 2.17: Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland, Nederland en Europa als geheel voor de periode 2000-2011, voor mannen.

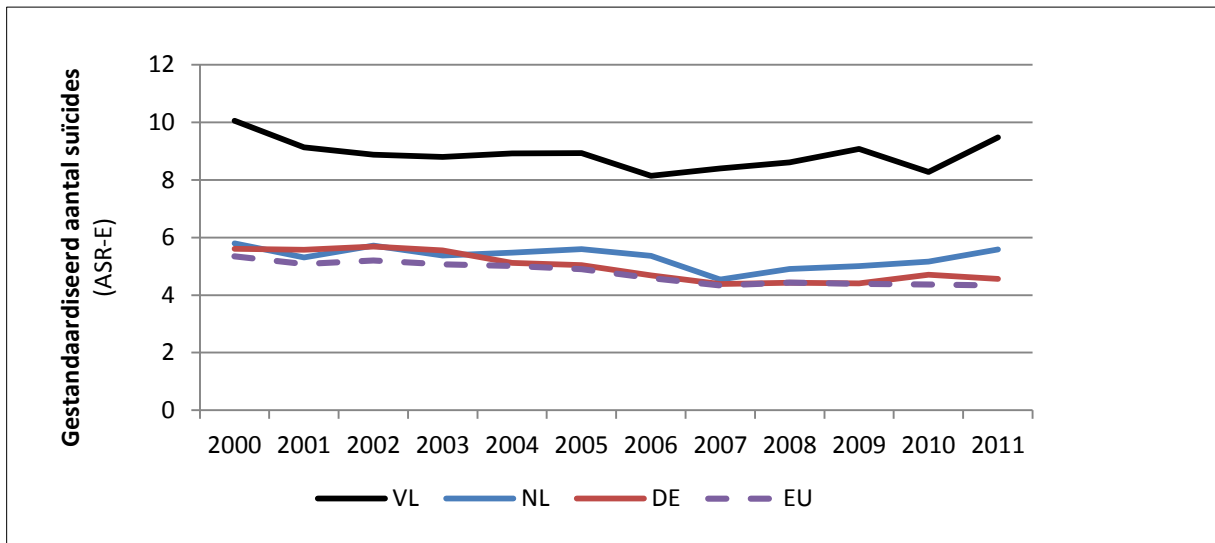


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen en HFA-DB

ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking

VL = Vlaanderen. EU = Europese Unie – 28, DE = Duitsland, NL = Nederland

Figuur 2.18: Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland, Nederland en voor Europa als geheel voor de periode 2000-2011, voor vrouwen.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & zorgberoepen en HFA-DB

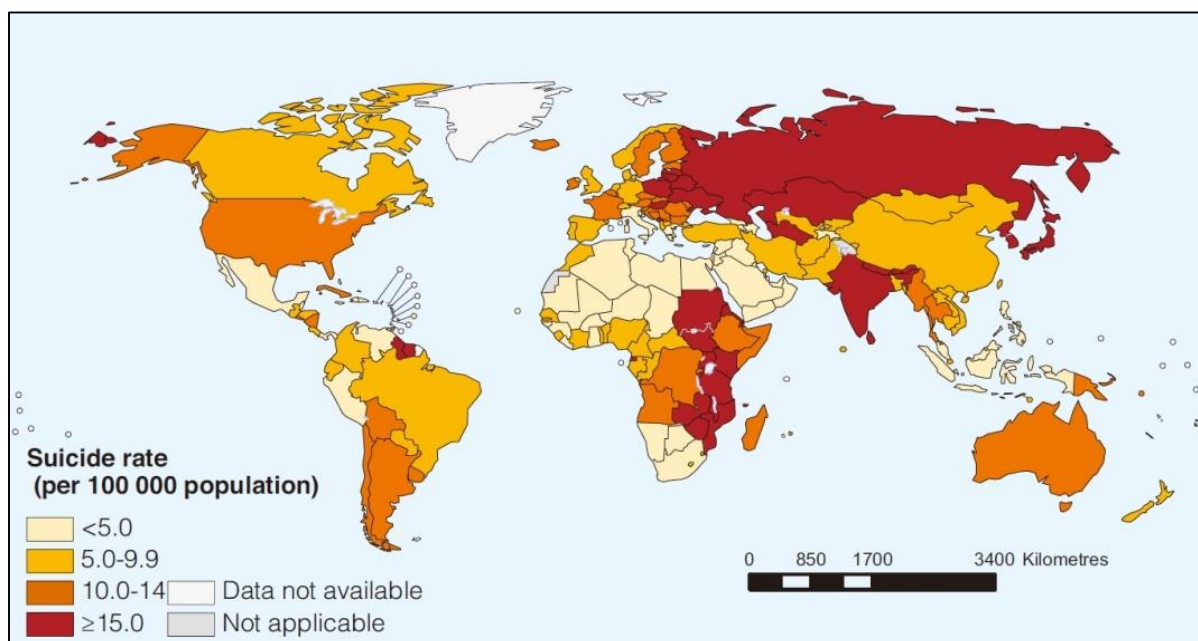
ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking

VL = Vlaanderen, NL = Nederland, DE = Duitsland, EU = Europese Unie - 28

## België versus de rest van de wereld

België behoort wereldwijd tot de landen met erg hoge suïcidecijfers. Zoals in figuur 2.19 te zien is, is België ingedeeld in de categorie met de op één na hoogste suïciderates. Het suïcidecijfer ligt boven de wereldwijde suïciderate die is berekend op basis van de suïcidecijfers van de WHO lidstaten met een populatie  $\geq 300.000$  inwoners. Zeker wat betreft mannen, ligt het suïcidecijfer in België ruim boven het wereldwijde gemiddelde (21 per 100.000 inwoners vs. 15 per 100.000 inwoners). Wanneer België wordt afgezet tegen andere landen met hoge inkomens, dan blijkt België ook hier, vooral wat vrouwen betreft, boven het gemiddelde suïcidecijfer uit te komen (zie tabel 2.3).

Figuur 2.19: Wereldwijde leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners), 2012.



Bron: WHO, 2014

ASR-W = 'Age Standardized mortality Ratio (World)'. Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Standaard Wereldbevolking

Tabel 2.3: Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners), voor België, voor landen met hoge inkomens en voor de wereld als geheel, 2012.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>België<sup>18</sup></b>	21.0	7.7	14.2
<b>Landen met hoge inkomens</b>	19.9	5.7	12.7
<b>Wereldwijd</b>	15.0	8.0	11.4

Bron: WHO, 2014

<sup>18</sup> Omdat bij deze gestandaardiseerde suïdecijfers de Wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioenoemer werd gebruikt, verschillen deze suïdecijfers met de suïdecijfers die werden gestandaardiseerd aan de hand van de Europese standaardbevolking (ASR-E; zie fig. 2.15 en tabel 2.2 op pagina 39).

HOOFDSTUK 3:  
EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS MET BETREKKING TOT  
SUÏCIDEPOGINGEN

### Prevalentie suïcidepogingen

Het ondernemen van een suïcidepoging heeft een grote voorspellende waarde voor toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico om uiteindelijk te komen overlijden ten gevolge van suïcide is bij mensen die al een poging hebben ondernomen zeer groot. Uit de meest recente gegevens (2013) van de Gezondheidsenquête blijkt dat 4.2% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven een suïcidepoging hebben ondernomen en 0.4% (of 4 personen op 1000)

zou geprobeerd hebben om zijn/haar leven te beëindigen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview. Door extrapolatie naar de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder, zou dit neerkomen op ongeveer 35.400 personen die hebben geprobeerd een einde aan hun leven te maken in een periode van 12 maanden.

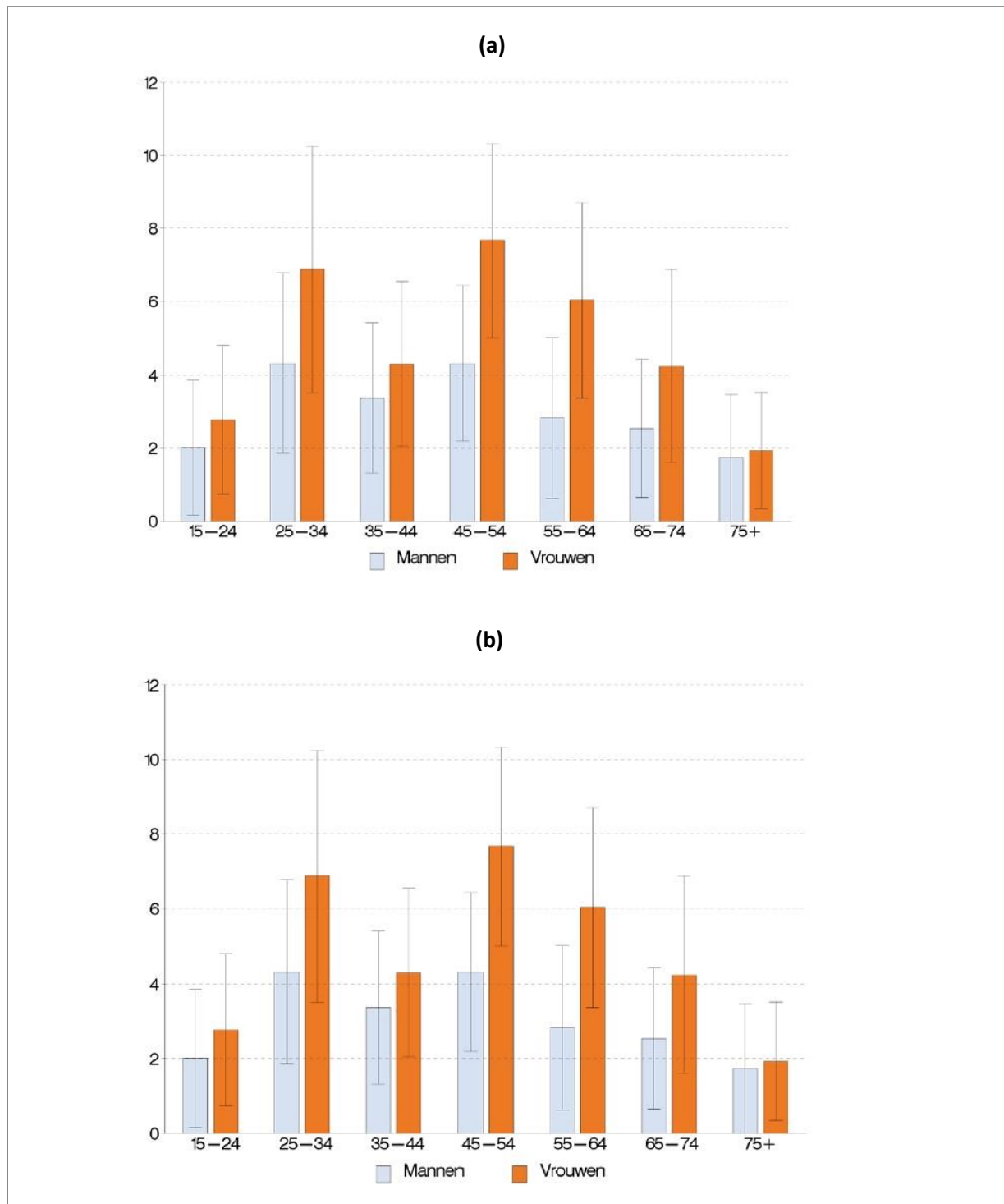


#### *Leeftijd en geslacht*

Meer vrouwen (5.1%) dan mannen (3.2%) rapporteren dat ze minstens één keer in hun leven geprobeerd hebben een eind te maken aan hun leven. Daarentegen hebben proportioneel evenveel mannen als vrouwen geprobeerd hun leven te beëindigen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview (0.5% vs. 0.4%).

Figuur 3.1 geeft de verdeling volgens leeftijd en geslacht weer van de prevalentie van suïcidepogingen gedurende (a) de levensloop ('lifetime') en (b) de afgelopen 12 maanden ('recent'). Bij vrouwen situeert de kritieke leeftijd voor deze twee indicatoren zich tussen 45 en 54 jaar: (a) 7.7% en (b) 1.4%. Uit de resultaten blijkt dat er relatief veel jonge vrouwen van 25-34 jaar (6.9%) ooit probeerden een einde aan hun leven te maken. Bij mannen situeert de hoogste prevalentie zich voor beide indicatoren in de leeftijdsgroep van 25 tot 54 jaar.

Figuur 3.1: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een suïcidepoging heeft ondernomen, (a) in de loop van hun leven, (b) in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: Gisle, 2014

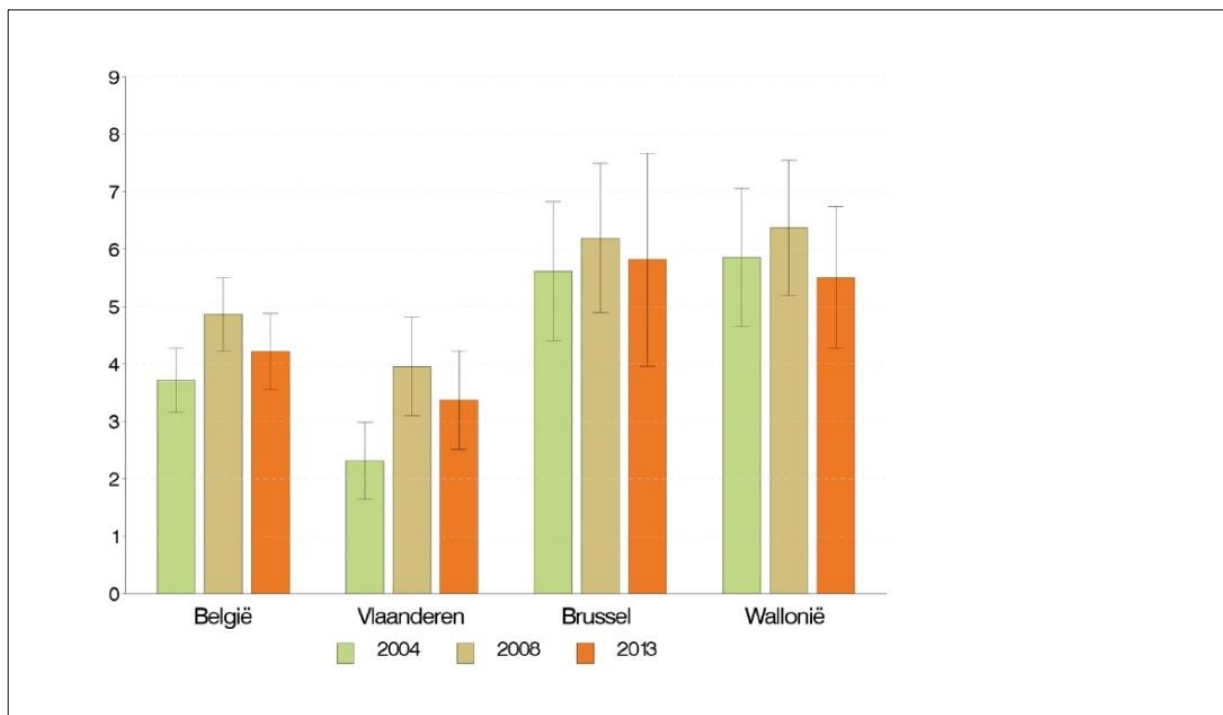
### *Suicidepogingen per gewest*

Zelfmoordpogingen in de loop van het leven worden in het Vlaams Gewest (3.4%) minder vaak gerapporteerd dan in de twee andere gewesten van het land (5.5%-5.8%), en dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Daarentegen tonen de resultaten met betrekking tot recente pogingen (< 12 maanden) geen significante regionale verschillen. Zie figuur 3.2 en 3.3.

### *Suicidepogingen in relatie tot opleidingsniveau*

Suicidepogingen (zowel lifetime als recent) hangen samen met het opleidingsniveau. Hoger opgeleiden rapporteren minder vaak dat ze ooit of in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête geprobeerd hebben hun leven te beëindigen. Dit verschil blijft voor beide indicatoren significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

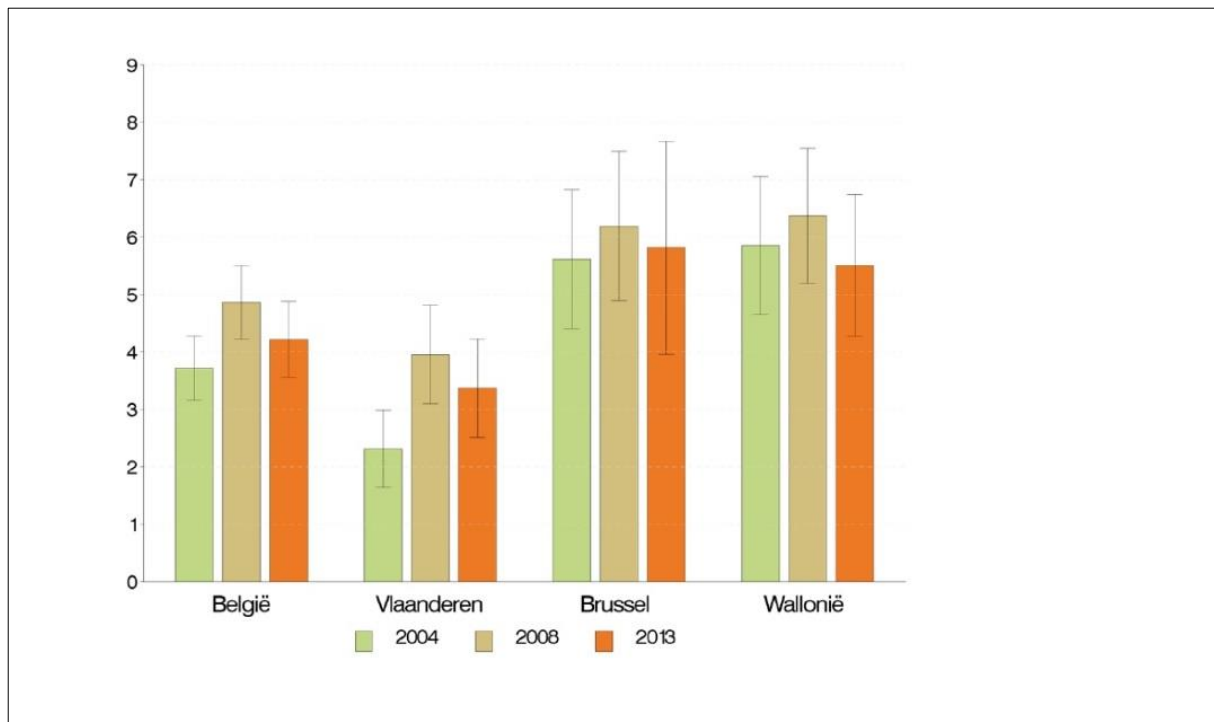
*Figuur 3.2: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een suicidepoging heeft ondernomen in de loop van hun leven, per jaar en per gewest.*



Bron: Gisle, 2014



Figuur 3.3: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, per jaar en per gewest.



Bron: Gisle, 2014

### Evolutie suïcidepogingen

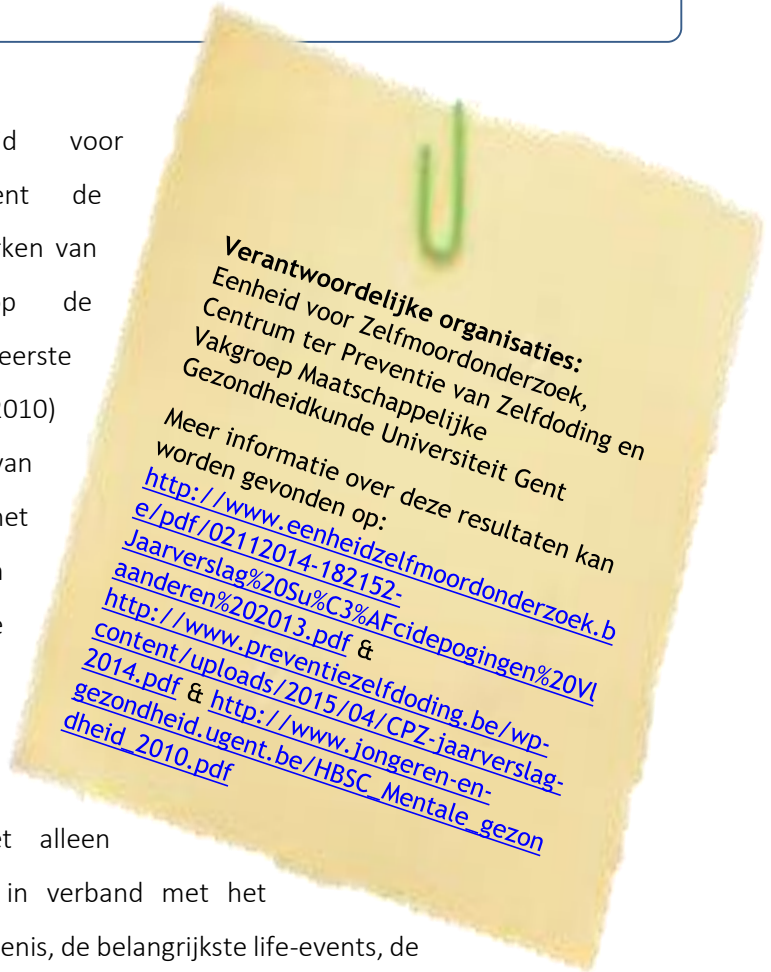
De Figuren 3.2 en 3.3 geven de evolutie van beide indicatoren weer voor België en de drie gewesten. Het aantal gerapporteerde recente suïcidepogingen is in 2013 niet gestegen in vergelijking met 2004 of 2008 (0.4%). Het percentage personen dat ooit geprobeerd heeft zijn/haar leven te beëindigen, stijgt tussen 2004 (3.7%) en 2008 (4.8%, een verschil dat statistisch significant is na correctie voor leeftijd en geslacht), maar blijft vervolgens stabiel tussen 2008 en 2013 (4.2%, een verschil dat niet significant is na correctie voor leeftijd en geslacht).

#### *Evolutie suïcidepogingen per gewest*

De analyse van de evolutie van de prevalentie van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen (lifetime en recent) in de verschillende gewesten geeft aan dat dit percentage tussen 2004 en 2013 constant blijft in Brussel en Wallonië (na correctie voor leeftijd en geslacht). In Vlaanderen is, zoals op nationaal niveau, de stijging van de prevalentie van personen die geprobeerd hebben om hun leven te beëindigen statistisch significant tussen 2004 en 2008, maar niet tussen 2008 en 2013.

## 3.2 Vlaanderen

Sinds 1998 registreert de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de universiteit Gent de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die gezien werden op de spoedopnamedienst. In het kader van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006 – 2010) wordt vanaf 2007 deze registratie van suïcidepogingen verzameld aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO).<sup>19</sup> In 2012 is er tevens een versie ontwikkeld gericht op de eerste opvang en evaluatie van kinderen en jongeren tot en met 18 jaar (KIPEO). De informatie die nu middels het (K)IPEO verzameld wordt, bevat niet alleen epidemiologische gegevens, maar ook data in verband met het suïcidaal proces, de psychiatrische voorgeschiedenis, de belangrijkste life-events, de suïcidale intentie, de motieven voor de poging, en het uiteindelijke behandelplan na het ontslag op de spoedopname (Vancayseele, van Landschoot, Portzky, & van Heeringen, 2014). Hieronder zullen de meest recente data (2013) worden beschreven.



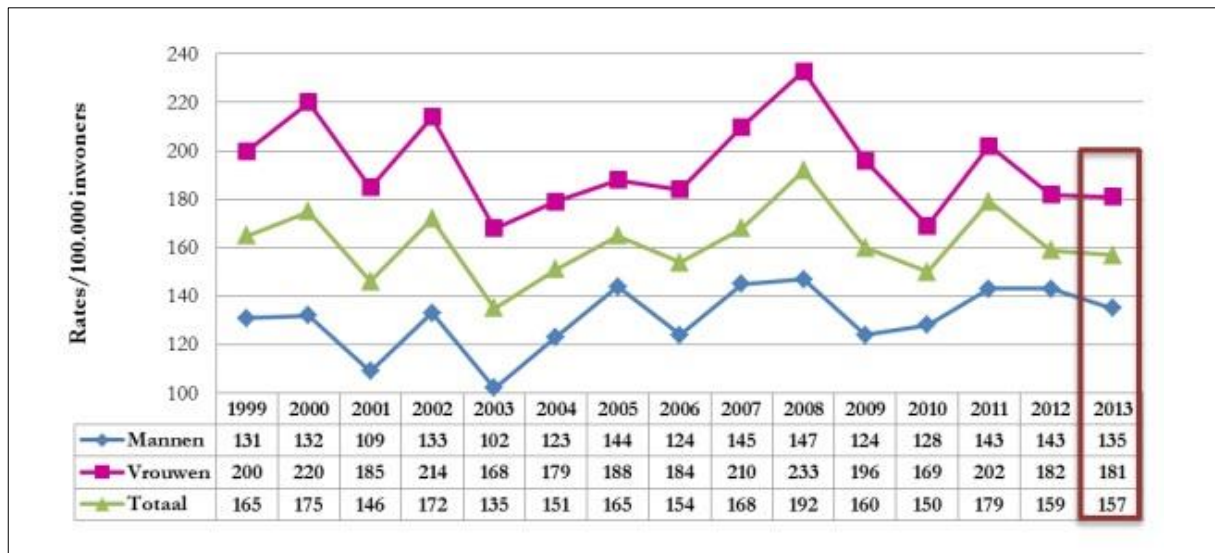
### Incidentie en evolutie suïcidepogingen

Bij de registratie van het aantal suïcidepogingen wordt onderscheid gemaakt tussen het aantal pogingen (event based, of EB) en het aantal pogingen door dezelfde persoon (person based, of PB). Een aantal personen wordt namelijk in hetzelfde jaar meer dan één keer (in hetzelfde ziekenhuis) opgenomen na een suïcidepoging. In 2013 werden bij de 33 deelnemende ziekenhuizen 2170 suïcidepogingen geregistreerd bij 2094 personen.

<sup>19</sup> Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) in samenwerking met Sein – Instituut voor Gedragwetenschappen (UHasselt) & het Project Zelfmoordpreventie van Vlaanderen (CGGZ). Het is terug te vinden op: [www.eenheidzelfmoordonderzoek.be](http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be).

Het gemiddelde van de totale person based rates gedurende de voorbije vijftien registratiejaren bedraagt, net zoals in 2012, 162/100.000 inwoners. Wanneer de person based rate van 2013 wordt vergeleken met die van 2012, blijkt dat deze stabiel is gebleven (een niet-significante daling van 1.3%). Onderstaande figuur toont de evolutie van de person based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2013 (zie onderstaande figuur).

Figuur 3.4: Evolutie PB-rates van suïcidepogingen in Vlaanderen, volgens geslacht 1999-2013.



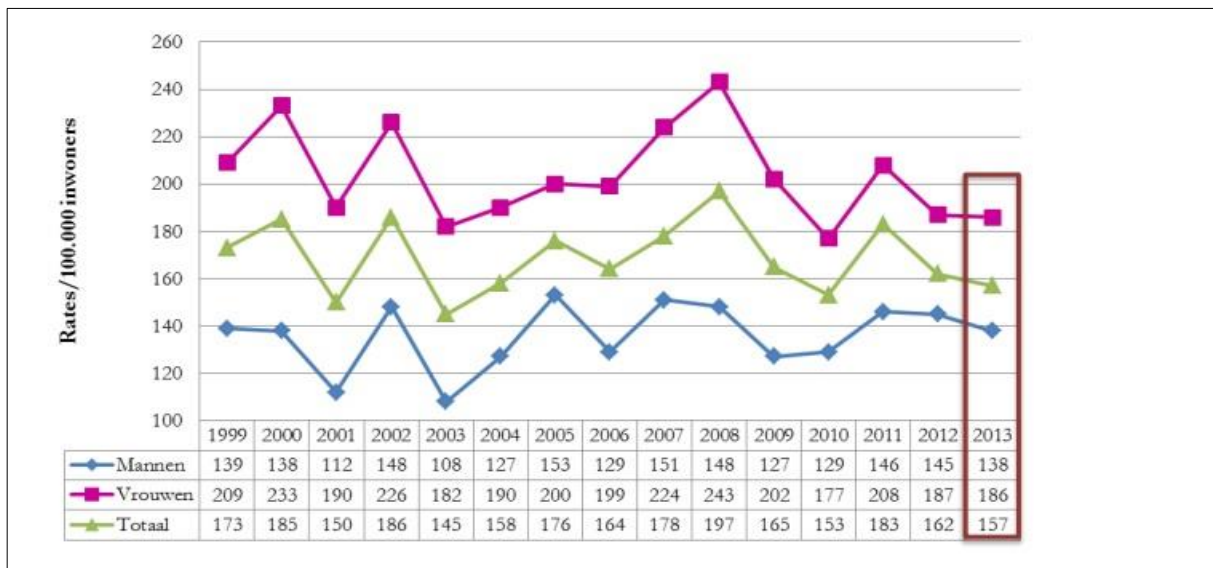
Bron: Vancayseele et al. 2014

Figuur 3.5 laat zien dat de EB-rates nagenoeg dezelfde evolutie volgen als de PB-rates. De gemiddelde EB-rate voor Vlaanderen, berekend over de laatste vijftien jaar, bedraagt 169/100.000 inwoners. Ten opzichte van 2012 is de EB-rate van 2013 stabiel gebleven (een niet-significante daling van 3.1%). In absolute cijfers betekent dit dat in 2013 naar schatting 10.055 pogingen voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag.

### Evolutie suïcide versus evolutie suïcidepogingen

In 2012 werd, overeenkomstig de suïdecijfers, een niet-significante daling in het aantal suïcidepogingen opgetekend ten opzichte van 2011 (-11.5%). Wanneer de evolutie van de suïcidepogingen wordt vergeleken met de evolutie van de suïcides in de periode 2009-2012, zien we gelijkaardige (niet-significante) schommelingen. Er is sprake van een niet-significante daling van de rates, zowel wat betreft suïcide als suïcidepogingen, in 2010 ten opzichte van 2009, gevolgd door een niet-significante toename in 2011 en een niet-significante daling in 2012 (De Jaegere, Vancayseele, Portzky, & van Heeringen, 2013).

Figuur 3.5: Evolutie EB-rates in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2013.

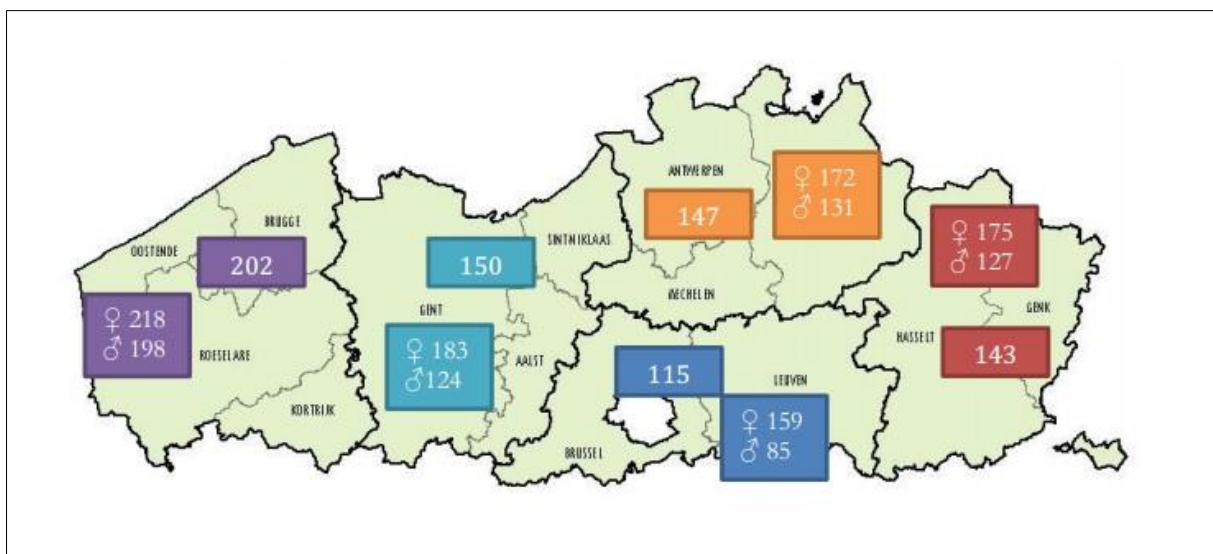


Bron: Vancayseele et al. 2014

### Verdeling per provincie

Het aantal suïcidepogingen is net als het aantal overlijdens door zelfdoding, significant hoger in het westen (West- en Oost-Vlaanderen) dan het oosten van Vlaanderen (Vlaams-Brabant, Antwerpen en Limburg). Deze verdeling wordt geïllustreerd in onderstaande kaart.

Figuur 3.6: Overzicht van geografische EB-rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners), 2013.



Bron: Vancayseele et al. 2014

## Gegevens IPEO<sup>20</sup>

### Geslacht

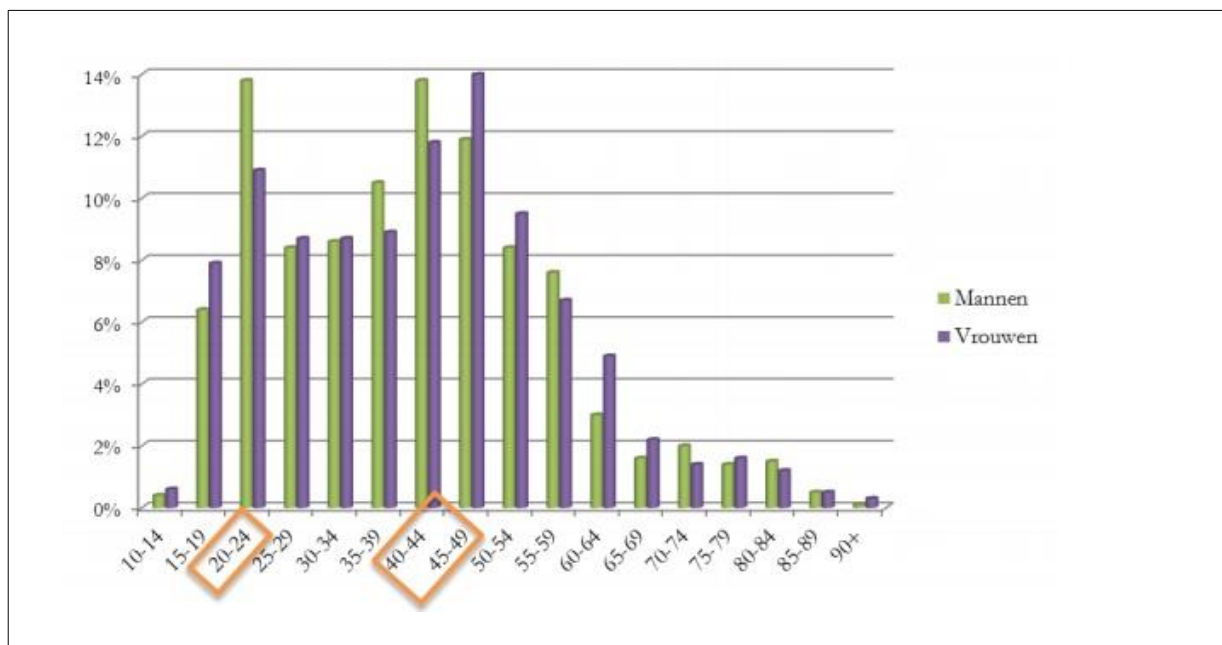
In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suicide, ligt het aantal suïcidepogingen bij vrouwen hoger dan bij mannen (1.6:1).

### Leeftijd

In figuur 3.7 wordt per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven dat één of meerdere suïcidepogingen ondernam in 2013. Wanneer gekeken wordt naar de absolute aantallen, dan hebben de meeste suïcidepogingen plaatsgevonden in de leeftijdscategorie 20-24 jaar en 40-49 jaar, dit komt overeen met de bevindingen van 2011 en 2012. Dit resultaat moet echter wel met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien het hierbij gaat om absolute aantallen en niet om rates, waardoor er geen rekening kan worden gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Vlaamse bevolking.

De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen was 40.8 jaar; voor mannen was dit 40.4 jaar en voor vrouwen 41.1 jaar.

Figuur 3.7: Leeftijdsverdeling suïcidepogers volgens geslacht, 2013.



Bron: Vancayseele et al. 2014

<sup>20</sup> In 2013 was de implementatie van het KIPEO nog volop in gang en daarom werd in de meeste ziekenhuizen nog een IPEO afgenomen bij de aanmelding van een -18 jarige op spoed. Onderstaande bevindingen hebben daarom betrekking op personen die zowel jonger als ouder zijn dan 18 jaar.

### *Burgerlijke staat*

Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. Net zoals in de voorgaande jaren, met uitzondering van registratiejaar 2006, maakten ongehuwden in huidig onderzoek onderdeel uit van de grootste subgroep (36.1%) onder suïcidepogers die op een Vlaamse spoeddienst middels IPEO werden geregistreerd.

### *Economische situatie*

Patiënten die lager opgeleid zijn en (langdurig) werklozen vertonen een hogere kans op suïcidaal gedrag, zowel wat betreft suïcidepogingen als suïcides (Bogdanovica, Schmidtke, Mittendorfer-Rutz, 2011). Het merendeel van de suïcidepogers gaf aan te werken (41.8%) of economisch inactief te zijn (44.1%). 14.1% van de suïcidepogers rapporteerde werkloos te zijn ten tijde dat IPEO werd afgenomen. De groep economisch inactieven bestond voornamelijk uit personen die invalide waren verklaard (46%), gepensioneerden (28.1%) en studenten (25.9%). Wanneer de economische situatie van Vlaamse suïcidepogers vergeleken wordt met die van de Vlaamse algemene bevolking, dan valt op dat de algemene werkloosheidsgraad, die in 2013 5.3% bedraagt, relatief lager is dan die van de suïcidepogers (14.1%). De algemene werkzaamheidsgraad (65.9% in het laatste kwartaal van 2013), is daarentegen relatief hoger dan die van de suïcidepogers (41.8%).

### *Voorgeschiedenis suïcidepogingen*

Wanneer de persoon voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging heeft ondernomen, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen hoe groter het risico. Voor bijna de helft van de geregistreerde suïcidepogers (49.2%) was dit de eerste suïcidepoging. Ongeveer een kwart van de suïcidepogers (25.3%) had reeds één eerdere poging ondernomen, 9.7% twee, 4.3% drie en 10.6% reeds vier of meer eerdere pogingen. 1% had één of meerdere voorgaande pogingen ondernomen, maar het aantal was onduidelijk.

### *Middelenmisbruik*

Bij 57.4% van de personen die werden aangemeld op de spoeddienst, werd op basis van de CAGE-AID vragenlijst die onderdeel uitmaakt van het IPEO, een inschatting gemaakt van het alcohol- en/of middelenmisbruik. Bij meer dan één derde van de suïcidepogers (37.6%), was er sprake van “mogelijk alcohol- en/of middelenmisbruik” (7.1%) of “waarschijnlijk misbruik” (29.5%). “Waarschijnlijk misbruik” kwam vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij vrouwen was er vaker geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik dan bij mannen.

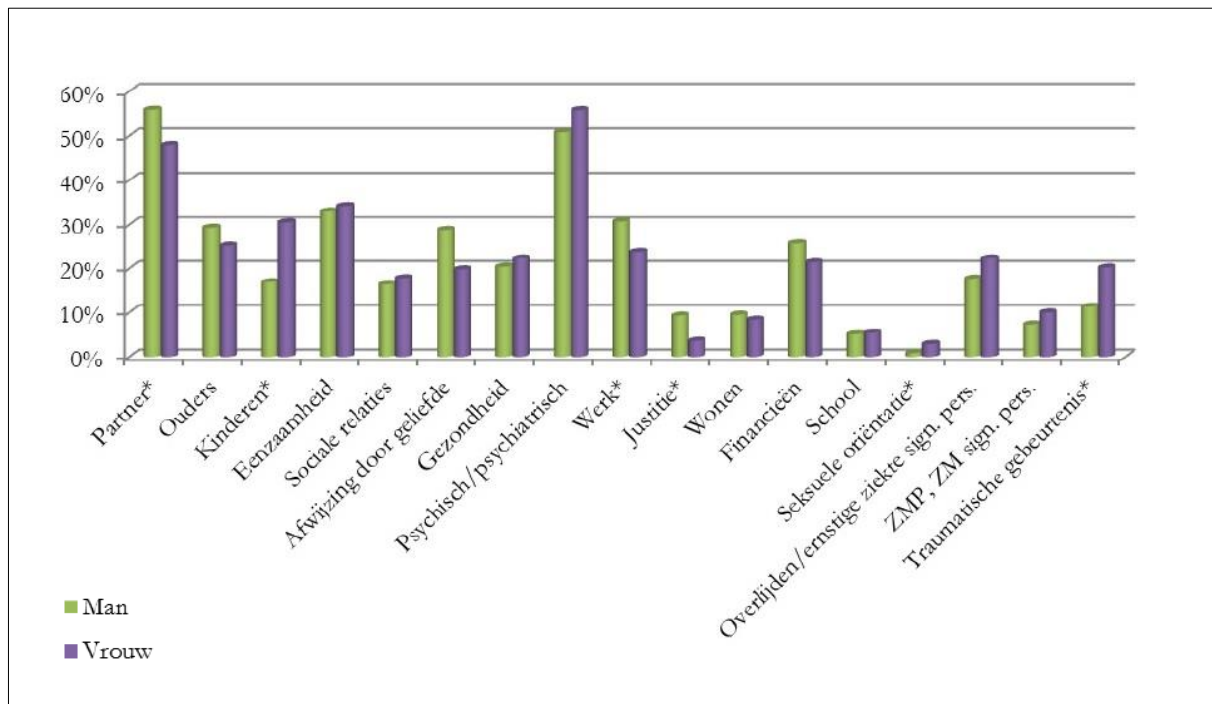
## *Diagnose*

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen. Bij 390 suïcidepogers (32.5% van de totale steekproef) werd enkel een probleembeschrijving en dus geen diagnose geformuleerd. Bij slechts 4.6% van de pogers werd geen As I-diagnose vermeld. Wanneer wel een As I-diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (n=330; 27.5%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Ook “acute aanpassingsstoornis” (n=217; 18.1%) werd frequent vermeld. Daarnaast werd in 9.5% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 3.7% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Slechts in 4.2% (n=50) van de gevallen vermeldde men een andere As I-diagnose. Hieronder werden onder andere volgende As-I stoornissen geclassificeerd: obsessief-compulsieve stoornis, ADHD, autisme spectrumstoornis en post-traumatische stressstoornis.

## *Ervaren problemen*

Figuur 3.8 toont de verscheidenheid aan problemen die suïcidepogers de afgelopen jaren, maanden of weken voorafgaand aan de poging hebben ervaren. De meerderheid (37%) van de pogers gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren aanwezig waren. Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen problemen die spontaan werden medegedeeld en problemen waarnaar, omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag, expliciet werd gevraagd. Wat betreft de spontaan gerapporteerde problemen, werden relationele problemen (51.2%) en psychische klachten of psychiatrische symptomen (53.8%) het vaakst genoemd. Met betrekking tot de problemen die expliciet werden bevraagd, gaf 16.6% aan geconfronteerd te zijn geweest met een traumatische gebeurtenis of het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander (20.5%).

Figuur 3.8: Ervaren problemen verdeeld volgens geslacht, 2013.



Bron: Vancayseele et al., 2014

\*Significant geslachtsverschil ( $p < .05$ )

### Motieven

Wanneer gevraagd werd naar de motieven voor de suicidepoging, werd “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (49.7%), gevolgd door “ik wilde sterven” (45%) het meest aangehaald. Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (39%) en “vreselijke gedachten” (24.6%) werden frequent gerapporteerd. In de literatuur wordt aangegeven dat mensen met interne motieven (o.a. vreselijke gedachten, weg willen, ondraaglijke situatie) en met het doodsmotief “willen sterven” sterker geassocieerd worden met een risico op herval dan wanneer ze externe motieven hebben zoals liefde tonen en iemand bang maken (Vancayseele et al., 2014).

### Behandelplan na spoedopname

Bij 1526 suicidepogers (70.2% van de totale steekproef) werd het zorgtraject geregistreerd. Ongeveer één op tien suicidepogers ( $n=166$ ; 10.9%) werd vanuit de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst *niet* doorverwezen voor verdere behandeling. Bij 77 pogers (5%) ging het om een ontslag op advies, bij 21 (1.4%) om een ontslag op tegenadvies en 2 (0.1%) pogers gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis). Van 62 pogers (4.1%) werd niet geregistreerd welk type ontslag het betrof.



Aan 445 suïcidepogers (29.2%) werd een ambulante zorgtraject voorgesteld.

1021 suïcidepogers (66.9%) werden residentieel behandeld na hun aanmelding op de spoeddienst: 398 pogers (26.1% van de totale steekproef) verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 196 pogers (12.8%) werden doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis, en 497 patiënten (32.5%) naar een PAAZ dienst. 9.6% (n = 147) van de pogers verbleef op een somatische afdeling.

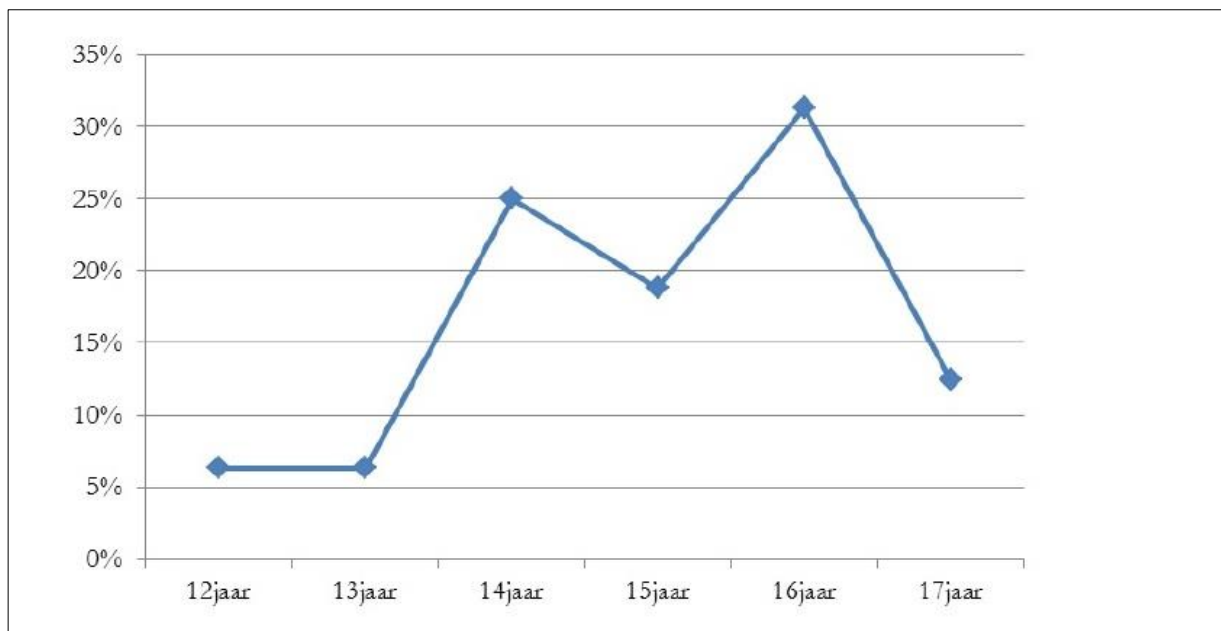
## Suïcidepogingen jongeren

De implementatie van het KIPEO (zie pagina 46) is op dit moment volop in ontwikkeling. In 2013 werden er KIPEO's verkregen via drie algemene ziekenhuizen en één Centrum voor Leerlingbegeleiding (CLB). Doordat het aantal geregistreerde suïcidepogingen middels het KIPEO op dit moment nog beperkt is, is de verkregen informatie voornamelijk beschrijvend van aard en kunnen de analyses niet opgesplitst worden naar geslacht. Bijgevolg dienen de onderstaande bevindingen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Wanneer het gebruik van het KIPEO in de algemene ziekenhuizen, CLB's en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's) over de jaren heen toeneemt, kan er meer nauwkeurige en specifieke informatie omtrent suïcidepogingen in deze doelgroep gegeven worden.

### *Geslacht en leeftijd*

Onder de jongeren die in 2013 een suïcidepoging ondernamen en die bevestigd werden aan de hand van het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (n=15; 93.7%) dan jongens (n=1; 6.3%). De gemiddelde leeftijd waarop de jongere een suïcidepoging ondernam, was 15 jaar. Zie figuur 3.9.

*Figuur 3.9: Leeftijdsverdeling van jonge suïcidepogers, 2013.*



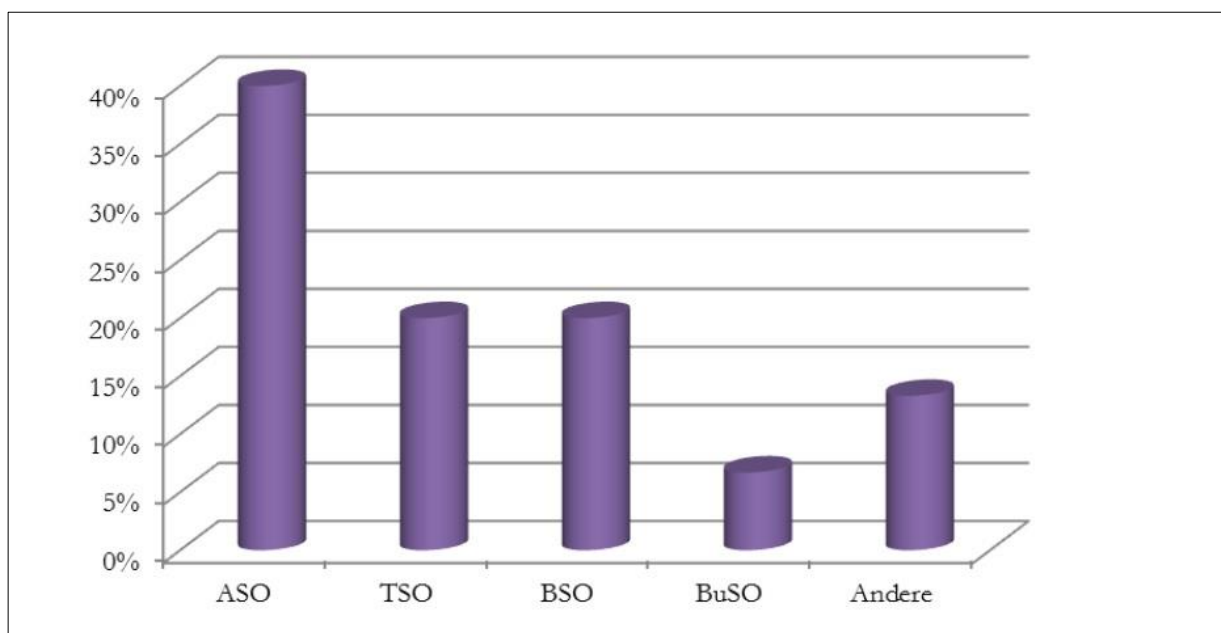
Bron: Vancayseele et al. 2014

### Woonsituatie en schoolsituatie

93.8% van de bevroegde jongeren gaf aan bij familie te wonen, meer specifiek bij de ouders (53.3%), in co-ouderschap (13.3%), in een eenoudergezin (20%), in een nieuw samengesteld gezin (6.7%), bij andere familieleden zoals broer of zus (6.7%). Een klein aantal jongeren (6.7%) gaf aan niet bij familie te wonen, maar bij een vriend of vriendin.

In figuur 3.10 wordt de schoolsituatie van de jongeren weergegeven. Hieruit blijkt dat meer dan één derde van de jongeren (40%) een ASO-richting volgde in het secundair onderwijs en één op de vijf jongeren volgde een TSO of BSO richting ten tijde dat het KIPEO werd afgenomen.

Figuur 3.10: Schoolsituatie van jonge suïcidepogers, 2013.



Bron: Vancayseele et al. 2014

### Voorgeschiedenis suïcidepogingen en automutilatie

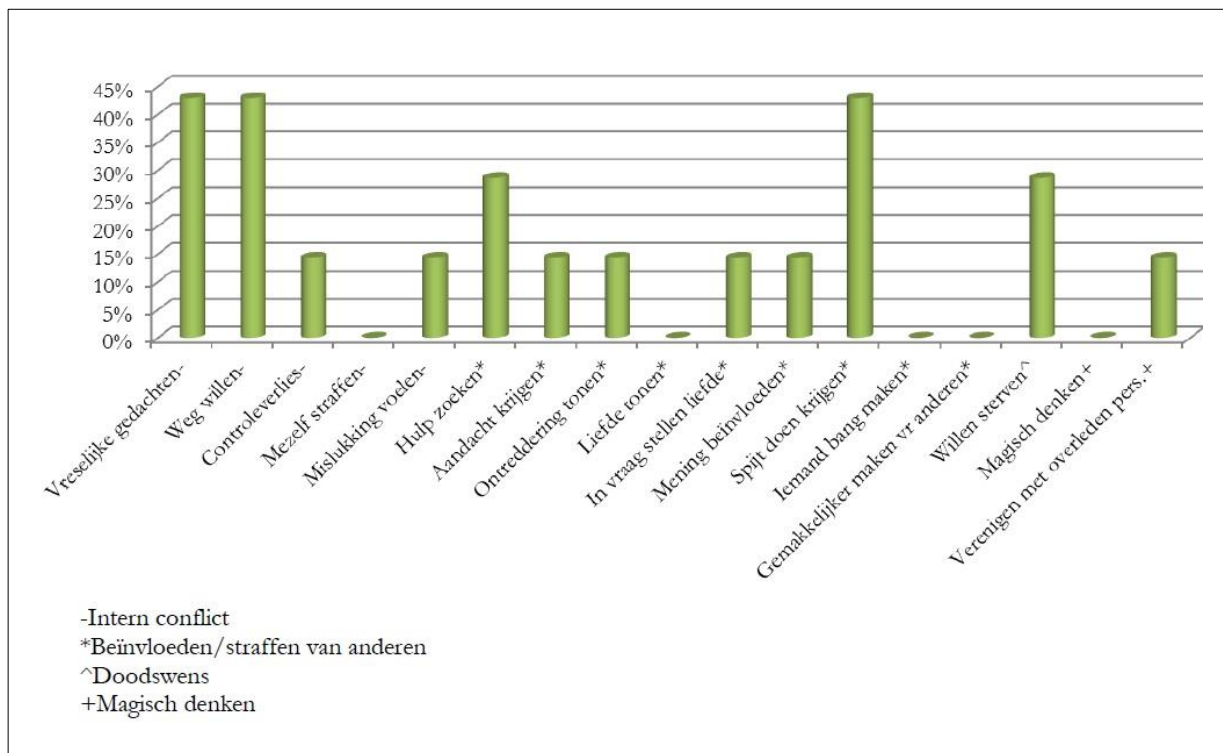
Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide (Owens, Horrocks, & House, 2002; Suokas, Suominen, Isometsa, Ostamo, & Lonnqvist, 2001). Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. In huidig onderzoek gaf 92.9% van de jongeren aan dit de eerste suïcidepoging was. 7.1% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen. Bij 6.3% van de jongeren was dit meer dan zes maanden geleden.

Eén derde (33%) van de jongeren gaf aan dat er sprake was van automutilatie. Bij 18.8% van deze jongeren vond dit gedrag minder dan zes maanden geleden plaats.

### Motieven

De meest frequente motieven die door de jongeren werden aangehaald, waren ‘mijn gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn’ (42.9%), “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (42.9%) en “Ik wilde een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (42.9%). Ruim één op de vier jongeren (28.6%) gaf als reden voor het gestelde gedrag aan te willen sterven. Zie figuur 3.11.

Figuur 3.11: Motieven voor de suïcidepoging, 2013.



Bron: Vancayseele et al. 2014

### Suïcidale intentie

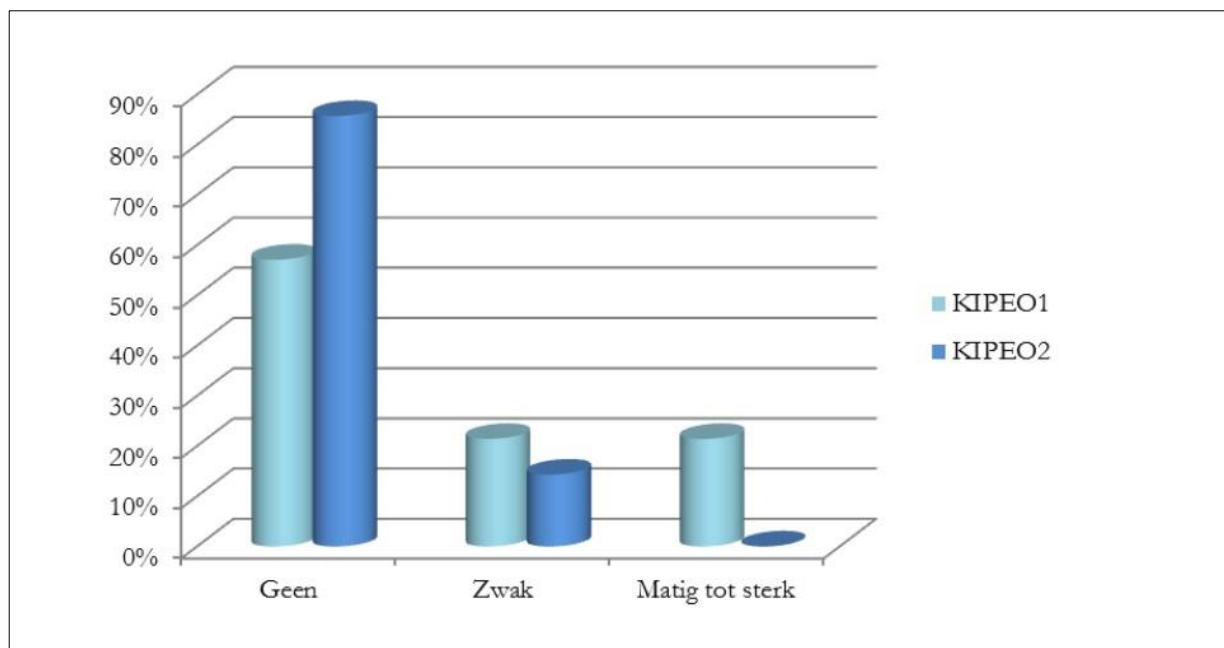
De suïcidale intentie werd gemeten aan de hand van de ‘omstandigheden schaal’ van de Suicide Intent Scale (SIS) door te peilen naar de objectieve omstandigheden van de poging. De resultaten tonen aan dat bij 75% van de jongeren sprake was van een lage suïcidale intentie.

### *Suïcidale ideatie na een suïcidepoging*

Wanneer na een suïcidepoging bij de jongere gepeild wordt naar de mate waarin er sprake is van suïcidale ideatie, dan blijkt dat 42.8% van de jonge suïcidepogers ten tijde van KIPEO1 zwakke tot sterke gedachten had om zichzelf opnieuw te verwonden of beschadigen. 66.6% gaf aan reeds te hebben nagedacht over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. Eén op de drie (33.3%) van deze jongeren rapporteerde hieromtrent gedetailleerde plannen.

Omdat de intensiteit van de suïcidale ideatie snel kan wisselen, wordt aan de hulpverleners gevraagd om de aanwezigheid van suïcidegedachten opnieuw na te gaan gedurende KIPEO2. Het blijkt dat tijdens KIPEO2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of –beschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met KIPEO1. 85.7% van de jongeren gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf en 14.3% had eerder zwakke gedachten. Geen enkele jongere gaf tijdens KIPEO 2 aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfbeschadiging.

*Figuur 3.12: Suïcidale gedachten na een poging, 2013.*



Bron: Vancayseele et al. 2014

## Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren

Een studie die ons tevens informatie verschaft over suïcidaal gedrag bij de jongerenpopulatie in Vlaanderen is de studie Jongeren en Gezondheid.<sup>21</sup> Meer specifiek geeft deze studie informatie over de prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag, al dan niet met suïcidale intentie.

In totaal bestaat de steekproef van de studie Jongeren en Gezondheid in 2010 uit 10.772 leerlingen van het vijfde leerjaar tot en met het zevende jaar secundair, waarvan 50.7% jongens en 49.3% meisjes. Enkel leerlingen vanaf de derde graad van het secundair onderwijs werden bevraagd met betrekking tot opzettelijk zelfbeschadigend gedrag al dan niet met suïcidale intentie.

### Algemeen

Van de jongeren uit de derde graad secundair heeft reeds 8.4 zichzelf één enkele keer opzettelijk beschadigd. In 2006 was dit 7.7%. 6.5% van de 17- tot 18-jarigen rapporteerde dit reeds meerdere keren gedaan te hebben, in vergelijking met 9% in 2006. In totaal heeft 14.7% van de jongeren zichzelf één of meerdere keren opzettelijk beschadigd. Dit komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Bij de jongens heeft 6.7% zichzelf één keer opzettelijk proberen te beschadigen, terwijl bij meisjes dit 10.1% is (in 2006 respectievelijk 5.4% en 9.9%). 4.1% van de jongens heeft 2 keer of meer geprobeerd zichzelf te beschadigen ten opzichte van 8.5% van de meisjes. In 2006 was dit nog respectievelijk 6% en 11.6%.

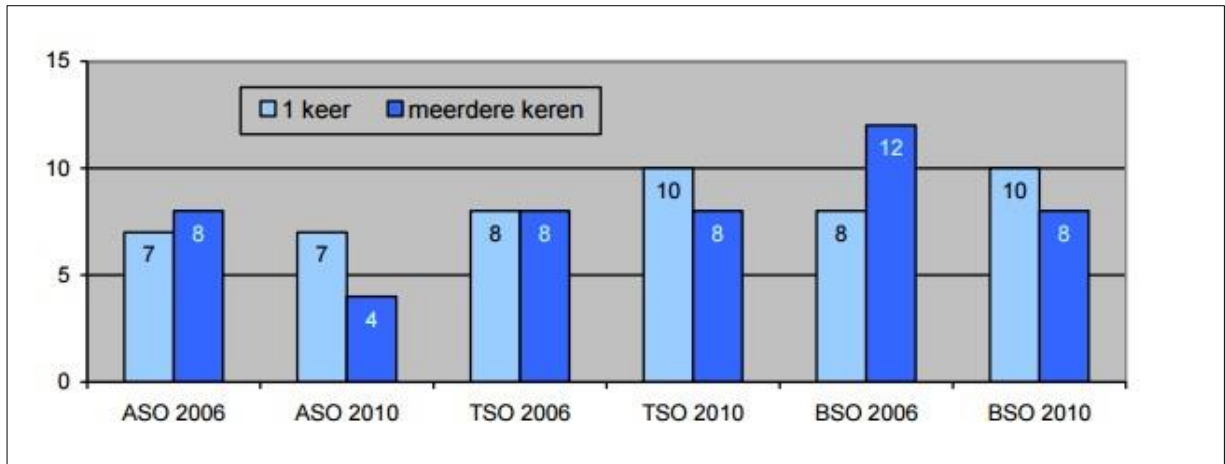
### *Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag per onderwijsrichting*

Figuur 3.13 toont aan dat meer jongeren uit het beroepsonderwijs en het technisch secundair onderwijs (8%) zichzelf meermaals hebben beschadigd ten opzichte van jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (4%). In vergelijking met de resultaten van 2006, is er sprake van een sterke daling van meermaals zelfbeschadigend gedrag in het algemeen secundair onderwijs (van 8% in 2006 naar 4% in 2010) en het beroepssecundair onderwijs (van 12% naar 8%).

---

<sup>21</sup> De studie Jongeren en Gezondheid maakt deel uit van de internationale studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), uitgevoerd onder toezicht van de WHO. De eerste internationale gegevens dateren van 1983-1984 (4 landen). Vlaanderen nam voor de eerste keer deel aan de studie bij de derde survey in 1989-1990 (15 landen). De studie is uitgedoeid tot 43 regio's/landen in 2009-2010. Sinds '90 worden in Vlaanderen leerlingen vanaf het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde jaar secundair onderwijs bevraagd. De bevraging is om de vier jaar herhaald.

Figuur 3.13: Vlaamse 17- tot 18-jarigen die zichzelf opzettelijk beschadigen, verdeeld naar onderwijsrichting, 2010.



Bron: Maes & Vereecken, 2010

Bij iets meer dan de helft van de jongeren (57.8%) vond het opzettelijk zelfbeschadigend gedrag een jaar geleden plaats. 15.5% van de jongeren gaf aan dat het minder dan één maand geleden was dat zij zichzelf opzettelijk hebben beschadigd.

Wanneer de reden van het gestelde gedrag werd bevroegd, dan rapporteerde ruim één derde van de jongeren (35.4% in 2010 ten opzichte van 27.2% in 2006) een suïcidale intentie ("ik wilde sterven").

## Prevalentie suïcidepogingen Zelfmoordlijn 1813

Van de personen die in 2014 contact opnamen met de Zelfmoordlijn 1813, werd in 69.5% (n=10.103) van de gesprekken geregistreerd of zij al dan niet een suïcidepoging hebben ondernomen. Meer vrouwen dan mannen rapporteren tijdens deze gesprekken dat ze geprobeerd hebben een einde aan hun leven te maken (46% van de vrouwen tegenover 39% van de mannen). Aan de telefoon en chat is er in ruim de helft van de gesprekken minimaal sprake van een suïcidale wens. Van deze oproepers heeft 41% reeds een suïcidepoging ondernomen. Tijdens de gesprekken komt het zelden voor dat er daadwerkelijk een suïcidepoging aan de gang is (zie figuur 3.14).

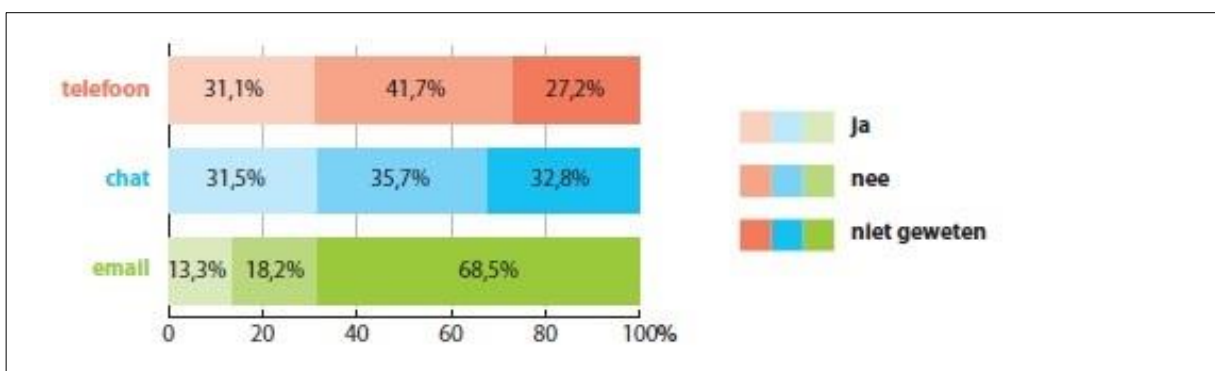
*Figuur 3.14: Percentage van de gesprekken bij de Zelfmoordlijn 1813 waarbij suïcidaal gedrag gerapporteerd werd, 2014.*



Bron: CPZ, 2014

Figuur 3.15 toont aan dat bijna één derde van de oproepers aan de telefoon en chat reeds een poging heeft ondernomen. Bij één derde van hen was deze poging meer dan een jaar geleden; bij 17% vond de vorige poging de afgelopen maand plaats, bij 8% zelfs de afgelopen week.

*Figuur 3.15: Percentage van de gesprekken bij de Zelfmoordlijn 1813 waarbij een suïcidepoging gerapporteerd werd, 2014.*

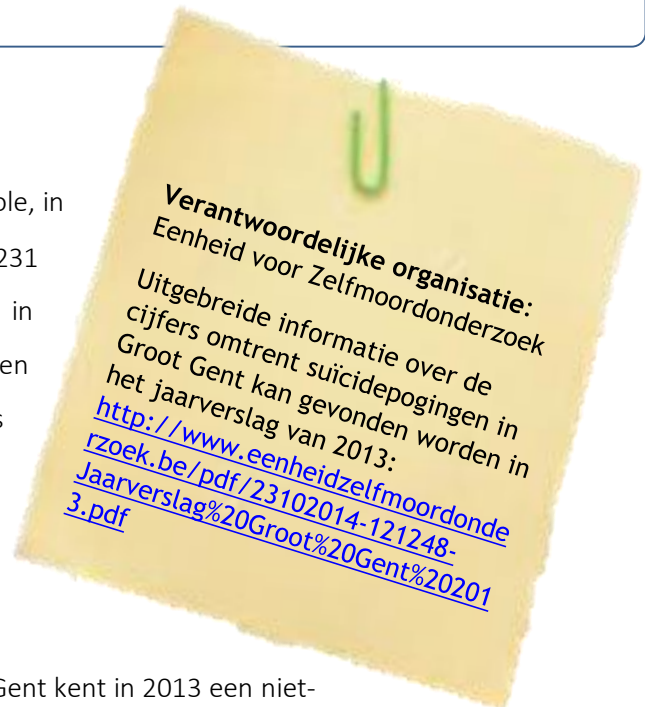


Bron: CPZ, 2014



#### Incidentie en evolutie suïcidepogingen

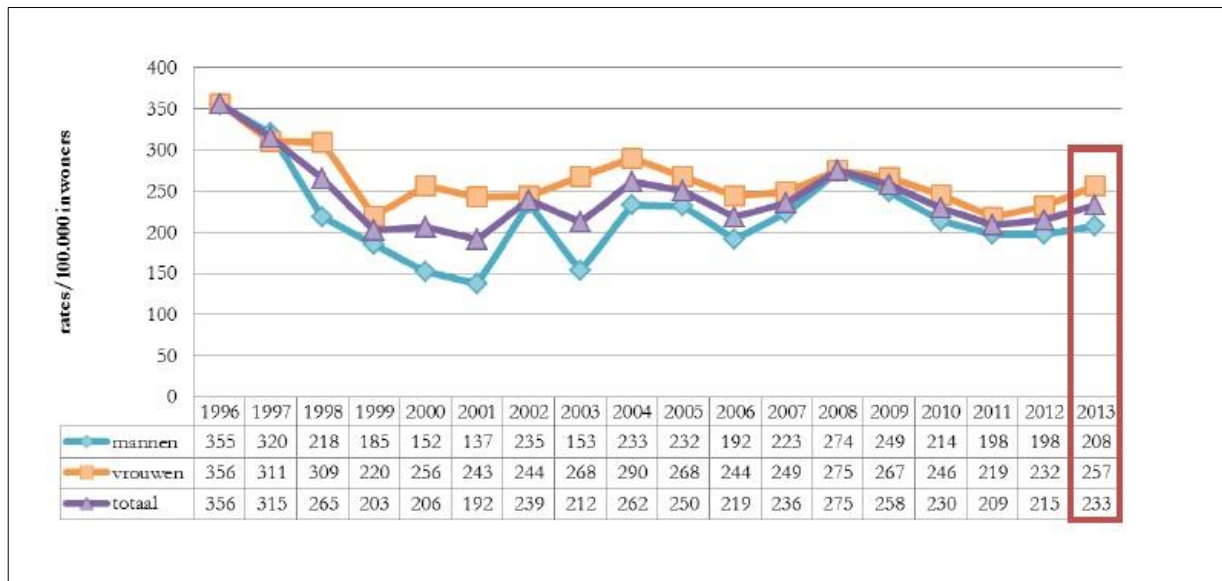
In 2013 werden in Groot Gent<sup>22</sup>, na kwaliteitscontrole, in totaal 495 suïcidepogingen opgetekend (231 registraties, 264 kwaliteitscontroles). Hierbij waren in totaal 478 personen betrokken. Dit komt neer op een person/event ratio van 1:1.03. Per 100.000 inwoners (inwoners van Groot Gent 2013  $\geq$  15 jaar) bedroeg de jaarlijkse rate van suïcidepogingen 242 (event based) en 233 (person based).



De prevalentie van suïcidepogingen in regio Groot Gent kent in 2013 een niet-significante stijging van 8.4% in vergelijking met 2012. Deze niet-significante stijging is meer uitgesproken bij vrouwen (10.8%) dan bij mannen (5.1%). Daarnaast valt op te merken dat er significant meer vrouwen dan mannen na een suïcidepoging werden aangemeld op spoedafdelingen binnen de regio Groot Gent. Figuur 3.16 toont de evolutie aan van de person based rates per 100.000 inwoners in Groot Gent in de periode 1996-2013.

<sup>22</sup> De WHO/ EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour bestudeert sinds 1989 het voorkomen van suïcidaal gedrag, meer specifiek de suïcidepogingen, in een groot aantal Europese landen. In 1996 werd de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent, omwille van haar expertise op vlak van suïcideonderzoek, door de WHO tot medewerking verzocht. De suïcidepogingen van de inwoners van Groot Gent, met een leeftijd van 15 jaar en ouder, worden middels het IPEO of het WHO/EURO-formulier geregistreerd.

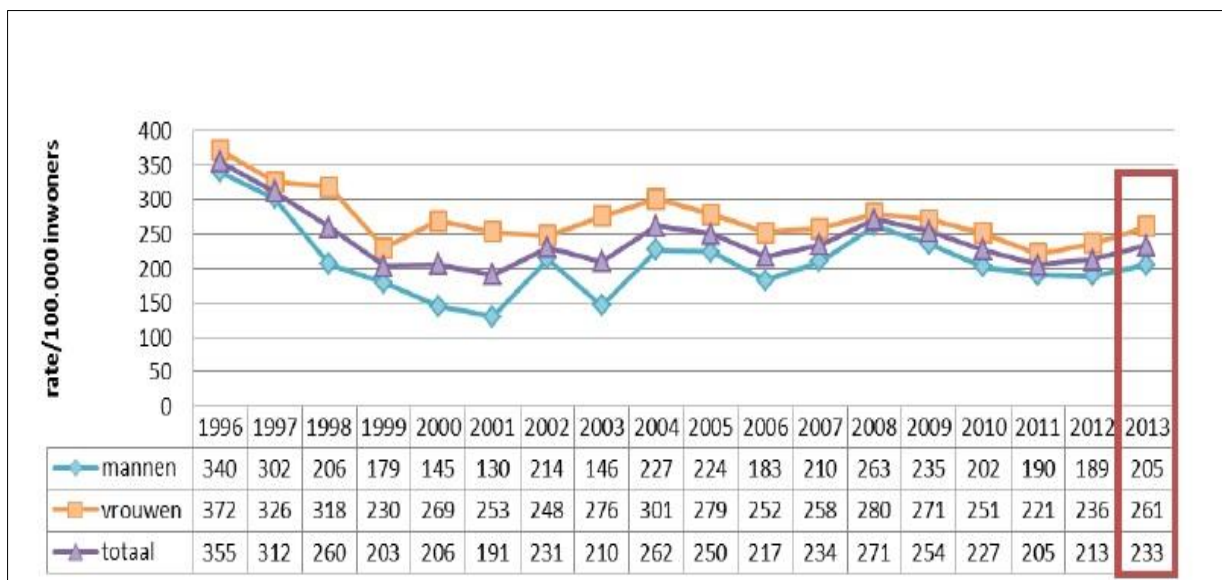
Figuur 3.16: Evolutie PB-rates van suïcidepogingen in regio Groot Gent, volgens geslacht, 1996-2013.



Bron: Vancayseele et al., 2014

Figuur 3.17 geeft de evolutie weer van de direct gestandaardiseerde person based rates met de Vlaamse bevolking anno 2000 als standaardpopulatie. Hierbij valt eveneens een niet-significante stijging waar te nemen bij mannen (8.5%) en vrouwen (10.6%).

Figuur 3.17: PB-rates van suïcidepogingen in regio Groot Gent, volgens leeftijd en geslacht, 1996-2013.



Bron: Vancayseele et al., 2014

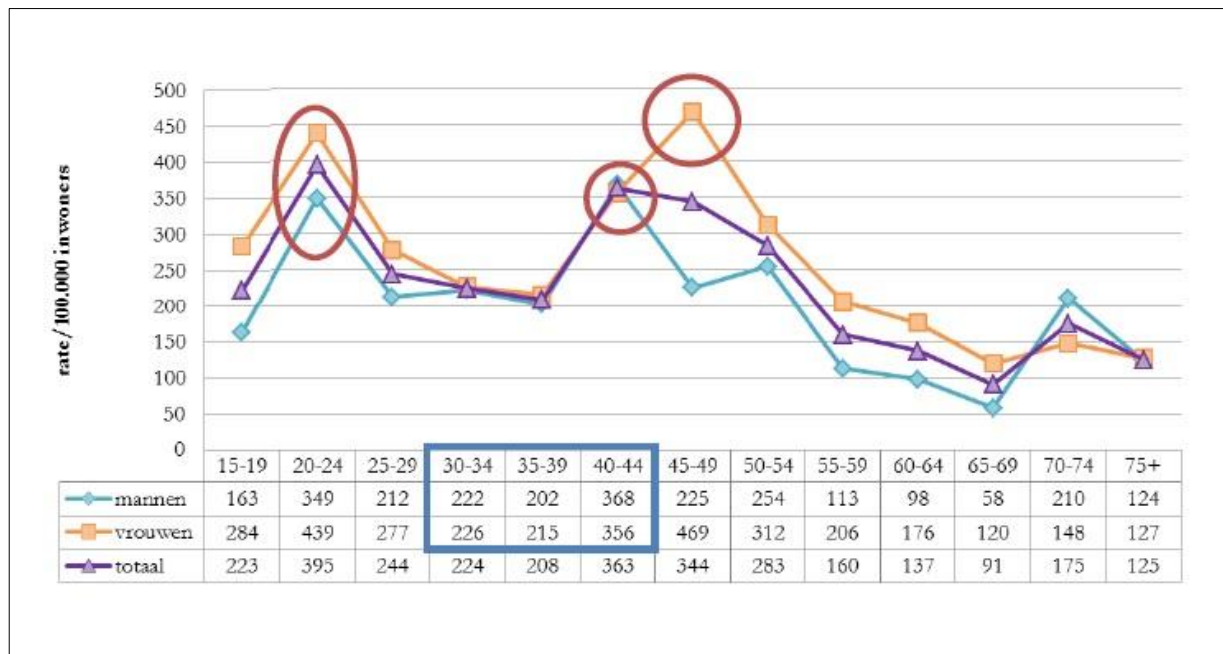
### Leeftijd en geslacht

In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suïcide, ondernemen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging (1.28:1). Sinds 1996 werden telkens meer pogingen bij vrouwen dan bij mannen geregistreerd. De man/vrouw verhouding heeft steeds gefluctueerd over de verschillende registratiejaren heen.

De gemiddelde leeftijd van de personen die in 2013 in de regio Groot Gent een geregistreerde suïcidepoging ondernamen, bedroeg 41.8 jaar (41.2 jaar bij de mannen tegenover 42.1 jaar bij de vrouwen).

Figuur 3.18 visualiseert de person based rates volgens leeftijd en geslacht. Zowel bij mannen als bij vrouwen komen suïcidepogingen het meest voor op jonge leeftijd, namelijk tussen 20 en 24 jaar en bij volwassenen tussen de 40 en 49 jaar. Bij beide geslachten hebben de minste suïcidepogingen plaats gevonden in de leeftijdscategorie 65-69 jaar.

Figuur 3.18: Direct gestandaardiseerde PB-rates van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in regio Groot Gent, volgens leeftijd en geslacht, 1996-2013.



Bron: Vancayseele et al., 2014

### *Burgerlijke staat en woonsituatie*

Uit de literatuur blijkt dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor het ontwikkelen van suïcidaal gedrag. Conform andere registratiejaren, maakten ongehuwden in huidig onderzoek de grootste subgroep (41.9%) uit onder suïcidepogers in de regio Groot Gent en woonde 40.1% van de onderzoeksgroep alleen ten tijde van de poging.

### *Economische situatie*

Het merendeel van de geregistreerde suïcidepogers is economisch inactief (48.3%), dit in tegenstelling tot 2011 toen de grootste groep van de suïcidepogers behoorde tot het werkende deel van de bevolking. De groep economisch inactieven bestonden voornamelijk uit invaliden (45.2%), gepensioneerden (42.5%) en studenten (12.3%)

### *Voorgeschiedenis suïcidepogingen*

Wanneer de patiënt voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. Bijna de helft van de geregistreerde suïcidepogers (45.9%) kende een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag. Binnen deze groep van 'repeaters', had 24.5% reeds één eerdere poging ondernomen, 11.3% twee, 1.3% drie en 8.2% reeds vier of meer eerdere pogingen. 0.6% had één of meerdere voorgaande pogingen ondernomen, maar het aantal was onduidelijk.

### *Middelenmisbruik*

Bij bijna één derde van de patiënten (30.1%) was er, op basis van de CAGE-AID, sprake van "mogelijk alcohol- en/of middelenmisbruik" (6.0%) of "waarschijnlijk misbruik"(24.1%). "Waarschijnlijk misbruik" kwam significant vaker voor bij mannen (39.3%) dan bij vrouwen (16.4%).

### *Suïcidale ideatie na een suïcidepoging*

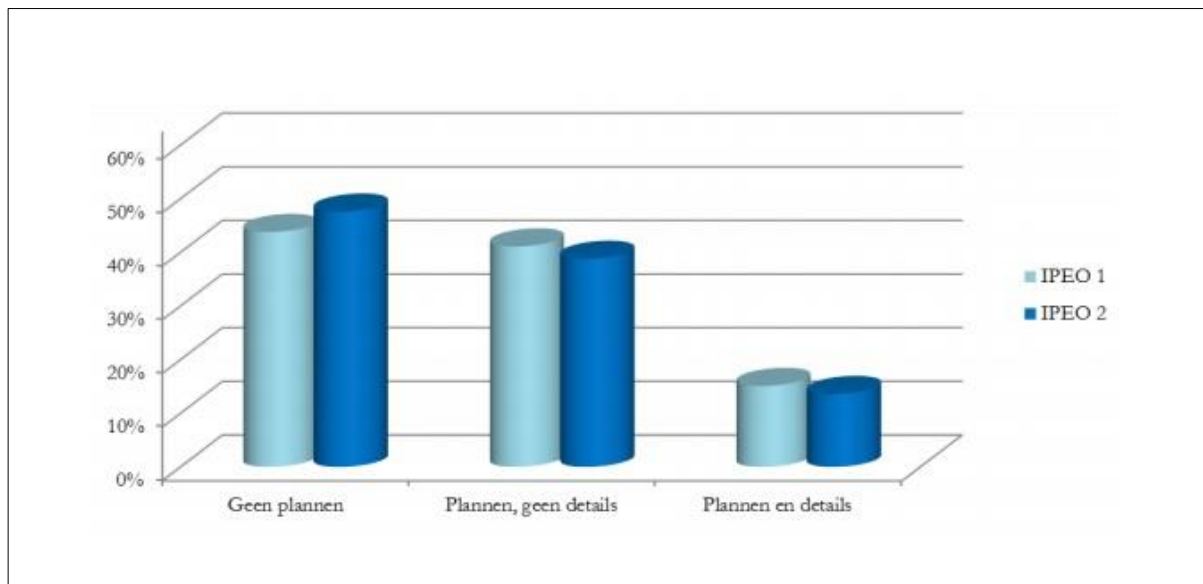
Wanneer gepeild wordt naar de mate van suïcidale ideatie na een suïcidepoging, dan blijkt dat bijna de helft van de suïcidepogers<sup>23</sup> (48.2%) ten tijde van een eerste evaluatie na opname (IPEO 1) zwakke tot sterke gedachten heeft om zichzelf opnieuw te verwonden of te beschadigen. Bijna de helft van hen (41.1%) gaf aan reeds te hebben nagedacht over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 15.1% rapporteerde hieromtrent gedetailleerde plannen. Tijdens IPEO 2 rapporteerde nog bijna vier op tien patiënten (33.9%) gedachten aan zelfbeschadiging. Minder dan de helft van hen

---

<sup>23</sup> Zowel -18 als +18-jarigen

(38.8%) had reeds nagedacht over de manier waarop, evenwel zonder de details uit te werken. 13.6% had de details echter reeds uitgewerkt en goed geformuleerd. Figuur 3.19 toont aan in welke mate er sprake is van suïcidale ideatie na een poging.

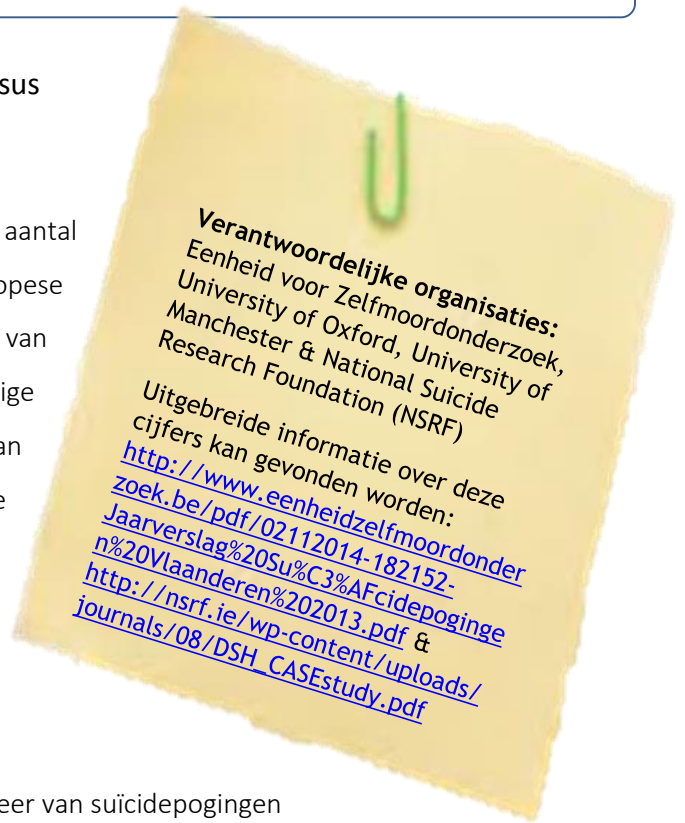
*Figuur 3.19: Mate waarin suïcidale ideatie concreet is, IPEO 1 & 2, Vlaanderen 2013.*



Bron: Vancayseele et al., 2014

### Suïcidepogingen in Vlaanderen/Groot Gent versus andere Europese landen/regio's

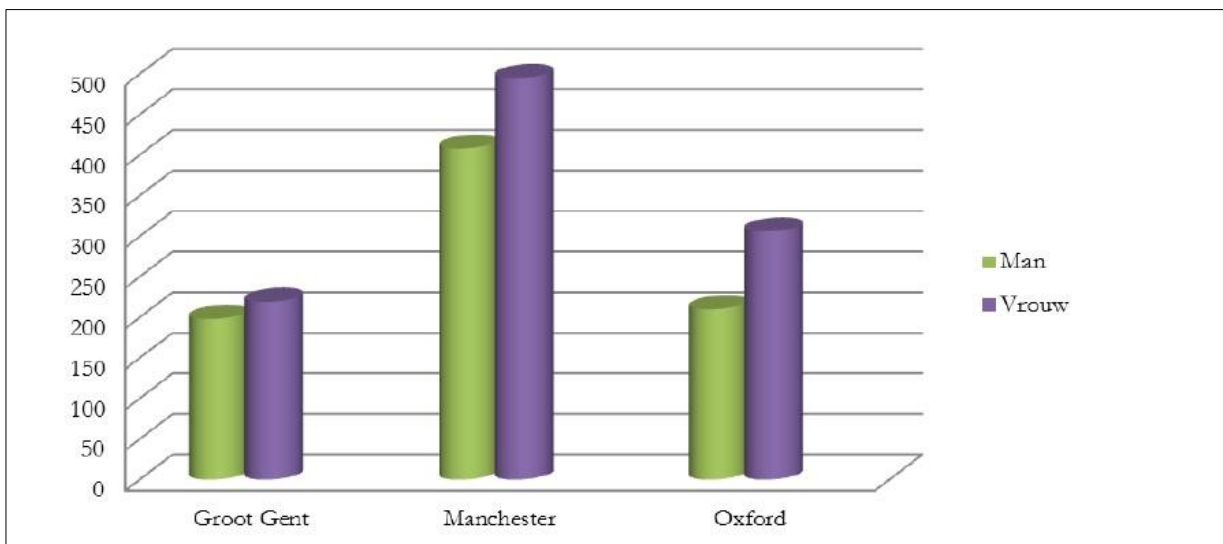
Om een vergelijkende analyse van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen binnen een Europese context mogelijk te maken, werden gegevens van andere Europese expertisecentra met gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen aangewend. Hiervoor werden de meest recente en beschikbare cijfers van Oxford, Manchester en Ierland gebruikt.



#### Incidentie suïcidepogingen

Onderstaande figuur geeft de person based rates weer van suïcidepogingen in Groot Gent, Manchester en Oxford voor het jaar 2011. Bij alle drie de registrerende EU-regio's werden er significant meer vrouwen dan mannen na een suïcidepoging geregistreerd op de spoedopnamedienst. De vrouw-man ratio bedroeg in 2011 voor Groot Gent 1.2:1 en voor Oxford 1.4:1. Voor Manchester werden er op dit vlak geen gegevens gerapporteerd. Aangezien het slechts één registratiejaar betreft, is enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze rates aangewezen (Vancayseele et al., 2014).

Figuur 3.20: Person-based rates van suïcidepogingen in Groot Gent vs EU, volgens geslacht, 2011.

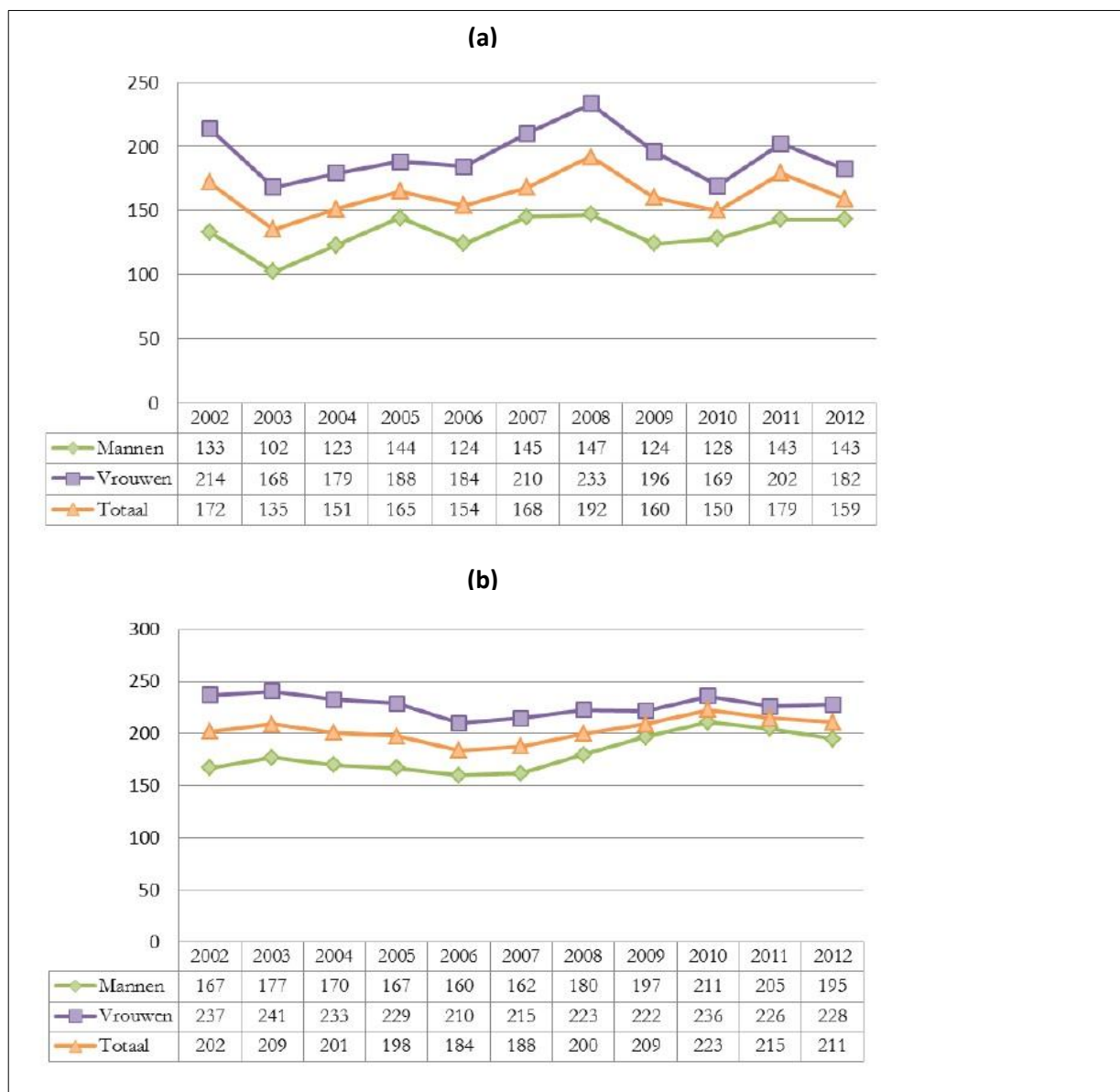


Bron: Vancayseele, De Jaegere, Portzky, & van Heeringen, 2012; Bickly et al., 2013; Hawton et al., 2013

### Evolutie suïcidepogingen

Figuur 3.21 geeft de evolutie van de person based rates weer voor respectievelijk (a) Vlaanderen en (b) Ierland voor de periode 2002-2012, opgedeeld volgens geslacht. In 2012 was de person based rate voor mannen in Vlaanderen beduidend lager dan die voor Ierland (143/100.000 vs. 195/100.000). Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot (182/100.000 vs. 228/100.000). Tot en met 2011 was het opvallend dat het geslachtsverschil in Vlaanderen constant bleef over de jaren heen terwijl er bij Ierland sprake was van een daling. In 2012 is er een omgekeerd effect waar te nemen, in Vlaanderen is het geslachtsverschil namelijk kleiner geworden, en in Ierland is het geslachtsverschil daarentegen wat groter geworden (Vancayseele et al., 2014).

Figuur 3.21: Evolutie person based rates van suïcidepogingen in (a) Vlaanderen en (b) Ierland, volgens geslacht, 2002-2012.

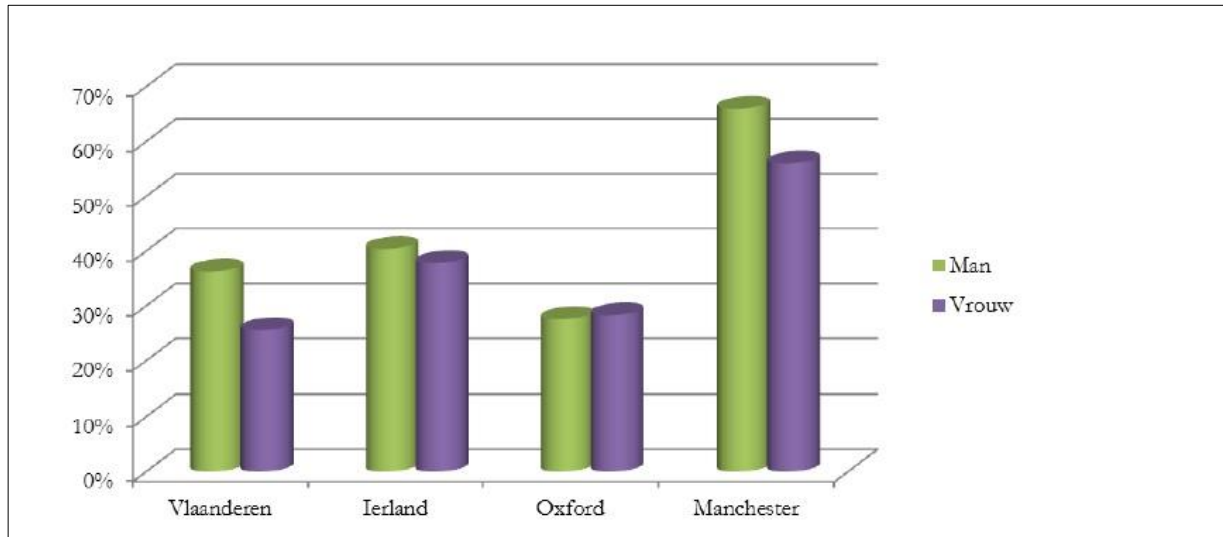


Bron: (a) De Jaegere, Vancayseele, Portzky, & van Heeringen, 2013; (b) NSRF, 2013

### Alcoholinname

Figuur 3.22 toont aan dat bij alle onderzoekscentra, met uitzondering van Oxford, meer mannen dan vrouwen alcohol hadden geconsumeerd ten tijde van de suïcidepoging. Enkel in Oxford was het aandeel vrouwen dat alcohol consumeerde tijdens de poging iets groter (28.3% vs. 27.6%; Vancayseele et al., 2014).

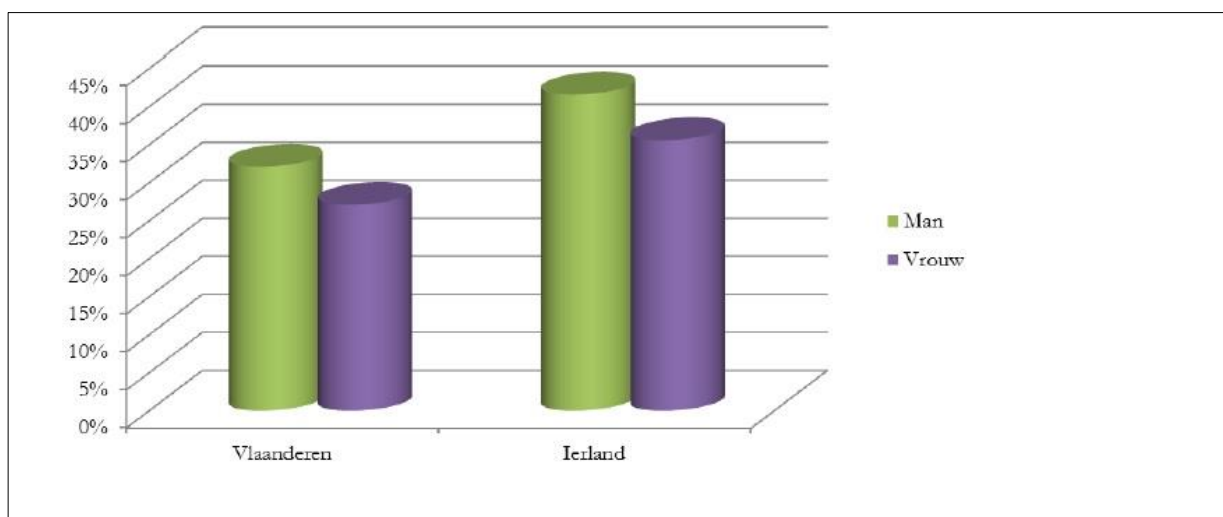
Figuur 3.22: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs. EU, volgens geslacht, 2011.



Bron: De Jaegere et al. 2012; NSRF, 2012; Hawton et al., 2013; Bickly et al., 2013

Enkel voor Vlaanderen en Ierland zijn er gegevens beschikbaar voor het jaar 2012. Uit de registraties bleek dat zowel in Vlaanderen als in Ierland meer mannen dan vrouwen alcohol hadden ingenomen tijdens de suïcidepoging, zie onderstaande figuur.

Figuur 3.23: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs. Ierland, volgens geslacht, 2012.



Bron: De Jaegere et al., 2013; NSRF, 2013



## Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren, Vlaanderen versus Europa en Australië

Zoals reeds vermeld, zijn er geen recente studies voorhanden die zich richten op de epidemiologie van suïcidaal gedrag bij jongeren. Ook internationale vergelijkende studies op dit vlak zijn schaars. Noodgedwongen beperken we ons hierbij op gegevens die afkomstig zijn uit 2000-2001. De onderstaande bevindingen dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Een belangrijke studie die ons informatie verschaft over opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij jongeren, is de CASE-study<sup>24</sup>. In alle landen die hieraan hebben deelgenomen, kwam opzettelijk zelfbeschadigend gedrag ruim twee maal zoveel voor bij meisjes dan bij jongens. Dit geldt zowel voor de lifetime prevalentie alsook voor opzettelijk zelfbeschadigend gedrag dat heeft plaatsgevonden in het voorbije jaar of in de afgelopen maand. Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag komt meer voor naarmate een langer tijdsperspectief werd gehanteerd. Van alle deelnemende landen kon, wat betreft adolescenten jongens, de hoogste prevalentie worden gevonden in Vlaanderen. De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij adolescenten meisjes in Vlaanderen is vergelijkbaar met de andere deelnemende landen (zie tabel 3.1). De meerderheid van de jongeren van alle deelnemende landen (60%) gaf met het gestelde opzettelijk zelfbeschadigend gedrag aan de intentie te hebben om te willen sterven.

Tabel 3.1: De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	Jongens	Meisjes
<b>Lifetime prevalentie</b>		
-Alle landen	4.3%	13.5%
-Vlaanderen	6.5%	15.3%
- Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1ste	4de
<b>Prevalentie tijdens het voorbije jaar</b>		
- Alle landen	2.6%	8.9%
- Vlaanderen	4.2%	10.5%
- Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1ste	4de

<sup>24</sup> In het kader van de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)-study<sup>24</sup> werden ruim 30.000 jongeren in zes Europese landen (België –Vlaanderen-, Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland, Noorwegen) en Australië bevroegd naar opzettelijk zelfbeschadigend gedrag, al dan niet met suïcidale intentie. Aan de jongeren werd gevraagd of zij zichzelf ooit gedurende het leven al eens opzettelijk hebben beschadigd (lifetime prevalentie) en of zij zichzelf opzettelijk hebben beschadigd gedurende het afgelopen jaar of tijdens de voorbije maand. Voor wat betreft België (Vlaanderen) werden Oost- en West-Vlaanderen als catchment area geselecteerd. In totaal werden door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek 4396 Vlaamse jongeren (14 tot 17 jaar) bevroegd. Het merendeel van de bevroegde jongeren (80%) betrof 15-16-jarigen.

Vervolg tabel 3.1: De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	Jongens	Meisjes
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
- Alle landen	1.0%	2.6%
- Vlaanderen	1.4%	3.2%
- Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1ste	3de

Bron: Madge et al., 2008

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,<sup>25</sup> toont aan dat bijna drie maal zoveel Vlaamse jongeren zichzelf ooit of in het voorbije jaar opzettelijk hebben beschadigd dan Nederlandse jongeren. Overeenkomstig de resultaten van Madge et al. (2008), komt in beide landen opzettelijke zelfbeschadiging beduidend meer voor bij meisjes dan bij jongens. Zie onderstaande tabel.

Tabel 3.2: Prevalentie opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	Jongens	Meisjes	Totaal
Lifetime prevalentie			
-Vlaanderen	6.3%	14.6%	10.4%
-Nederland	2.6%	5.6%	4.1%
Prevalentie tijdens het voorbije jaar			
- Vlaanderen	4.1%	10.6%	7%
- Nederland	1.6%	3.6%	2.6%

Bron: Portzky, De Wilde, & Van Heeringen, 2008

<sup>25</sup> Deze vergelijkende studie is gebaseerd op de gegevens van 4431 Vlaamse en 4458 Nederlandse adolescenten. De meerderheid (86%) van de bevroegde jongeren waren 15- en 16-jarigen.

HOOFDSTUK 4:  
EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS MET BETREKKING TOT  
SUÏCIDALE IDEATIE

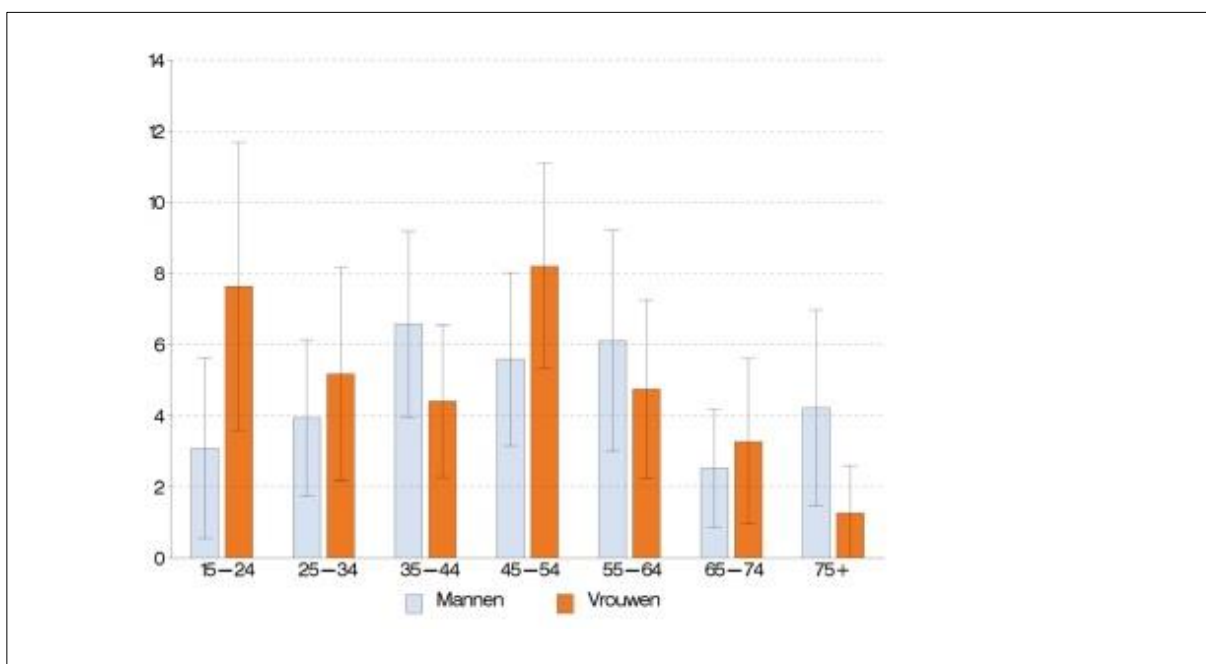
## 4.1 België

### Prevalentie suïcidale gedachten

In België geeft 14% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder bij de Gezondheidsenquête in 2013 aan minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide te hebben gedacht, waarvan iets meer dan één derde (5% van de bevolking) in de afgelopen 12 maanden. Uit de prevalenties blijkt dat suïcidale gedachten niet noodzakelijk leiden tot suïcidepogingen. Evenveel mannen als vrouwen (van 15 jaar en ouder) geven aan in het voorbije jaar aan suïcide te hebben gedacht. De kritische leeftijd voor suïcidale gedachten (zowel gedurende de levensloop als in het afgelopen jaar) situeert zich tussen de 45 en 54 jaar. Hierbij zijn er geen grote variaties tussen de verschillende leeftijdsgroepen waar te nemen. Wel blijken suïcidale gedachten minder voor te komen bij de leeftijdscategorie 75+. Onderstaande figuur toont de prevalentie van recente suïcidale gedachten (< 12 maanden) volgens leeftijd.



Figuur 4.1. Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden, 2013.

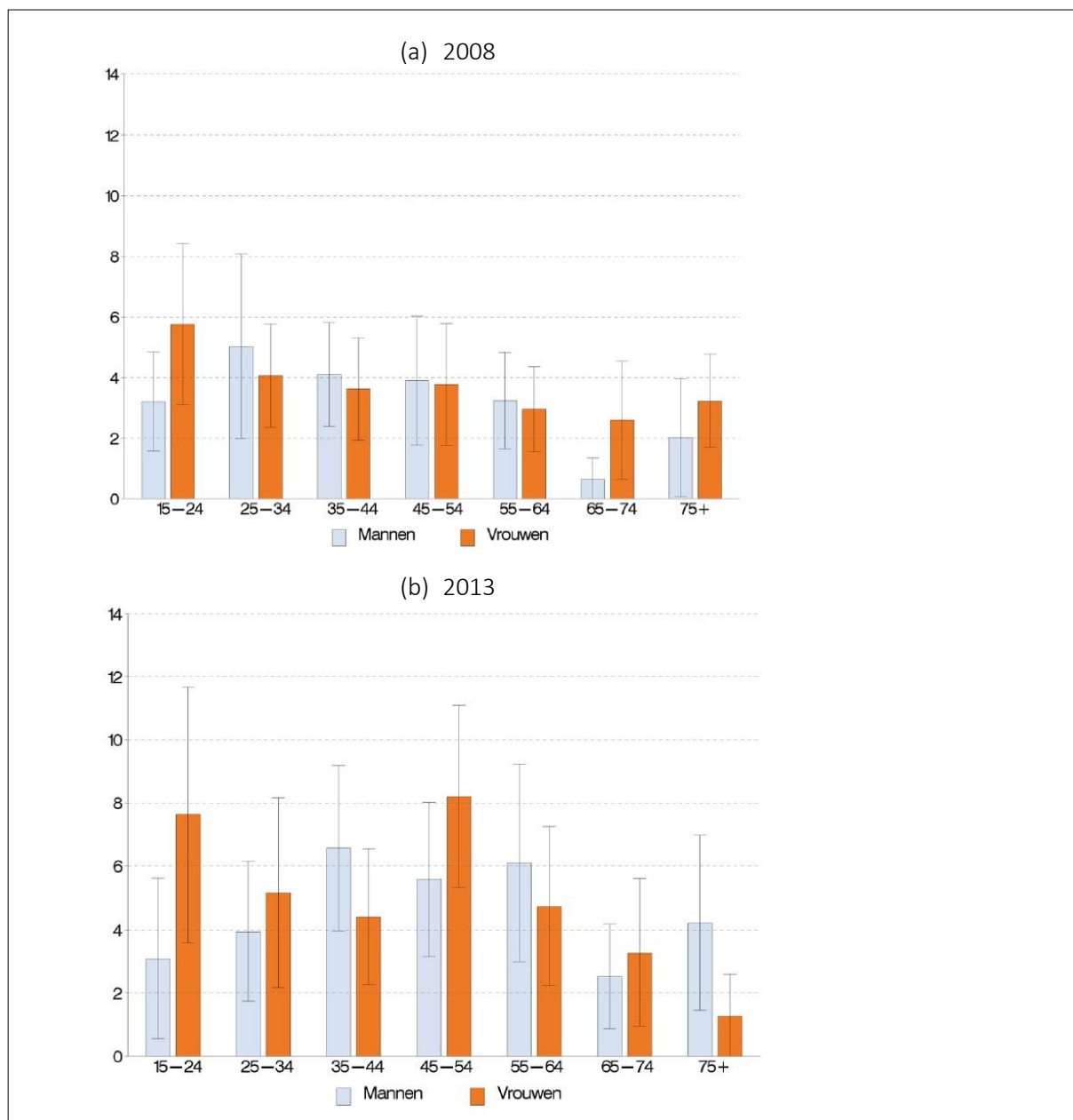


Bron: Gisle, 2014

## Evolutie recente suïcidale gedachten

Zoals in figuur 4.2 te zien is, is het percentage personen dat in de afgelopen 12 maanden aan suïcide heeft gedacht, hoger in 2013 (5%) dan in 2008 (4%). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Recente suïcidale gedachten komt bij mannen in 2013 meer voor in de leeftijdsgroep vanaf 35 jaar, meer specifiek in de leeftijdsgroep van 35 tot 64 jaar. Bij vrouwen zijn het de jongeren in de leeftijd van 15-24 jaar en 45-54 jaar die het meest kampen met suïcidale gedachten, leeftijdsgroepen waarin de stijging van de prevalentie tussen de twee jaren het opmerkelijkst is.

*Figuur 4.2: Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht, (a) in 2008 en (b) in 2013.*



Bron: Gisle, 2014

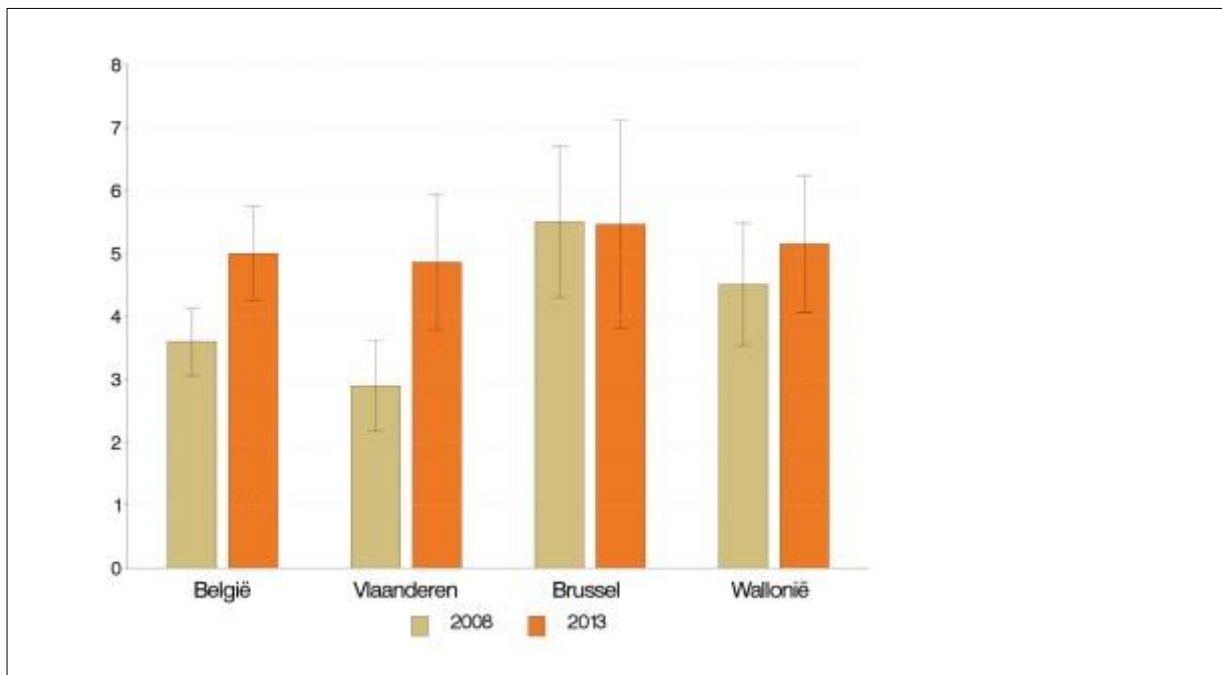
### *Suïcidale gedachten in relatie opleidingsniveau*

In tegenstelling tot wat werd waargenomen in 2008, komen in 2013 suïcidale gedachten (zowel lifetime als recent) in dezelfde mate voor in alle sociale lagen van de bevolking. Opleidingsniveau blijkt dus geen significante invloed te hebben op de prevalentie van suïcidale gedachten.

### *Suïcidale gedachten per gewest*

In Vlaanderen hebben relatief minder mensen ooit aan suïcide gedacht dan in de andere twee gewesten, maar deze regionale verschillen worden niet waargenomen voor recente suïcidale gedachten (< 12 maanden). Zie onderstaande figuur.

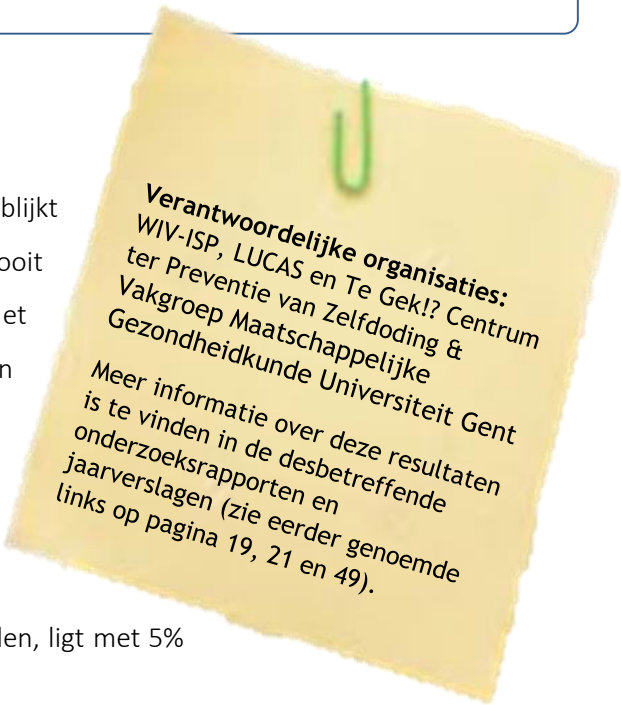
*Figuur 4.3: Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden, per jaar en per gewest, 2013.*



Bron: Gisle, 2014

### Prevalentie suïcidale gedachten

Uit de Gezondheidsenquête die werd afgenomen in 2013, blijkt dat 13% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit aan suïcide heeft gedacht. Het onderzoek van Vermeulen et al. (2014) geeft een iets lagere lifetime prevalentie van suïcidale gedachten weer. Uit deze online survey, die werd afgenomen bij 2010 Vlamingen tussen de 18 en 79 jaar, blijkt dat 9% van de Vlamingen die bevroegd zijn geweest, ooit suïcidale gedachten heeft gehad. Het hebben van suïcidale gedachten in de voorbije 12 maanden, ligt met 5% iets lager dan de lifetime prevalentie.



**Verantwoordelijke organisaties:**  
WIV-ISP, LUCAS en Te Gek!? Centrum  
ter Preventie van Zelfdoding &  
Vakgroep Maatschappelijke  
Gezondheidskunde Universiteit Gent

Meer informatie over deze resultaten  
is te vinden in de desbetreffende  
onderzoeksrapporten en  
jaarverslagen (zie eerder genoemde  
links op pagina 19, 21 en 49).

#### *Leeftijd en geslacht*

Zoals reeds werd vastgesteld op nationaal niveau, heeft leeftijd, noch geslacht een significante invloed op de verdeling van de prevalentie van recente zelfmoordgedachten bij de Vlaamse bevolking. Bij vrouwen worden de hoogste prevalenties voor suïcidale gedachten gevonden in de leeftijdsgroepen 15-24 jaar (7%) en 35-44 jaar (9%). Wat betreft mannen, kunnen er lichte schommelingen van de prevalenties waargenomen worden, met waarden tot 6% in de leeftijdsgroep 34 tot 54 jaar. Dit duidt op een stijging vergeleken met 2008.

#### *Opleidingsniveau en urbanisatiegraad*

De frequentie van suïcidale gedachten blijkt niet samen te hangen met opleidingsniveau en urbanisatiegraad. In tegenstelling tot wat wordt vastgesteld in de andere gewesten, kan in Vlaanderen een stijging van de prevalentie van recente suïcidale gedachten worden waargenomen sinds de enquête van 2008 (van 3% in 2008 tot 5% in 2013). Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Gezien de lage cijfers van de prevalentie van suïcidale gedachten en de kleine omvang van de regionale steekproeven, moeten deze cijfers met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

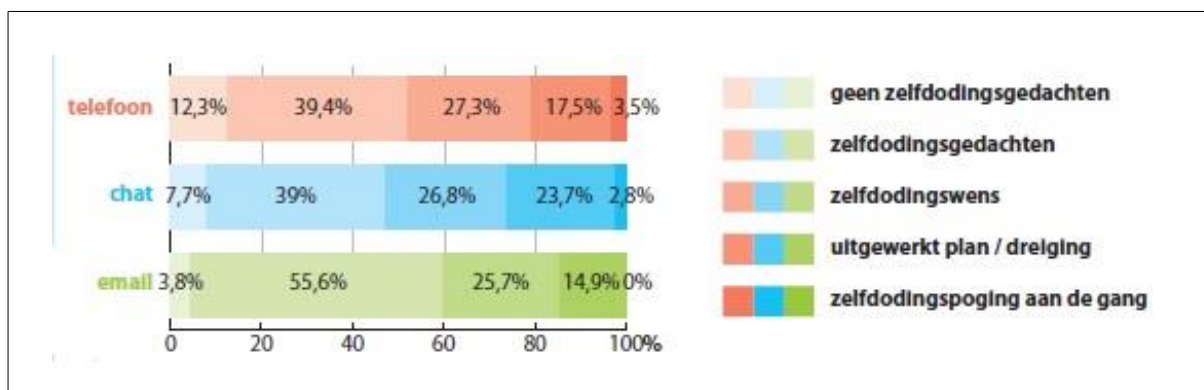
## Prevalentie suïcidale gedachten en plannen Zelfmoordlijn 1813

De suïcidale ideatie die wordt gerapporteerd door mannen en vrouwen die contact opnemen met de Zelfmoordlijn 1813, is vergelijkbaar. In 18.6% van de gesprekken met mannen en in 18.2% van de gesprekken met vrouwen is er sprake van een uitgewerkt plan of een concrete suïcidale dreiging.

In de gesprekken die bij de Zelfmoordlijn 1813 gevoerd worden, staan suïcidale gedachten op de voorgrond. Nadat deze uitgebreid te hebben besproken, wordt ingeschat hoe acuut deze gedachten zijn. Hierdoor is tijdens de gesprekken aan de telefoon en chat bij vrijwel alle gesprekken waarbij iemand voor zichzelf contact opneemt, geregistreerd in welke mate de oproeper kampt met suïcidale gedachten (97% aan de telefoon, 96.6% aan de chat). Bij e-mailconversaties werd er in 86.2% van de gevallen geregistreerd in welke mate er sprake was van suïcidale gedachten.

Figuur 4.4 toont per medium aan in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd. In ruim de helft van de telefoon- en chatgesprekken is er minimaal sprake van een suïcidale wens. Dit houdt in dat naast de gedachte om te sterven, de oproeper ook het verlangen heeft om op deze gedachte in te gaan. Van deze oproepers denkt 36% al langer dan een jaar aan suicide.

*Figuur 4.4: Percentage van de gesprekken bij de Zelfmoordlijn 1813 waarbij suïcidale ideatie gerapporteerd werd, 2014.*



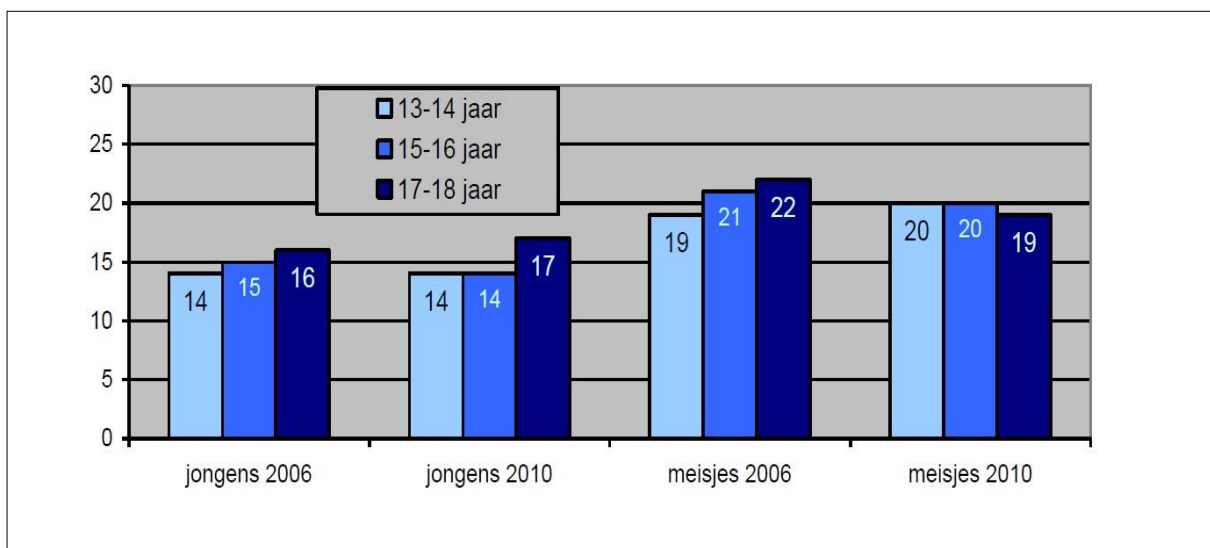
Bron: CPZ, 2014



## Prevalentie suïcidale gedachten jongeren

Figuur 4.5 geeft het aantal jongeren weer die, in het kader van de Jongeren en Gezondheid studie, hebben aangegeven reeds twee keer of meer (antwoorden soms, vaak en heel vaak) gedacht te hebben een einde aan hun leven te maken. Meer meisjes uit het secundair onderwijs (20%) hebben reeds aan suïcide gedacht dan jongens (15.2%). Deze resultaten komen overeen met de resultaten van 2006. Bij de 17-18-jarige meisjes is er vergeleken met 2006 sprake van een daling van 3%.

*Figuur 4.5: Percentage suïcidale gedachten (reeds 2 keer of meer aan suïcide gedacht) bij Vlaamse leerlingen, volgens leeftijd en geslacht, 2010.*



Bron: Maes & Vereecken, 2010

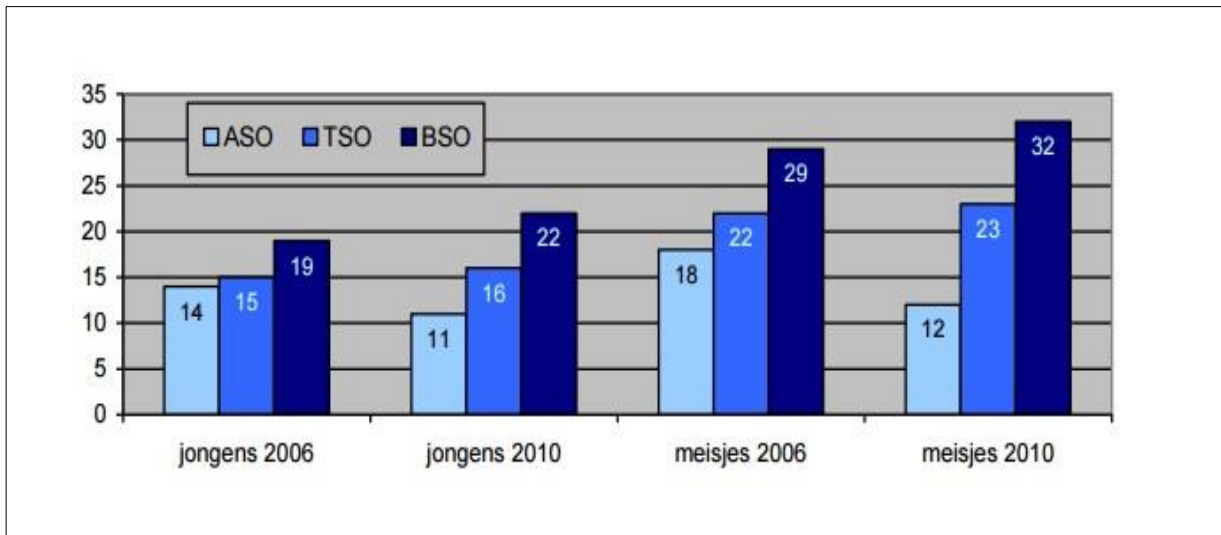
Bij de 13- tot 14-jarige jongens geeft 2% aan heel vaak aan suïcide te denken. 3% van de 15-tot 16-jarige en 17- tot 18-jarige jongens denkt vaak zijn leven te willen beëindigen. Bij de meisjes is dit respectievelijk 3% (13- tot 14-jarigen), 4% (15- tot 16-jarigen) en 2% (17- tot 18-jarigen).

### *Suïcidale gedachten per onderwijsrichting*

In figuur 4.6 worden de resultaten per onderwijsrichting weergegeven. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn de verschillen in opleiding significant. Meer jongeren uit het beroepsonderwijs geven aan meermaals aan suïcide te hebben gedacht dan jongeren uit het algemeen secundair onderwijs. In vergelijking met 2006, zijn de verschillen tussen de onderwijsrichtingen nog vergroot door een daling van suïcidale gedachten in het algemeen secundair onderwijs en een stijging in het beroepsonderwijs. Dit is terug te zien in de percentages van de jongeren die aangegeven heel vaak eraan denken uit het leven te stappen. In het algemeen secundair onderwijs denkt 1% van de jongens heel vaak aan suïcide in

vergelijking met 3% in het technisch secundair onderwijs en 4% in het beroepsonderwijs. Bij de meisjes in het ASO denkt 1% heel vaak aan suïcide, vergeleken met 2% in het technisch onderwijs en 8% in het beroepsonderwijs. In vergelijking met 2006 zien we in het beroepsonderwijs een verdubbeling van meisjes die heel vaak aan suïcide denken (4% in 2006).

*Figuur 4.6: Percentage suïcidale gedachten (reeds 2 keer of meer aan suïcide gedacht) bij Vlaamse leerlingen, volgens geslacht en onderwijsrichting, 2010.*



Bron: Maes & Vereecken, 2010

### Gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging jongeren, Vlaanderen versus Europa en Australië

Er zijn geen recente internationale vergelijkende studies beschikbaar die zich richten op het voorkomen van suïcidale ideatie bij jongeren. Ook hier beperken we ons noodgedwongen tot de gegevens afkomstig van de CASE-study. Gezien de cijfers dateren van 2000-2001, is de nodige voorzichtigheid bij de interpretatie van onderstaande bevindingen dan ook geboden.



In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-study, gaf gemiddeld meer dan één op de vijf meisjes en bijna 1 op de tien jongens aan het afgelopen jaar eraan te hebben gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, maar had dit nog niet daadwerkelijk gedaan. Wanneer de resultaten per land worden bekeken, dan variëren de rates voor jongens van 4.6% (Nederland) tot 17.5% (Hongarije). Vlaanderen positioneert zich hierbij boven het gemiddelde van alle deelnemende landen (11.7% vs. 9.9%). Wat betreft meisjes variëren de rates van 10.2% (Nederland) tot 33.2% (Hongarije). De prevalentie bij adolescente meisjes is in Vlaanderen vergelijkbaar met het gemiddelde van alle deelnemende landen (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1: De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

Gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging	Jongens	Meisjes
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
-Alle landen	9.9%	21.5%
-Vlaanderen	11.1%	20.9%
- Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	3de	4de

Bron: Madge et al. (2008)

## 4. BIJLAGE

---

*Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen – 10<sup>e</sup> Revisie (ICD-10), gehanteerde codes voor het categoriseren van ‘sterfte door zichzelf opzettelijk schade toe te brengen’*

Methode	ICD-10 code
Intoxicatie	X60-X69
Verhanging/verstikking	X70
Verdrinking	X71
Gebruik van een vuurwapen of ander explosief materiaal of apparaat	X72-X75
Rook, vuur en vlammen	X76
Gebruik van hete dampen of voorwerpen	X77
Gebruik van een scherp of stomp voorwerp inclusief slikken	X78-X79
Sprong van een hoogte	X80
Springen of liggen voor een bewegend voorwerp	X81
Veroorzaken van een verkeersongeval	X82
Andere en niet nader omschreven	X83-X84

Bron: WHO, 2010b

## 5. REFERENTIES

---

- Aelvoet, W., Capet, F., & Vanoverloop, J. (Red.) (1998). *Gezondheidsindicatoren 1996*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Team Gezondheidsindicatoren.
- Afdeling Informatie en Zorgberoepen (2014). *Sterfte door suïcide* [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid. Beschikbaar op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>.
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2012). *Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling 'preventie van zelfdoding' & een Vlaams Actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020*. Brussel: Agentschap Zorg & Gezondheid.
- Andriessen, K. (2006). On 'intention' in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 533-538.
- Andriessen, K. (2008). Suïcide, het einde van het lijden? In A. Haekens & J. Hermans (Red.), *Geen eind aan mijn pijn? Over uitzichtloos psychisch lijden* (pp. 49-72). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Belanger, F., Ung, A. B., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008). *Suicide related deaths in an enlarged European Union*. Institut de Veille Sanitaire – Saint-Maurice.
- Bickley, H., Steeg, S., Turnbull, P., Haigh, M., Donaldson, I., Matthews, ... Cooper, J. (2013). *Self-Harm in Manchester*. Manchester: The Manchester Self-Harm Project.
- Bogdanovica, I., Jiang, G., Löhr, C., Schmidtke, A., Mittendorfer-Rutz, E. (2011). Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46, 1103-1114.
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding (2014). *Jaarverslag 2014*. <http://www.preventiezelfdoding.be/wpcontent/uploads/2015/04/CPZ-jaarverslag-2014.pdf>.
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13, 108-114.
- De Jaegere, E., Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2012). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2011*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- De Jaegere, E., Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2013). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen: Jaarverslag 2012*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.M., Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27, 4-15.

- De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- De Munck S., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2009). Epidemiological trends in attempted suicide in adolescents and young adults between 1996 and 2004. *Crisis, 30*, 115-119.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. WIV-ISP, Brussel.
- Graeff, P. & Mehlkop, G. (2007). When anomie becomes a reason for suicide: a new macro-sociological approach in the durkheimian theory. *European Sociological Review, 23*, 1-15.
- Hasley, J.P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell M.R., Adler L.E., & Shroyer, A.L. (2008). A review of “suicidal intent” within the existing suicide literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*, 576-591.
- Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Rutherford, D., Bergen, H., Simkin, S., ... Lascelles, K. (2013). *Self-Harm in Oxford 2011*. Oxford: Centre for Suicide Research.
- Jougla, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., Johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).
- Madge, N., Hewit, A, Hawton, K., De Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 667-677.
- Maes, L. & Vereecken, C. (2010). Jongeren en Gezondheid 2010. <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC%202010%20algemeen%20studie.pdf>
- Moens, G. (1985). The reliability of reported suicide mortality statistics: an experience from Belgium. *International Journal of Epidemiology, 14*, 272-275.
- National Suicide Research Foundation. (2012) *National Registry of Deliberate Self Harm Ireland Annual Report 2011*. Cork: National Suicide Research Foundation.
- National Suicide Research Foundation. (2013) *National Registry of Deliberate Self Harm Ireland Annual Report 2012*. Cork: National Suicide Research Foundation.
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.) *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British journal of psychiatry, 181*, 193-199.
- Portzky, G., De Wilde, E.J., & van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in young people: Differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17*, 179-186.
- Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove (2009). *Onderzoek naar*

- verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen.* Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsa, E., Ostamo, A., Lonnqvist, J. (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14 year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 117-121.
- Vancayseele, N., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2012). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Groot Gent: Jaarverslag 2011*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vancayseele, N., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2014). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Groot Gent: Jaarverslag 2013*. Gent: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2014). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2013*. Gent: Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- van Heeringen, C. (2001a). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*; 16, S1-S6.
- van Heeringen, C. (2001b). The suicidal process and related concepts. In C. van Heeringen (Red). *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.
- Werkgroep Verder (2013). *Als journalist kan je levens redden! Mediarichtlijnen. Brochure*. Halle: CGG PassAnt vzw.
- World Health Organization (2010a). A manual for case registration of suicide and attempted suicide. Geneva: World Health Organization. [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB\\_2014\\_EN\\_1688.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf?ua=1).
- World Health Organization (2010b). International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)