



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

Juni 2016

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

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 suicide, 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 2013 (meest recente cijfers) overleden in Vlaanderen 1052 personen door suicide (overlijden door onbepaalde intenties niet meegerekend). Dit komt neer op bijna drie suïcides per dag. Vergeleken met 2012, overleden in 2013 6% minder mannen en 7% minder vrouwen door suicide. De suicide rate (uitgedrukt per 100.000 inwoners) voor mannen bedroeg in 2013 24.8/100.000 (ten opzichte van 26.5/100.000 in 2012) en voor vrouwen bedroeg dit 8.5/100.000 (ten opzichte van 9.3/100.000 in 2012). Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat er sprake is van een lichte daling van het aantal suïcides. Cijfers in Vlaanderen blijven echter nog steeds hoger liggen dan het Europees gemiddelde.

Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, was in 2013 ten opzichte van 2000 het aantal suïcides bij mannen gedaald met 19% en het aantal suïcides bij vrouwen gedaald met 24%. Met de nodige voorzichtigheid kan dus geconcludeerd worden dat Vlaanderen op de goede weg is om de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, waarbij tegen 2020 een daling van 20% voor zowel het suïcidecijfer voor mannen als vrouwen wordt nagestreefd ten opzichte van 2000, te behalen. Inspanningen blijven echter hard nodig en daar zet het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS) dan ook op in.

Aangezien er voor Wallonië en Brussel geen recente suïciderates voorhanden zijn, is een goede vergelijking tussen de gewesten wat betreft de suïdecijfers niet mogelijk. De Vlaamse (en bij uitbreiding Belgische) suïdecijfers behoren de voorbije jaren tot de hoogste van Europa: voor vrouwen bevindt het zich helemaal bovenaan (samen met België). Voor mannen zijn er tien landen die hogere suïdecijfers hebben. 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 2014 (meest recente cijfers) kwamen naar schatting 10.236 suïdepogingen voor in Vlaanderen, wat overeenkomt met gemiddeld 28 suïdepogingen per dag. Dit is het derde achtereenvolgende jaar dat de deze cijfers relatief stabiel blijven.

In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suïcide, ligt het aantal suïdepogingen bij vrouwen hoger dan bij mannen (1.7:1).

In Vlaanderen rapporteren relatief minder mensen dat ze ooit gedurende het leven (lifetime) een 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 2013 zowel een (niet-significante) lichte daling in het aantal sterfgevallen door suïcide (6.5%) als een lichte daling in het aantal suïdepogingen (3.1%) worden waargenomen ten opzichte van 2012.

Wanneer de evolutie van de suïdepogingen wordt vergeleken met de evolutie van de suïcides van 2009 tot en met 2013, 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 en 2013. Bij de mannen was er zowel wat suïcides als suïdepogingen betreft een sterke daling in 2013 ten opzichte van 2012. Bij de

vrouwen was er bij de suïcides en suïcidepogingen eerder sprake van een lichte (niet-significante) daling in 2013 ten opzichte van 2012¹.

Doordat er slechts een klein aantal Europese expertisecentra een gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen hanteren, is vergelijking met cijfers van Vlaanderen en regio Groot Gent maar beperkt mogelijk. 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 2014 een suïcidepoging ondernamen en die bevroegd werden middels het KIPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinderen en Jongeren), bevonden zich meer meisjes (79.6%) dan jongens (20.4.3%). De gemiddelde leeftijd waarop de jongere een suïcidepoging ondernam, was 15 jaar. Bijna de helft (48.7%) van deze jongeren woonde bij hun ouders. 7.1% van de jongeren gaf aan reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen. Eén op de vijf jongeren (23.4%) 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 2014 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 van 2014. Uit de studie blijkt dat 16.8% 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 (9.6%) zichzelf meermaals hebben beschadigd ten opzichte van jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (7.4%).

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-studie 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

¹ Het is hierbij belangrijk op te merken dat de registratie van suïcidepogingen 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 suïcidepogingen wordt geregistreerd op basis van aanmeldingen op spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen.

adolescente 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 Vlaanderen² 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-studie (2000-2001). In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-studie, 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.

² 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>	1
2. <u>Inleiding</u>	9
2.1 Doelstellingen	10
2.2 Definities	10
2.3 Methode	11
2.4 Betrouwbaarheid van de cijfers	12
2.5 Kwaliteitscriteria	14
3. <u>Inhoud van het rapport</u>	16
<u>Hoofdstuk 1: Geestelijke gezondheidsproblemen</u>	17
1.1 België	18
Algemeen	18
<i>Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau</i>	18
<i>Urbanisatiegraad</i>	19
Prevalentie specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	19
<i>Geslacht, leeftijd en opleidingsniveau</i>	19
<i>Urbanisatiegraad</i>	19
1.2 Vlaanderen	20
Lifetimeprevalentie psychische problemen	20
<u>Hoofdstuk 2: Suicide</u>	22
2.1 België	23
Algemene suïdecijfers	23
Evolutie suïdecijfers	24
2.2 Vlaanderen	25
Algemene suïdecijfers	25
Evolutie suïdecijfers	26
Vergelijking suïdecijfers met vooropgestelde gezondheidsdoelstelling	27
Suïdecijfers per beroepsgroep	29
<i>Suïdecijfers bij artsen</i>	29
<i>Geslacht</i>	30
<i>Leeftijd</i>	31

	<i>Vergelijking suïcidecijfer van artsen met andere beroepsgroepen</i>	31
2.3	Brussel	32
	Algemene suïcidecijfers	32
	Evolutie suïcidecijfers	32
2.4	Wallonië	35
	Algemene suïcidecijfers	35
	Evolutie suïcidecijfers	36
2.5	Internationaal	39
	Vlaanderen binnen Europa	39
	Incidentie en evolutie bij de buurlanden	42
	België versus de rest van de wereld	43
Hoofdstuk 3: Suïcidepogingen		46
3.1	België	47
	Prevalentie suïcidepogingen	47
	<i>Leeftijd en geslacht</i>	47
	<i>Suïcidepogingen per gewest</i>	49
	<i>Suïcidepogingen in relatie tot opleidingsniveau</i>	49
	Evolutie suïcidepogingen	50
	<i>Evolutie suïcidepogingen per gewest</i>	50
3.2	Vlaanderen	51
	Incidentie en evolutie suïcidepogingen	51
	Evolutie suïcide versus evolutie suïcidepogingen	52
	Verdeling per provincie	53
	Gegevens IPEO	54
	<i>Geslacht</i>	54
	<i>Leeftijd</i>	54
	<i>Burgerlijke staat</i>	55
	<i>Economische situatie</i>	55
	<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen</i>	55
	<i>Middelenmisbruik</i>	55
	<i>Diagnose</i>	55
	<i>Ervaren problemen</i>	56

<i>Motieven</i>	57
<i>Behandelplan na spoedopname</i>	57
Suïcidepogingen jongeren	59
<i>Geslacht en leeftijd</i>	59
<i>Woonsituatie en schoolsituatie</i>	59
<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen en automutilatie</i>	59
<i>Motieven</i>	60
<i>Suïcidale intentie</i>	61
<i>Suïcidale ideatie na een suïcidepoging</i>	62
Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren, studie Jongeren en Gezondheid	63
<i>Algemeen</i>	64
<i>Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag per onderwijsrichting</i>	64
Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren, replicatie CASE-studie	64
<i>Prevalentie zelfbeschadigend gedrag 2015</i>	65
<i>Prevalentie zelfbeschadigend gedrag 2015 versus 2000</i>	66
<i>Frequentie zelfbeschadigend gedrag 2015</i>	67
<i>Frequentie zelfbeschadigend gedrag 2015 versus 2000</i>	68
Prevalentie suïcidepogingen Zelfmoordlijn 1813	68
3.3 Groot Gent	69
Incidentie en evolutie suïcidepogingen	69
<i>Leeftijd en geslacht</i>	71
<i>Burgerlijke staat en woonsituatie</i>	72
<i>Economische situatie</i>	72
<i>Voorgeschiedenis suïcidepogingen</i>	72
<i>Middelenmisbruik</i>	72
3.4 Internationaal	73
Suïcidepogingen Vlaanderen/Groot Gent vs. andere Europese landen/regio's	73
<i>Incidentie suïcidepogingen</i>	73
<i>Evolutie suïcidepogingen</i>	74
<i>Alcoholinname</i>	75
Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren Vlaanderen versus Europa en Australië	76

Hoofdstuk 4: Suïcidale ideatie	78
4.1 België	79
Prevalentie suïcidale gedachten	79
Evolutie recente suïcidale gedachten	80
<i>Suïcidale gedachten in relatie tot opleidingsniveau</i>	81
<i>Suïcidale gedachten per gewest</i>	81
4.2 Vlaanderen	82
Prevalentie suïcidale gedachten	82
<i>Leeftijd en geslacht</i>	82
<i>Opleidingsniveau en urbanisatiegraad</i>	82
Prevalentie suïcidale gedachten en plannen Zelfmoordlijn 1813	83
Prevalentie suïcidale gedachten jongeren, studie Jongeren en Gezondheid	84
<i>Suïcidale gedachten per onderwijsrichting</i>	84
Gedachten opzettelijke zelfbeschadiging jongeren: replicatie CASE-studie	84
<i>Prevalentie gedachten zelfbeschadiging 2015</i>	85
<i>Prevalentie gedachten zelfbeschadiging 2015 versus 2000</i>	86
4.3 Internationaal	87
Gedachten opzettelijke zelfbeschadiging jongeren Vlaanderen versus Europa en Australië	87
4. <u>Bijlage</u>	<u>88</u>
5. <u>Referenties</u>	<u>89</u>

2. INLEIDING

Suicide³ is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem wat veel persoonlijk leed en hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. De preventie van suïcide 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 suïcides 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 suïcide 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 suïcide 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.

³ Analoog aan het VAS en conform de mediarijlijnen wordt in dit rapport de term suïcide 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 suïcide, 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 suïcide, 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)⁴ 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-habitueel 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 &

⁴ 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 Suïcidepreventie 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)-studie en de WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour.

Alhoewel relevant, is er, conform de mediarichtlijnen 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-code⁵, vormen officiële suïdecijfers vermoedelijk een onderrapportering van het reële aantal suïcides (Belanger et al., 2008; Graeff & Mehlkop, 2007; Neeleman, 2007).⁶ 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 suïdecijfers dan ook veelal binnen deze context

⁵ 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 bijlage.

⁶ 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).

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, 2015). 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; Jouglà 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 rates⁷ 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.

⁷ Het aantal personen dat een suïdepoging deed per 100.000 inwoners.

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

⁸ Zie de bijlage voor een overzicht van de ICD-10 codes.

⁹ Deze term wordt gehanteerd voor het aanduiden van een geografisch afgebakend onderzoeksgebied.

Steekproef	
Zijn de inclusie- en exclusiecriteria beschreven? (Deze hebben mogelijk betrekking op de ICD-10 codes zoals reeds bij 'dataverzameling' is beschreven)	<input type="checkbox"/>
Is volgens de onderzoekers de steekproef representatief voor de genoemde socio-demografische en economische kenmerken?	<input type="checkbox"/>
Is beschreven of de steekproef voldoende groot is voor het doen van betrouwbare uitspraken?	<input type="checkbox"/>
Data-analyse	
Is een erkende onderzoeksinstituting of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de data-analyse?	<input type="checkbox"/>
Wordt de hoedanigheid van degene die de data analyseert beschreven? Gaat het bijvoorbeeld om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?	<input type="checkbox"/>
Is beschreven op welke manier het databestand werd opgeschoond?	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>
Worden de statistische methoden die werden gehanteerd, beschreven?	<input type="checkbox"/>
Worden de beperkingen van het onderzoek beschreven en de mogelijke gevolgen die dit heeft voor het interpreteren van de data?	<input type="checkbox"/>

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.

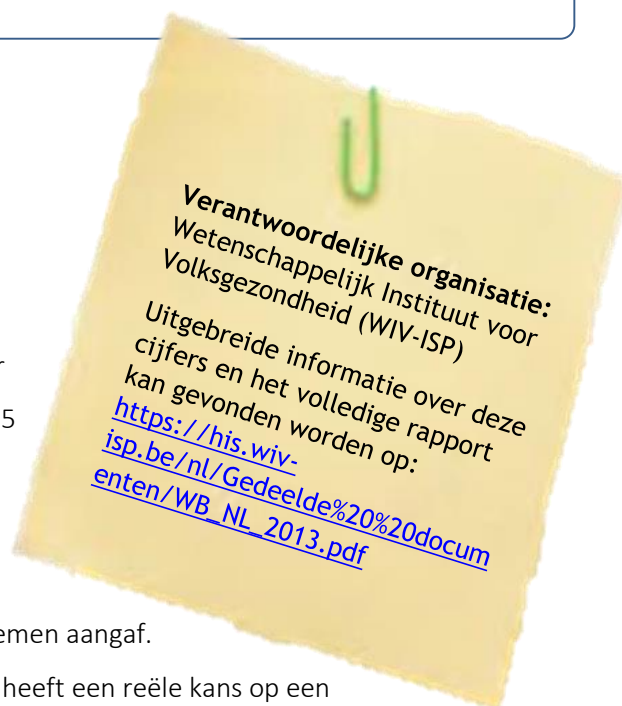
In het *eerste hoofdstuk* worden de meest recente cijfers met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblematiek in de algemene Belgische bevolking van 15 jaar en ouder besproken aan de hand van de belangrijkste socio- demografische en economische kenmerken. Daarnaast wordt een beeld geschetst van hoe 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 suïcide, 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 Gezondheidsenquête¹⁰ 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: slaaptkort 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.

¹⁰ 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 gezondheid¹¹, 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.

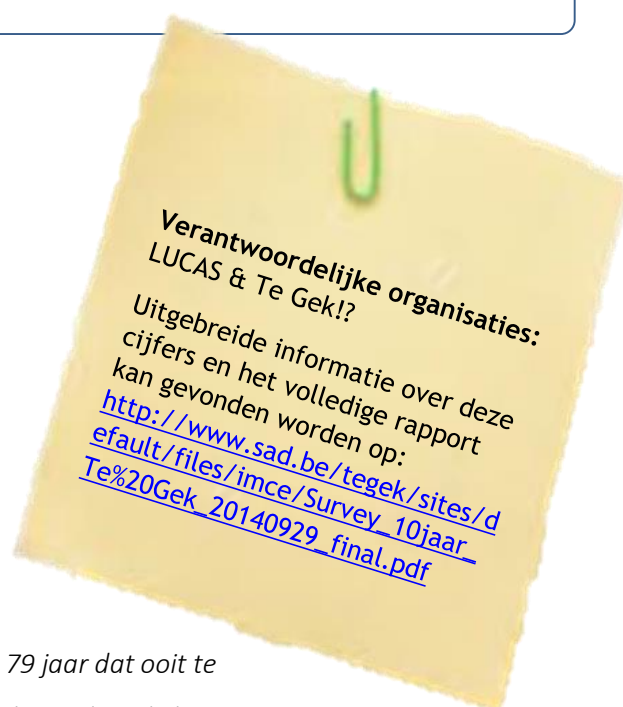
Urbanisatiegraad

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%).

¹¹ Tevens werden suïcidepogingen en suïcidale gedachten als indicator opgenomen in de Gezondheidsenquête. De resultaten met betrekking tot deze indicatoren worden toegelicht in respectievelijk, de hoofdstuk 3 'Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidepogingen' (p. 47) en hoofdstuk 4 'Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidale ideatie' (p. 76).

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? ^a				
		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 %
Suïcidale 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 %
Globaal	51 %	14 %	33 %	34 %	16 %	55 %

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

Bron: Vermeulen e.a. (2014)

De meest gerapporteerde problemen¹² 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).

¹² De resultaten met betrekking tot suïcidale gedachten worden besproken in hoofdstuk 4 'Epidemiologische gegevens met betrekking tot suïcidale ideatie' (p. 76).

HOOFDSTUK 2:
EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS MET BETREKKING TOT
SUÏCIDE

Algemene suïdecijfers

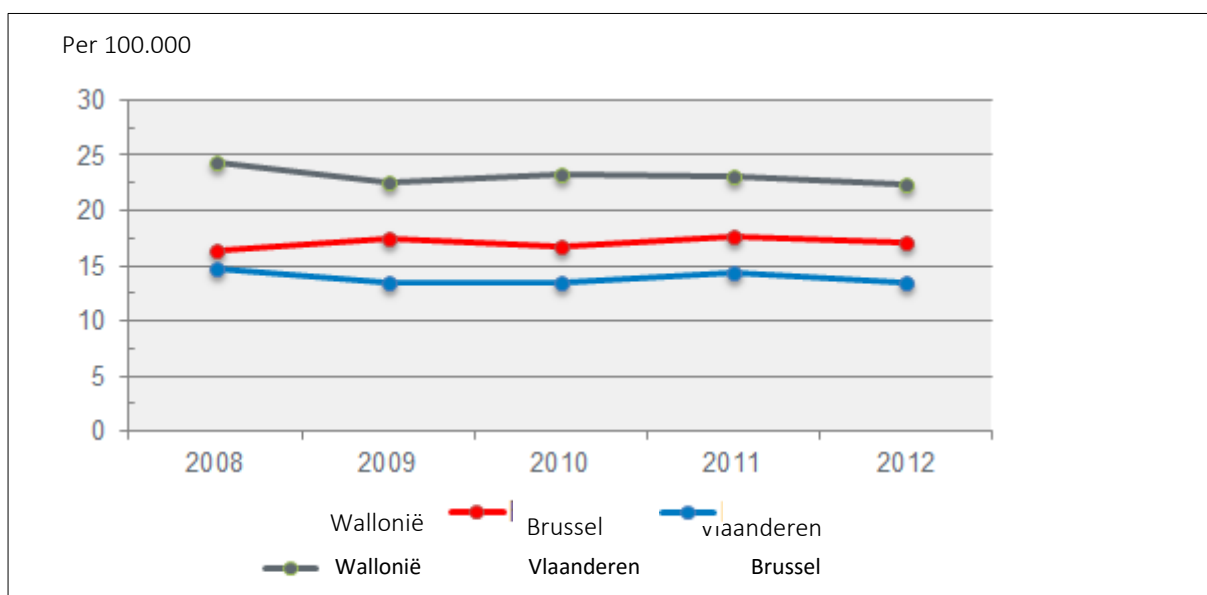
Er zijn weinig epidemiologische gegevens beschikbaar over de suïdecijfers voor de totale bevolking in België. In 2013 (meest recente cijfers) overleden 1893 personen¹³ ten gevolge van suïcide, waarvan 1361 mannen en 532 vrouwen. Dit komt neer op gemiddeld zes suïcides per dag.

Wanneer de gemiddelde suïciderates (aantal suïcides uitgedrukt per 100.000 inwoners) voor de periode 2008-2012 (meest recente cijfers) op gewestelijk niveau worden vergeleken, dan wordt de hoogste gemiddelde suïciderate gevonden voor Wallonië, gevolgd door Vlaanderen. Brussel neemt hierbij de meest gunstige positie in. 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://www.lesuicide.be/chiffres-statistiques.htm>

Figuur 2.1: Gemiddelde suïciderate 2008-2012, 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)

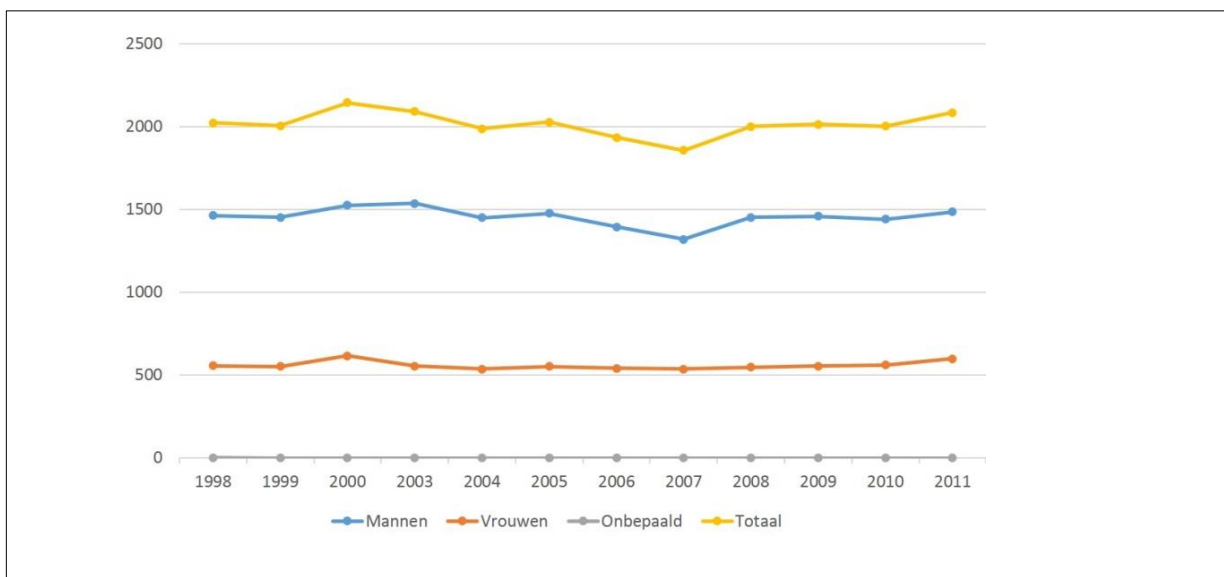
¹³ Op basis van de sterftecertificaten van alle Belgische en buitenlandse inwoners en niet-verblijfhouders.

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

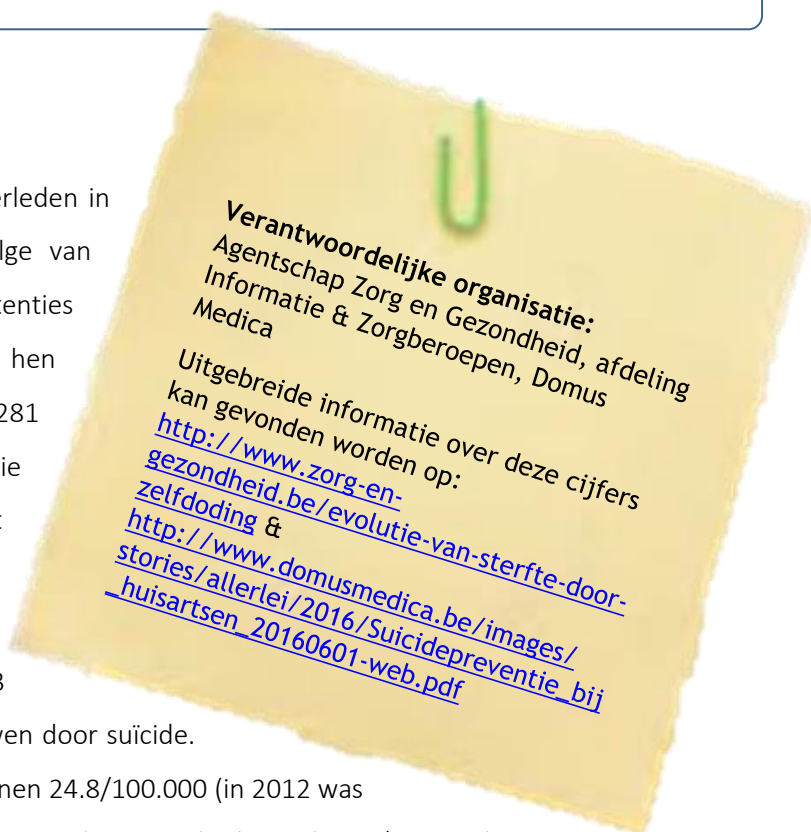
In 2013 – de meest recente cijfers - overleden in Vlaanderen 1052 personen¹⁴ ten gevolge van suïcide (overlijden door onbepaalde intenties niet meegerekend). Bijna 3 op de 4 van hen waren mannen: 771 mannen tegenover 281 vrouwen. Dit komt neer op ongeveer drie suïcides per dag en kan worden uitgedrukt in een suïciderate van 16.7 per 100.000 (in 2012 was dit 17.5 per 100.000). Vergeleken met 2012, overleden in 2013 6% minder mannen en 7% minder vrouwen door suïcide.

In 2013 bedroeg de suïciderate voor mannen 24.8/100.000 (in 2012 was dit 26.5/100.000) en voor vrouwen 8.5/100.000 (in 2012 bedroeg dit 9.3/100.000).

Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat er sprake is van een lichte daling van het aantal overlijdens door suïcides in Vlaanderen. Cijfers in Vlaanderen blijven echter nog steeds hoger liggen dan het Europees gemiddelde (zie pagina 40).

De gemiddelde leeftijd waarop mannen stierven door suïcide bedroeg 51 jaar. Voor vrouwen bedroeg de gemiddelde leeftijd 53 jaar. Suïcide is één van de meest voorkomende doodsoorzaken bij de Vlaamse jongeren en volwassenen tussen 15 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 51 jaar. Ook ouderen, en vooral oudere mannen, lopen een groot risico op overlijden door suïcide.

23 tot 40 per 100.000 mannen in de leeftijdscategorieën tussen 25 en 59 jaar kwamen in 2013 te overlijden door suïcide.



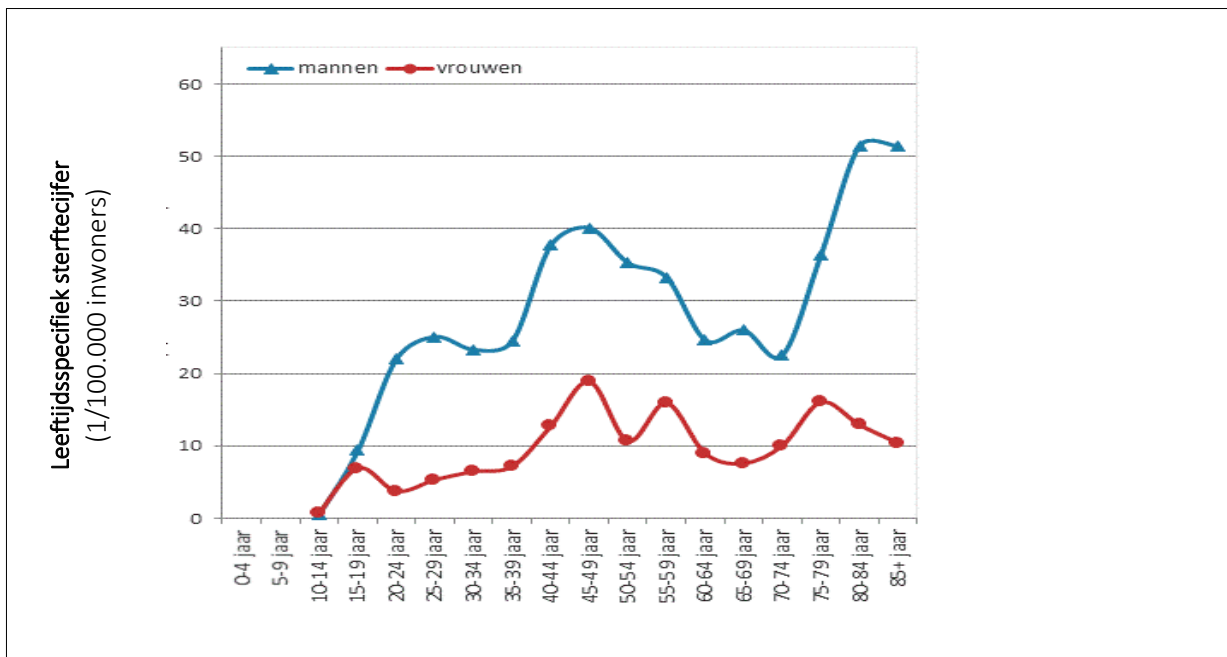
¹⁴ De suïdecijfers zijn gebaseerd op de sterftecificaten van alle inwoners van het Vlaams Gewest die zijn overleden in het Brusselse of het Vlaamse Gewest.

Bij 'actieve' mannen (20-59 jaar) was de suïcide-incidentie het hoogst bij de 45- tot 49-jarigen. Zoals in de voorbije jaren, kwamen nog meer hoogbejaarde mannen (80 jaar of ouder) te overlijden door suïcide dan 'actieve' mannen. Algemeen liggen de cijfers bij oudere mannen wel lager dan in 2000.

Voor alle leeftijden zijn de vrouwelijke suïdecijfers lager dan die van de mannen van dezelfde leeftijd. Bij vrouwen ouder dan 15 jaar varieert het suïdecijfer tussen 4 en 19 per 100.000 vrouwen.

Een overzicht van de leeftijdsspecifieke suïciderates is weergegeven in figuur 2.3.

Figuur 2.3: Leeftijdsspecifiek sterftcijfer voor suïcide Vlaanderen, volgens leeftijd en geslacht, 2013.



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)

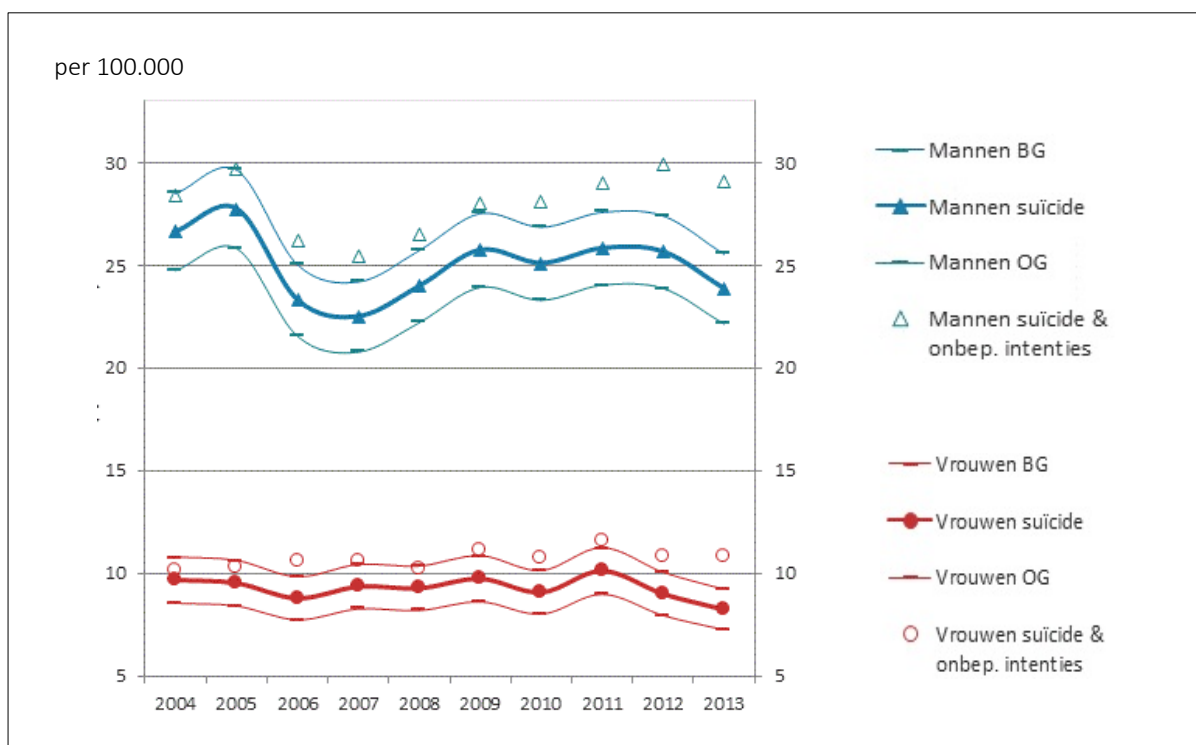
Evolutie suïdecijfers

In de periode 2004-2013 is geen significante trend waarneembaar in de gestandaardiseerde suïdecijfers voor de Vlaamse bevolking.

Voor mannen daalden de suïdecijfers tussen 2011 en 2013. Deze daling wordt echter teniet gedaan wanneer rekening gehouden wordt met overlijdens waarvan de intentie niet kan worden bepaald. Tussen 2006 en 2011 steeg het aantal suïcides bij mannen gemiddeld met 6 per 1.000.000 per jaar. Deze stijging is sterker (7 per 1.000.000 per jaar) wanneer de overlijdens met onbepaalde intentie in beschouwing worden genomen en bleef ook duren tot 2012.

In de periode 2004-2013 kan er voor vrouwen geen trend worden vastgesteld, ook niet als er rekening wordt gehouden met de sterfte door onbepaalde intentie. Wel zijn in deze periode de sterftecijfers ten gevolge van suicide voor vrouwen beduidend lager dan voor mannen. Zie figuur 2.4.

Figuur 2.4: Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suicide en onbepaalde intenties in Vlaanderen, volgens geslacht, 2004-2013.



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 VAS¹⁵, streeft een daling van de suïdecijfers bij mannen en vrouwen na van 20% in het jaar 2020 ten opzichte van het jaar 2000.

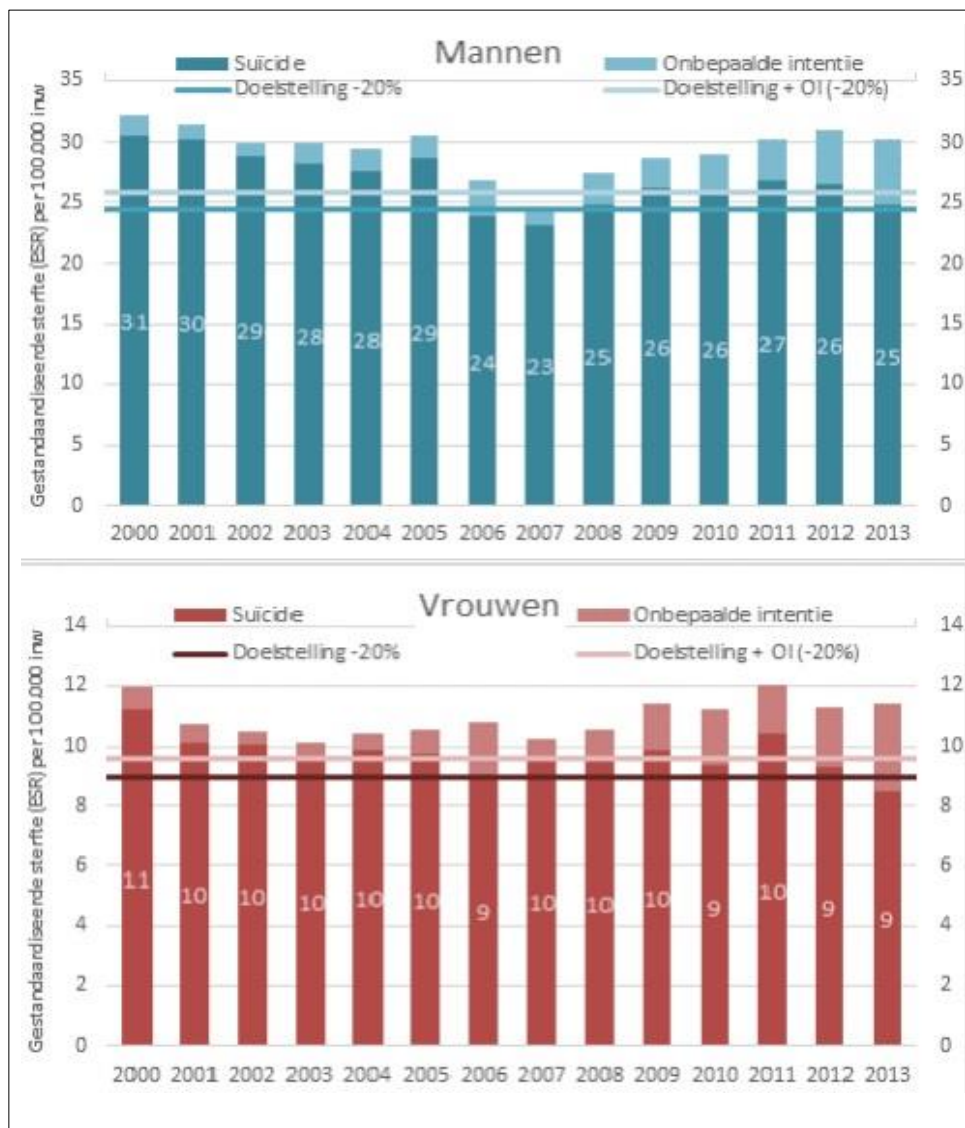
Wanneer rekening gehouden wordt met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking (gestandaardiseerde aantallen), waren er in 2013 minder overlijdens door suicide dan in 2000. Voor mannen kan een daling worden vastgesteld van 19% tussen het gestandaardiseerde aantal overlijdens ten gevolge van suicide in 2000 ten opzichte van 2013. Voor vrouwen daalde het gestandaardiseerde

¹⁵ Meer uitleg over het VAS kan worden gelezen in de inleiding op pagina 11.

aantal overlijdens in 2013 met 24% ten opzichte van 2000. Bij vrouwen lijkt de doelstelling dus al gehaald als rekening gehouden wordt met de leeftijd en uitgegaan wordt van het minimum aantal suicides.

Met de nodige voorzichtigheid kan dus gesteld worden dat Vlaanderen op de goede weg is om de gezondheidsdoelstelling te behalen. Zie tabel 2.1 en figuur 2.5 voor een overzicht van de suïdecijfers en een vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

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



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E)

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

	Mannen		Vrouwen	
	Aantal overlijdens	ASR-E	Aantal overlijdens	ASR-E
2000 (startcijfer)	843	30.6	331	11.2
2013 (laatste cijfer)	771	24.8	281	8.5
2020 (streefcijfer -20%)	674	24.5	265	8.9

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E)

Suïdecijfers per beroepsgroep

Tot voor kort waren er in Vlaanderen geen cijfers beschikbaar ten aanzien van de spreiding van suïdecijfers bij verschillende beroepsgroepen. Het onderzoek van Domus Medica vormt een eerste onderzoek die informatie verschaft over de prevalentie van suïcide bij (huis)artsen in Vlaanderen in de periode 2004-2012. Daarnaast worden de verkregen suïciderates van artsen vergeleken met andere beroepsgroepen.

Suïdecijfers bij artsen¹⁶

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen

Aantal overlijdens is gebaseerd op alle sterftecertificaten van het Vlaams Gewest 2000-2012

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 2030

Van 2004 tot 2011 stierven 41 artsen door zelfdoding (2012 niet meegerekend o.w.v. andere registratiemethode). Jaarlijks stierven gemiddeld 5.1 artsen, waarvan 3.9 mannen en 1.3 vrouwen. 34 van deze artsen (23 mannen en 11 vrouwen) waren beroepsactief op het ogenblik van overlijden. Dit geeft

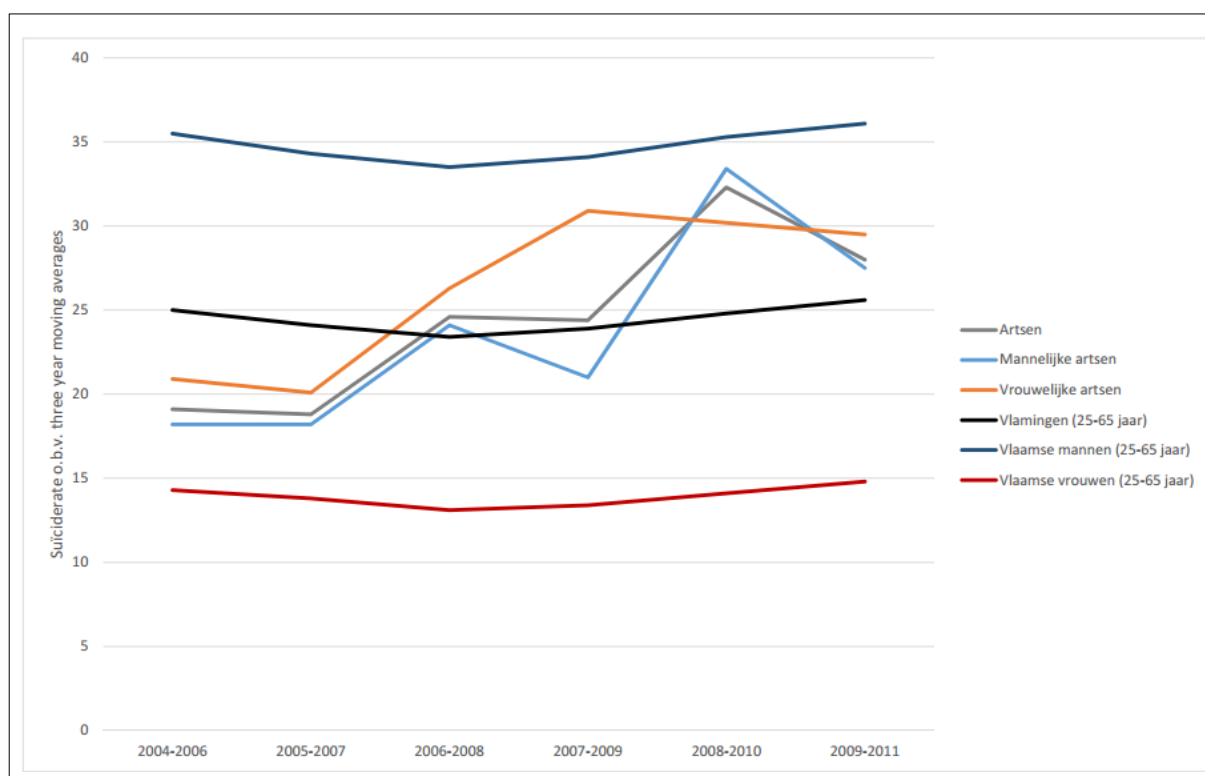
¹⁶ Voor de berekening van de suïciderates werden cijfers gehanteerd van beroepsactieve overleden artsen (o.b.v. de sterftecertificaten met als doodsoorzaken 'suïcide (X60-X84)' en 'ongevallen onbepaalde intentie (Y10-Y34)' voor inwoners van het Vlaams Gewest).

een gemiddelde suïciderate per jaar van 24.5 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65-jarigen).

De suïciderate bij mannelijke artsen ligt onder de suïciderate bij Vlaamse mannen (25 versus 35.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt hoger dan die bij Vlaamse vrouwen, tot (meer dan) het dubbele over de periode 2006-2011 (23.7 versus 14.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert en overstijgt zelfs de suïciderate bij mannelijke artsen. Enkel vrouwelijke artsen in Vlaanderen hebben dus een (sterk) verhoogd risico (zie figuur 2.6).

Aangezien bovenstaande bevindingen zijn gebaseerd op kleine aantallen, dienen deze met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Figuur 2.6: Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

Geslacht

De man-vrouw verhouding in het totaal van suïcides bij 25+'ers tussen 2004 en 2012 bedroeg 2.5:1. Bij artsen is het overwicht aan suïcides bij mannen nog meer uitgesproken dan in de algemene Vlaamse populatie, namelijk 75% versus 25%. 33 zelfdodingen gebeurden bij mannen, 11 bij vrouwen (oftewel 3:1).

Leeftijd

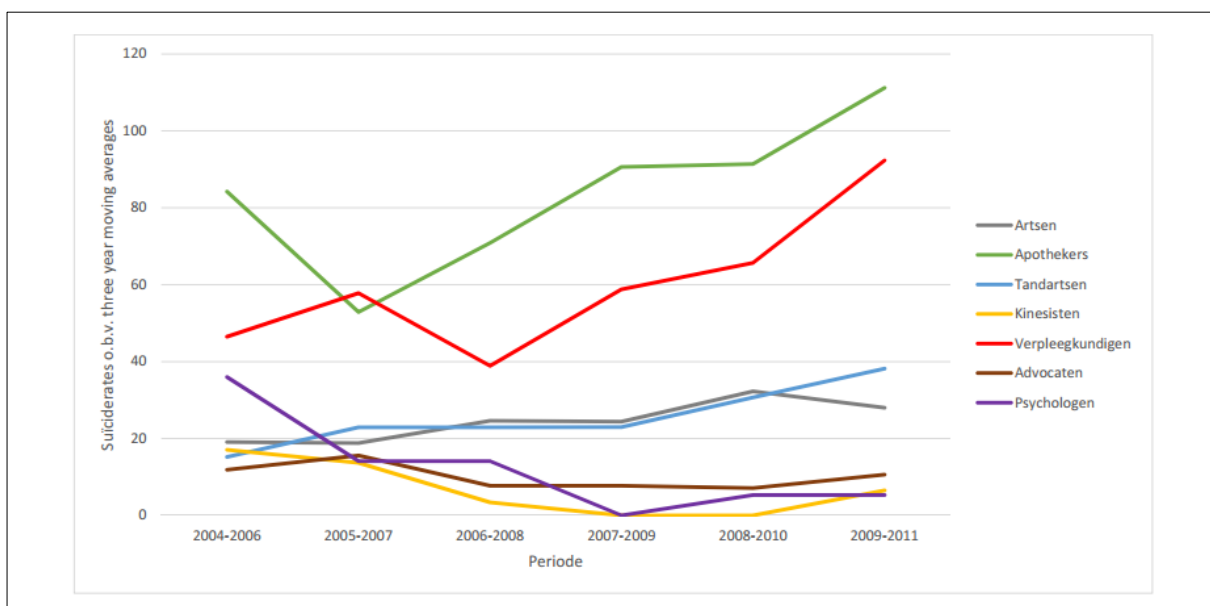
Suïcide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar: 38.6% van de overlijdens door suïcide bevond zich in deze leeftijdscategorie. Slechts één arts stierf ten gevolge van suïcide vóór de leeftijd van 35. De oudste arts die suïcide pleegde in de periode 2004-2012 was 80 jaar.

Vergelijking suïcidecijfer van artsen met andere beroepsgroepen

Als enkele andere beroepsgroepen nader worden bekeken, dan kan geconcludeerd worden dat apothekers en verpleegkundigen een sterk verhoogde suïciderate kennen. Net zoals bij artsen, benadert de suïciderate van tandartsen de suïciderate in de algemene Vlaamse bevolking. Advocaten, psychologen en kinesisten lopen minder risico op suïcide dan de algemene bevolking en dan artsen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verschil tussen de geslachten.

Deze gegevens moeten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden aangezien hier enkel een vergelijking gemaakt wordt tussen 7 beroepsgroepen.

Figuur 2.7: Suïciderates per beroepsgroep in Vlaanderen o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

Algemene suïdecijfers

In 2012 (meest recente cijfers) overleden in Brussel 149 personen¹⁷ 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.

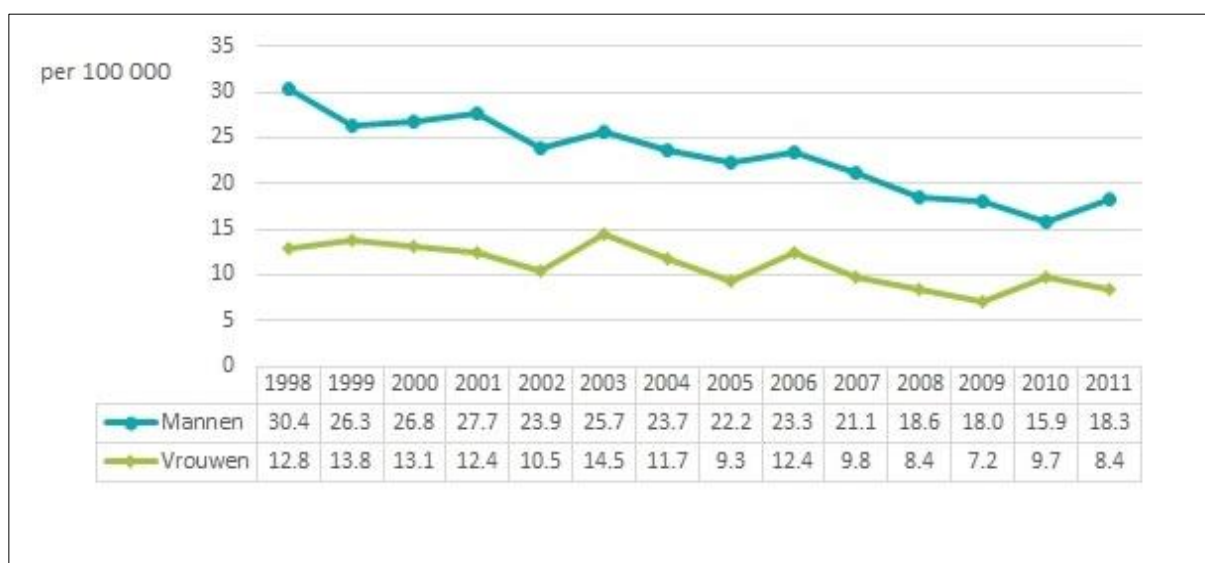


Evolutie suïdecijfers

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 2.8.

¹⁷ De suïdecijfers zijn gebaseerd op de sterftcertificaten van alle inwoners van het Brusselse Gewest die overleden zijn in het Brusselse, Vlaamse of Waalse Gewest.

Figuur 2.8: Evolutie suïcidecijfers Brussels Gewest verdeeld volgens geslacht, 1998-2011.

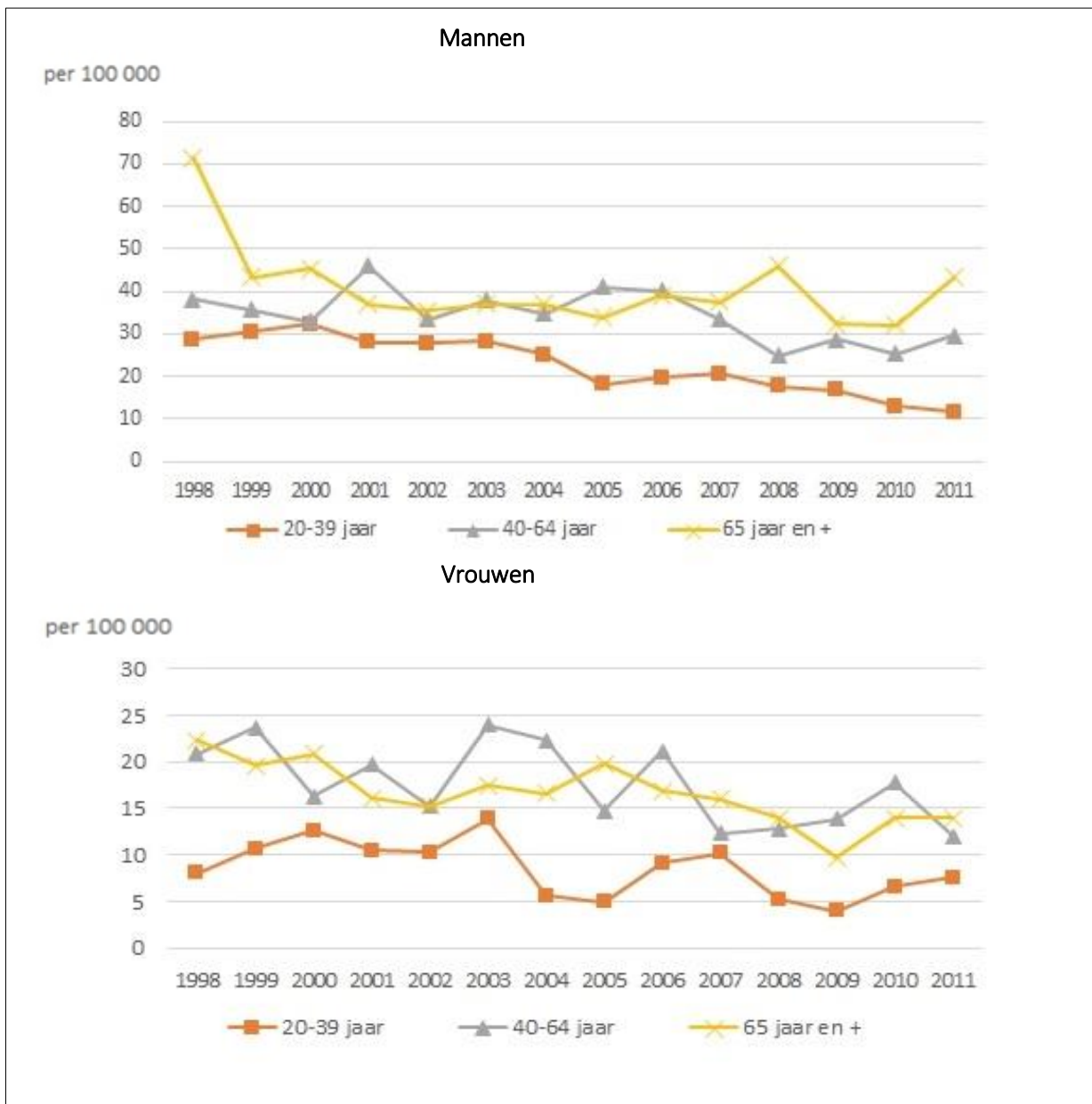


Bron: Statistische overlijdensformulieren, OBSERVATBRU

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

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 2.9 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 2.9: 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)

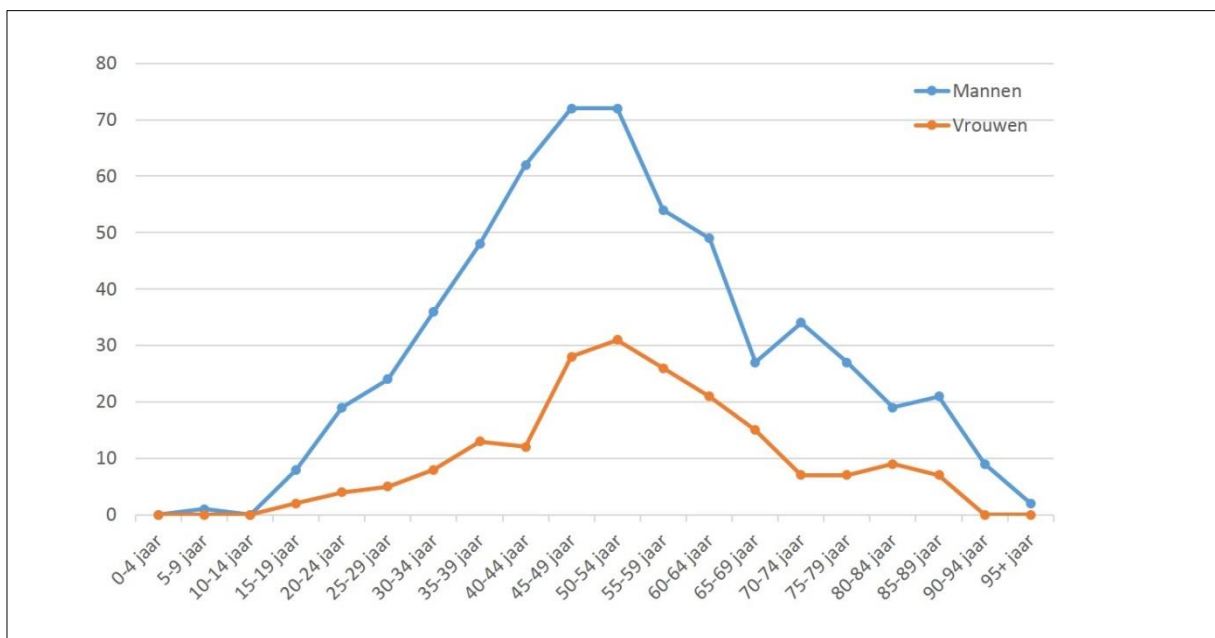
Algemene suïcidecijfers

Er zijn weinig recente en gedetailleerde suïcidecijfers bekend voor Wallonië. In figuur 2.10 worden de absolute cijfers van 2012 (meest recent) per leeftijdsgroep weergegeven. In totaal overleden 779 personen¹⁸ 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 2.10: 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)

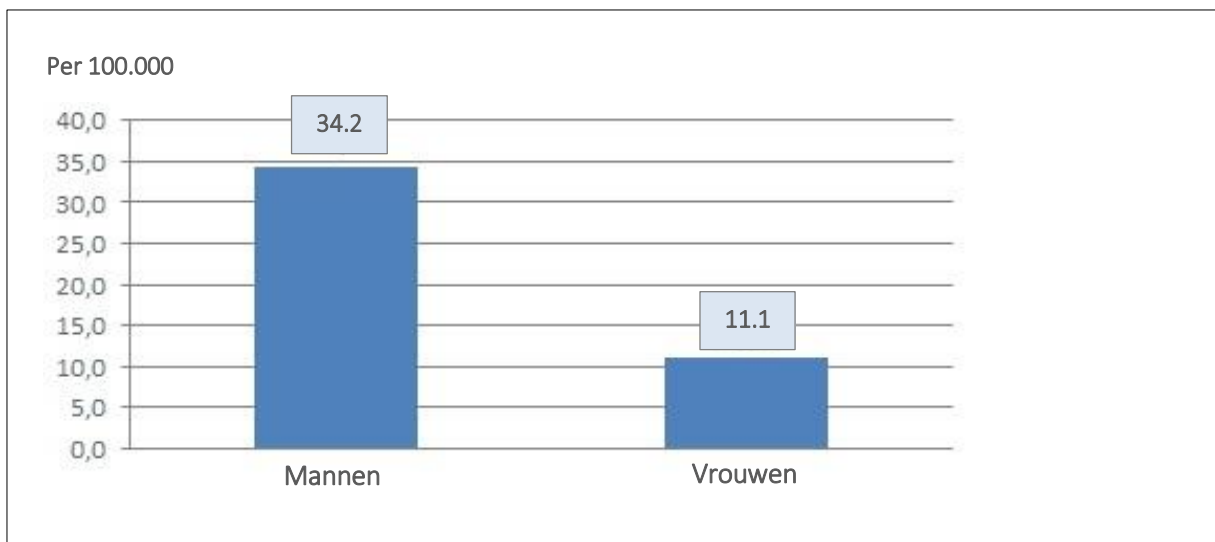
¹⁸ Gebaseerd op de sterftcertificaten van alle inwoners van het Waals Gewest die overleden zijn in het Waals Gewest.

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 suïdecijfers

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 2.11). Figuur 2.12 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 suïdecijfers 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 2.13 toont een gelijkaardig patroon voor mannen. Bij vrouwen is er eveneens een duidelijk patroon waar te nemen. Conform de literatuur, zijn de suïdecijfers voor vrouwen lager dan die voor mannen. Daarnaast zijn de verschillen tussen de leeftijden minder uitgesproken. De evolutie van de suïdecijfers 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 2.14).

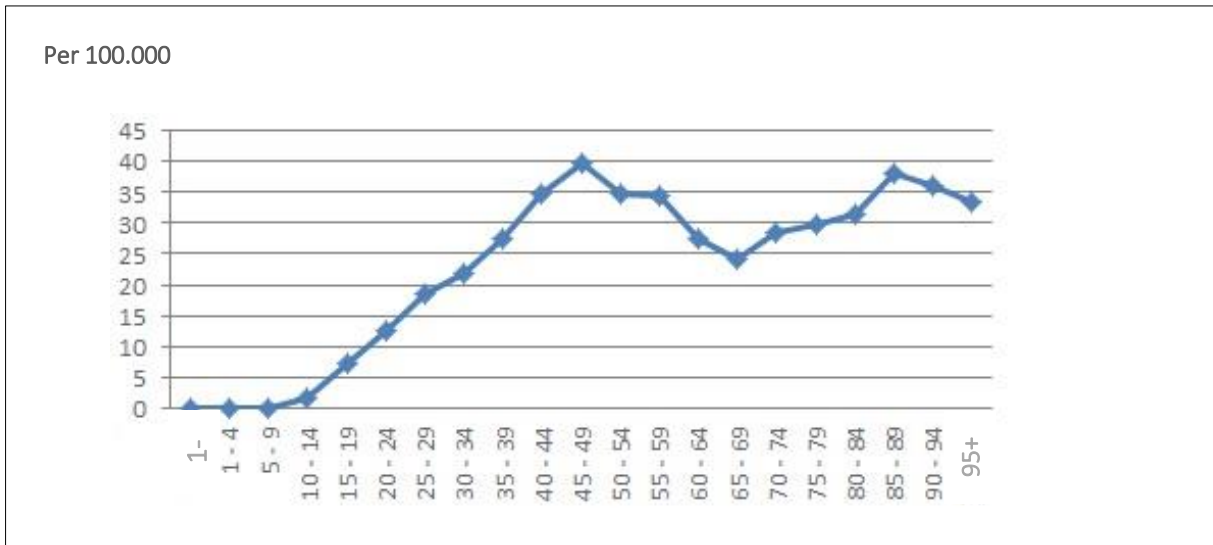
Figuur 2.11: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens geslacht.



Bron: WIV-ISP

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

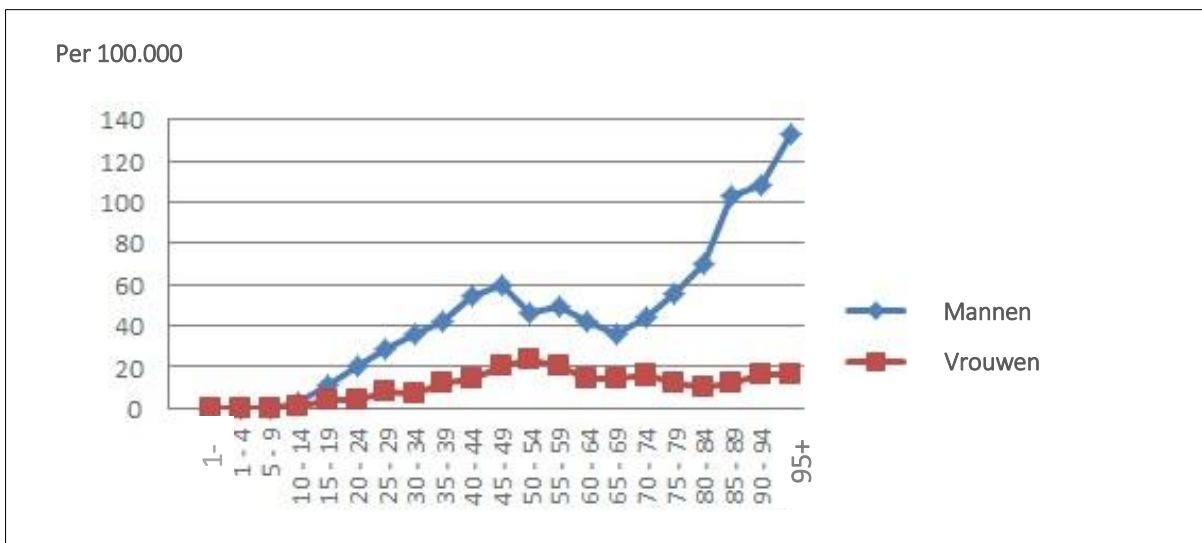
Figuur 2.12: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens leeftijd.



Bron: WIV-ISP

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

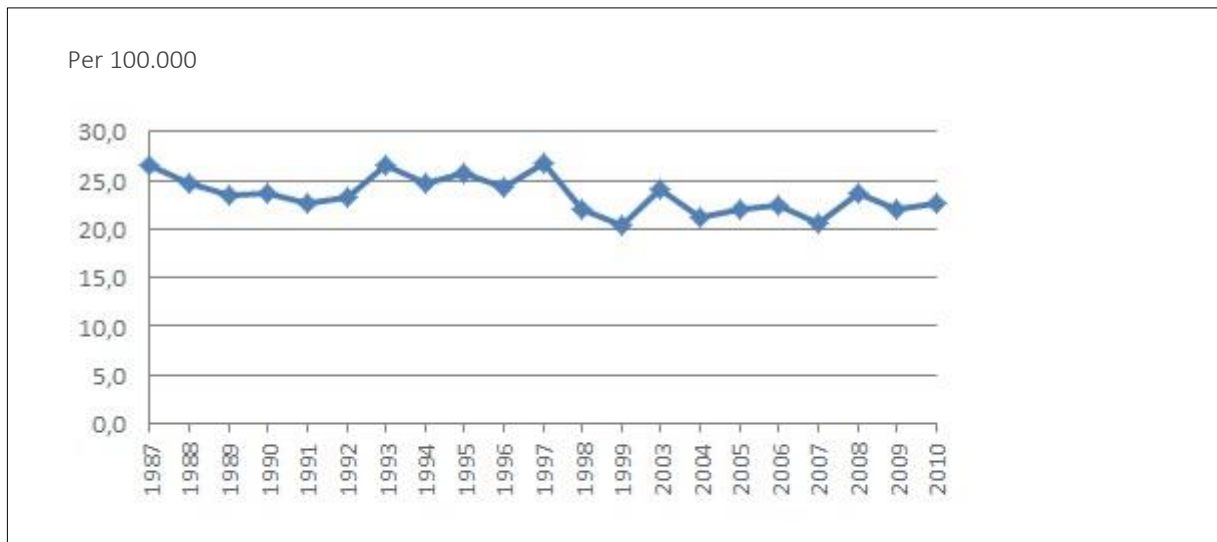
Figuur 2.13: Gemiddelde suïciderate Waals Gewest 2006-2010, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: WIV-ISP

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

Figuur 2.14: Evolutie suïciderate Waals Gewest 1987-2010.

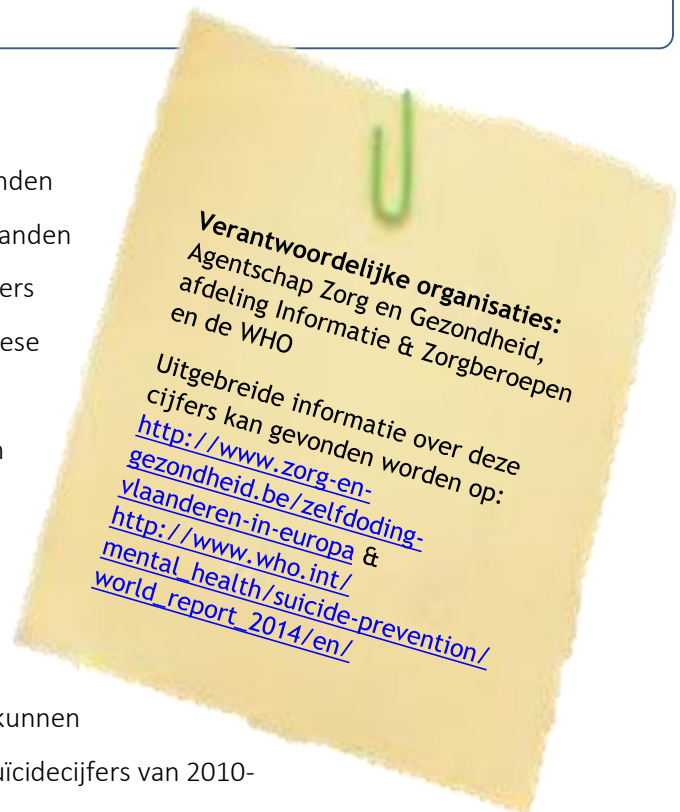


Bron: WIV-ISP

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

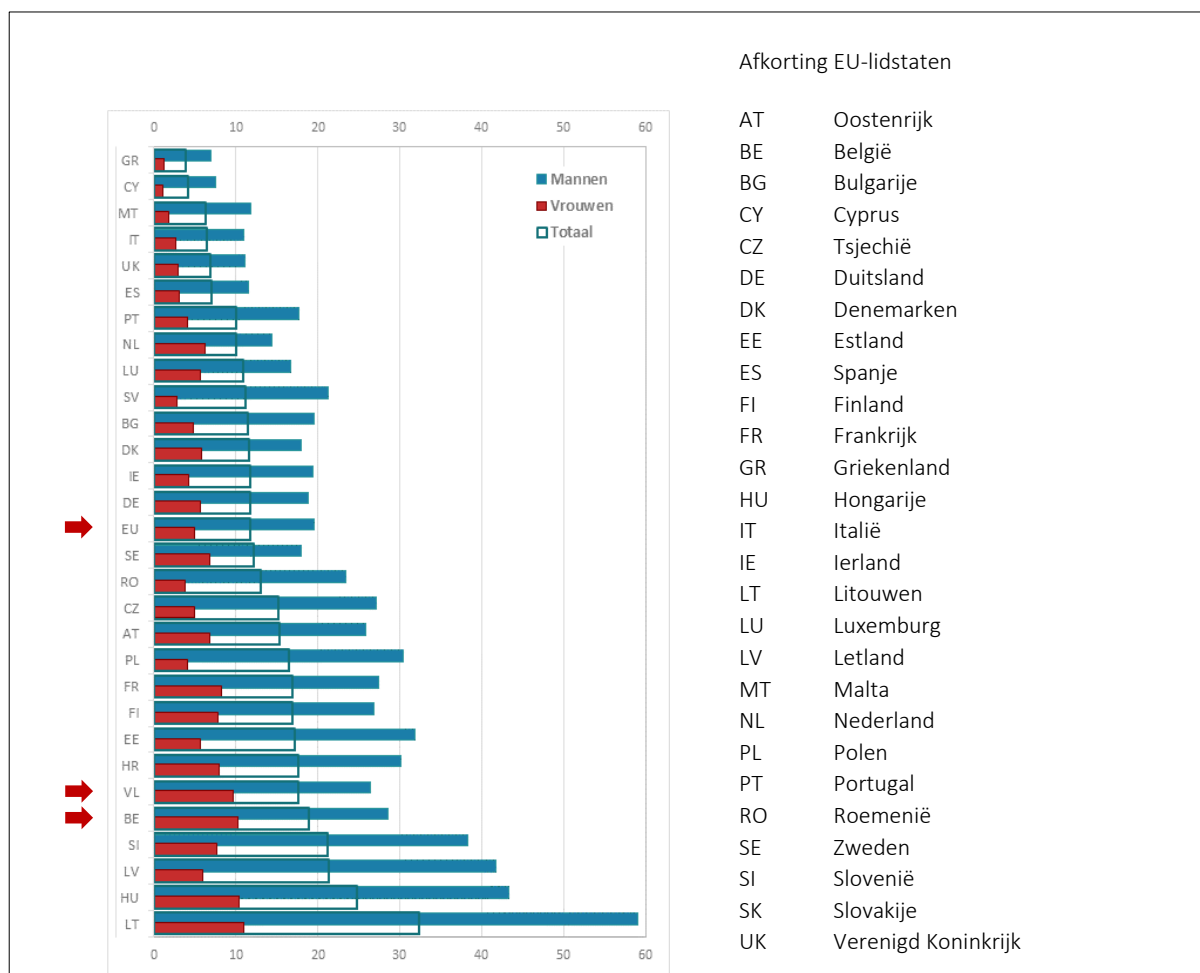
Vlaanderen binnen Europa

Wanneer de suïcidecijfers van de omliggende landen wordt bekeken, dan valt op dat in verschillende landen de voorbije jaren een toename van de suïcidecijfers kon worden vastgesteld. Voorbeelden van Europese landen waarvan het suïcidecijfer steeg van 2012 naar 2013 zijn: Nederland, Griekenland, Polen en Tsjechië. In verschillende landen is het suïcidecijfers de voorbije jaren gedaald, waaronder in Zwitserland en Luxemburg. Om grondige vergelijkingen te kunnen maken en om een representatief Europees gemiddelde te kunnen berekenen, baseren we ons op de gemiddelde suïcidecijfers van 2010-2012. Aanvullend hierop wordt het suïcidecijfer van België vergeleken met het Europees gemiddelde van 2012.



Zoals in figuren 2.15, 2.16 en tabel 2.2 te zien is, maakt Vlaanderen onderdeel uit van de Europese lidstaten die kampen met hoge suïcidecijfers. Het Vlaams suïcidecijfer ligt 1.5 keer hoger dan het gemiddelde binnen Europa. Wat betreft vrouwen positioneert Vlaanderen zich samen met België helemaal bovenaan na Litouwen en Hongarije. Voor mannen zijn er tien landen die nog hogere suïcidecijfers hebben.

Figuur 2.15: Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams Gewest, gemiddelde 2010-2012 (voor zover beschikbaar) – op basis van de Europese Standaardbevolking 2030.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid afdeling Informatie & Zorgberoepen en Eurostat.

EU = Europese Unie - 28, VL = Vlaanderen

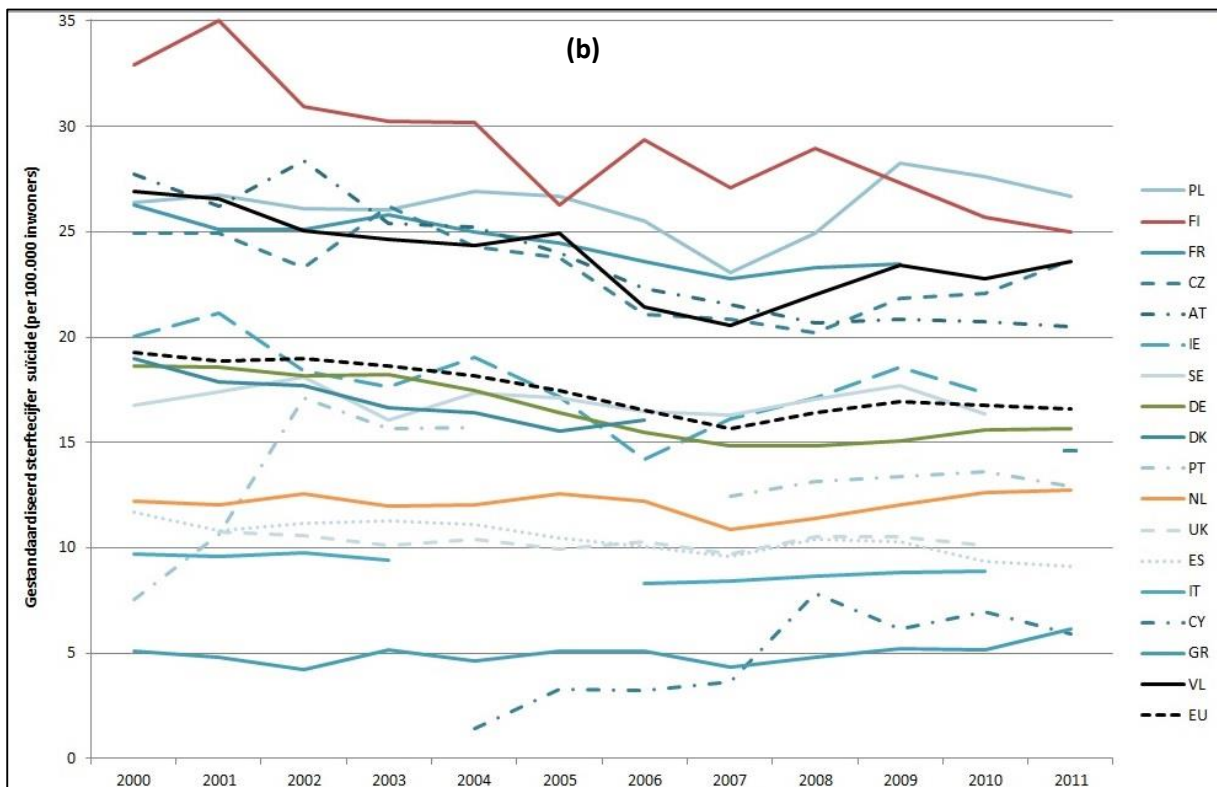
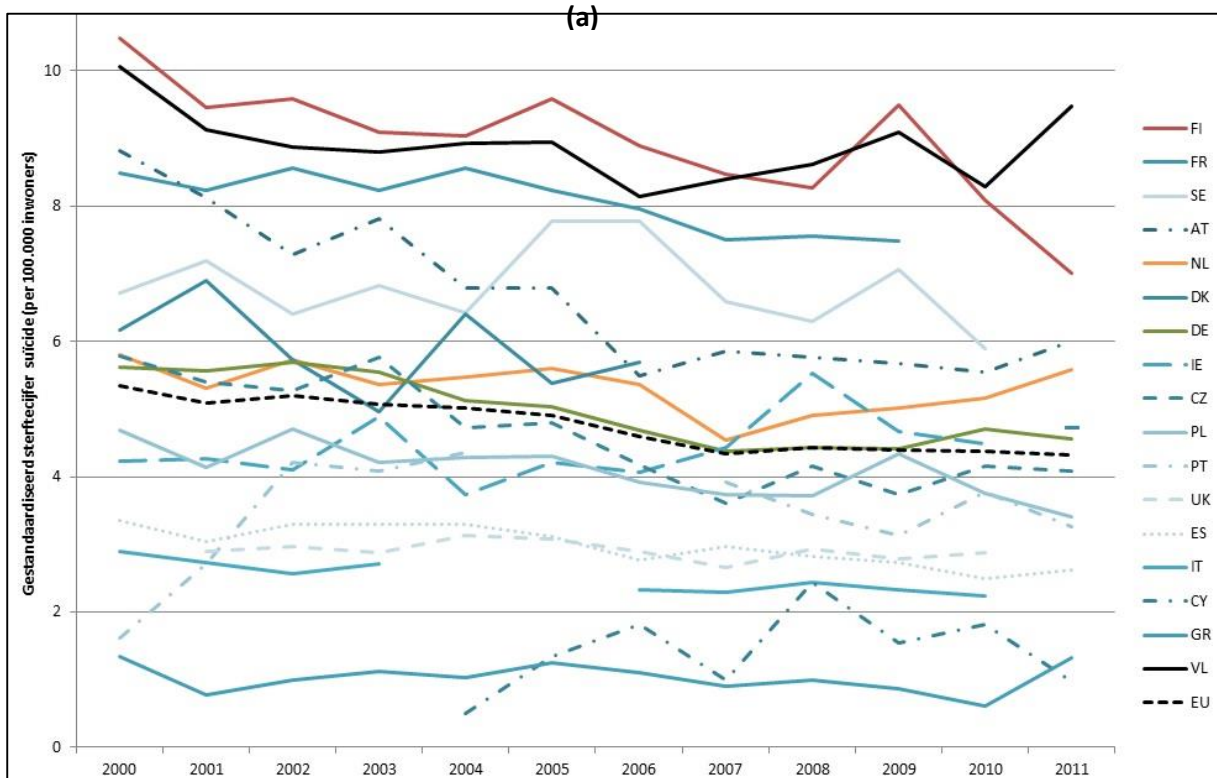
Tabel 2.2: Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-E; per 100.000 inwoners), voor België en Europa, verdeeld naar geslacht, 2011 en 2012.

	2011			2012		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
België	28.69	10.86	19.25	28.8	9.73	18.69
Europese Unie - 28	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 suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese standaardbevolking 2000

Figuur 2.16: 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 2000.



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

Zie pagina 41 voor een overzicht van de afkortingen van de EU-lidstaten

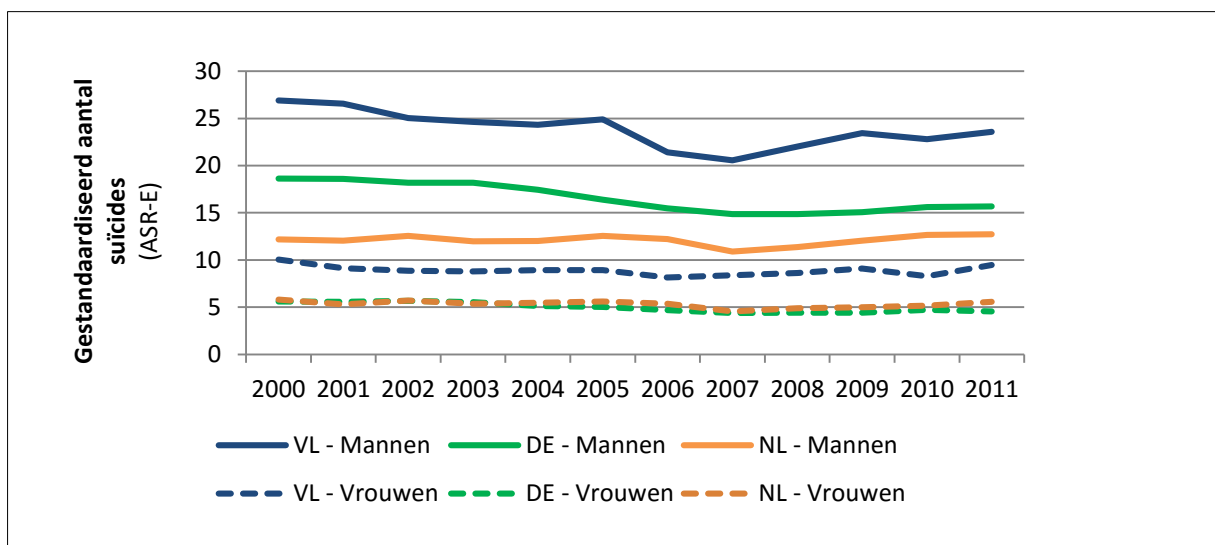
VL = Vlaanderen, EU = Europese Unie - 28

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 2.17 en 2.18).

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 2.17 tot en met figuur 2.20).

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

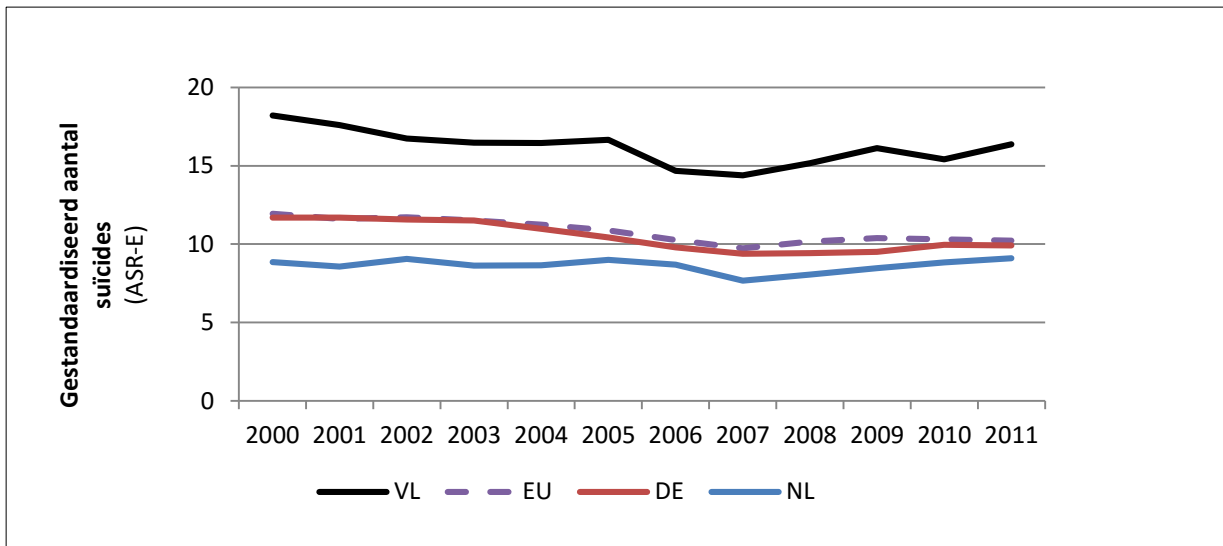


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen en HFA-DB

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 2000

VL = Vlaanderen, DE = Duitsland, NL = Nederland

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

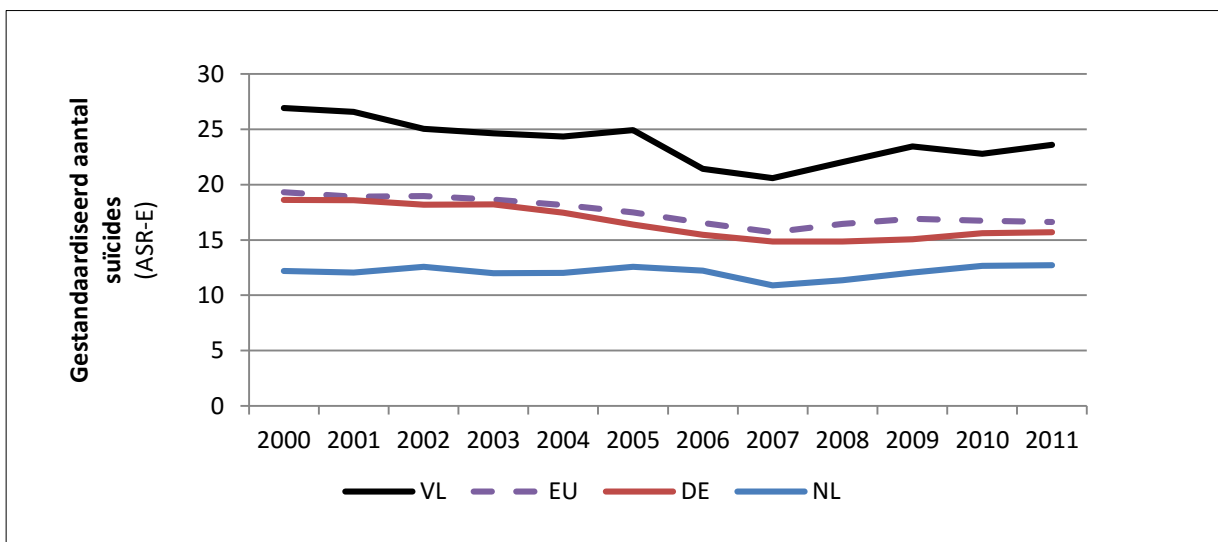


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Zorg & Informatieberoepen en HFA-DB

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 2000

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

Figuur 2.19: Evolutie van de suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland, Nederland en Europa als geheel voor de periode 2000-2011, voor mannen.

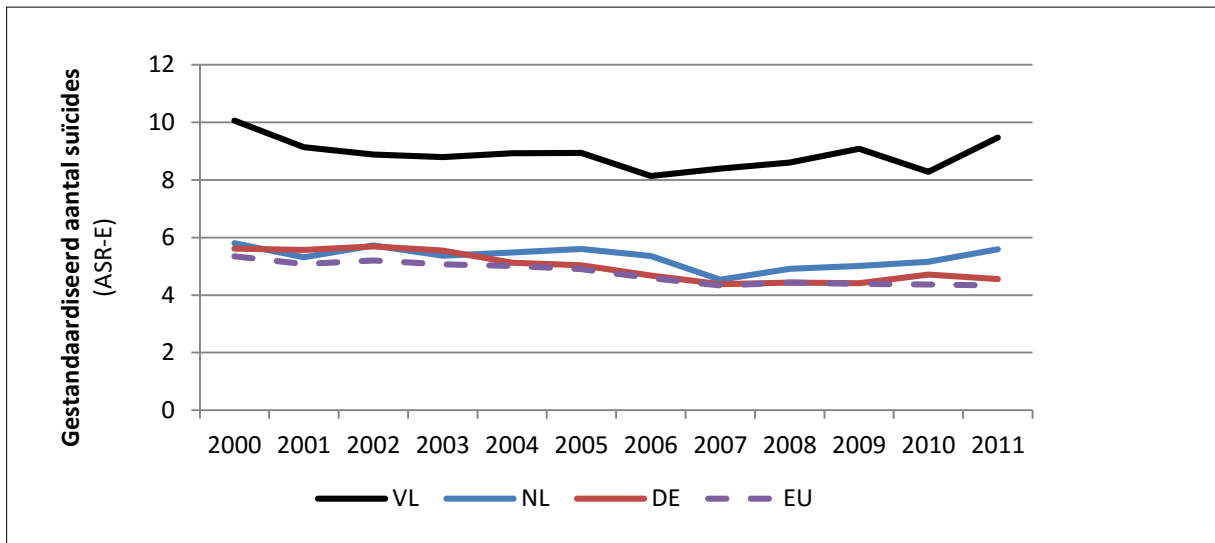


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie & Zorgberoepen en HFA-DB

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 2.20: 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

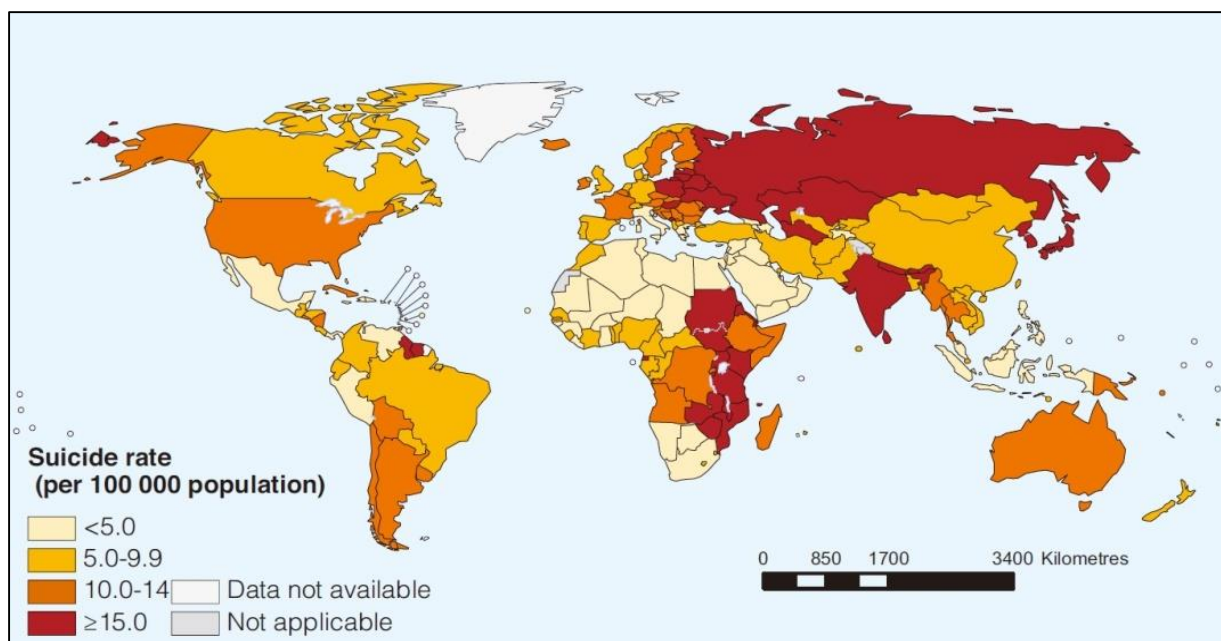
ASR-E = 'Age Standardized mortality Ratio (Europe)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking

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 2.21 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 ≥ 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 2.21: 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
België¹⁹	21.0	7.7	14.2
Landen met hoge inkomens	19.9	5.7	12.7
Wereldwijd	15.0	8.0	11.4

Bron: WHO, 2014

¹⁹ Omdat bij deze gestandaardiseerde suïdecijfers de Wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioenemer 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 41).

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.

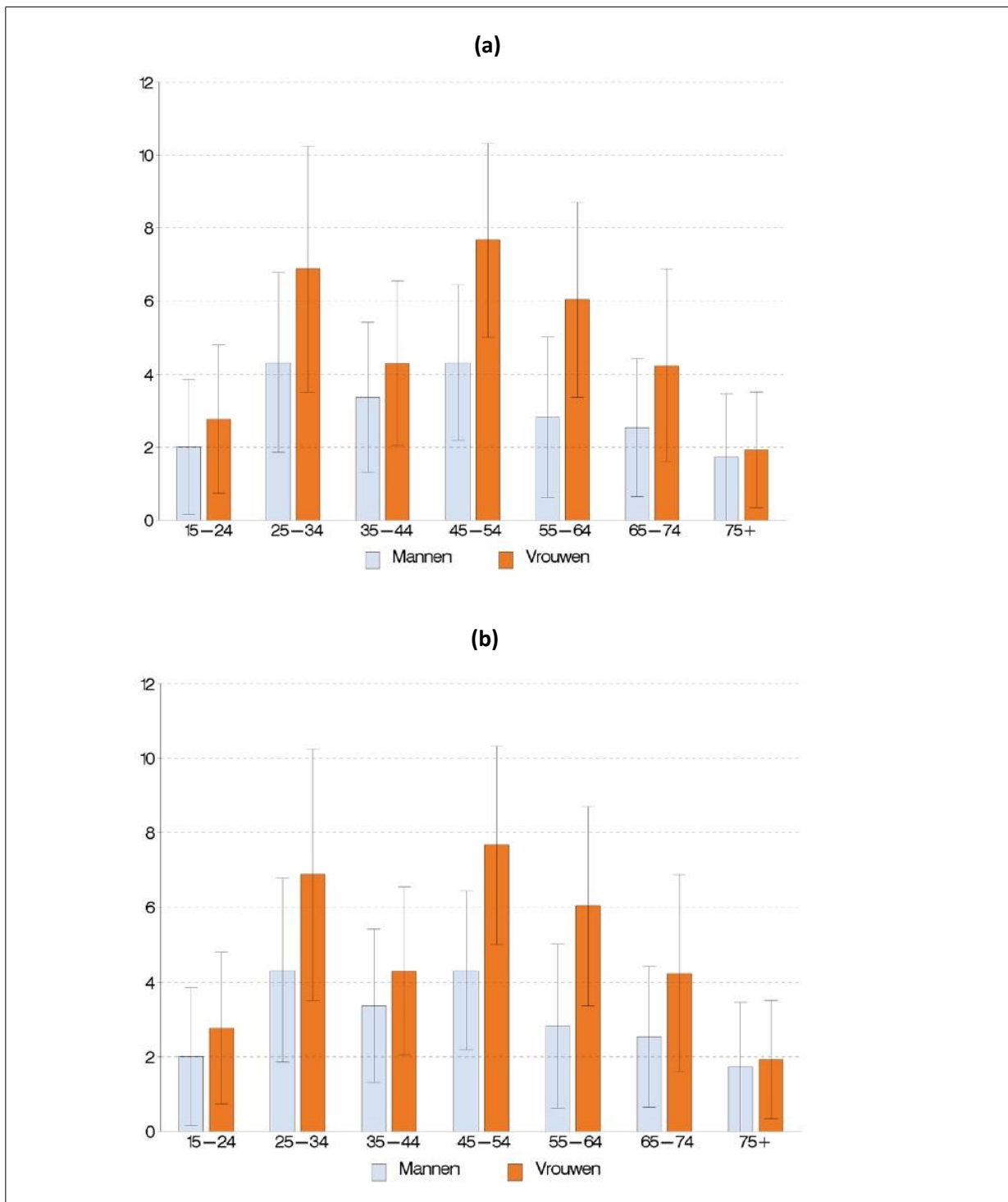


Leeftijd en geslacht

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

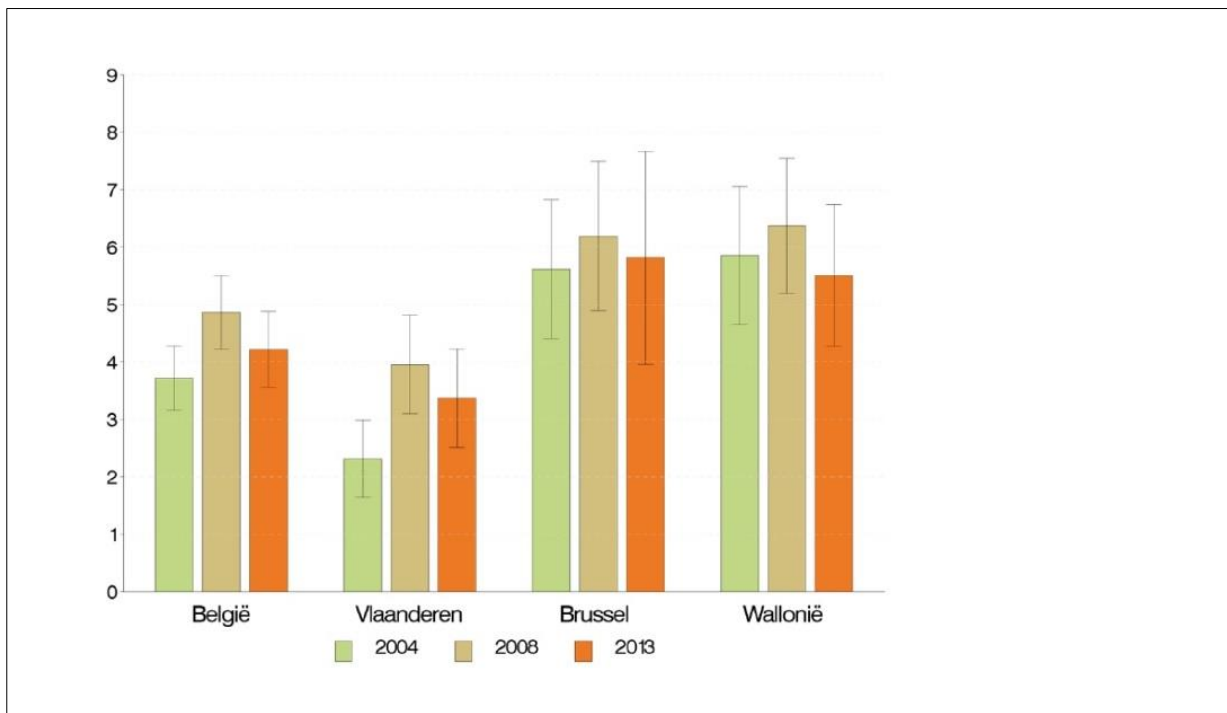
Suïcidepogingen per gewest

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.

Suïcidepogingen in relatie tot opleidingsniveau

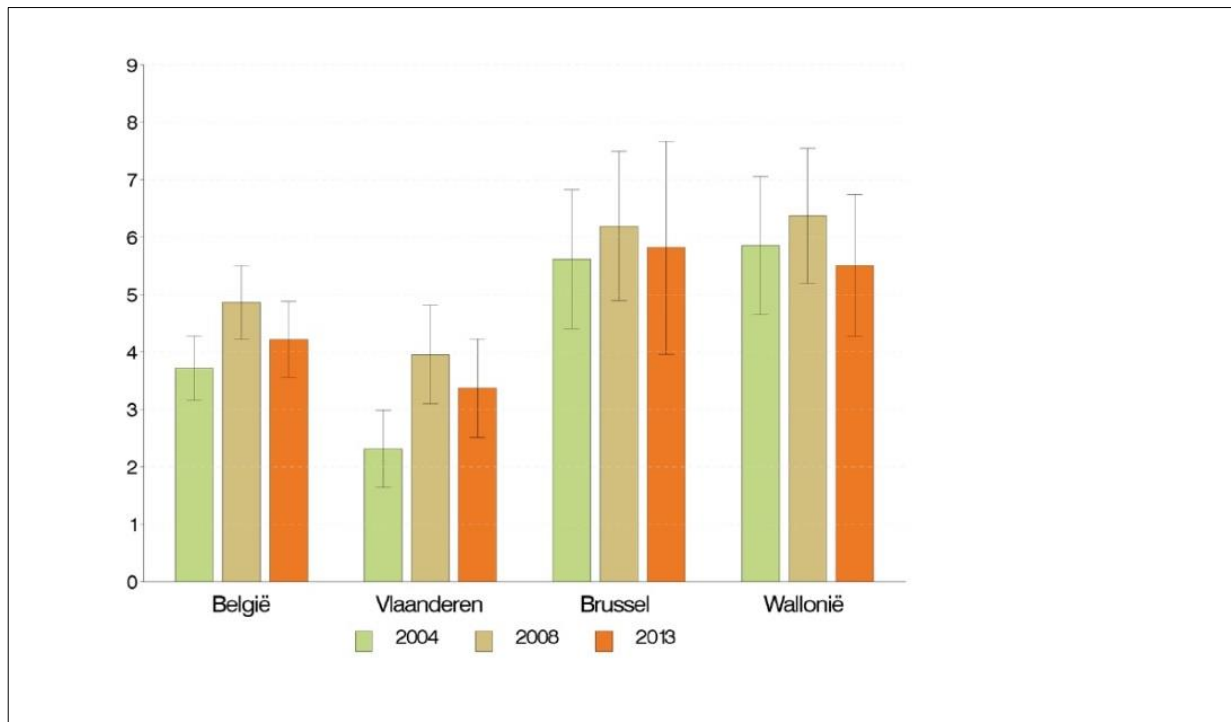
Suïcidepogingen (zowel lifetime als recent) hangen samen met het opleidingsniveau. Hoger opgeleiden rapporteren minder vaak dat ze ooit of in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête geprobeerd hebben hun leven te beëindigen. Dit verschil blijft voor beide indicatoren significant na correctie voor leeftijd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

Figuur 3.2: Percentage van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat een suïcidepoging 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

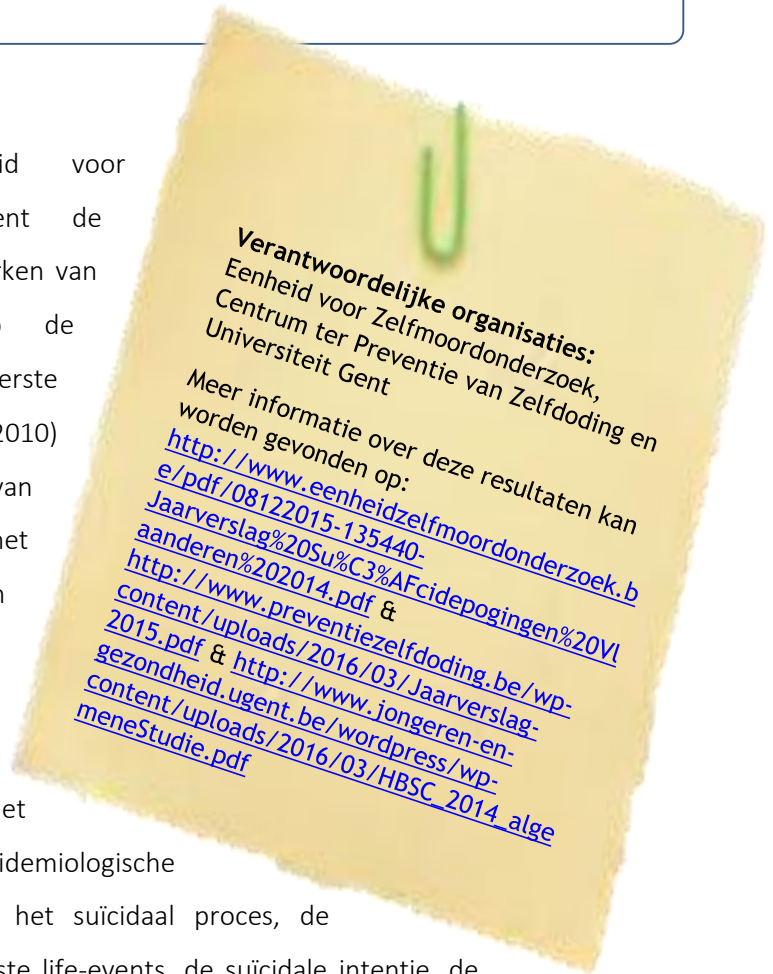
De analyse van de evolutie van de prevalentie van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen (lifetime en recent) in de verschillende gewesten geeft aan dat dit percentage tussen 2004 en 2013 constant blijft in Brussel en Wallonië (na correctie voor leeftijd en geslacht). In Vlaanderen is, zoals 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).²⁰ 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, 2015). Hieronder zullen de meest recente data (2014) worden beschreven.

Incidentie en evolutie suïcidepogingen

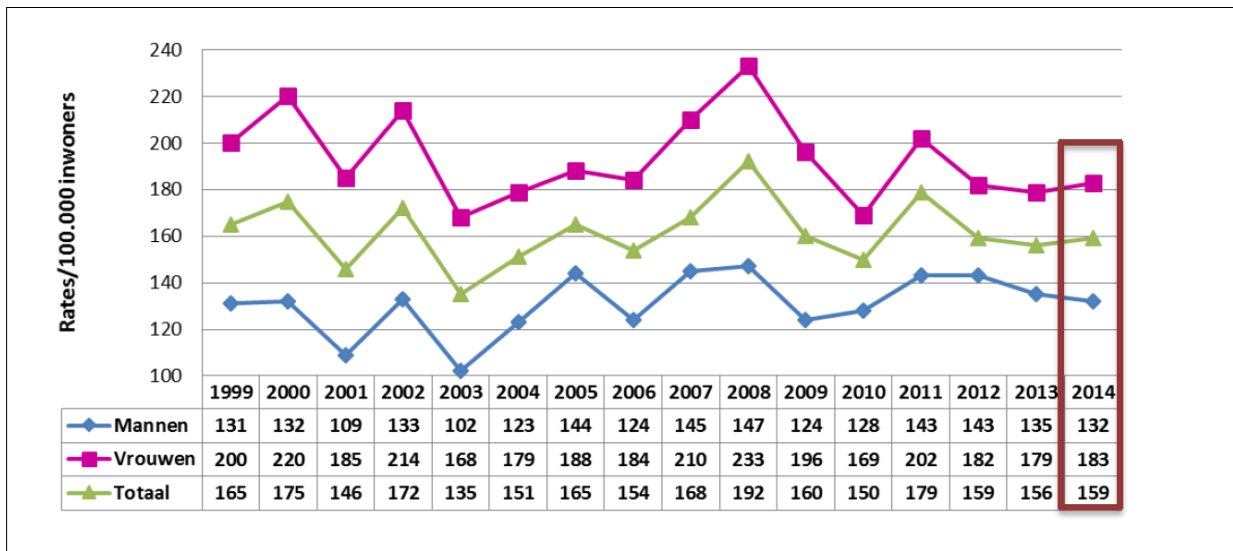
Bij de registratie van het aantal suïcidepogingen wordt onderscheid gemaakt tussen het aantal pogingen (event based, of EB) en het aantal pogingen door dezelfde persoon (person based, of PB). Een aantal personen wordt namelijk in hetzelfde jaar meer dan één keer (in hetzelfde ziekenhuis) opgenomen na een suïcidepoging. In 2014 werden bij de 37 deelnemende ziekenhuizen 2147 suïcidepogingen geregistreerd bij 2071 personen.



²⁰ 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.

Het gemiddelde van de totale person based rates gedurende de voorbije zestien registratiejaren bedraagt, net zoals in 2013, 162/100.000 inwoners. Wanneer de person based rate van 2014 wordt vergeleken met die van 2013, blijkt dat er een niet-significante stijging is van 1.9%. Onderstaande figuur toont de evolutie van de person based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2014.

Figuur 3.4: Evolutie PB-rates van suïcidepogingen in Vlaanderen, volgens geslacht 1999-2014.



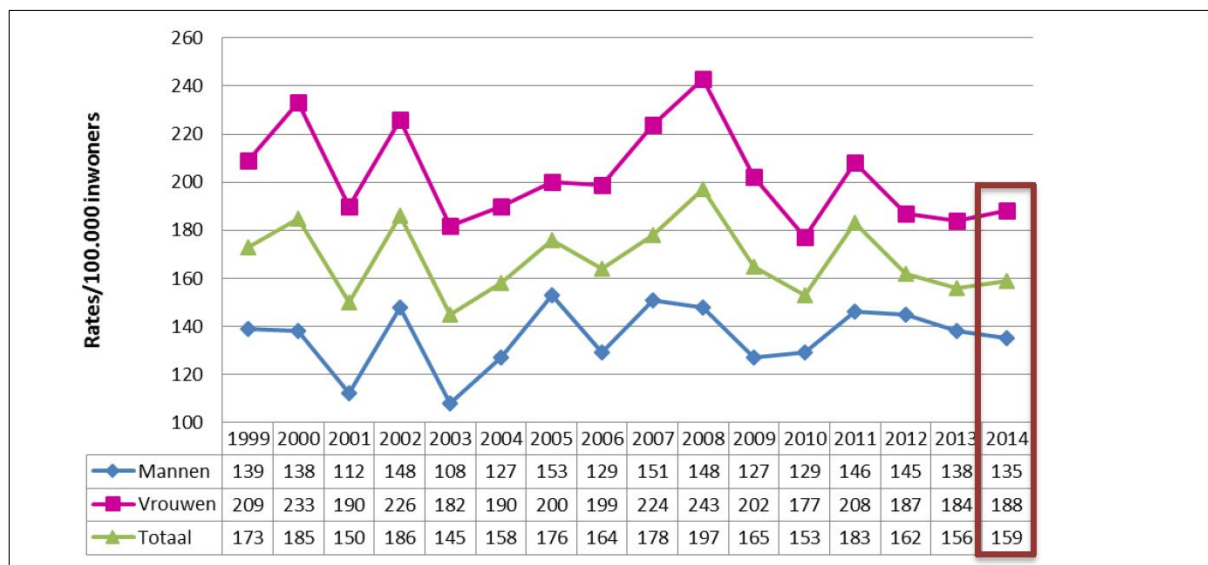
Bron: Vancayseele et al. 2015

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 zestien jaar, bedraagt 168/100.000 inwoners. Ten opzichte van 2013 is de EB-rate van 2014 met 1.9% gestegen, deze stijging is echter niet significant. In absolute cijfers betekent dit dat in 2014 naar schatting 10.236 pogingen voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag.

Evolutie suïcide versus evolutie suïcidepogingen

In absolute aantallen werd er in 2013 zowel een (niet-significante) lichte daling in het aantal sterfgevallen door suïcide (6.5%) als in het aantal suïcidepogingen (3.1%) opgetekend ten opzichte van 2012. Wanneer de evolutie van de suïcidepogingen wordt vergeleken met de evolutie van de suïcides in de periode 2009-2013, zien we gelijkaardige schommelingen. Met name een daling in de rates voor zowel suïcide als suïcidepogingen in 2010 ten opzichte van 2009, gevolgd door een toename in 2011 en een daling 2012 en 2013. Bij de mannen was er zowel bij de suïcides als bij de suïcidepogingen een sterke daling in 2013 ten opzichte van 2012. Bij de vrouwen was er zowel bij de suïcides als bij de suïcidepogingen eerder sprake van een lichte daling in 2013 ten opzichte van 2012.

Figuur 3.5: Evolutie EB-rates in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2014.

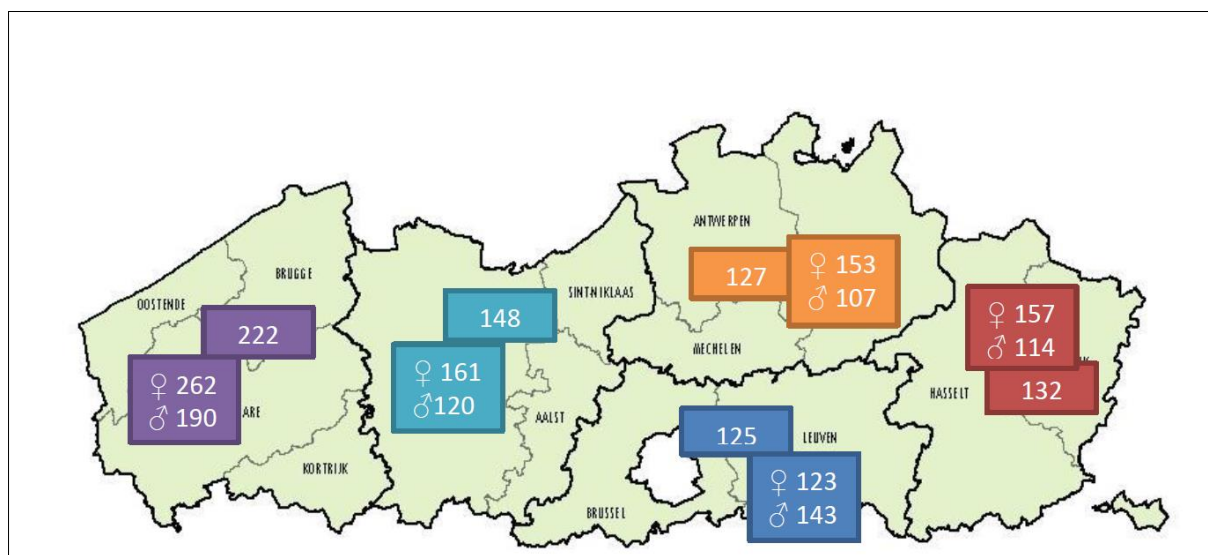


Bron: Vancayseele et al. 2015

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), 2014.



Bron: Vancayseele et al. 2015

Gegevens IPEO²¹

Geslacht

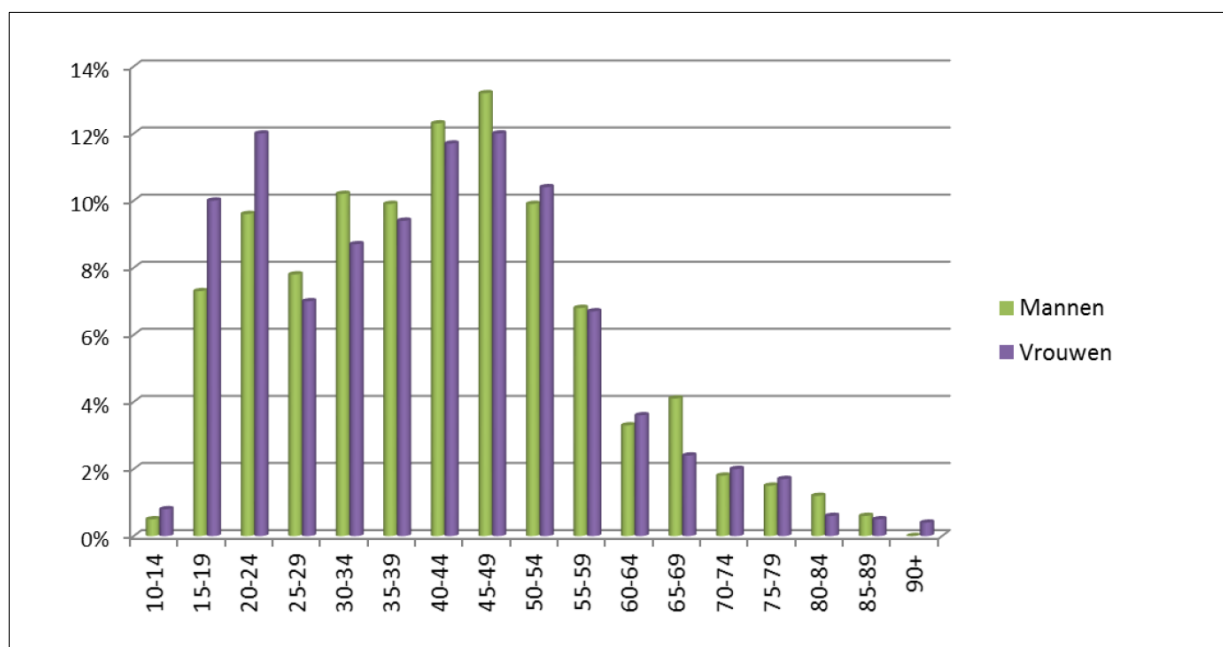
In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suicide, ligt het aantal suicidepogingen bij vrouwen hoger dan bij mannen (1.7:1).

Leeftijd

In figuur 3.7 wordt per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven dat één of meerdere suicidepogingen ondernam in 2014. Wanneer gekeken wordt naar de absolute aantallen, dan hebben de meeste suicidepogingen plaatsgevonden in de leeftijdscategorie 20-24 jaar en 40-49 jaar, dit komt overeen met de bevindingen van de voorbije drie jaar (2011-2013). 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 suicidepogers in Vlaanderen was 40.8 jaar; voor mannen was dit 41.6 jaar en voor vrouwen 40 jaar.

Figuur 3.7: Leeftijdsverdeling suicidepogers volgens geslacht, 2014.



Bron: Vancayseele et al. 2015

²¹ In 2014 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 (40.6%) 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). In 2014 was 39.1% van de geregistreerde suïcidepogers werkend en was 15.6% werkloos, 45.3% was economisch inactief. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die invalide verklaard werden (41.6%). 28% was economisch inactief omwille van pensioen en 29.4% omdat men student was.

Wanneer de economische situatie van Vlaamse suïcidepogers vergeleken wordt met die van de Vlaamse algemene bevolking, dan valt op dat de algemene werkloosheidsgraad²², die in 2014 5.9% bedraagt, relatief lager is dan die van de suïcidepogers (15.6%). De algemene werkzaamheidsgraad²³ (61.9% in het laatste kwartaal van 2014), is daarentegen relatief hoger dan die van de Vlaamse suïcidepogers (39.1%).

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. In huidig onderzoek werd bij ongeveer 87% van de geregistreerde suïcidepogers de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in kaart gebracht. Voor bijna de helft (47.5%) was dit de eerste suïcidepoging. Ongeveer een kwart van de suïcidepogers (26.8%) had reeds één eerdere poging ondernomen, 10.1% twee, 4.6% drie en 9.2% reeds vier of meer eerdere pogingen. 1.7% had één of meerdere voorgaande pogingen ondernomen, maar het aantal was onduidelijk.

Middelenmisbruik

Bij 55% 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 ongeveer twee derde van de suïcidepogers (65%), was er géén vermoeden van

²² Bron: bestat.economie.fgov.be.

²³ Bron: www.werk.be/cijfers/trends-en-conjunctuur.

alcohol- of drugmisbruik. Bij 6.5% van de suïcidepogers was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij bijna een derde van de pogers (28.5%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”. “Waarschijnlijk misbruik” kwam significant vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij vrouwen was er significant vaker geen vermoeden van alcohol- of drugmisbruik dan bij mannen.

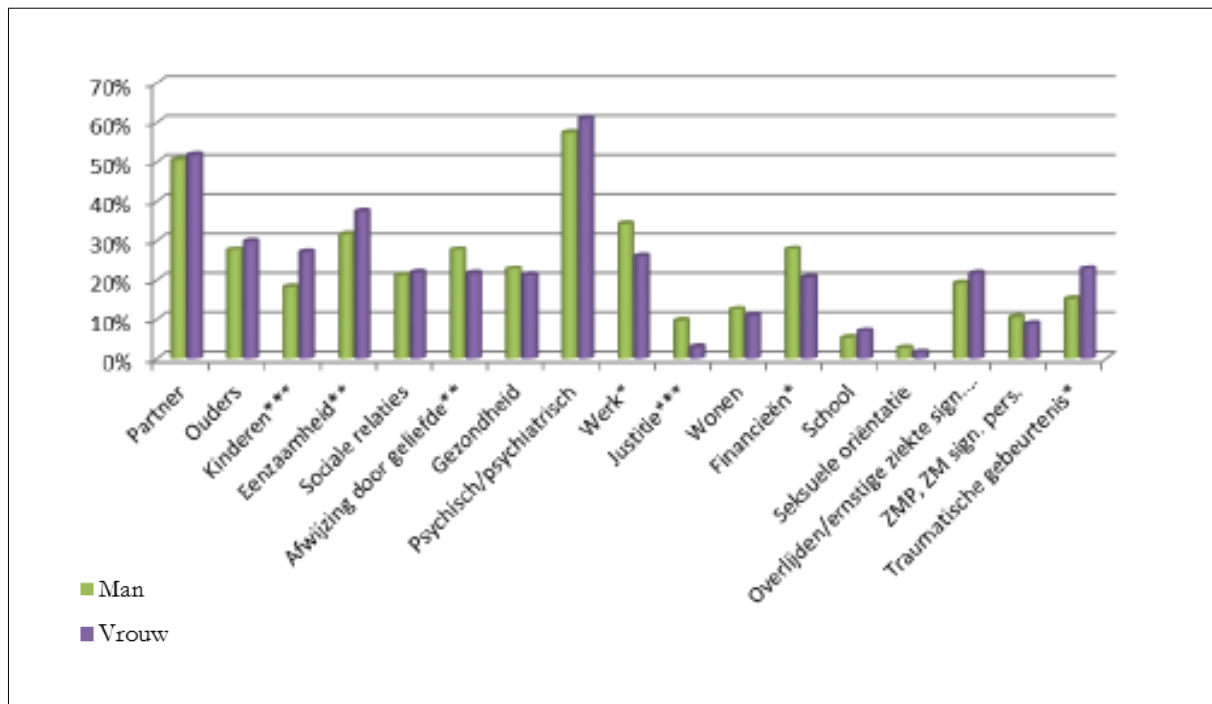
Diagnose

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen. Bij 347 suïcidepogers (37% van de totale steekproef) werd enkel een probleembeschrijving en dus geen diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (27.1%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Ook “acute aanpassingsstoornis” (10.8%) werd frequent vermeld. Daarnaast werd in 10.5% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 4.6% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Slechts in 5.1% van de gevallen vermeldde men een andere diagnose. Hieronder werden onder andere volgende 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 van de pogers gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (39.7%) of maanden (12.7%) aanwezig waren. Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen problemen die spontaan worden medegedeeld en problemen waarnaar, omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag, expliciet werd gevraagd. Wat betreft de spontaan gerapporteerde problemen, werden relationele problemen (51.3%) en psychische klachten of psychiatrische symptomen (59.6%) het vaakst genoemd. Met betrekking tot de problemen die expliciet werden bevraagd, gaf 20.2% aan geconfronteerd te zijn geweest met een traumatische gebeurtenis of het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander (20.7%). Bij 9.5% werd gerapporteerd dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

Figuur 3.8: Ervaren problemen verdeeld volgens geslacht, 2014.



Bron: Vancayseele et al., 2015

*Significant geslachtsverschil ($p < .01$)

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

*** Significant geslachtsverschil ($p < .001$)

Motieven

Wanneer gevraagd werd naar de motieven voor de suïcidepoging, werd “de situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” (46.7%), gevolgd door “ik wilde sterven” (43.2%) het meest aangehaald. Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (38%) en “vreselijke gedachten” (23.6%) 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.

Behandelplan na spoedopname

Bij 1467 suïcidepogers (64.5% van de totale steekproef) werd het zorgtraject geregistreerd. Bij 6.3% van de suïcidepogers werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 4.6% ging het om een ontslag op

advies, bij 1.7% om een ontslag op tegenadvies en 0.3% van de patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis).

Bij een kwart van de suïcidepogers (25.4%) werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. Ruim driekwart van de pogers (78.3%) werd residentieel behandeld nadat hij of zij zich had aangemeld op de spoeddienst: een kwart van de patiënten (28% van de totale groep) verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 14.7% werd doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis en 39.7% werd doorverwezen naar een PAAZ dienst. 13.1% van de patiënten verbleef op een somatische afdeling. Er is een stijging van 11.4% wat betreft de residentiele behandelingen ten opzichte van 2013. Er is vooral een toename in het aantal opnames op een PAAZ-afdeling.

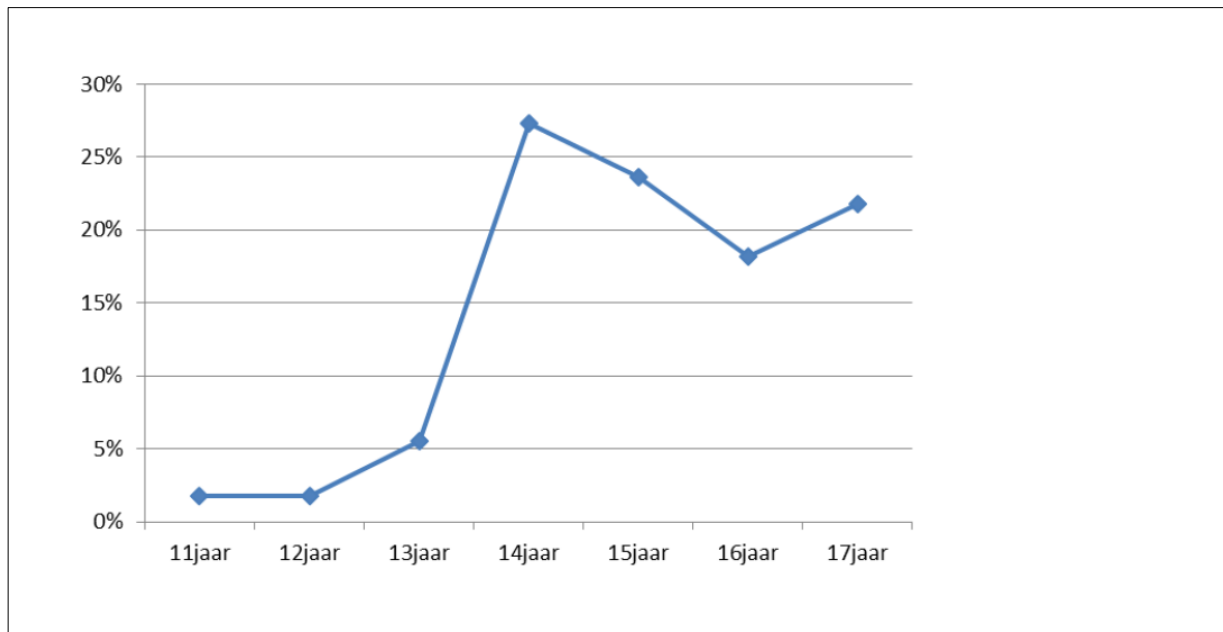
Suïcidepogingen jongeren

De implementatie van het KIPEO (zie pagina 52) is op dit moment volop in ontwikkeling. In 2014 werden er KIPEO's verkregen via 14 algemene ziekenhuizen en van één kinderpsychiatrisch centrum. Er werden in 2014 geen KIPEO's verkregen van de Centra voor Leerlingbegeleiding (CLB) of Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). In vergelijking met 2013, waren er in 2014 vier keer zoveel registraties gebeurd aan de hand van het KIPEO bij kinderen en jongeren na een suïcidepoging. Toch dient onderstaande informatie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. De analyses kunnen niet altijd opgesplitst worden volgens geslacht, wegens de kleine groep jongens. Wanneer het gebruik van het KIPEO in de algemene ziekenhuizen, CLB's en CGG's gradueel toeneemt, kan er meer nauwkeurige en specifieke informatie omtrent deze doelgroep gegeven worden.

Geslacht en leeftijd

Onder de jongeren die in 2014 een suïcidepoging ondernamen en die bevestigd werden aan de hand van het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (n=43; 79.6%) dan jongens (n=11; 20.4%). De gemiddelde leeftijd waarop de jongere een suïcidepoging ondernam, was 15 jaar. Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 14 jaar, bij de meisjes was dit 15 jaar. Zie figuur 3.9.

Figuur 3.9: Leeftijdsverdeling van jonge suïcidepogers, 2014.



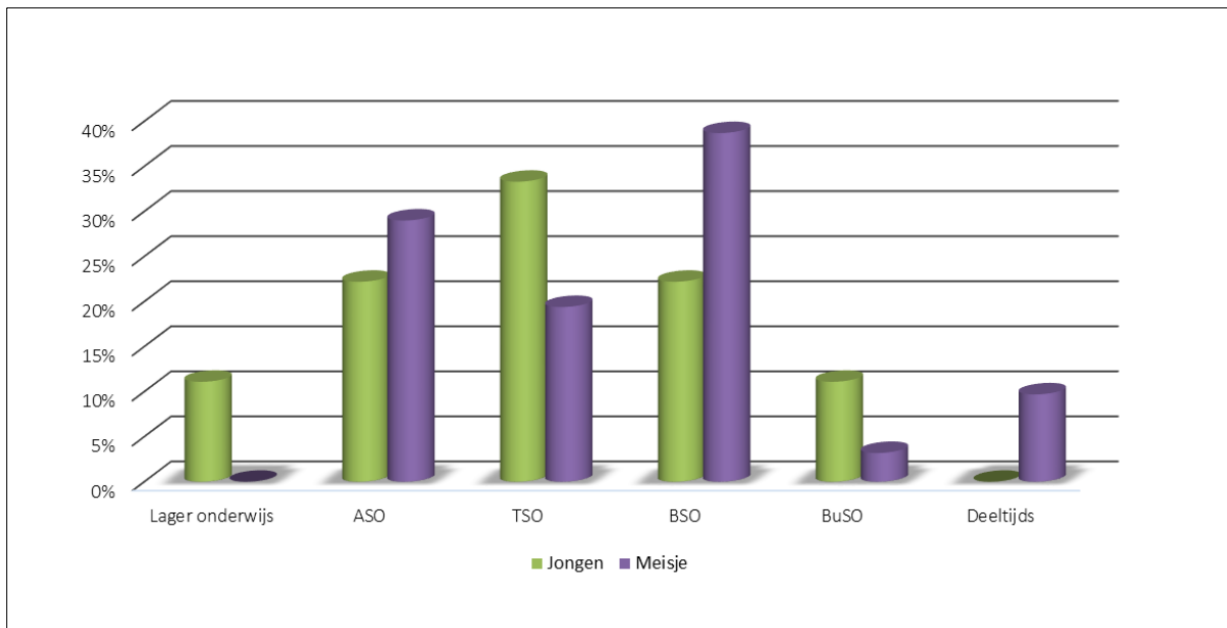
Bron: Vancayseele et al. 2015

Woonsituatie en schoolsituatie

90% van de bevroegde jongeren gaf aan bij familie te wonen, meer specifiek bij de ouders (48.7%), in co-ouderschap (12.8%), in een eenoudergezin (20.5%), in een nieuw samengesteld gezin (7.7%), bij andere familieleden zoals broer/zus, grootouders of tante (10.3%). Eén op de tien jongeren (10%) woonde in een gezinsvervangende situatie, de helft van deze jongeren woonde in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg) en de andere jongeren woonde in een pleeg- of adoptiegezin.

In figuur 3.10 wordt de schoolsituatie van de jongeren weergegeven. Hieruit blijkt dat meer dan één derde van de jongeren (35%) een BSO-richting volgde in het secundair onderwijs. 27.5% van de jongeren volgde een ASO richting en 22.5% volgde een TSO richting. 5% van de jongeren volgde een richting in het BuSO en 7.5% volgde deeltijds onderwijs. In figuur 3.10 wordt de schoolsituatie van de jongeren weergegeven.

Figuur 3.10: Schoolsituatie van jonge suïcidepogers, 2014.



Bron: Vancayseele et al. 2015

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 63.8% van de jongeren aan dit de eerste suïcidepoging was. 23.4% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen. Een klein aantal jongeren had reeds twee of meerdere suïcidepogingen ondernomen. Bij 82.4% van de jongeren was de vorige poging minder dan 6 maand geleden en bij 93.8% van de jongeren was er iemand op de hoogte gebracht zoals een ouder, broer of zus, een vriend(in) en/of een vertrouwenspersoon op school. 61.5% van de jongeren gaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. 16.7% van de jongeren werd geholpen door hun ouders of voogd en 83.3% door een psycholoog.

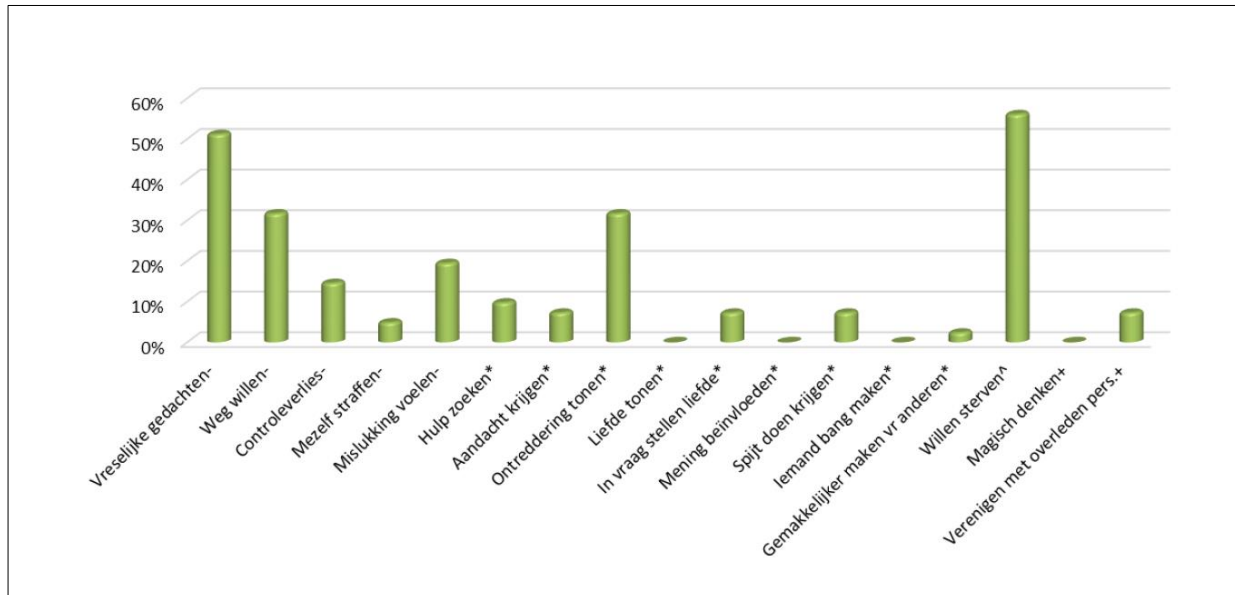
Het merendeel (57.6%) van de jongeren gaf aan dat er sprake was van automutilatie. Bij 94.4% van deze jongeren vond dit gedrag minder dan zes maanden geleden plaats.

Motieven

De meest frequente motieven die door de jongeren werden aangehaald, waren “ik wilde sterven” (56.1%) en “Mijn gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (51.2%), “Mensen laten begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was” (31.7%) en “Wou een tijdje weg uit een

onmogelijke situatie” (31.7%). Ook “Ik verloor de controle over mezelf en weet niet waarom ik dat toen deed” (14.6%) werd frequent aangehaald. Zie figuur 3.11.

Figuur 3.11: Motieven voor de suïcidepoging, 2014.



Bron: Vancayseele et al. 2015

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 62.5% van de jongeren sprake was van een lage suïcidale intentie.

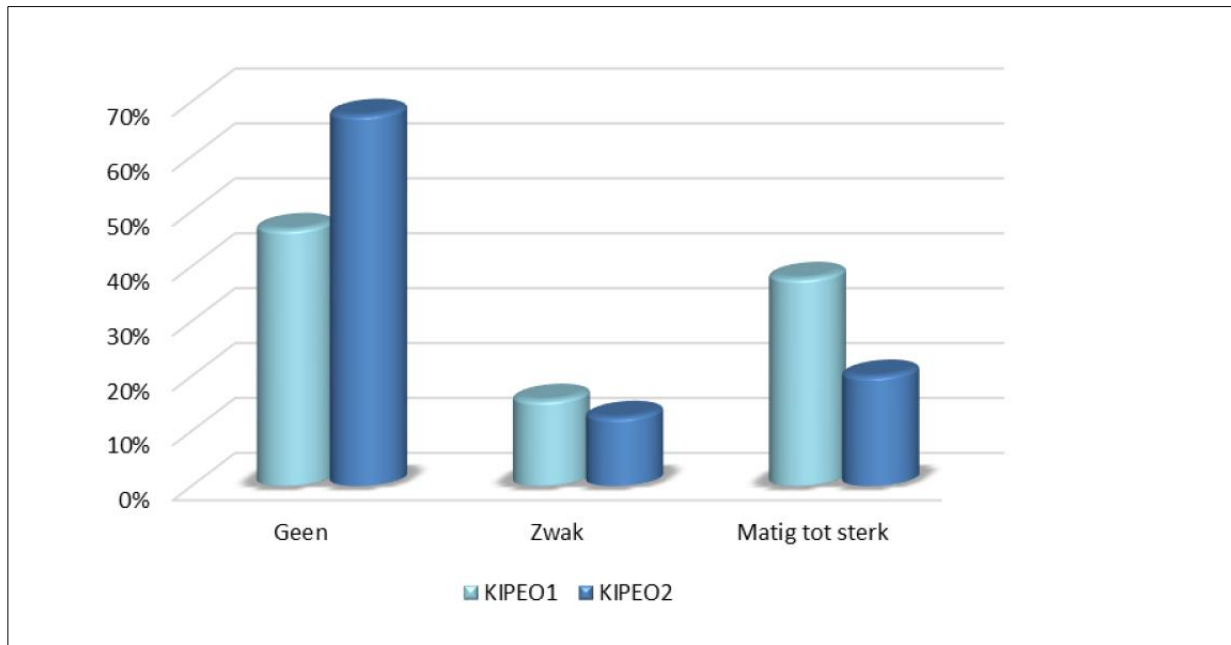
Suïcidale ideatie na een suïcidepoging

Wanneer na een suïcidepoging bij de jongere gepeild wordt naar de mate waarin er sprake is van suïcidale ideatie, dan gaf bijna de helft (46.7%) van de jongeren aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 15.6% van de jongeren gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 37.8% van de jongeren gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

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. 67.5% van de jongeren gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw

verwonden van zichzelf en 12.5% had eerder zwakke gedachten. Eén op de vijf jongeren (20%) gaf tijdens KIPEO 2 aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfbeschadiging.

Figuur 3.12: Suïcidale gedachten na een poging, 2014.



Bron: Vancayseele et al. 2015

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren, studie Jongeren en Gezondheid

Een studie die ook informatie verschaft over suïcidaal gedrag bij de jongerenpopulatie in Vlaanderen, is de studie Jongeren en Gezondheid.²⁴ Meer specifiek geeft deze studie informatie over de prevalentie van Vlaamse jongeren die ooit opzettelijk teveel pillen hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd hebben zich lichamelijk te beschadigen.

In totaal bestaat de steekproef van de studie Jongeren en Gezondheid in 2014 uit 9.566 leerlingen van het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zevende jaar secundair onderwijs²⁵, waarvan 56.5% jongens en 43.5% 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

In 2014 geeft 6.6% (N = 134) van de jongeren uit de derde graad van het secundair onderwijs aan dat hij of zij één enkele keer opzettelijk teveel pillen heeft geslikt of geprobeerd heeft zichzelf op een andere manier te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes). In 2010 was dit 8.4%, in 2006 nog 7.7%. 9.5% (N = 192) van de 17- tot 18-jarigen rapporteerde dit reeds meerdere keren gedaan te hebben, in vergelijking met 6.5% in 2010 en 9% in 2006. In totaal heeft dus 16.8% van de jongeren zichzelf één of meerdere keren opzettelijk lichamelijk beschadigd. Dit betekent een toename in vergelijking met 2010, toen dit percentage nog 14.7% bedroeg.

Zelfbeschadigend gedrag komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Bij de jongens heeft 4.2% zichzelf één keer opzettelijk proberen te beschadigen, terwijl bij meisjes dit 9.8% is (in 2010 respectievelijk 6.7% en 10.1%). In 2014 heeft 6.3% van de jongens twee keer of vaker geprobeerd zichzelf te beschadigen ten opzichte van 13.7% van de meisjes. In 2010 was dit respectievelijk nog 4.1% en 8.5%, in 2006 was dit respectievelijk 6% en 11.6%.

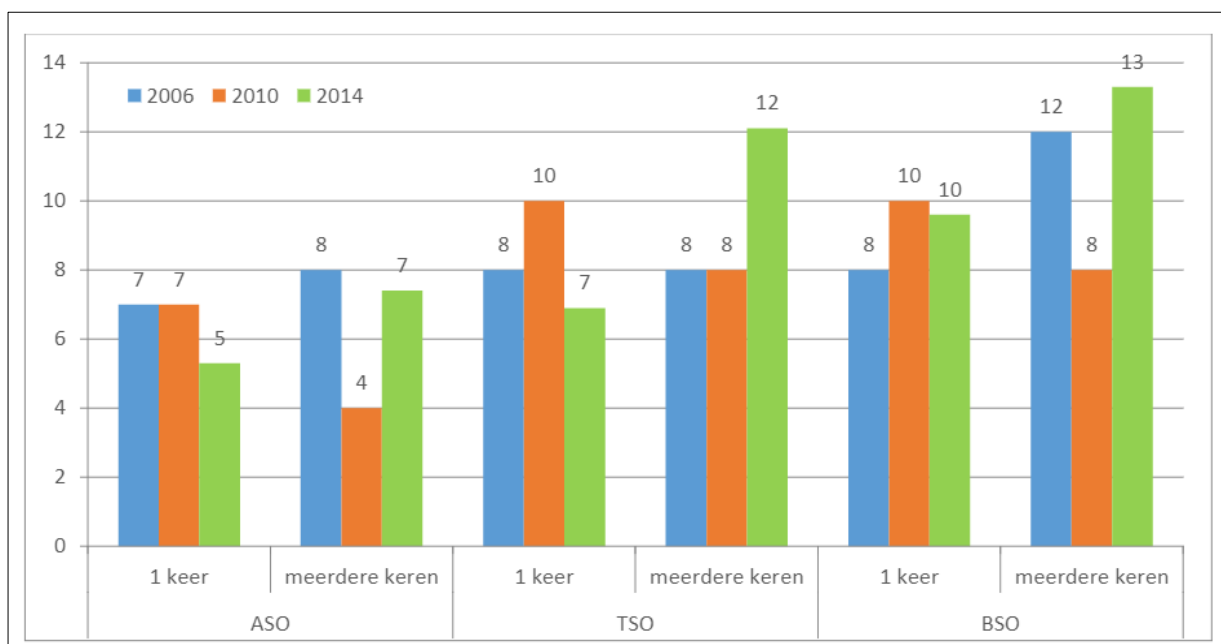
²⁴ De studie Jongeren en Gezondheid maakt deel uit van de internationale studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), uitgevoerd onder toezicht van de WHO. De eerste internationale gegevens dateren van 1983-1984 (4 landen). Vlaanderen nam voor de eerste keer deel aan de studie bij de derde survey in 1989-1990 (15 landen). De studie is uitgegroeid tot 44 landen in 2013-2014. Sinds '90 worden in Vlaanderen leerlingen vanaf het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde jaar secundair onderwijs bevraagd. De bevraging wordt om de vier jaar herhaald. Het Vlaamse netwerk beschikt momenteel over data van 9 onderzoeksronden (7 internationale metingen en 2 tussenliggende Vlaamse afnames in 1996 en 2000). De volgende bevragingscyclus is voorzien in 2017-2018.

²⁵ De gegevens van de leerlingen van het zevende jaar secundair onderwijs werden niet opgenomen in de verdere analyses om de vergelijkbaarheid met vorige enquêtes te garanderen.

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag per onderwijsrichting

Ook naar onderwijsrichting werden verschillen vastgesteld. Figuur 3.13 toont aan dat meer jongeren uit het beroepsonderwijs (9.6%) zichzelf meermaals hebben beschadigd ten opzichte van jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (7.4%). In vergelijking met de resultaten van 2010, is er sprake van een sterke stijging van meermaals zelfbeschadigend gedrag in het algemeen secundair onderwijs (van 4% in 2010 naar 7.4% in 2014) en in het beroepssecundair onderwijs (van 8% in 2010 naar 13.3% in 2014).

Figuur 3.13: Vlaamse 17- tot 18-jarigen die zichzelf opzettelijk beschadigen, verdeeld naar onderwijsrichting, 2014.



Bron: Deforche, Hublet, De Clercq, Van Lippevelde, & Buijs, 2014

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag jongeren: replicatie CASE-studie

Het onderzoek van Vanderstraeten (2016) had als doel opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het schooljaar 2015 in kaart te brengen bij Vlaamse jongeren van 14 tot 17 jaar in vijf secundaire scholen in regio Sint-Niklaas en te vergelijken met de resultaten van de CASE-studie in 2000. Bij dit onderzoek werden dezelfde definitie en studieopzet gehanteerd als bij de CASE-studie.

Prevalentie zelfbeschadigend gedrag 2015

Van de 1103 jongeren die de vraag met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag hadden beantwoord, gaven 171 (15.5%) jongeren aan ooit opzettelijk teveel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zichzelf lichamelijk te beschadigen (zie tabel 3.1). Deze jongeren voldeden in hun beschrijving aan de definitie van zelfbeschadigend gedrag, waarvan 25.7% meisjes en 4.8% jongens.

Jongeren gaven tevens aan wanneer de laatste episode van zelfbeschadigend gedrag had plaatsgevonden. Bij 25.7% van de jongeren vond de laatste episode plaats in de voorbije maand, bij 37.4% was dit langer dan een maand geleden (maar binnen het voorbije jaar) en bij 36.8% was dit reeds langer dan een jaar geleden (zie tabel 3.2).

Uit de resultaten blijkt dat jaarlijks 9.8% (waarvan 16.5% meisjes en 2.8% jongens) van de jongeren in de leeftijd van 14 tot 17 jaar in de regio Sint-Niklaas zichzelf opzettelijk beschadigt of teveel pillen inneemt. In de voorbije maand gaf 4.0% (6.2% meisjes, 1.7% jongens) van de jongeren aan zichzelf opzettelijk beschadigend te hebben of teveel pillen te hebben ingenomen.

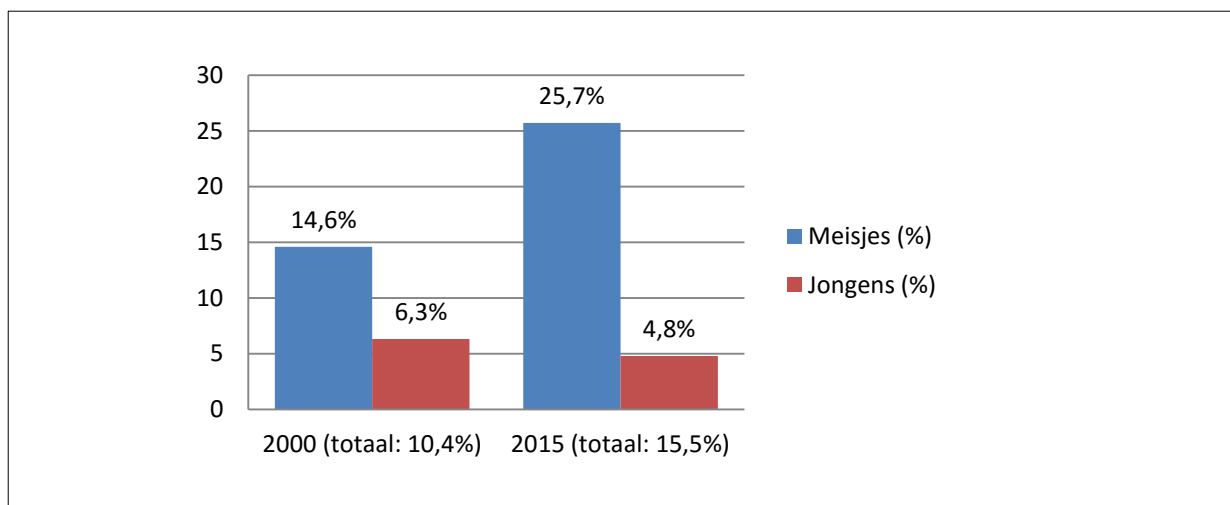
Tabel 3.1: De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000 en 2015.

Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	2000	2015
Regio	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Lifetime prevalentie		
-Totaal	10.4%	15.5%
- Meisjes	14.6%	25.7%
- Jongens	6.3%	4.8%
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
- Totaal	Geen cijfers	4.0%
- Meisjes	beschikbaar	6.2%
- Jongens		1.7%
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
-Totaal	10.4%	15.5%
- Meisjes	14.6%	25.7%
- Jongens	6.3%	4.8%

Prevalentie zelfbeschadigend gedrag 2015 versus 2000

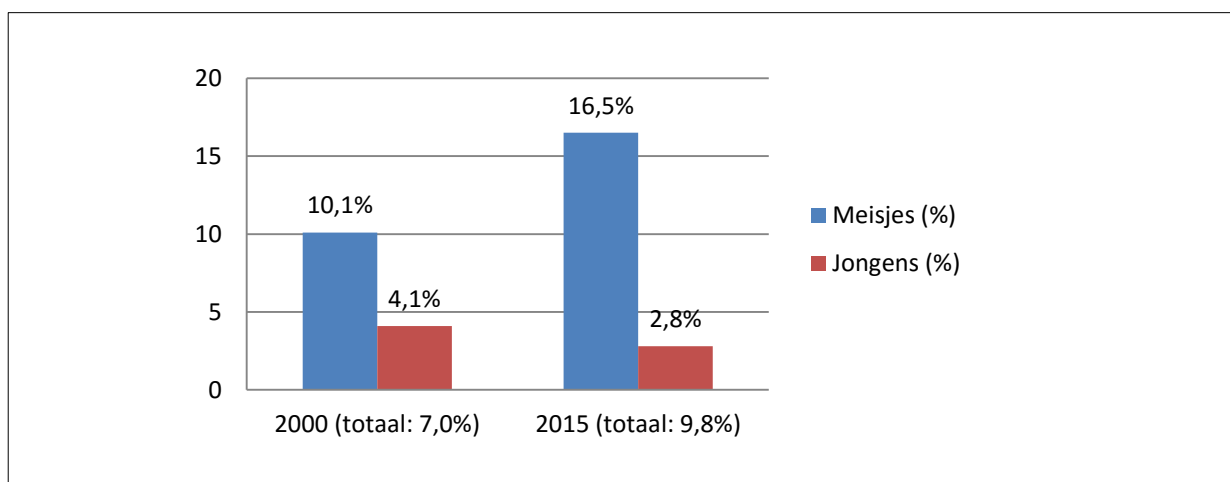
In vergelijking met 2000 toont het onderzoek een toename van jongeren die zichzelf beschadigen: zowel de lifetime prevalentie als de jaarlijkse prevalentie zijn toegenomen (zie figuur 3.14 en 3.15). Dit is vooral te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevroegd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

Figuur 3.14: De lifetime prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000 en 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

Figuur 3.15: De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen in het voorbije jaar, 2000 en 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

Frequentie zelfbeschadigend gedrag 2015

De jongeren konden aangeven of zij zichzelf éénmalig of vaker hadden beschadigd. 94 van de 171 jongeren (55%) geven aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd (zie tabel 3.2). Hierbij stellen meisjes significant meer herhaald zelfbeschadigend gedrag dan jongens (respectievelijk 85.1% versus 14.9%). Bij 45% van de jongeren ging het om éénmalig zelfbeschadigend gedrag.

Tabel 3.2: De frequentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000 en 2015.

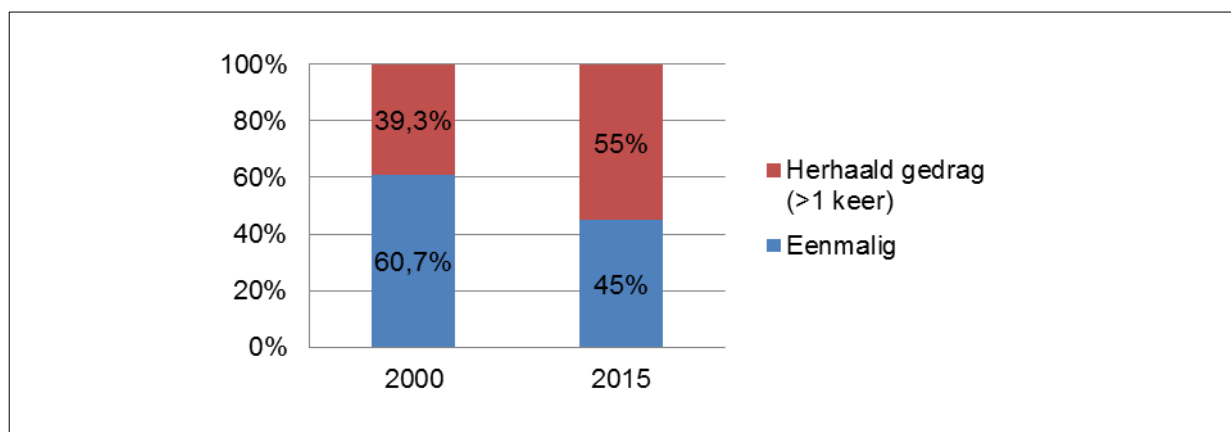
Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	2000	2015
Frequentie		
- Eénmalig	60.7%	45.0%
- Herhaald gedrag (> 1)	39.3%	55.0%
- Herhaald gedrag (> 1) meisjes	41.5%	85.1%
- Herhaald gedrag (> 1) jongens	34.8%	14.9%

Bron: Vanderstraeten, 2016

Frequentie zelfbeschadigend gedrag jongeren 2015 ten opzichte van 2000

Bij de bevraging naar éénmalig of herhaald gedrag van zelfbeschadiging toont het onderzoek dat in 2015 meer jongeren herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag stellen (zie figuur 3.16). In 2000 gaf 39.3% van de Vlaamse jongeren aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd. In 2000 en 2015 wordt eenzelfde trend vastgesteld: jongens vertonen eerder éénmalig zelfbeschadigend gedrag, terwijl meisjes vaker herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag vertonen. Het onderzoek toont dat het aantal meisjes dat zichzelf herhaaldelijk beschadigd, verdubbeld is in dit onderzoek ten opzichte van 2000.

Figuur 3.16: De frequentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000 en 2015.



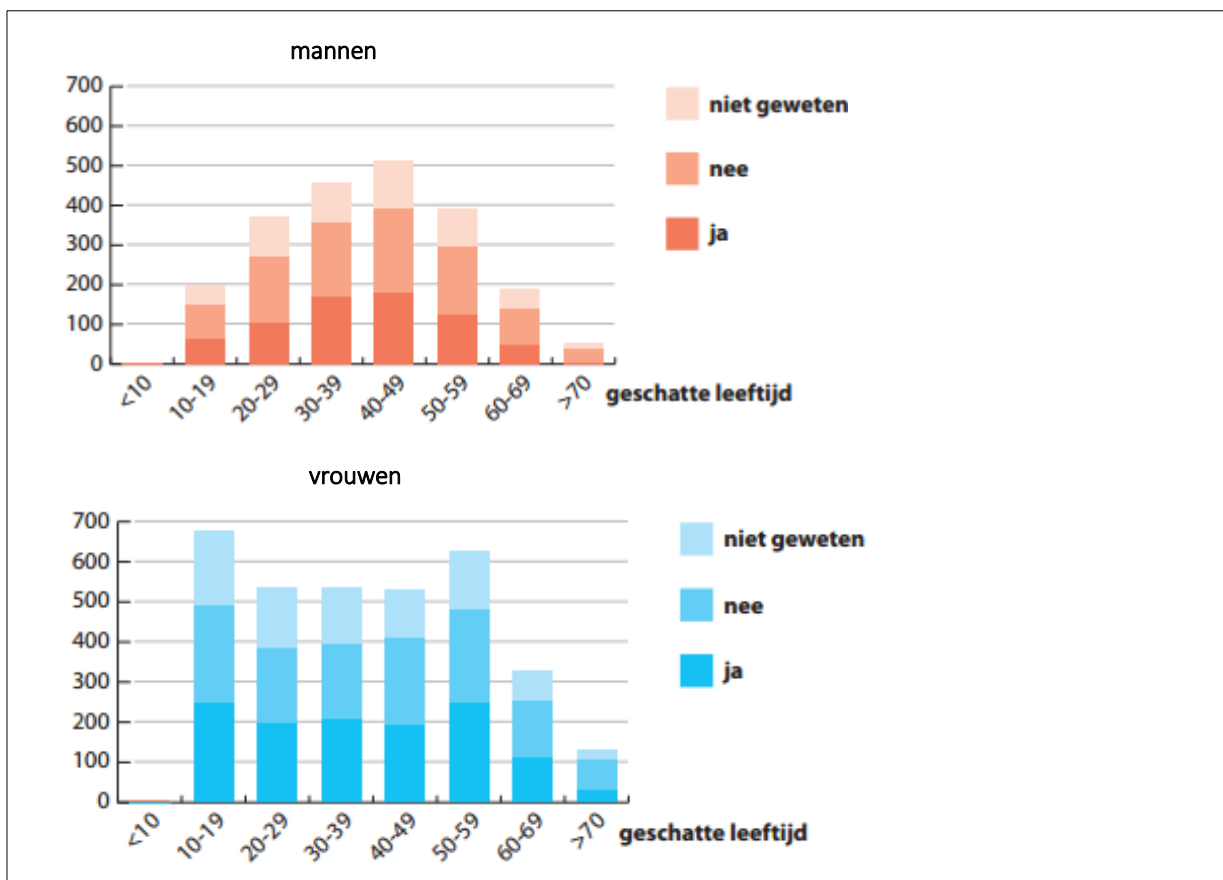
Bron: Vanderstraeten, 2016

Prevalentie suïcidepogingen Zelfmoordlijn 1813

In 2015 werden 18.283 oproepen beantwoord aan de Zelfmoordlijn 1813. Nooit eerder werden zoveel oproepen beantwoord. De grote stijging is te wijten aan de uitbreiding van het vrijwilligersbestand. Sinds een aantal jaar werkt het Centrum ter Preventie van Zelfdoding ook samen met Tele-Onthaal voor het beantwoorden van de Zelfmoordlijn 1813. Vrijwilligers van Tele-Onthaal beantwoordden in 2015 23% van de oproepen. Met een permanentie van 24 uur per dag en 7 dagen per week, is de telefoon nog altijd het voornaamste medium en worden verreweg de meeste oproepen beantwoord via de telefoon (79.4%), gevolgd door chat (12.1%) en e-mail (8.5%).

Vrouwen nemen meer contact op met de Zelfmoordlijn 1813 dan mannen (61% vs. 39%)²⁶. Over de verschillende leeftijdscategorieën heen, gaf een derde van de oproepers aan reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen (zie figuur 3.17).

Figuur 3.17: Aantal oproepers bij de Zelfmoordlijn 1813 die rapporteerden reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen, 2014.



Bron: CPZ, 2015

²⁶ Deze en onderstaande cijfers hebben betrekking op de gesprekken die zijn gevoerd via de telefoon en chat.

Incidentie en evolutie suïcidepogingen

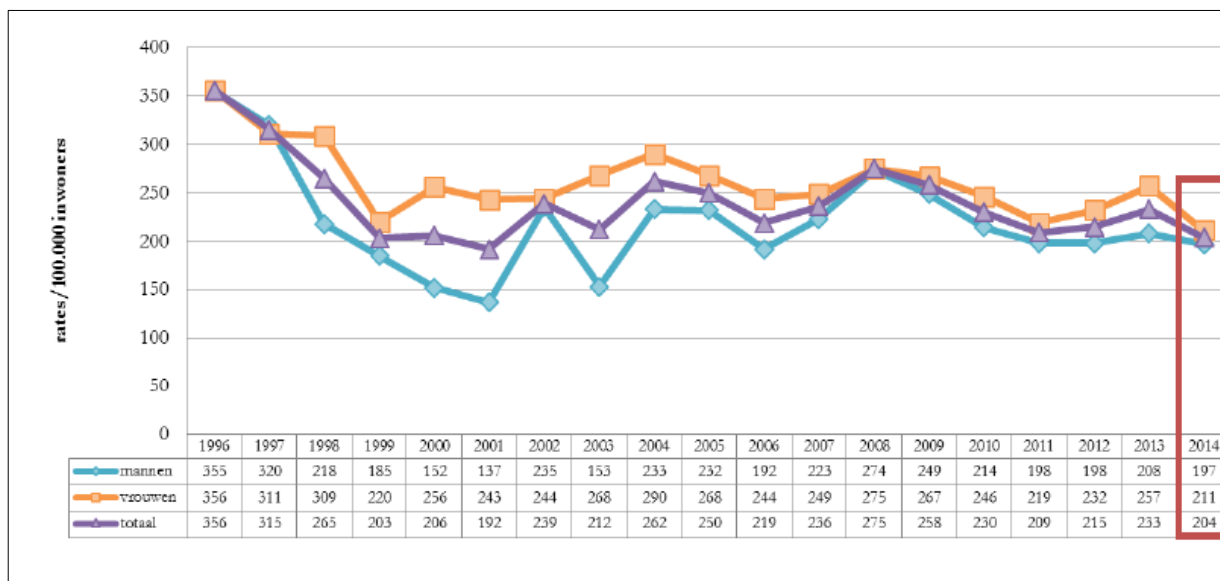
In 2014 werden in Groot Gent²⁷, na kwaliteitscontrole, in totaal 439 suïcidepogingen opgetekend (234 registraties, 205 kwaliteitscontroles). Hierbij waren in totaal 426 personen betrokken. Dit komt neer op een person/event ratio van 1:1.03. Per 100.000 inwoners (inwoners van Groot Gent 2014 \geq 15 jaar) bedroeg de jaarlijkse rate van suïcidepogingen 210 (event based) en 204 (person based).



De prevalentie van suïcidepogingen in regio Groot Gent kent in 2014 een niet-significante daling van 12.5% in vergelijking met 2013. Bij de mannen is er sprake van een daling van 5.3%, deze daling is echter niet significant ten opzichte van 2013. Bij de vrouwen is er wel een significante daling (17.9%) waar te nemen in het aantal suïcidepogingen in Groot Gent ten opzichte van 2013. Figuur 3.18 toont de evolutie aan van de person based rates per 100 000 inwoners in Groot Gent in de periode 1996-2014.

²⁷ 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.

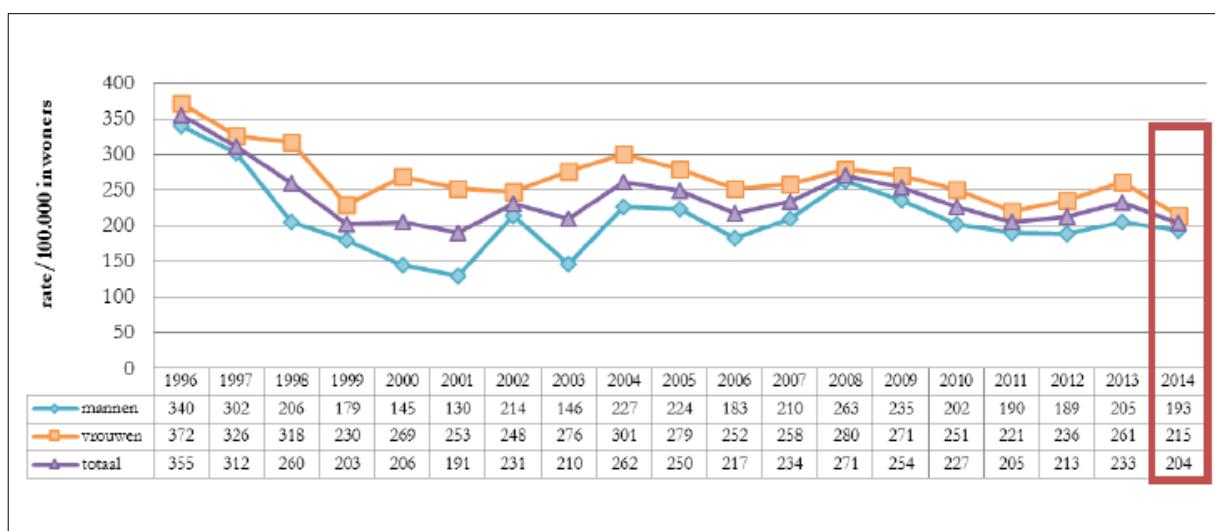
Figuur 3.18: Evolutie PB-rates van suïcidepogingen in regio Groot Gent, volgens geslacht, 1996-2014.



Bron: Vancayseele et al., 2015

Figuur 3.19 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 daling waar te nemen bij mannen (5.9%) en een significante daling bij de vrouwen (17.7%).

Figuur 3.19: PB-rates van suïcidepogingen in regio Groot Gent, volgens leeftijd en geslacht, 1996-2013 (Standaardpopulatie = Vlaamse bevolking 2000).



Bron: Vancayseele et al., 2015

Leeftijd en geslacht

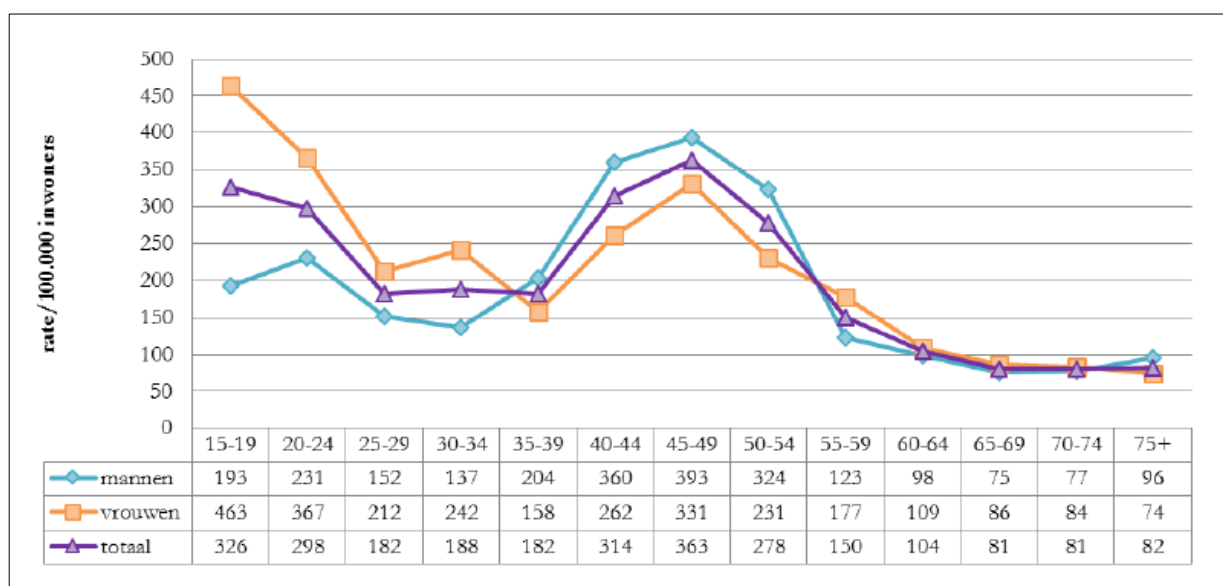
In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suicide, ondernemen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging (1.07:1). Deze verhouding is enigszins gedaald in vergelijking met 2013 (1:1.2). Sinds 1996 werden telkens meer pogingen bij vrouwen dan bij mannen geregistreerd. De man/vrouw verhouding heeft steeds gefluctueerd over de verschillende registratiejaren heen.

De gemiddelde leeftijd van de personen die in 2014 in de regio Groot Gent een geregistreerde suïcidepoging ondernamen, bedroeg 41.1 jaar (45 jaar bij de mannen tegenover 38.4 jaar bij de vrouwen).

Voor de vrouwen kan de hoogste rate gevonden worden in de leeftijdsgroep 15-19 jaar, 20-24 jaar en 45-49 jaar. In 2013 bevond de hoogste rate bij vrouwen zich in de leeftijdsgroep van 20-24 jarigen. De rate in deze leeftijdsgroep is ten opzichte van 2013 significant gedaald met 16.5%. De rate in de leeftijdsgroep van 15-19 is significant gestegen met 60% ten opzichte van 2013.

Bij de mannen bevinden de hoogste rates zich onder de 40-44 en 45-49 jarigen. Net zoals bij de vrouwen, is er bij de mannen een verschuiving in de leeftijdsgroep(en) die het vaakst werden aangemeld op de spoedafdeling na een suïcidepoging. In 2013 bevonden de hoogste rates bij de mannen zich in de leeftijdsgroepen 20-24 jarigen (348/100.000). De rate in deze leeftijdsgroep is ten opzichte van 2013 significant gedaald met 33.6%. Bij de mannen is de laagste rate in de leeftijdsgroep 65-69 jaar en bij de vrouwen in de leeftijdsgroep 75+ terug te vinden (zie figuur 3.20).

Figuur 3.20: PB-rates van suïcidepogingen in regio Groot Gent, volgens leeftijd en geslacht, 2014.



Bron: Vancayseele et al., 2015

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 (47.8%) uit onder suïcidepogers in de regio Groot Gent en woonde 34.4% van de onderzoeksgroep alleen ten tijde van de poging.

Economische situatie

Bijna de helft van de geregistreerde suïcidepogers is economisch inactief (49.1%). De groep economisch inactieven bestonden voornamelijk uit invaliden (41.1%), studenten (31.5%) en gepensioneerden (27.4%).

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 (45.8%) kende een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag. Binnen deze groep van 'repeaters', had 20.4% reeds één eerdere poging ondernomen, 13.4% twee, 4.2% drie en 7.7% reeds vier of meer eerdere pogingen.

Middelenmisbruik

Bij twee derde van de patiënten (66%) was er, op basis van de CAGE-AID, géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 6.4% van de patiënten was er sprake van "mogelijk misbruik" en bij 27.7% van de patiënten was er sprake van "waarschijnlijk misbruik".

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.

Verantwoordelijke organisaties:
 Eenheid voor Zelfmoordonderzoek,
 University of Oxford, University of
 Manchester & National Suicide
 Research Foundation (NSRF)

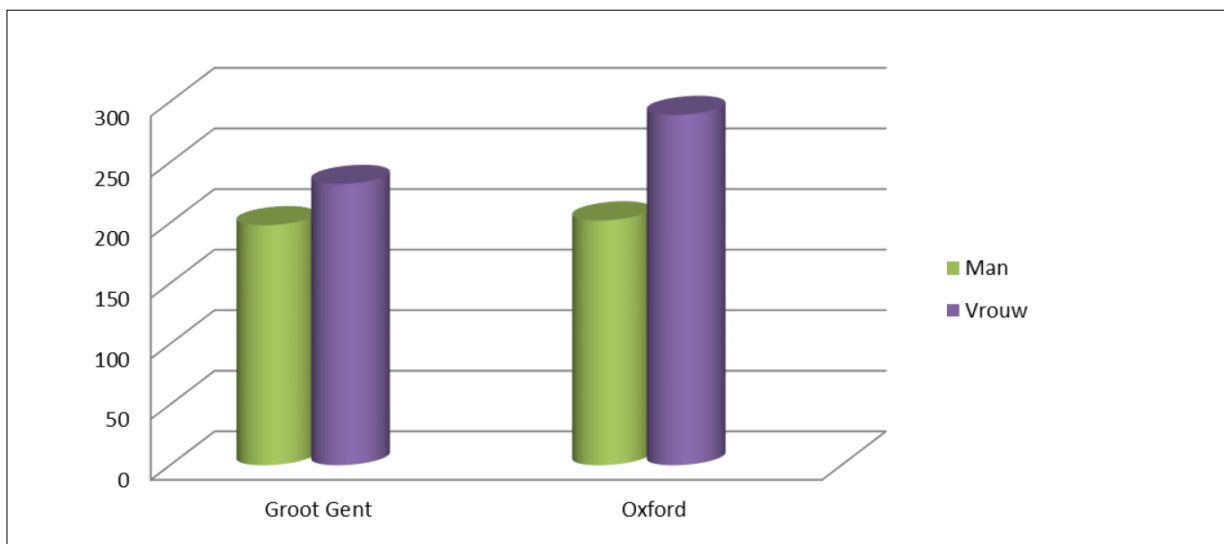
Uitgebreide informatie over deze
 cijfers kan gevonden worden:
<http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/pdf/08122015-135440-Jaarverslag%20Su%C3%AFcidedepogingen%20Vlaanderen%202014.pdf> &
http://nsrf.ie/wp-content/uploads/journals/08/DSH_CASEstudy.pdf

Incidentie suïcidepogingen

Onderstaande figuur geeft de person based rates weer van suïcidepogingen in Groot Gent en Oxford voor het jaar 2012. Hieruit blijkt dat de rates voor het aantal suïcidepogingen ondernomen door vrouwen consistent hoger zijn dan de rates voor mannen bij de twee registrerende EU-regio's in 2012. De vrouw-man ratio bedroeg in 2012 voor Groot Gent 1.2:1 en voor Oxford 1.4:1.

Aangezien het slechts één registratiejaar betreft, is enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze rates aangewezen (Vancayseele et al., 2015).

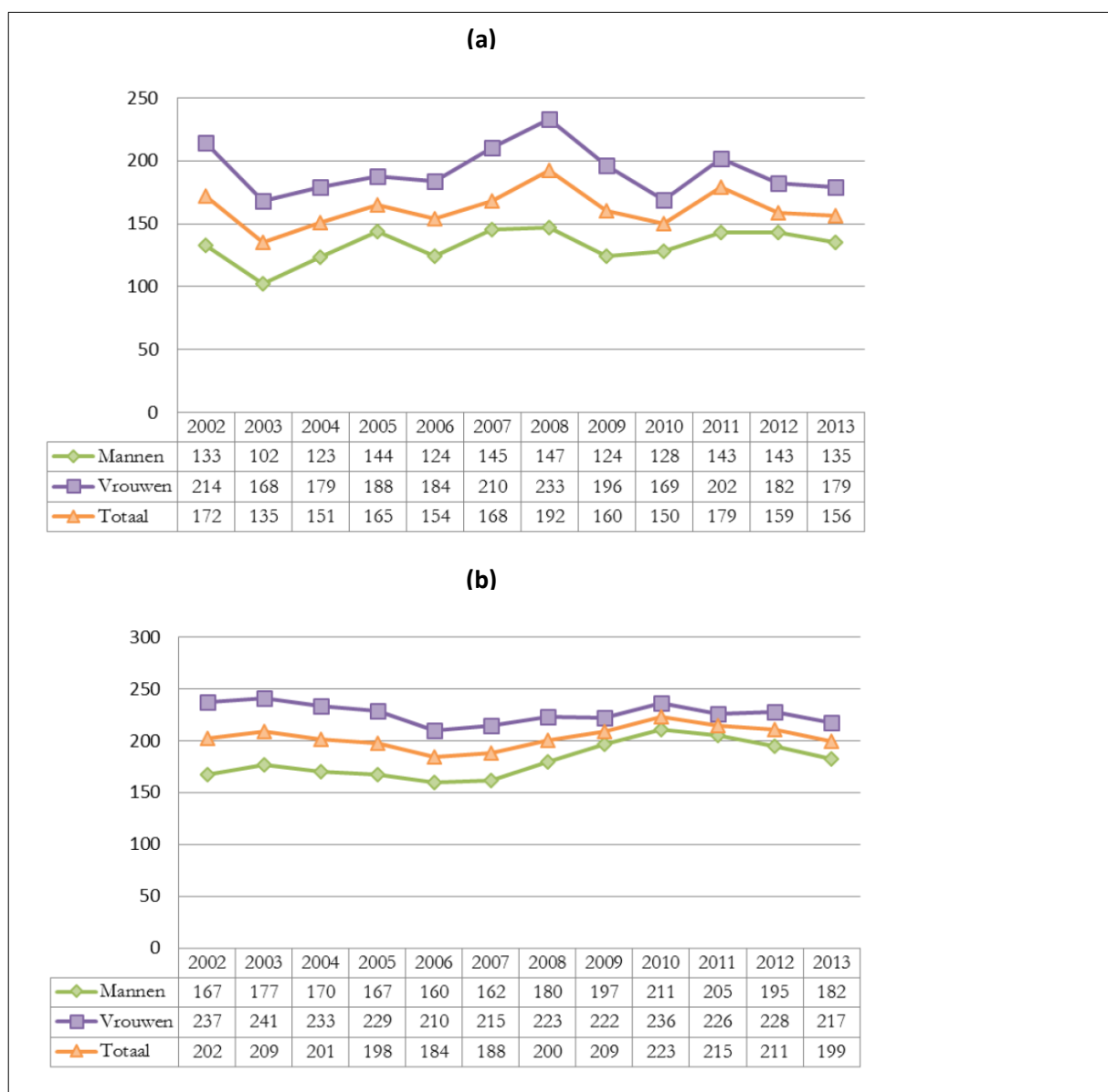
Figuur 3.21: Person-based rates van suïcidepogingen in Groot Gent vs Oxford, volgens geslacht, 2012.



Evolutie suïcidepogingen

Figuur 3.22 geeft de evolutie van de person based rates weer voor respectievelijk (a) Vlaanderen en (b) Ierland voor de periode 2002-2013, opgedeeld volgens geslacht. In 2013 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen 135/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 182/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot, respectievelijk 179/100.000 ten opzichte van 217/100.000. Tot en met 2011 was het opvallend dat het geslachtsverschil in Vlaanderen ongeveer gelijk blijft over de jaren heen terwijl het geslachtsverschil in Ierland daalt. In 2012 is er een omgekeerd effect, namelijk in Vlaanderen is het geslachtsverschil beetje verkleind, en in Ierland is het geslachtsverschil daarentegen wat groter geworden.

Figuur 3.22: Evolutie person based rates van suïcidepogingen in (a) Vlaanderen en (b) Ierland, volgens geslacht, 2002-2013.

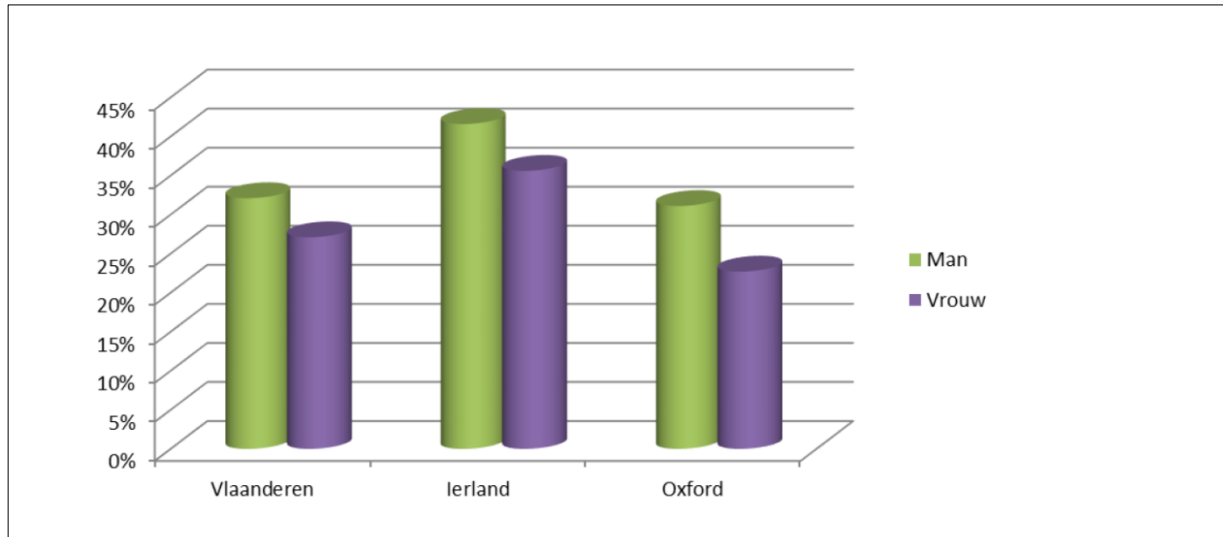


Bron: (a) Vancayseele et al., 2014; (b) NSRF, 2014

Alcoholinname

Net zoals Vlaanderen, rapporteerden Ierland en Oxford vaak alcoholgebruik tijdens de suïcidepoging in 2012. De drie onderzoekseenheden rapporteerden onafhankelijk van elkaar dat meer mannen dan vrouwen alcohol hadden gebruikt tijdens de poging, zie onderstaande figuur.

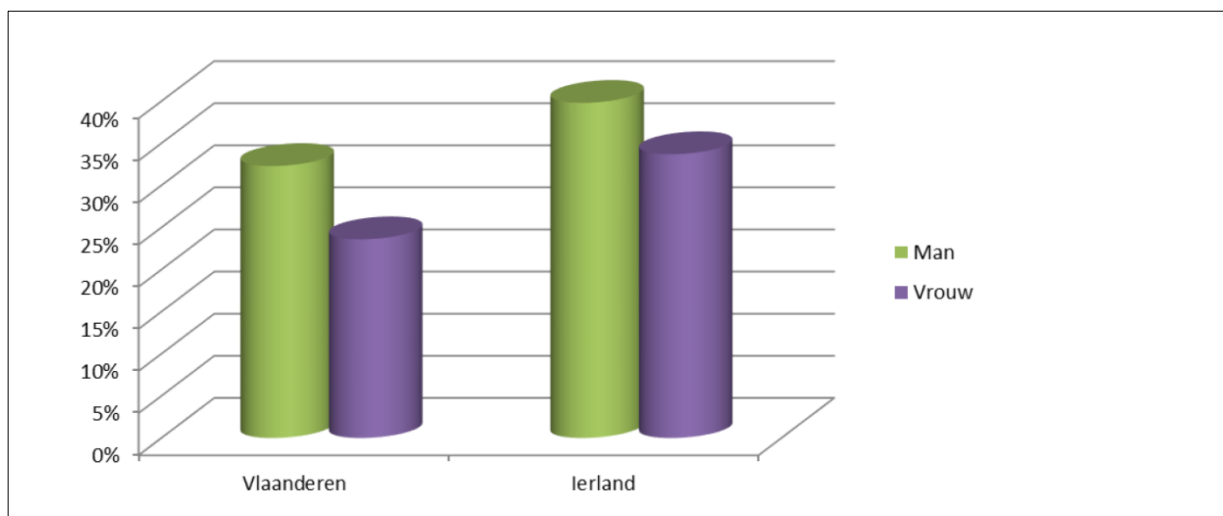
Figuur 3.23: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs. EU, volgens geslacht, 2012.



Bron: De Jaegere, Vancayseele, Portzky, & van Heeringen, 2013; NSRF, 2013; Hawton et al., 2014

Enkel voor Vlaanderen en Ierland zijn er gegevens beschikbaar voor het jaar 2013. 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 3.24: Alcoholinname tijdens suïcidepoging, Vlaanderen vs. Ierland, volgens geslacht, 2013.



Bron: Vancayseele et al., 2014; NSRF, 2014

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-studie²⁸. 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 adolescentie jongens, de hoogste prevalentie worden gevonden in Vlaanderen. De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij adolescentie 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 3.3: De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

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

²⁸ In het kader van de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)-studie²⁸ werden ruim 30.000 jongeren in zes Europese landen (België –Vlaanderen-, Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland, Noorwegen) en Australië bevestigd 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) bevestigd. Het merendeel van de bevestigde jongeren (80%) betrof 15-16-jarigen.

(Vervolg tabel 3.3)

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,²⁹ 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 3.4: 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

²⁹ 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

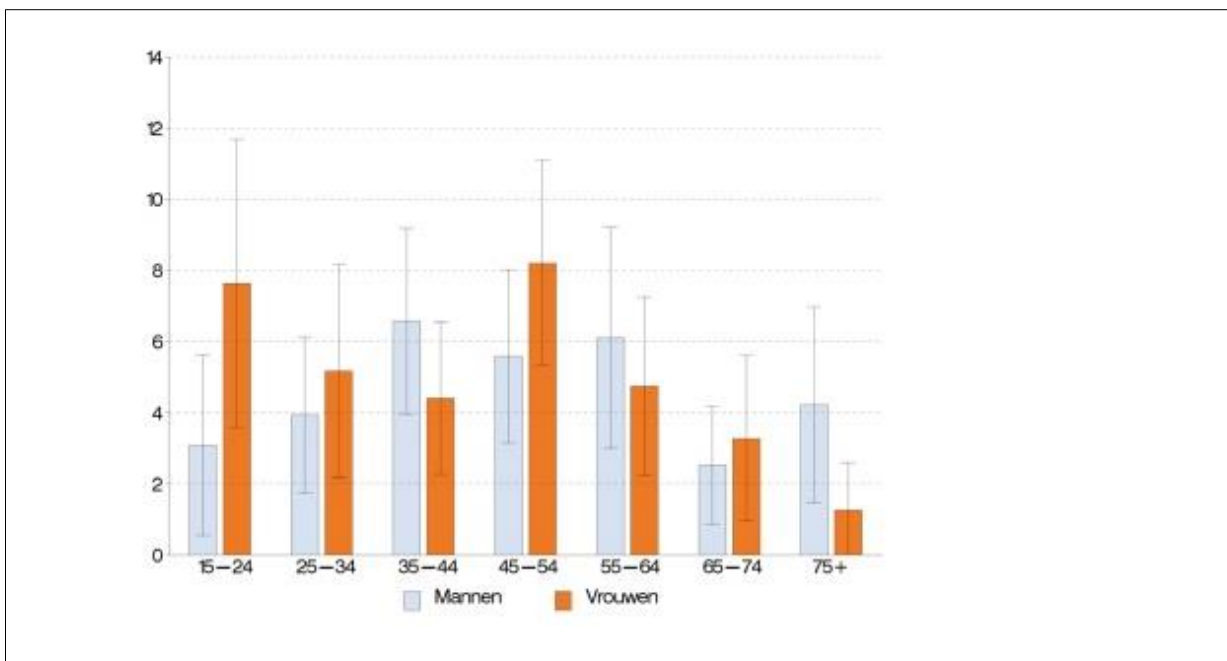
4.1 België

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 suicide 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 suicide 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.

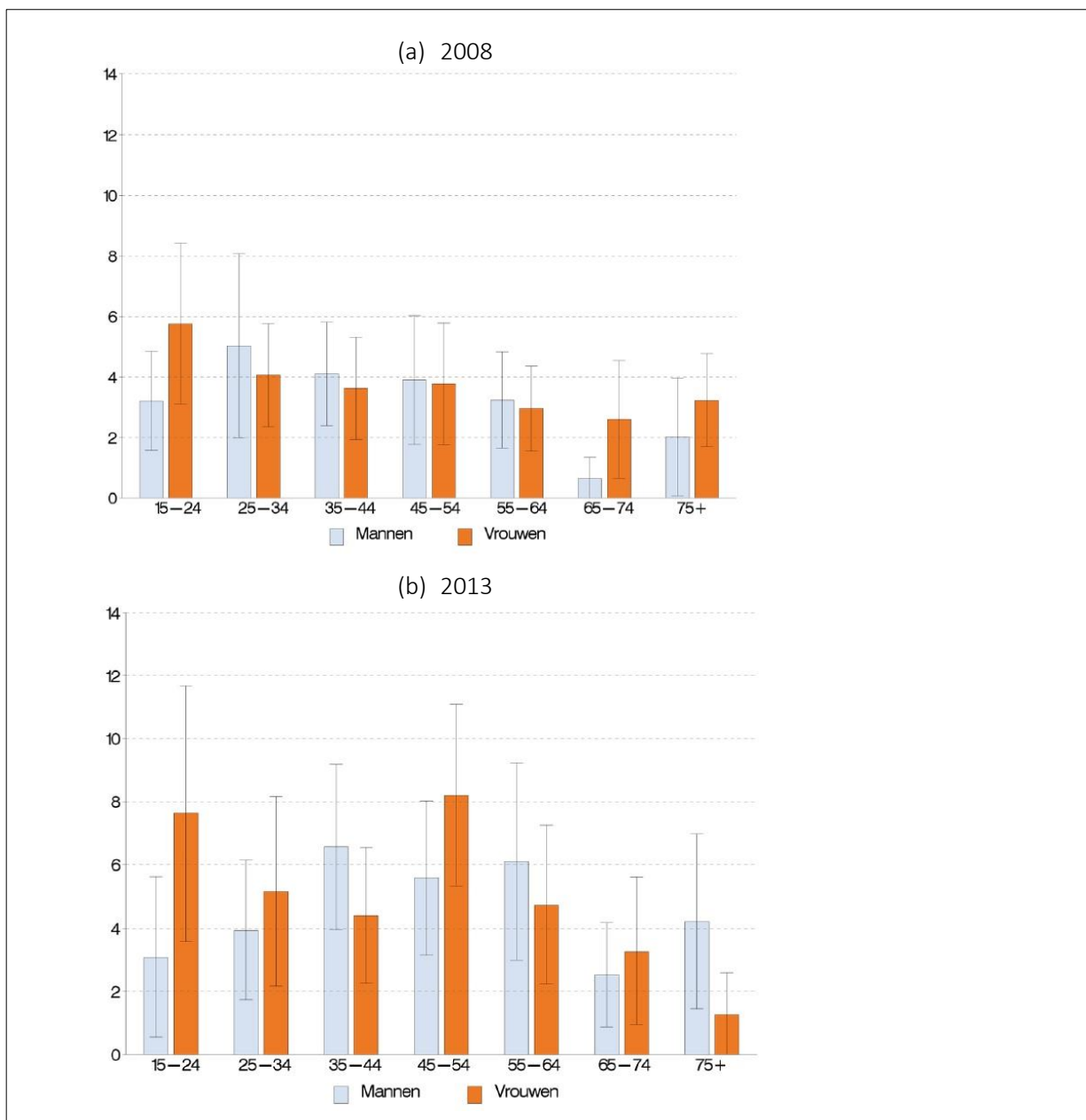


Bron: Gisle, 2014

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

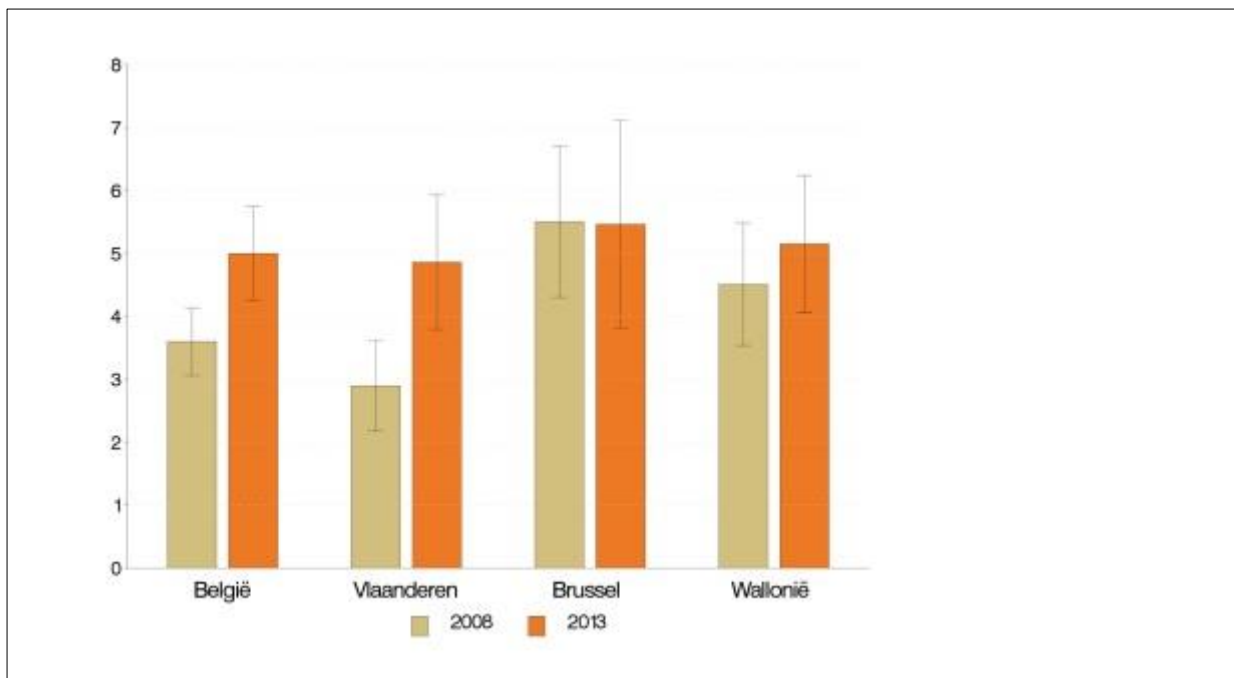
Suïcidale gedachten in relatie opleidingsniveau

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

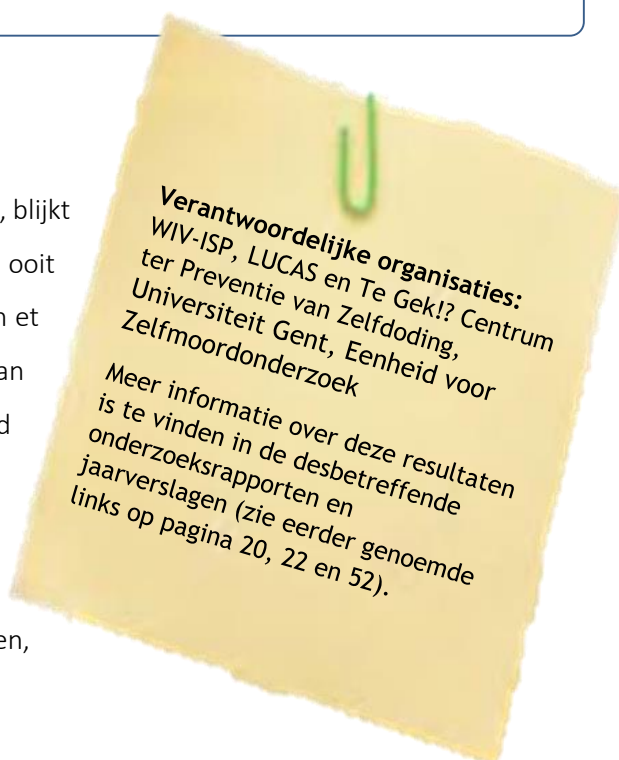
Uit de Gezondheidsenquête die werd afgenomen in 2013, blijkt dat 13% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit aan suïcide heeft gedacht. Het onderzoek van Vermeulen et al. (2014) geeft een iets lagere lifetime prevalentie van suïcidale gedachten weer. Uit deze online survey, die werd afgenomen 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.

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

In de gesprekken die bij de Zelfmoordlijn 1813 gevoerd worden, staan suïcidale gedachten op de voorgrond. Na deze uitgebreid te hebben besproken, wordt ingeschat hoe acuut deze gedachten zijn. Hierdoor wordt tijdens de gesprekken aan de telefoon en chat bij vrijwel alle gesprekken (waarbij iemand contact voor zichzelf opneemt) geregistreerd in welke mate de oproeper kampt met suïcidale gedachten.

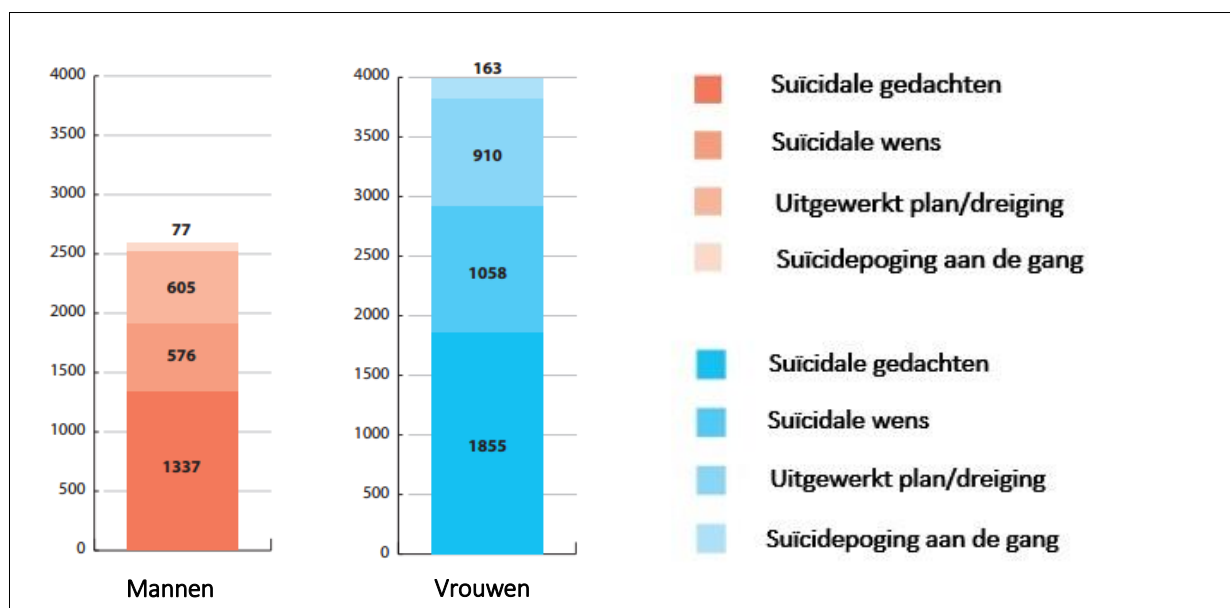
Figuur 4.4 toont voor vrouwen en mannen afzonderlijk in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd tijdens het telefoon- of chatgesprek met de Zelfmoordlijn 1813. Zoals in figuur 4.4 te zien is, is de suïcidale ideatie die wordt gerapporteerd door mannen en vrouwen, vergelijkbaar.

In 46.5% van de gesprekken met vrouwen en in 51.5% van de gesprekken met mannen is er sprake van suïcidale gedachten, maar is er geen sprake van een suïcidale wens, een uitgewerkt plan of concrete suïcidale dreiging. Ruim één op de drie oproepers (40.7%) denkt al langer dan een jaar aan suïcide.

22.2% van de mannen en 26.5% van de vrouwen geeft aan een suïcidale wens te hebben. Dit houdt in dat naast de gedachte om te sterven, de oproeper ook het verlangen heeft om op deze gedachte in te gaan.

In 23.3% van de gesprekken met mannen en in 22.8% van de gesprekken met vrouwen is er sprake van een uitgewerkt plan of een concrete suïcidale dreiging.

Figuur 4.4: Aantal gesprekken (telefoon en chat) bij de Zelfmoordlijn 1813 waarbij suïcidale ideatie gerapporteerd werd, 2015.

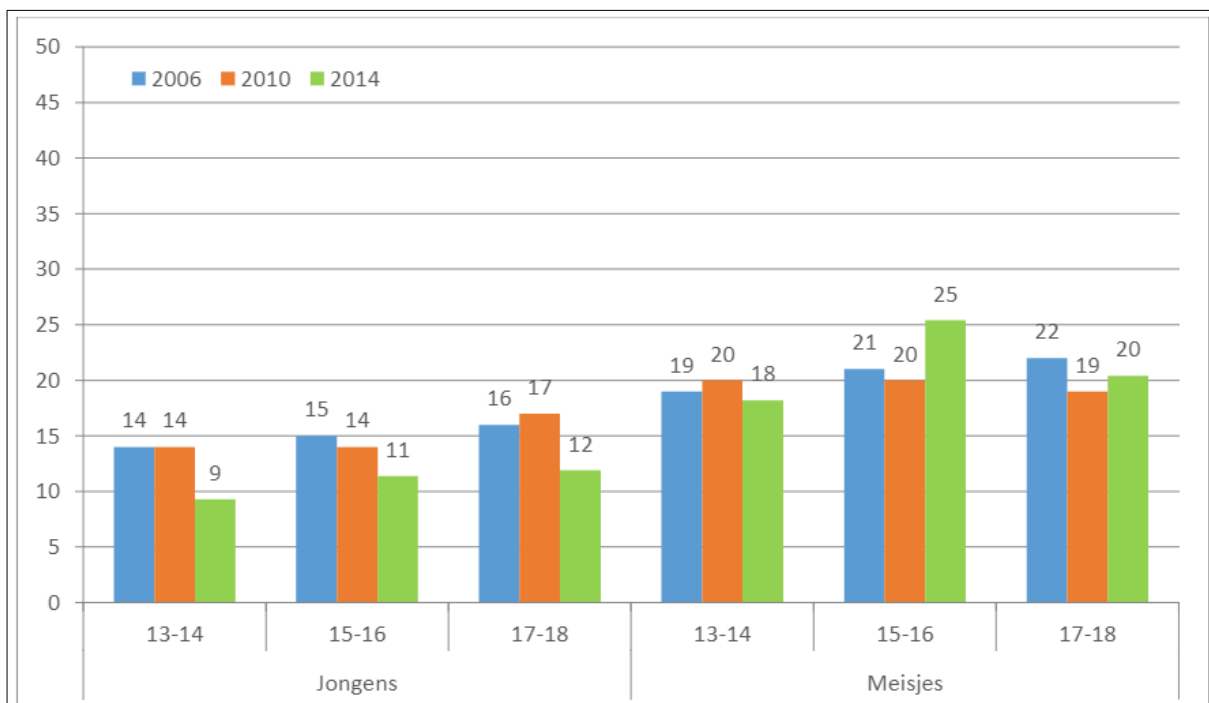


Bron: CPZ, 2015

Prevalentie suïcidale gedachten jongeren, studie Jongeren en Gezondheid

Figuur 4.5 geeft het aantal jongeren weer die in 2006, 2010 en in 2014, 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 (21.8%) hebben reeds aan suïcide gedacht dan jongens (11.1%). In vergelijking met de voorgaande enquête in 2010, zien we een significante daling bij jongens (15.2% in 2010) en een significante stijging bij meisjes (20% in 2010).

Figuur 4.5: Percentage suïcidale gedachten (reeds 2 keer of meer aan suïcide gedacht) bij Vlaamse leerlingen, volgens leeftijd en geslacht, 2014.



Bron: Deforche, Hublet, De Clercq, Van Lippevelde, & Buijs, 2014

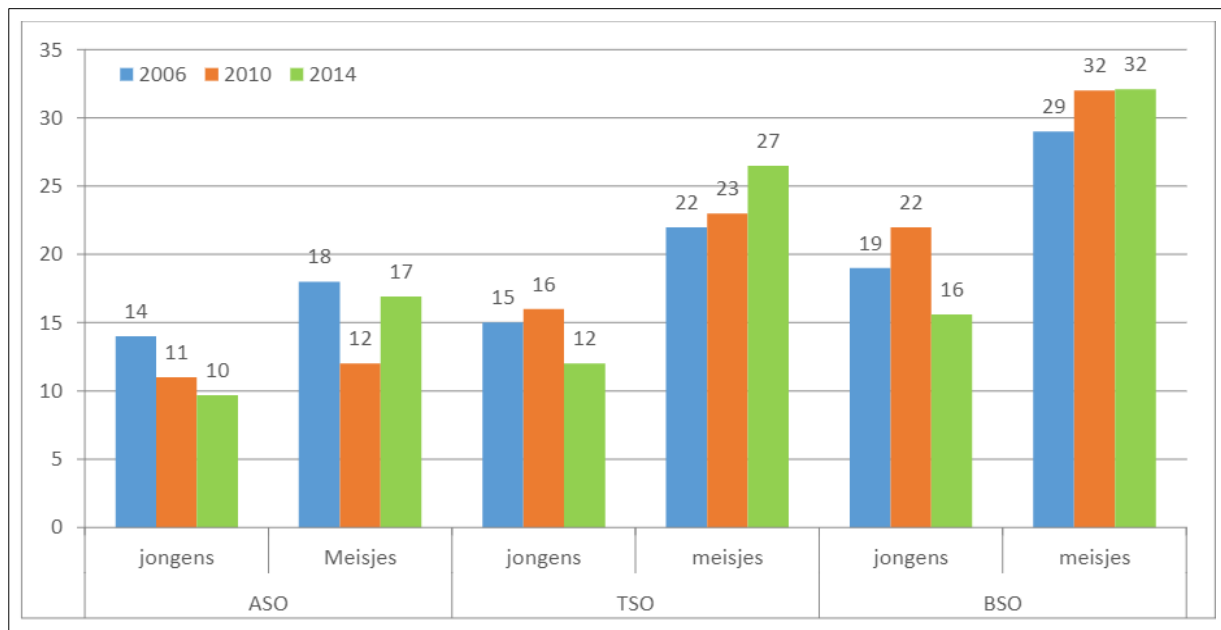
Bij de 13- tot 14-jarige jongens geeft 1.3% aan heel vaak aan suïcide te denken. Bij de 15-tot 16-jarige en 17- tot 18-jarige jongens heeft 1.4%-1.6% heel vaak suïcidale gedachten. Bij de meisjes is dit respectievelijk 2.3% (13- tot 14-jarigen), 4.3% (15- tot 16-jarigen) en 2.4% (17- tot 18-jarigen).

Suïcidale gedachten per onderwijsrichting

In figuur 4.6 worden de resultaten per onderwijsrichting voor 2006, 2010 en 2014 weergegeven. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn de verschillen naargelang 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 2010, valt op dat de prevalentie van suïcidale gedachten bij jongens is gedaald in het technisch en beroepsonderwijs terwijl in het algemeen onderwijs een stagnatie optrad. Bij meisjes is de prevalentie van suïcidale gedachten gestagneerd, behalve in het algemeen onderwijs waar een significante toename is waar te nemen.

Figuur 4.6: Percentage suïcidale gedachten (reeds 2 keer of meer aan suicide gedacht) bij Vlaamse leerlingen, volgens geslacht en onderwijsrichting, 2014.



Bron: Deforche, Hublet, De Clercq, Van Lippevelde, & Buijs, 2014

Gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging jongeren: replicatie CASE-studie

Het onderzoek van Vanderstraeten (2016) geeft ook informatie over in hoeverre Vlaamse jongeren van 14 tot 17 jaar van vijf secundaire scholen in regio Sint-Niklaas gedachten hebben over zelfbeschadigend gedrag.

Prevalentie gedachten aan zelfbeschadiging 2015

Aan alle deelnemende jongeren werd gevraagd of zij gedurende de laatste maand of het laatste jaar ernstig aan gedacht hebben om opzettelijk teveel pillen te slikken of zichzelf op een andere manier lichamelijk te beschadigen, maar dit niet gedaan hebben. Tabel 4.1 en figuur 4.7 geven een overzicht van de antwoorden. Van de jongens heeft 6.3% in het laatste jaar gedacht aan zelfbeschadigend gedrag, bij de meisjes is dit 21.1%. Significanter meer meisjes dan jongens denken aan zelfbeschadiging. 13.9% van de bevroegde jongeren geeft aan het afgelopen jaar aan zelfbeschadiging te hebben gedacht.

Tabel 4.1: De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij 14- tot 17-iaariaen. 2000 en 2015.

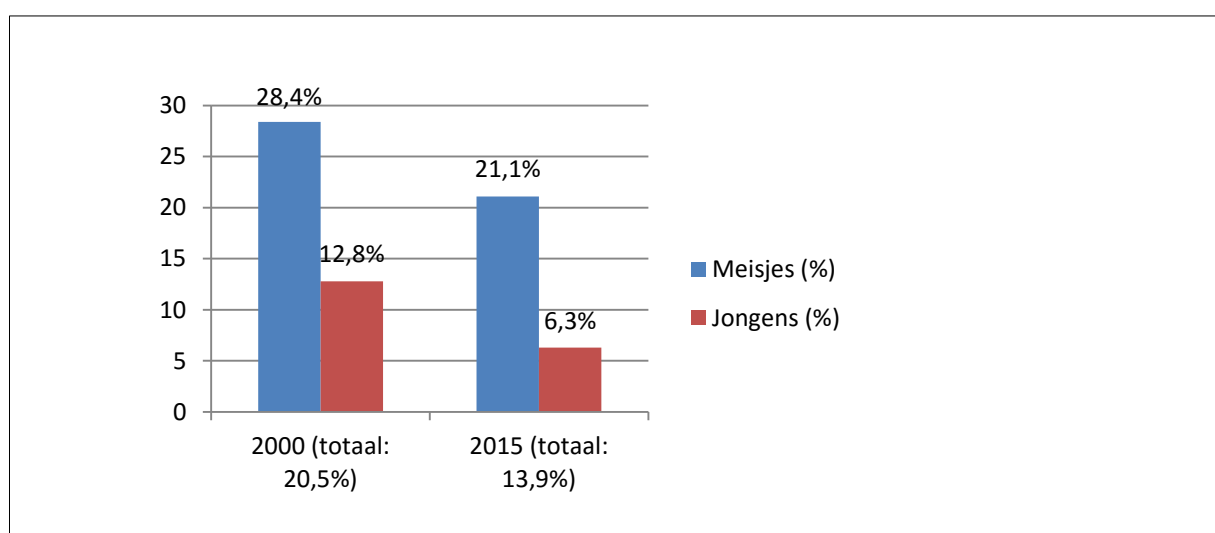
Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag	2000	2015
Regio	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in in voorbije jaar		
-Totaal	20.5%	13.9%
- Meisjes	28.4%	21.1%
- Jongens	12.8%	6.3%

Bron: Vanderstraeten, 2016

Prevalentie gedachten aan zelfbeschadiging 2015 versus 2000

Net zoals in 2000, hebben significant meer meisjes dan jongens gedurende het laatste jaar er ernstig over gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, zonder het evenwel te doen (zie figuur 4.7). Algemeen toont het onderzoek in 2015 een lichte afname van gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren.

Figuur 4.7: De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 en 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

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-studie. 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-studie, 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 4.2).

Tabel 4.2: 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^e 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 (2015). *Sterfte door suïcide* [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid. Beschikbaar op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding>
- 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 (2015). *Jaarverslag 2015*. <http://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2016/03/Jaarverslag-2015.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.
- Claessens, H. (2016). *Suicidepreventie bij (huis)artsen: Een onderzoek naar de prevalentie en de context van emotionele problemen bij (huis)artsen in Vlaanderen*. Antwerpen: Domus Medica. http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/2016/Suicidepreventie_bij_huisartsen_201601-web.pdf
- 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.
- Jouglu, 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.
- Defore, B., Hublet, A., De Clercq, B., Van Lippevelde, W., & Buijs, T. (2014). Jongeren en Gezondheid 2014: Studie. http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wpcontent/uploads/2016/03/HBSC_2014_algemeneStudie.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., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Groot Gent: Jaarverslag 2014*. 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.
- Vancayseele, N., van Landschoot, R., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2015). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2014*. Gent: Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vanderstraeten, E. (2016). *Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, KU Leuven, Universiteit Gent, VU Brussel.
- 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.
- 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

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/