

EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

2017



De Vlaamse suïcidecijfers in een
nationale en internationale context

Renate van Landschoot, Kees van Heeringen & Gwendolyn Portzky

EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

2017

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

✉ info@vlesp.be

1. INLEIDING	4
<hr/>	
11	Achtergrond 5
12	Doelstellingen 6
13	Definities 6
14	Methode 8
15	Betrouwbaarheid 11
16	Opbouw van dit rapport 12
2. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID	13
<hr/>	
21	België 14
22	Vlaanderen 17
3. CIJFERS SUÏCIDE	19
<hr/>	
31	België 20
32	Vlaanderen 22
33	Brussel 36
34	Wallonië 37
35	Internationaal 39
4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN	47
<hr/>	
41	België 48
42	Vlaanderen 53
43	Regio Gent 73
44	Internationaal 78

INHOUD

5. **CIJFERS** SUÏCIDALE GEDACHTEN 81

- 5.1 België 82
- 5.2 Vlaanderen 86
- 5.3 Internationaal 92

6. SAMENVATTING 93

- 6.1 Geestelijke gezondheid 94
- 6.2 Suïcide 94
- 6.3 Suïcidepogingen 95
- 6.4 Suïcidale gedachten 95

7. REFERENTIES 96



1. INLEIDING



1. INLEIDING

1.1. ACHTERGROND

Suicide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem wat veel persoonlijk leed en hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengt. De preventie van suicide vraagt dan ook om een systematische en geïntegreerde aanpak gekaderd door toetsbare criteria. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen en uitvoeren van het Vlaams Actieplan Suicidepreventie (VAS) waarin suicidaliteit 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 suicides 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 Suicidepreventie (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 suicidale ideatie, suicidepogingen en suicide in het bijzonder. Hiertoe brengt VLESP jaarlijks een rapport uit waarin dieper wordt ingegaan op de Vlaamse epidemiologische gegevens binnen een regionale, nationale en internationale context. Hierbij heeft VLESP bijzondere aandacht voor geografische spreiding en socio-, demografische en economische kenmerken. Deze kenmerken geven aanwijzingen voor preventie en behandeling. Meer specifiek geeft het zowel mogelijke beschermende factoren als mogelijke risicofactoren weer. Op deze manier kan VLESP continu alert blijven op het signaleren van verhoogde risicogroepen en bevolkingsgroepen die bijzondere aandacht vragen zodanig dat de preventie van suicide beter kan worden afgestemd aan de noden. Daarnaast is de registratie onmisbaar om de impact van preventieve maatregelen zoals deze zijn vastgelegd in het VAS, te evalueren.

1.2. 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 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 data. 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.

1.3. DEFINITIES

Zowel binnen de klinische setting als in de wetenschappelijke literatuur blijkt niet altijd eenduidigheid te zijn voor wat betreft de gehanteerde definities van suïcidaal gedrag. Dit heeft vooral te maken met het al dan niet duiden van de doodswens of intentie. Het is vaak moeilijk om achteraf motieven en intenties in te schatten. In veruit de meeste gevallen is suïcidaal gedrag een manier om te ontsnappen aan het uitzichtloos en ondraaglijk lijden zonder dat de dood wordt beoogd. Binnen deze visie is de dood geen opzichzelfstaand doel maar eerder een middel tot doel. Hieronder worden de definities van suïcidaal gedrag beschreven zoals deze door de Wereldgezondheidsorganisatie worden gehanteerd (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, 2006).

SUÏCIDE

Onder suïcide verstaan we een daad met dodelijk afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële dodelijke afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

SUÏCIDEPOGING

Onder een suïcidepoging verstaan we 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 en met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

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

SUÏCIDALE GEDACHTEN

Onder suïcidale gedachten (ook wel suïcidale ideatie genoemd) verstaan we het actief denken aan, of het overwegen van suïcide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen.

Suïcidale ideatie kan vele vormen aannemen, gaande van erg vage gedachten of fantasieën (bijvoorbeeld: 'ik wou dat ik eens niet meer wakker werd') en doodswensen ('ik kan er maar beter een einde aan maken, ik ben iedereen alleen maar tot last') tot heel concrete plannen ('ik spring morgen'). In sommige gevallen kunnen gedachten, wensen en fantasieën evolueren naar concrete plannen en eventueel resulteren in een suïcidepoging, terwijl in andere gevallen een suïcidepoging uitblijft. De evolutie van gedachten naar meer concrete plannen tot het uitvoeren van de handeling wordt het suïcidale proces genoemd (van Heeringen, 2001b). De duur van dit proces kan schommelen van enkele maanden tot verschillende jaren. De term 'suïcidaliteit' verwijst naar "het geheel van gedachten (vaag tot concrete plannen), voorbereidende handelingen, suïcidepogingen en suïcide" (van Heeringen, 2001a).

1.4. METHODE

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 Wereldgezondheidsorganisatie (2014) werden opgesteld, werden door VLESP aangepast en in een bredere context geplaatst zodanig dat deze ook van toepassing zijn op bevolkingsstudies. Deze criteria worden hieronder weergegeven in de vorm van een checklist. Deze checklist dient als leidraad om te bepalen welke epidemiologische informatie al dan niet in dit rapport wordt opgenomen.

Tabel 1.1. Kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag.

DATAVERZAMELING	
1. Is een erkende onderzoeksinstelling of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de dataverzameling?	
2. Wordt de hoedanigheid van degene die de data heeft verzameld beschreven? <i>(Gaat het bijv. om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?)</i>	
3. Wordt de gebruikte terminologie goed omschreven?	
4. Wordt er gebruik gemaakt van een (internationaal) classificatiesysteem om de data te categoriseren?	
5. Is er een geografisch afgebakend onderzoeksgebied aangewezen waarbinnen de epidemiologische gegevens worden verzameld die representatief is voor de gehele populatie?	
6. Worden de gegevens verkregen middels erkende en betrouwbare meetinstrumenten? <i>(Zoals bijv. overlijdenscertificaten, registratieformulieren en vragenlijsten)</i>	
7. Worden de belangrijkste socio-demografische en economische kenmerken in kaart gebracht (met aandacht voor risico- en beschermende factoren)? <i>(Zoals bijv. leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, urbanisatiegraad)</i>	

8. Is de periode waarin de dataverzameling plaatsvond beschreven?	
9. Wordt er beschreven of er al dan niet een kwaliteitscontrole heeft plaatsgevonden?	
STEEKPROEF	
1. Zijn de inclusie- en exclusiecriteria beschreven?	
2. Is volgens de onderzoekers de steekproef representatief voor de genoemde socio-demografische en economische kenmerken?	
3. Is beschreven of de steekproef voldoende groot is voor het doen van betrouwbare uitspraken?	
DATA-ANALYSE	
1. Is een erkende onderzoeksinstituting of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de data-analyse?	
2. Wordt de hoedanigheid van degene die de data analyseert beschreven? <i>(Gaat het bijv. om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?)</i>	
3. Is beschreven op welke manier het databestand werd opgeschoond?	
4. Worden de datamanipulaties c.q. berekeningen zodanig beschreven dat vergelijking met andere data mogelijk is? <i>(Bijv. aan de hand van gestandaardiseerde cijfers zoals rates)</i>	
5. Worden de statistische methoden die werden gehanteerd, beschreven?	
6. Worden de beperkingen van het onderzoek beschreven en de mogelijke gevolgen die dit heeft voor het interpreteren van de data?	

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2014.

De onderstaande tabel geeft weer op welke gegevensbronnen dit epidemiologisch rapport grotendeels is gebaseerd.

Tabel 1.2. Overzicht van de belangrijkste bronnen van dit epidemiologisch rapport.

CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID
▶ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
▶ LUCAS & Te Gek!?
CIJFERS SUÏCIDE
▶ Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium
▶ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
▶ Agentschap Zorg en Gezondheid
▶ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
▶ Wereldgezondheidsorganisatie
▶ Eurostat
CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN
▶ Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
▶ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
▶ Centre for Suicide Research, University of Oxford
CIJFERS SUÏCIDALE GEDACHTEN
▶ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
▶ LUCAS & Te Gek!?
▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
▶ Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent

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. Het is soms lastig om de doodsoorzaak en de intentie om te zetten in een correcte ICD-code, het internationale classificatiesysteem van ziekten en uitwendige oorzaken van ziekten en verwondingen. Om deze reden weerspiegelen officiële suïdecijfers vermoedelijk een onderrapportering van het reële aantal suïcides (Belanger et al., 2008; Graeff & Mehlkop, 2007; Neeleman, 2007). 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 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. Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op de betrouwbaarheid en validiteit van suïdecijfers. Desondanks wordt 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). 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).

Ook het aantal suïcidepogingen is vermoedelijk een onderschatting aangezien enkel suïcidepogingen waarvoor medische behandeling in een ziekenhuis werd verkregen, geregistreerd kunnen worden. Daarnaast is er ook in bevolkingsstudies sprake van een onderrapportering van het aantal suïcidepogingen en suïcidedachten aangezien de herinnering in de loop der jaren de ernst van de suïcidaliteit kan beïnvloeden.

Zowel de suïcidecijfers als de cijfers omtrent suïcidepogingen en suïcidegedachten die in dit rapport worden weergegeven, dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

1.6. OPBOUW VAN DIT RAPPORT

Globaal genomen zijn er drie manieren om inzicht te krijgen in de epidemiologie van geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaal gedrag. Zo worden geestelijke gezondheidsproblemen en niet-fataal suïcidaal gedrag (suïcidepogingen, suïcidale ideatie) in kaart gebracht via bevolkingsonderzoek. Tevens worden suïcidepogingen waarvoor medische hulp werd verkregen, geregistreerd op spoedopnamediensten. De epidemiologie van suïcides 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. Het rapport kent de volgende opbouw:

Hoofdstuk 1

Inleiding

Hoofdstuk 2

In dit 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.

Hoofdstuk 3-5

In deze hoofdstukken worden de meest recente en beschikbare epidemiologische gegevens in kaart gebracht op het gebied van respectievelijk suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten. 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.

2. CIJFERS

2. GEESTELIJKE GEZONDHEID



2. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID

2.1. BELGIË

Uit de meest recente cijfers (2013) van de Gezondheidsenquête¹ (Gisle, 2014) 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 problemen vaker gerapporteerd dan anderen, en dit zowel in 2013 als in 2008: slaapttekort door zorgen (21% vs. 18%), het gevoel voortdurend onder druk te staan (27% vs. 20%) en zich ongelukkig en neerslachtig voelen (19% vs. 16%).

GESLACHT, LEEFTIJD EN OPLEIDINGSNIVEAU

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

¹ De vierjaarlijkse Gezondheidsenquête beoogt de geestelijke gezondheidsproblemen in te schatten bij diegenen waarvoor een opname in een gespecialiseerd centrum niet speciaal nodig is. In 2013 werden in totaal 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.

Meer informatie kan gevonden worden op <https://www.wiv-isp.be/nl>.

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.

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 gezondheid², 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 van 2008.

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

² Tevens werden suïcidepogingen en suïcidale gedachten als indicator opgenomen in de Gezondheidsenquête. De resultaten met betrekking tot deze indicatoren worden toegelicht in respectievelijk hoofdstuk 4 'Cijfers suïcidepogingen' (p. 47) en hoofdstuk 5 'Cijfers suïcidale gedachten' (p. 83).

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%).

2.2. VLAANDEREN

In het kader van een grootschalige enquête die in 2014 werd afgenomen bij een steekproef van 2010 Vlamingen tussen de 18 en 79 jaar (Vermeulen et.al., 2014)³, geeft 51% van de Vlamingen aan ooit zelf een psychisch probleem te hebben gehad. Zie tabel 2.1.



Tabel 2.1. Percentage Vlamingen (18 tot 79 jaar) dat ooit specifieke psychische problemen gehad hebben en de tijdsduur van dit probleem.

	LIFETIME PREVALENTIE	HOE LANG DUURDE DIT PROBLEEM?				
		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

³ Meer informatie is te vinden op http://www.sad.be/tegek/sites/default/files/imce/Survey_10jaar_Te%20Gek_20140929_final.pdf.

Zoals in tabel 2.1 te zien is, behoren slaapproblemen (26%), angstproblemen (21%), burn-out/stress (21%) en stemmingsproblemen (15%) tot de meest gerapporteerde problemen⁴. Al deze problemen slepen of sleepten bij grofweg de helft van de Vlamingen één of meerdere jaren aan.

ENQUÊTE LUCAS & TE GEKI? VERSUS DE GEZONDHEIDSENQUÊTE

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).

⁴ De resultaten met betrekking tot suicidale gedachten worden besproken in hoofdstuk 5 'Cijfers suicidale gedachten' (p. 83).

3. CIJFERS 3. SUÏCIDE



3. CIJFERS SUÏCIDE

3.1. BELGIË

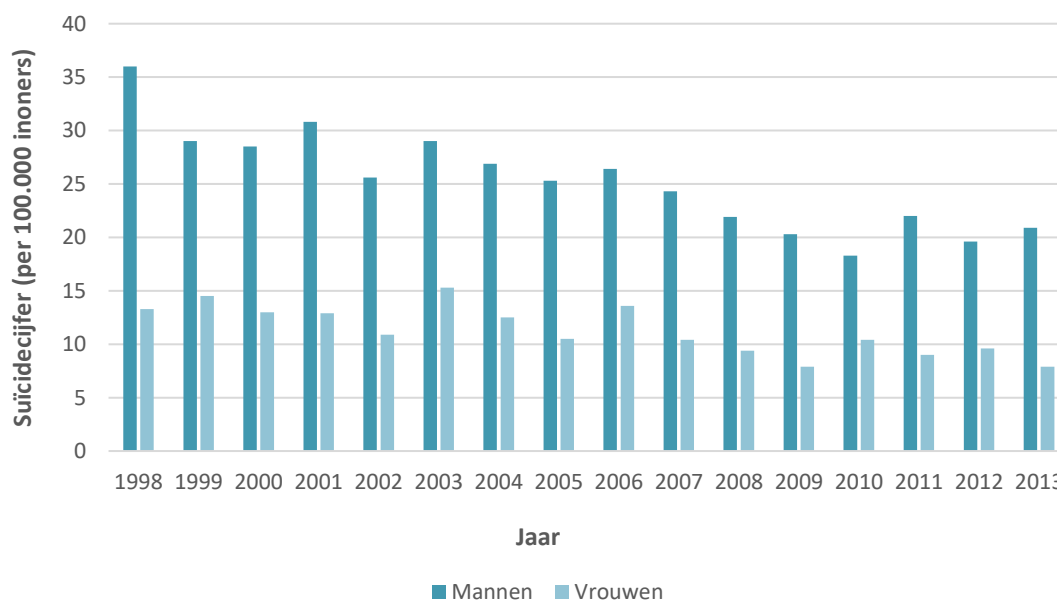
Er zijn weinig epidemiologische gegevens beschikbaar over de suïdecijfers voor de totale bevolking in België. In 2014 overleden 1896 personen ten gevolge van suïcide, waarvan 1336 mannen en 560 vrouwen. Dit komt neer op gemiddeld zes suïcides per dag.



EVOLUTIE SUÏDECIJFERS

In figuur 3.1 en 3.2 wordt de evolutie van de suïdecijfers (per 100.000 inwoners) weergegeven op nationaal en gewestelijk niveau, uitgesplitst naar geslacht.

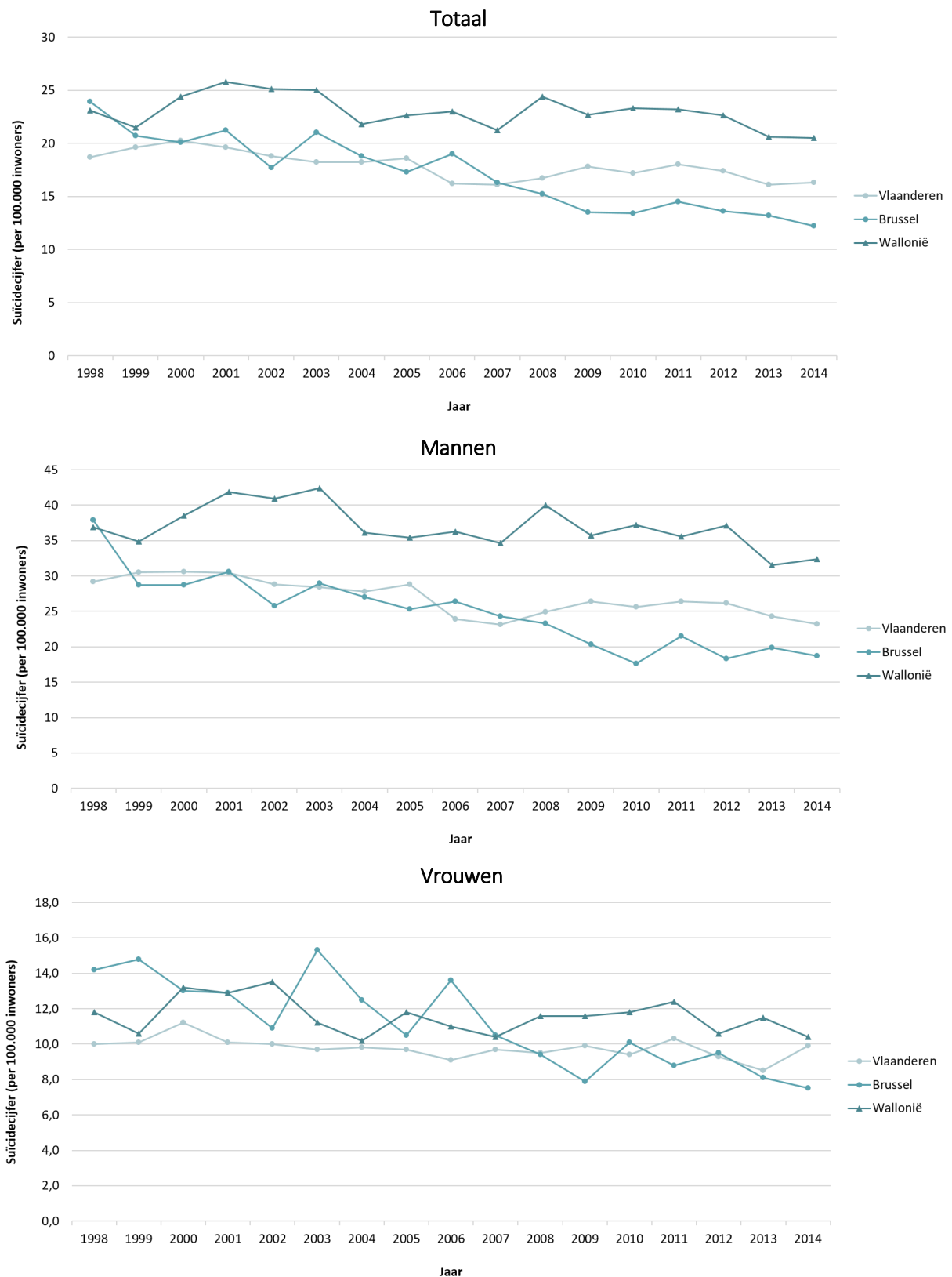
Figuur 3.1. Evolutie suïdecijfer (per 100.000 inwoners) ingezetenen Belgen en vreemdelingen 1998-2013, volgens geslacht.



Bron: Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (Age Standardized mortality Ratio; ASR-E)

Figuur 3.2. Evolutie suïcidecijfer (per 100.000 inw) in België 1998-2014, volgens gewest.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (Age Standardized mortality Ratio; ASR-E).

3.2. VLAANDEREN

In 2015 overleden in Vlaanderen 1051 personen ten gevolge van suïcide. Dit komt neer op bijna drie suïcides per dag. Iets minder dan 3 op de 4 (72%) van hen waren mannen: 752 mannen tegenover 299 vrouwen. Vergeleken met 2014, overleden in 2015 2% minder mensen door suïcide. De suïciderate voor mannen steeg in 2015 naar 23.9/100.000 (ten opzichte van 23.6/100.000 in 2014) en voor vrouwen was er een daling naar 9.1/100.000 (ten opzichte van 10/100.000 in 2014)⁵.



GESLACHT

Suïcide komt zowel bij vrouwen als bij mannen op relatief jonge leeftijd voor: de helft van de suïcides betreft mannen jonger dan 50 jaar en vrouwen jonger dan 54 jaar (mediaan), terwijl in het Vlaamse Gewest slechts 5% van de sterfgevallen voorkomen bij personen jonger dan 54 jaar. Suïcide is de belangrijkste doodsoorzaak bij jongeren en jonge volwassenen tussen 15 en 45 jaar. Ook ouderen, en vooral oudere mannen, lopen een groot risico op overlijden door suïcide.

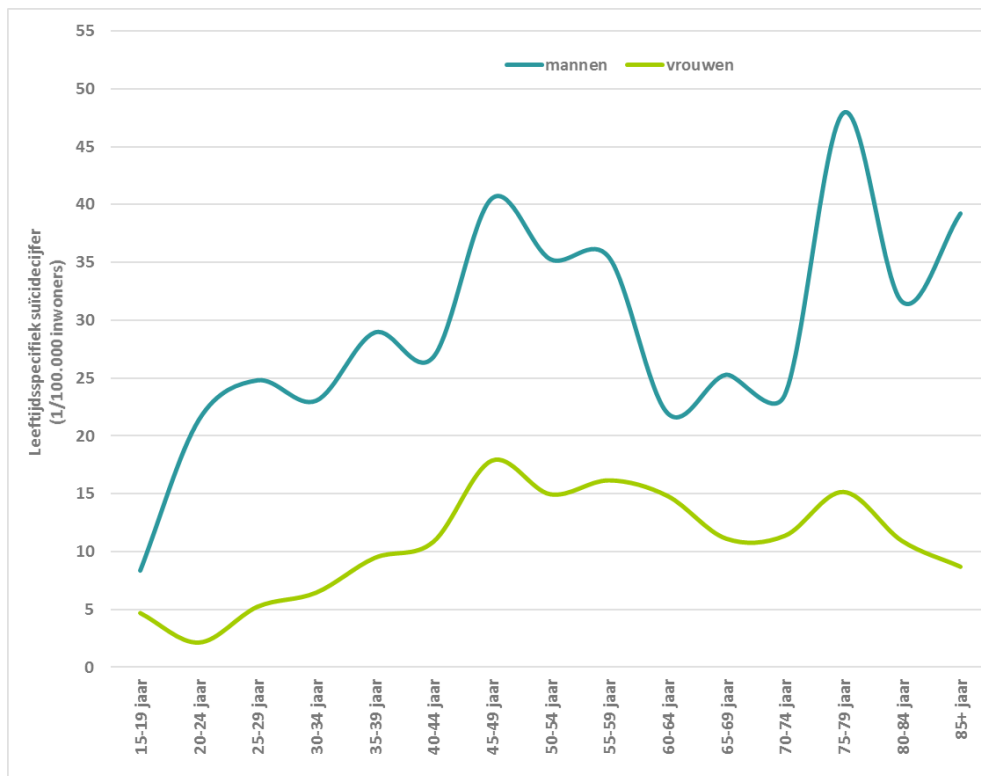
Minstens 1 op de 5000 mannen boven de 20 jaar kwam in 2015 door suïcide om het leven. Bij 'actieve' mannen, in de leeftijd van 20-59 jaar, was de suïcide-incidentie het hoogst bij de 45-49-jarigen. Zoals in de voorbije jaren, kwamen hoogbejaarde mannen (75 jaar of ouder) even vaak of nog vaker te overlijden door suïcide dan 'actieve' mannen. Algemeen liggen de cijfers bij oudere mannen (80+) wel veel lager dan in 2000.

De suïdecijfers bij vrouwen zijn voor alle leeftijden lager dan die van mannen van dezelfde leeftijd. Bij vrouwen van 15 jaar of ouder varieert het suïdecijfers tussen 2 en 18 op 100.000 vrouwen.

Een overzicht van de leeftijdsspecifieke suïdecijfers wordt weergegeven in figuur 3.3.

⁵ Meer informatie over de suïdecijfers in Vlaanderen kan gevonden worden op de website van Agentschap Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2015> en <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-per-leeftijdsgroep>.

Figuur 3.3. Leeftijdsspecifiek suïcidecijfer (per 100.000 inw) Vlaanderen 2015, volgens geslacht.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

EVOLUTIE SUÏDECIJFERS

MANNEN

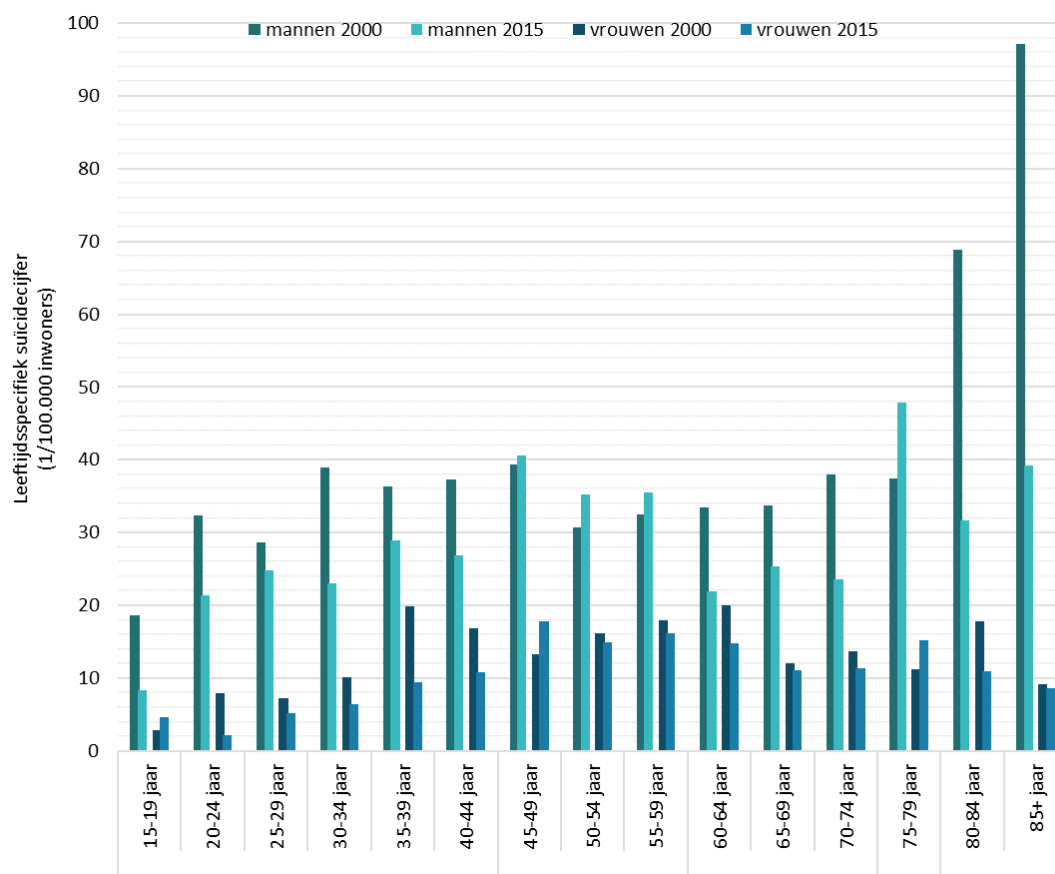
Het suïdecijfer (per 100.000 inwoners) lag bij mannen in vele leeftijdsgroepen lager in 2015 dan in 2000, behalve bij 45-59-jarigen en 75-79-jarigen. De daling was het sterkst in de leeftijdsgroep 85+.

Bij jongeren en jongvolwassenen (15-44 jaar) was het suïciderisico in 2015 rond 1 per 10.000 lager in 2000. Dit is een daling van ongeveer een derde. Voor de mannen in de leeftijdsgroep 45-59 jaar waren de cijfers minder gunstig: bij deze leeftijdsgroep lag het suïdecijfer in 2015 hoger dan in 2000. Het aantal suïcides bij 60-74-jarigen was in 2015 wel beduidend lager dan in 2000. Het suïdecijfer bij mannen in de leeftijdsgroep 80+ daalde sterk: in 2015 overleden 5 op 10.000 mannen minder ten gevolge van suïcide dan in 2000. Het suïciderisico is daarmee ruim de helft kleiner geworden vergeleken met 2000.

VROUWEN

Bij vrouwen was de daling van de suïcidecijfers het sterkst bij 20-24-jarigen (-73%) en ook bij 35-39-jarigen (-52%). Bij 45-49-jarige en 75-79-jarige vrouwen zien we, net als bij mannen een duidelijke stijging (respectievelijk +5% en +36%). Zie figuur 3.4.

Figuur 3.4. Evolutie leeftijdsspecifiek suïdecijfer Vlaanderen 2000 versus 2015, volgens geslacht.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

EVOLUTIE SUÏDECIJFERS EN VERGELIJKING MET DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

De gezondheidsdoelstelling die ten grondslag ligt aan het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS), 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 leeftjidsverdeling en toenemende bevolking, waren in 2015 duidelijk minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2000. Wanneer de cijfers worden opgesplitst naar geslacht, dan lijkt de gezondheidsdoelstelling bij mannen al gehaald (daling van 22%). Voor vrouwen daalde het aantal

overlijdens in 2015 met 19% ten opzichte van 2000. Hierbij lijkt de gezondheidsdoelstelling dus nog niet gehaald. Zie hieronder voor meer gedetailleerde cijfers uitgesplitst naar leeftijd.

GESLACHT

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, kan er bij de mannen een daling worden vastgesteld van 22%. Bij de vrouwen is er een daling van 19% in 2015 ten opzichte van 2000.

LEEFTIJD

Het suïdecijfer verschilt met de leeftijd, en is het hoogst op middelbare leeftijd (40 tot 59 jaar) en oudere leeftijd (boven de 75 jaar). Het extreem hoge risico dat mannen vanaf 80 jaar hadden in het jaar 2000 is wel flink afgenomen.

Trends zijn per leeftijdsgroep minder duidelijk, al kan de algemene trend van een daling tussen 2000 en 2007 en daarna terug een stijging wel vaak herkend worden. De cijfers voor mannen voor 2015 liggen in het algemeen op hetzelfde niveau als in 2014 en meestal ook lager dan die van het jaar 2000.

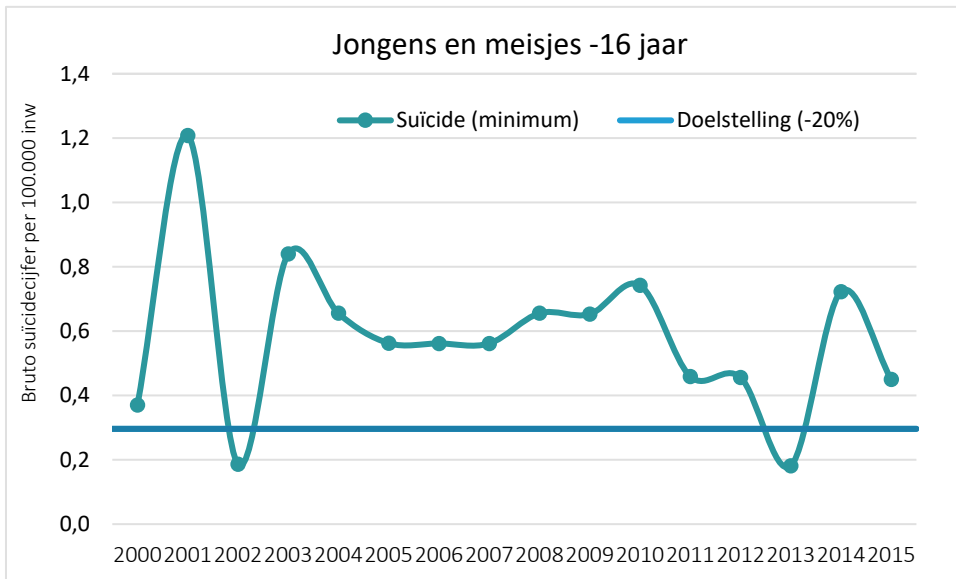
Bij mannen zijn de suïdecijfers wel gestegen in de leeftijdsgroepen van 45 tot 59 jaar en 75 jaar en ouder. Bij vrouwen zien we in veel leeftijdsgroepen een daling in 2015. Alleen in de leeftijdsgroep van 60-74 jaar zien we t.o.v. 2014 een stijging

LEEFTIJDSGROEP <16 JAAR

Bij kinderen en jongeren (<16 jaar) bedroeg het aantal suïcides gemiddeld 6 tot 7 overlijdens per jaar in de periode 2000-2015.

Enkel bij kinderen en jongeren onder de 16 jaar, zijn jongens en meisjes samengeteld en zijn de aantallen niet gestandaardiseerd omdat het over erg kleine aantallen gaat. Zie figuur 3.5.

Figuur 3.5. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw) van jongens en meisjes, -16 jaar, 2000-2015.

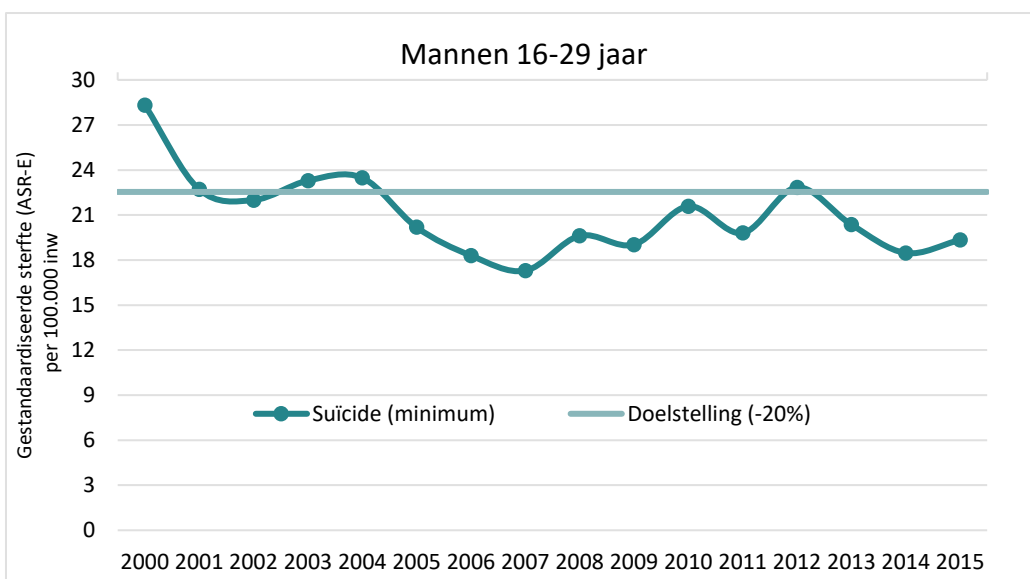


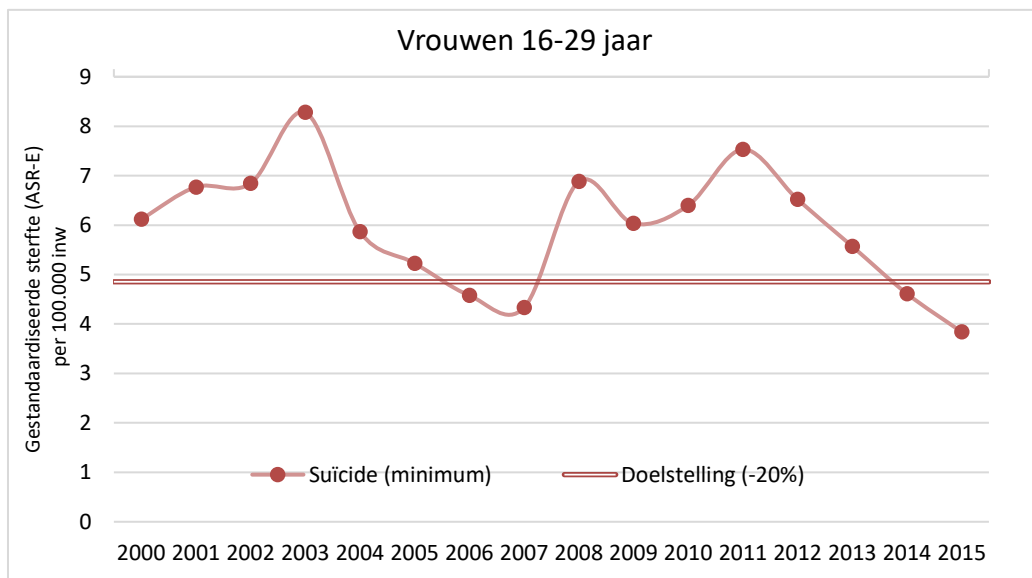
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

LEEFTIJDGROEP 16-29 JAAR

Bij de leeftijdsgroep 16 tot 29 jaar wordt de gezondheidsdoelstelling behaald. Bij de mannen kan een daling van 32% worden vastgesteld, bij de vrouwen is deze 37%. Zie onderstaande figuur.

Figuur 3.6. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw) van mannen en vrouwen, 16-29 jaar, 2000-2015.





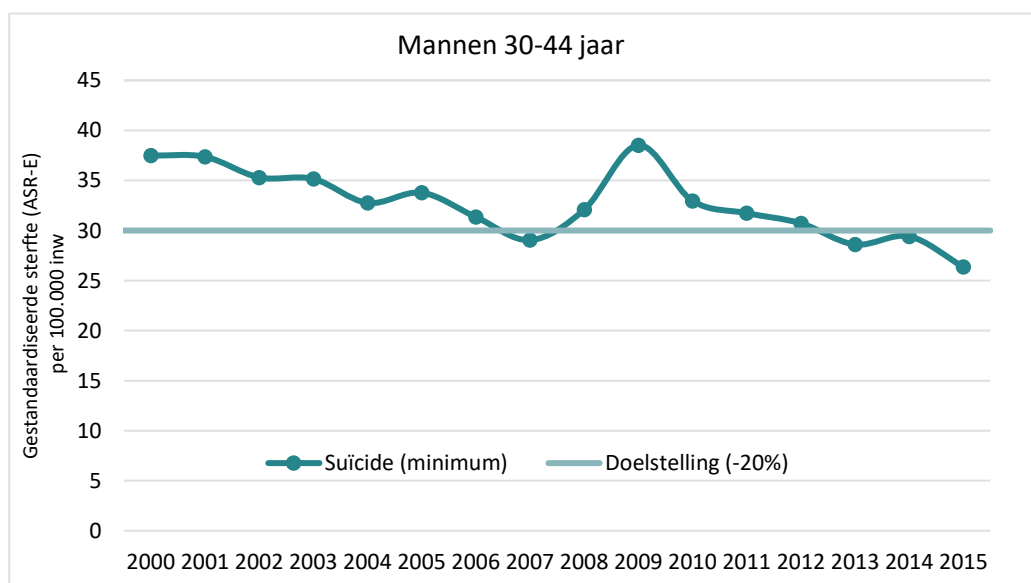
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

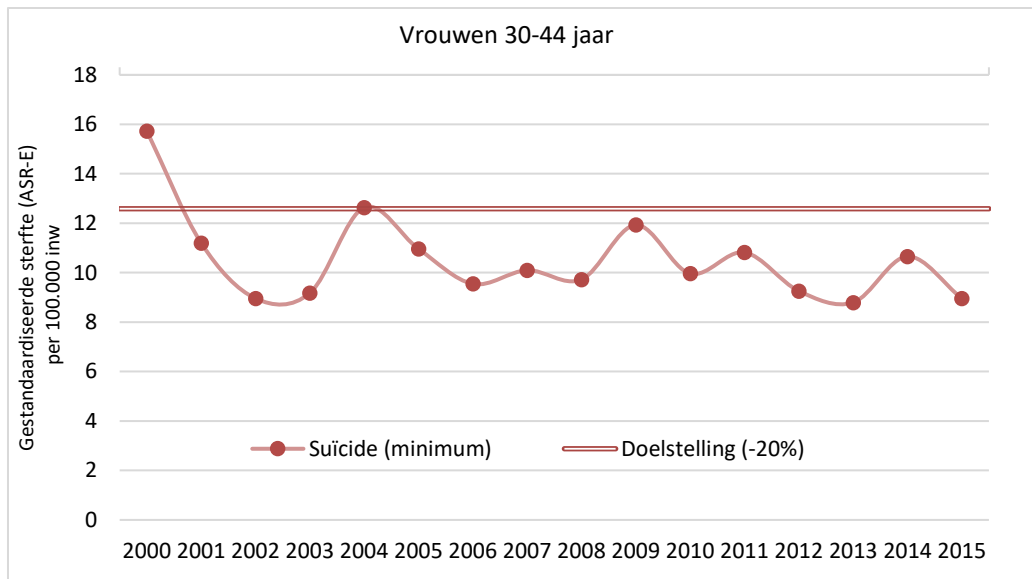
Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E)

LEEFTIJDGROEP 30-44 JAAR

Bij de leeftijdsgroep 30 tot 44 jaar wordt de gezondheidsdoelstelling eveneens behaald. Bij de mannen kan een daling van 30% worden vastgesteld, bij de vrouwen is deze 43%. Zie figuur 3.7.

Figuur 3.7. Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw) van mannen en vrouwen, 30-44 jaar, 2000-2015.





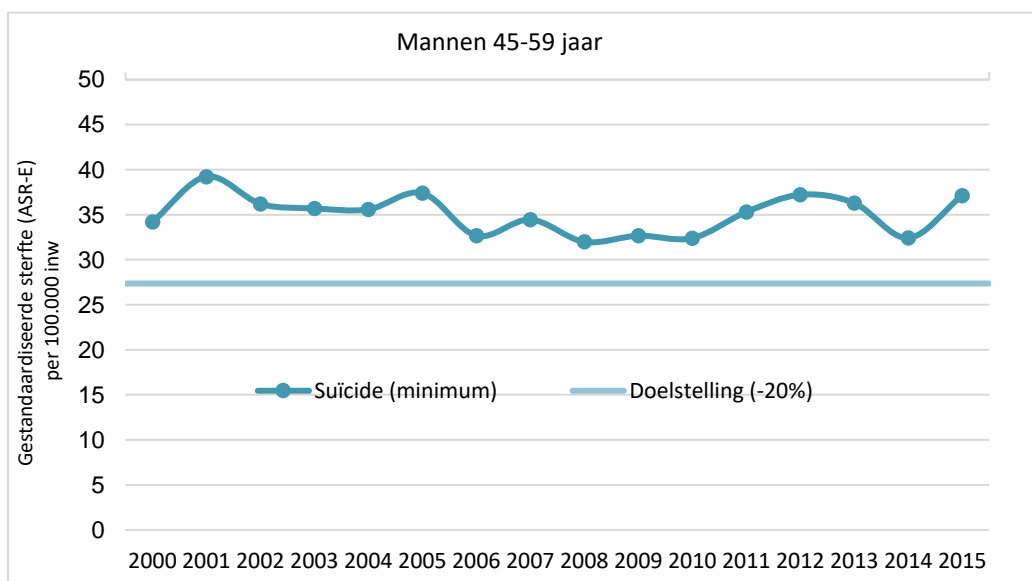
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

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

LEEFTIJDGROEP 45-59 JAAR

Bij de leeftijdsgroep 45 tot 59 jaar is het echter zo dat de gezondheidsdoelstelling niet wordt behaald. Bij de mannen kan een stijging worden vastgesteld van 9%. Bij de vrouwen een stijging van 4% worden waargenomen in vergelijking met 2000. Zie figuur 3.8.

Figuur 3.8. Evolutie suïcidedcijfers (per 100.000 inw) van mannen en vrouwen, 45-59 jaar, 2000-2015.





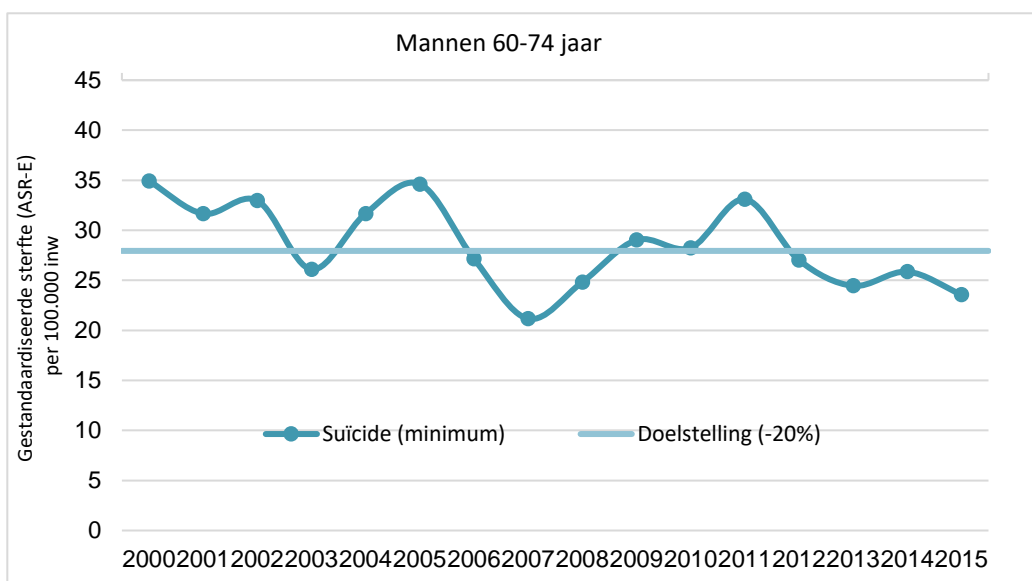
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

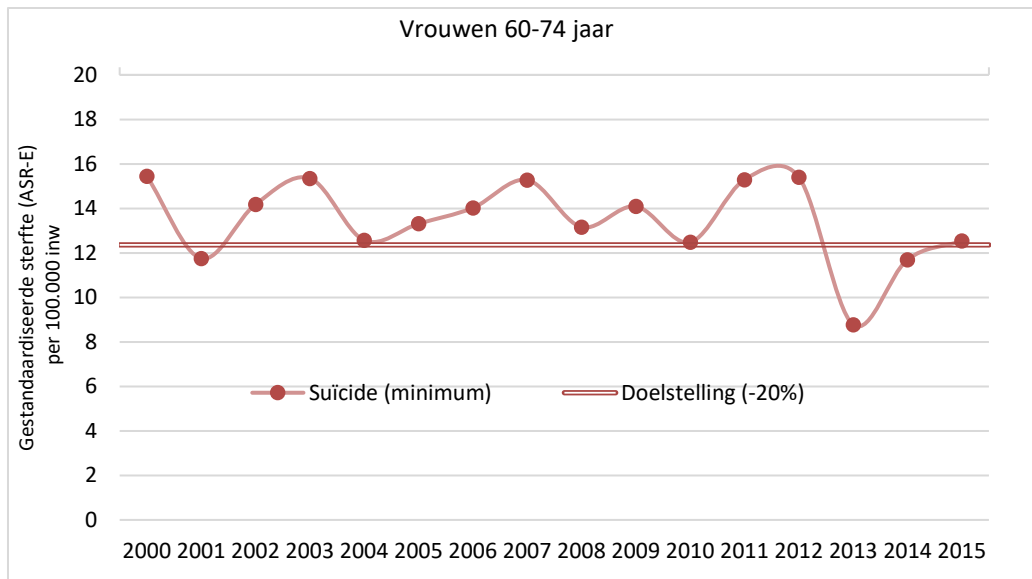
Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E)

LEEFTIJDGROEP 60-75 JAAR

Bij de leeftijdsgroep van 60 tot 75-jarigen wordt de gezondheidsdoelstelling behaald. Bij de mannen zien we dat de cijfers voor 2015 32% lager liggen dan in 2000. Voor de vrouwen zien we een daling van 19%. Zie onderstaande figuur.

Figuur 3.9. Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw) van mannen en vrouwen, 60-75 jaar, 2000-2015.





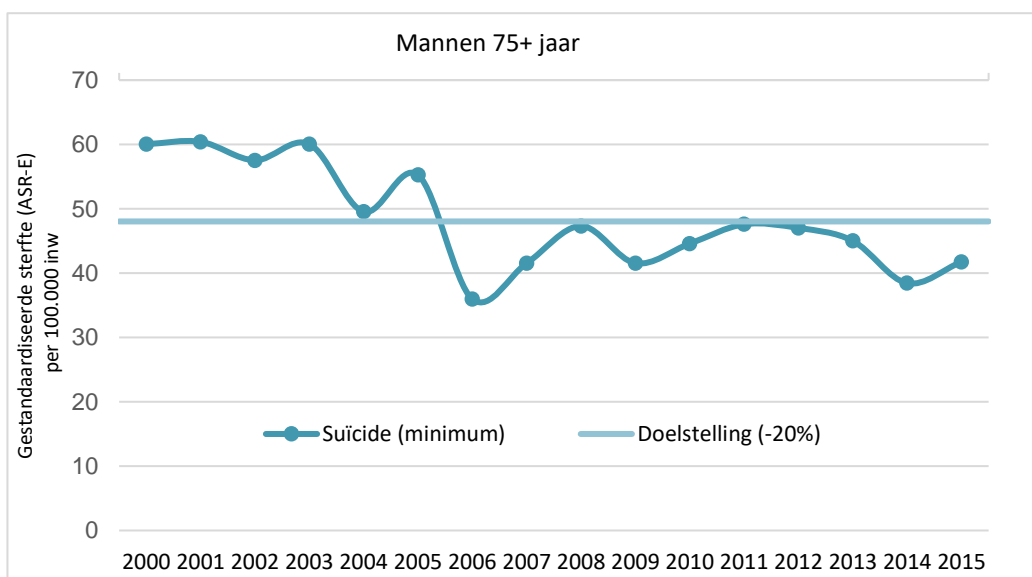
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

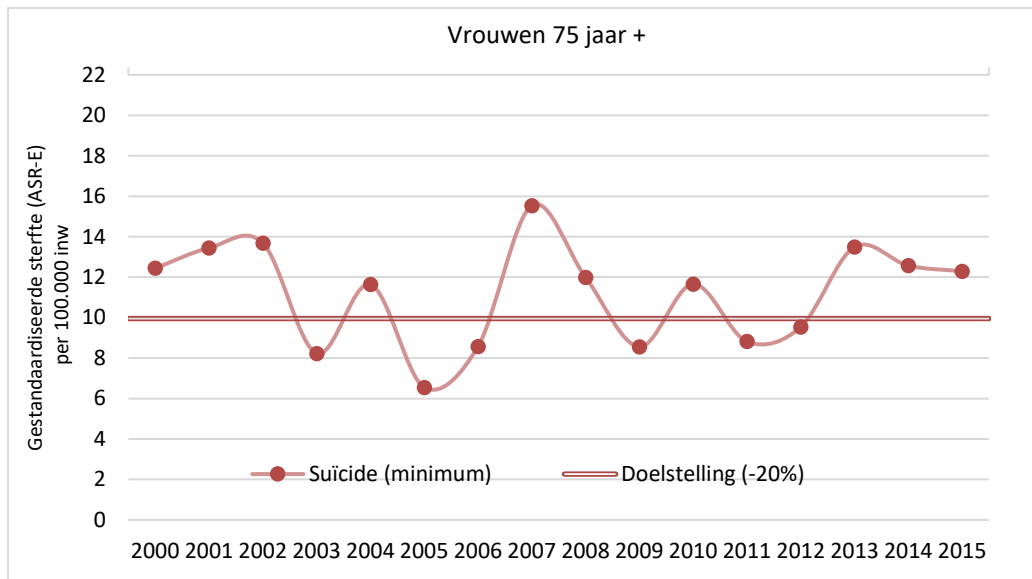
Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E)

LEEFTIJDGROEP 75+

Tenslotte wordt ingegaan op de 75-plussers. Bij de mannen kan een daling worden vastgesteld van 30% ten opzichte van 2000. Bij de vrouwen is het echter zo dat de cijfers ongeveer gelijk zijn gebleven aan de cijfers van 2000. Voor deze leeftijdsgroep werd de gezondheidsdoelstelling dus nog niet gehaald. Zie figuur 3.10.

Figuur 3.10. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw) van mannen en vrouwen, 75+ jaar, 2000-2015.





Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

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

ALGEMENE EVALUATIE

Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, in 2015 minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen zijn dan in 2000. Wanneer de cijfers worden opgesplitst naar geslacht en leeftijd, blijkt dat de gezondheidsdoelstelling voor alle leeftijdsgroepen gehaald is, behalve bij mannen en vrouwen in de leeftijd van 45 tot 59 jaar en bij vrouwen in de leeftijdscategorie 75+. Vlaanderen is daarmee op de goede weg om de gezondheidsdoelstelling te behalen. Zie tabel 3.1 voor een overzicht van de evolutie van de suïcidecijfers en een vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

Tabel 3.1. Evolutie Vlaams suïdecijfer en vergelijking met de gezondheidsdoelstelling.

	MANNEN	VROUWEN
2000 (startcijfer)	30,6	11,2
2005	28,7	9,8
2010	25,8	9,3
2015 (laatste cijfer)	23,9	9,1
2020 (streefcijfer -20%)	24,4	8,9
Vershil met 2000	-22%	-19%

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

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

SUÏCIDECIJFERS BIJ (HUIS)ARTSEN

Tot voor kort waren er in Vlaanderen geen cijfers beschikbaar ten aanzien van de spreiding van suïcidecijfers bij verschillende beroepsgroepen. De studie die binnen dit kader door Domus Medica is uitgevoerd, vormt een eerste onderzoek dat informatie verschaft over de prevalentie van suïcide bij (huis)artsen in Vlaanderen in de periode 2004-2012⁶. Daarnaast worden de verkregen suïciderates van artsen vergeleken met andere beroepsgroepen.



In de periode 2004-2011 zijn er 41 artsen overleden ten gevolge van suïcide. Hierbij zijn het aantal suïcides in het jaar 2012 niet meegenomen in de analyses vanwege een andere registratiemethode (Claessens, 2016). In deze periode overleden jaarlijks gemiddeld 5 artsen, waarvan 4 mannen en 1 vrouw. 34 van deze artsen (23 mannen en 11 vrouwen) waren beroepsactief op het ogenblik van overlijden. Dit geeft 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).

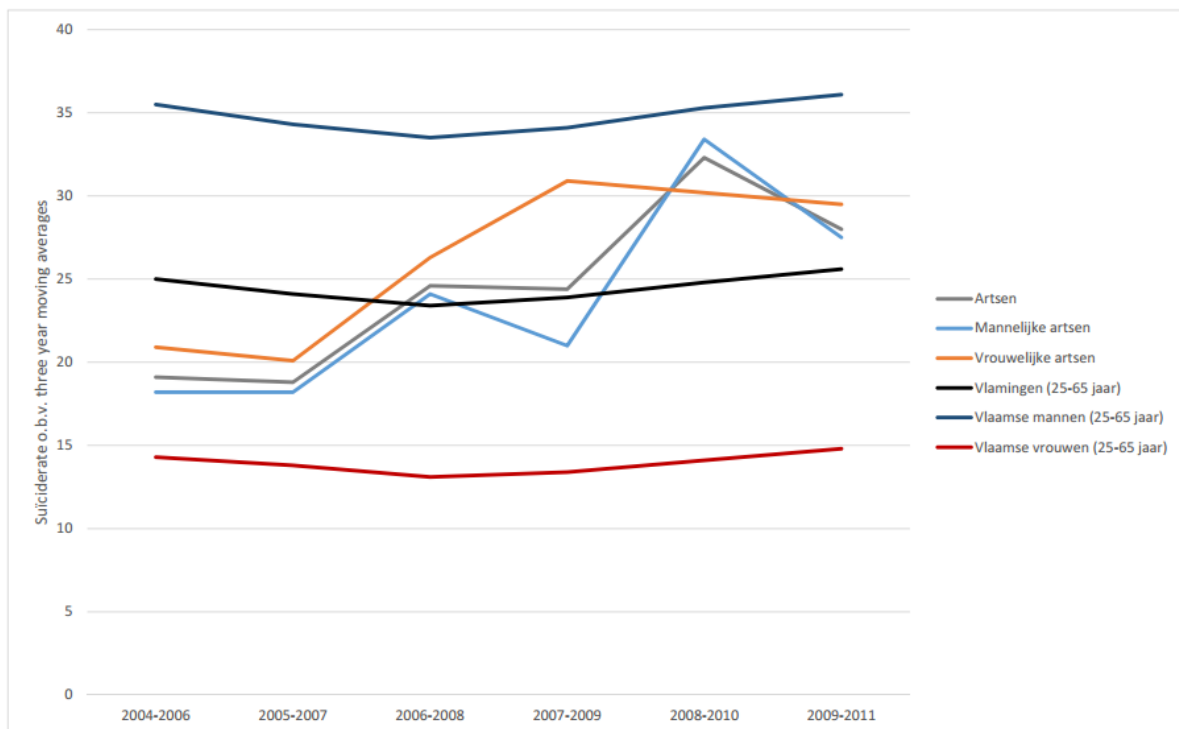
GESLACHT

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. 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). Zie figuur 3.11.

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

⁶ Meer informatie over deze studie vind je op http://www.domusmedica.be/images/stories/allerlei/2016/Suicidepreventie_bij_huisartsen_20160601-web.pdf.

Figuur 3.11. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages



Bron: Claessens, 2016

LEEFTIJD

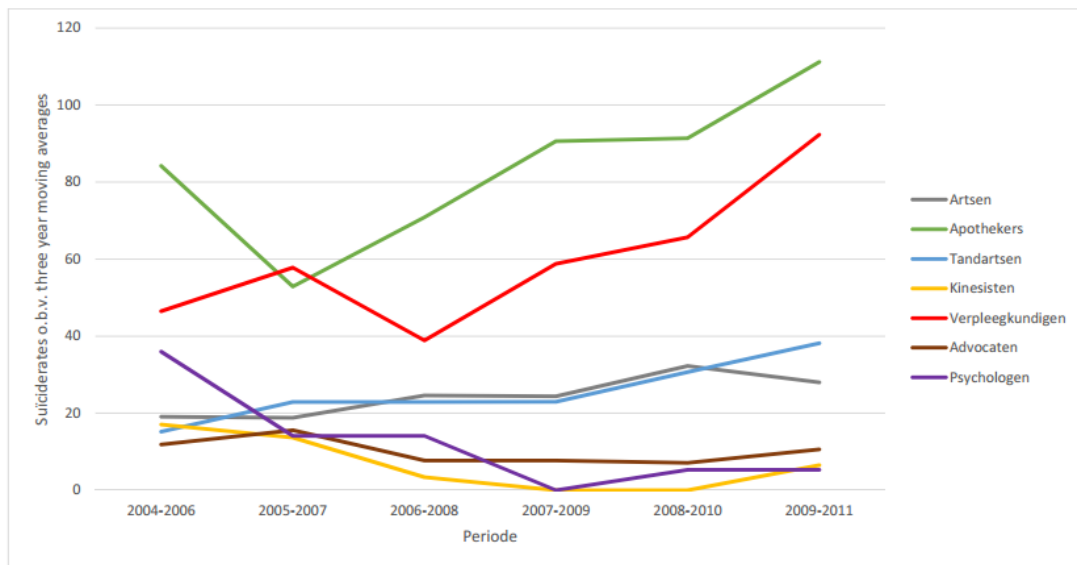
Suicide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (38.6%). Slechts één arts stierf ten gevolge van suïcide vóór de leeftijd van 35 jaar. De oudste arts die in de periode 2004-2012 door suïcide om het leven kwam was 80 jaar.

VERGELIJKING SUÏCIDEIJFER ARTSEN MET ANDERE BEROEPSGROEPEN

Als enkele andere beroepsgroepen nader worden bekeken, dan kan geconcludeerd worden dat apothekers en verpleegkundigen een sterk verhoogde suïciderate kennen (zie figuur 3.12). 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 artsen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verschil in geslacht.

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

Figuur 3.12. Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

3.3. BRUSSEL

In 2014 overleden in Brussel 131 personen⁷ ten gevolge van suïcide, waarvan 93 mannen en 38 vrouwen. De suïciderate voor mannen in 2014 was 16.3/100.000 en 6.3/100.000 voor vrouwen.

EVOLUTIE SUÏDECIJFERS

De Brusselse suïdecijfers fluctueren van jaar tot jaar maar er kan een geleidelijke daling waargenomen worden. Over een periode van 17 jaar is dit cijfer met bijna de helft gedaald: van 21.2 tot 11.2 overlijdens ten gevolge van suïcide per 100.000 inwoners. Deze daling is meer uitgesproken bij de mannen dan bij de vrouwen. De dalende trend is terug te vinden in alle leeftijdscategorieën met uitzondering van de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder waar een continue stijging te zien is sinds 2012. Zie figuur 3.2 op p. 21 voor een weergave van de evolutie van de suïdecijfers van Brussel voor de periode 1998-2014.



⁷ De suïdecijfers zijn gebaseerd op de sterftecertificaten van alle inwoners van het Brusselse Gewest die overleden zijn in het Brusselse, Vlaamse of Waalse Gewest. Meer informatie over de suïdecijfers in Brussel kan gevonden worden op: <http://www.observatbru.be/documents/indicateurs/mortalite/suicide-zelfmoord.xml?lang=nl>.

3.4. WALLONIË

Er zijn weinig gedetailleerde suïcidecijfers bekend voor Wallonië. In 2014 overleden in dit gewest in totaal 721 personen door suïcide,⁸ wat neerkomt op ongeveer twee suïcides per dag. Bijna 3 van de 4 suïcides betreffen mannen: 526 (73%) mannen en 195 (27%) vrouwen.

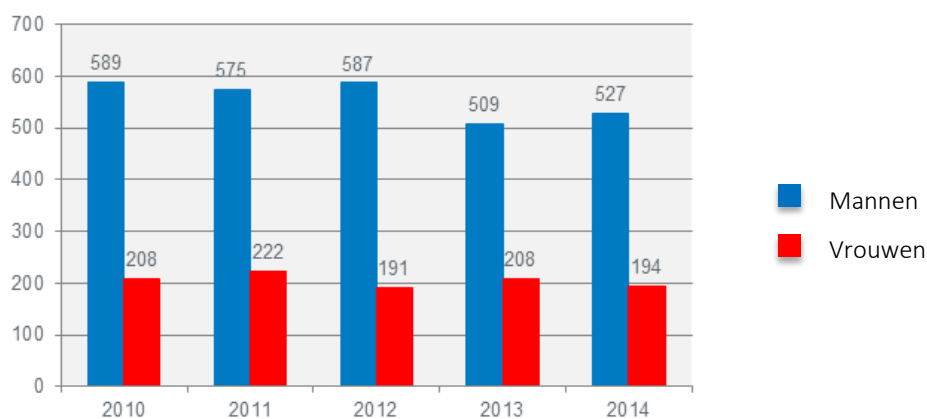


GESLACHT

Voor de vergelijking van suïcidecijfers baseren we ons noodgedwongen op de gemiddelde absolute suïcidecijfers voor de periode 2010-2014. Aangezien deze suïcidecijfers absolute aantallen betreffen in plaats van gestandaardiseerde cijfers, moeten deze met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Zoals in figuur 3.13 te zien is, zijn de suïcidecijfers in de periode 2010-2014 bij vrouwen beduidend lager dan bij mannen.

Figuur 3.13. Aantal suïcides (absolute aantallen) Wallonië 2010-2014, volgens geslacht.



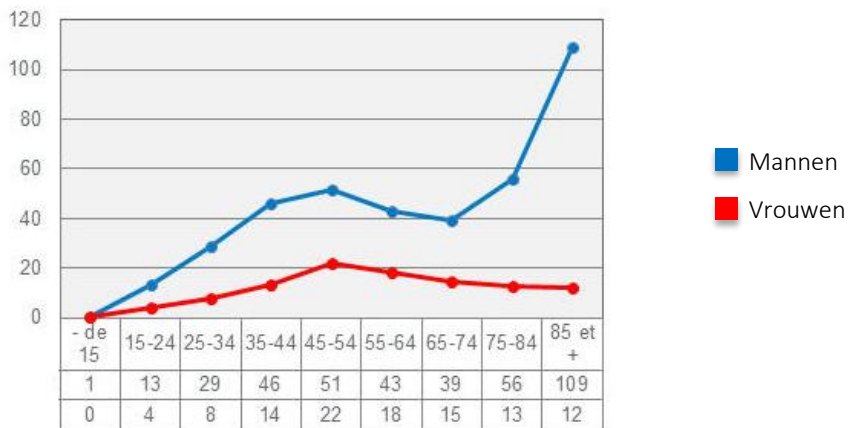
Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

⁸ Gebaseerd op de sterftecertificaten van alle inwoners van het Waals Gewest die overleden zijn in het Waals Gewest. Meer informatie over de suïcidecijfers in Wallonië kan gevonden worden op <http://lesuicide.be/chiffres-statistiques.htm>.

LEEFTIJD

Figuur 3.14 toont aan dat de meeste suïcides in de periode 2010-2014 hebben plaatsgevonden bij volwassenen in de leeftijdscategorie 45 tot 54 jaar en bij ouderen in de leeftijd van 85 jaar en ouder. In het algemeen nemen de suïcidecijfers toe tot de leeftijd van ongeveer 54 jaar. Daarna neemt het aantal suïcides af en treedt een stagnatie op. Vanaf de leeftijd van 70 jaar neemt het aantal suïcides toe, waarna een terugval waar te nemen is bij 85+.

Figuur 3.14. Gemiddelde suïciderate (per 100.000 inwoners) Wallonië 2010-2014, volgens leeftijd.

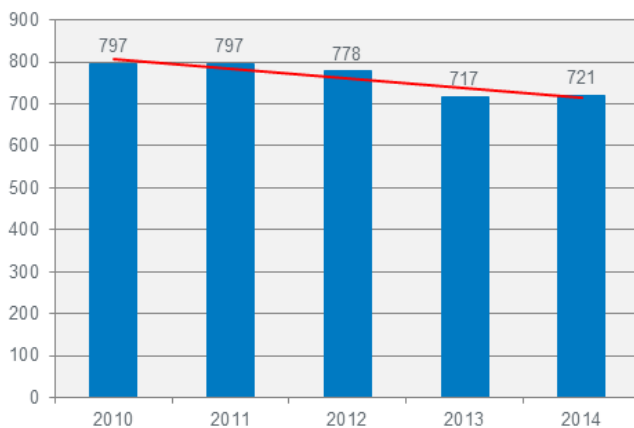


Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

EVOLUTIE SUÏCIDECIJFERS

De evolutie van de suïcidecijfers in de periode 2010-2014 is eerder stabiel te noemen. Zie figuur 3.15.

Figuur 3.15. Evolutie suïcidecijfers (absolute aantallen) Wallonië 2010-2014.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

3.5 INTERNATIONAAL

VLAANDEREN/BELGIË BINNEN EUROPA

Vlaanderen bevindt zich in het gezelschap van Europese lidstaten die kampen met hoge suïcidecijfers: het Vlaams/Belgisch suïcidecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie⁹. Zie tabel 3.2.



Tabel 3.2. Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, verdeeld naar geslacht.

	2013			2014		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
België	26.0	9.5	17.3	25.7	9.9	17.3
EU (28 landen)	19.2	5.0	11.7	18.5	4.9	11.3

Bron: Eurostat

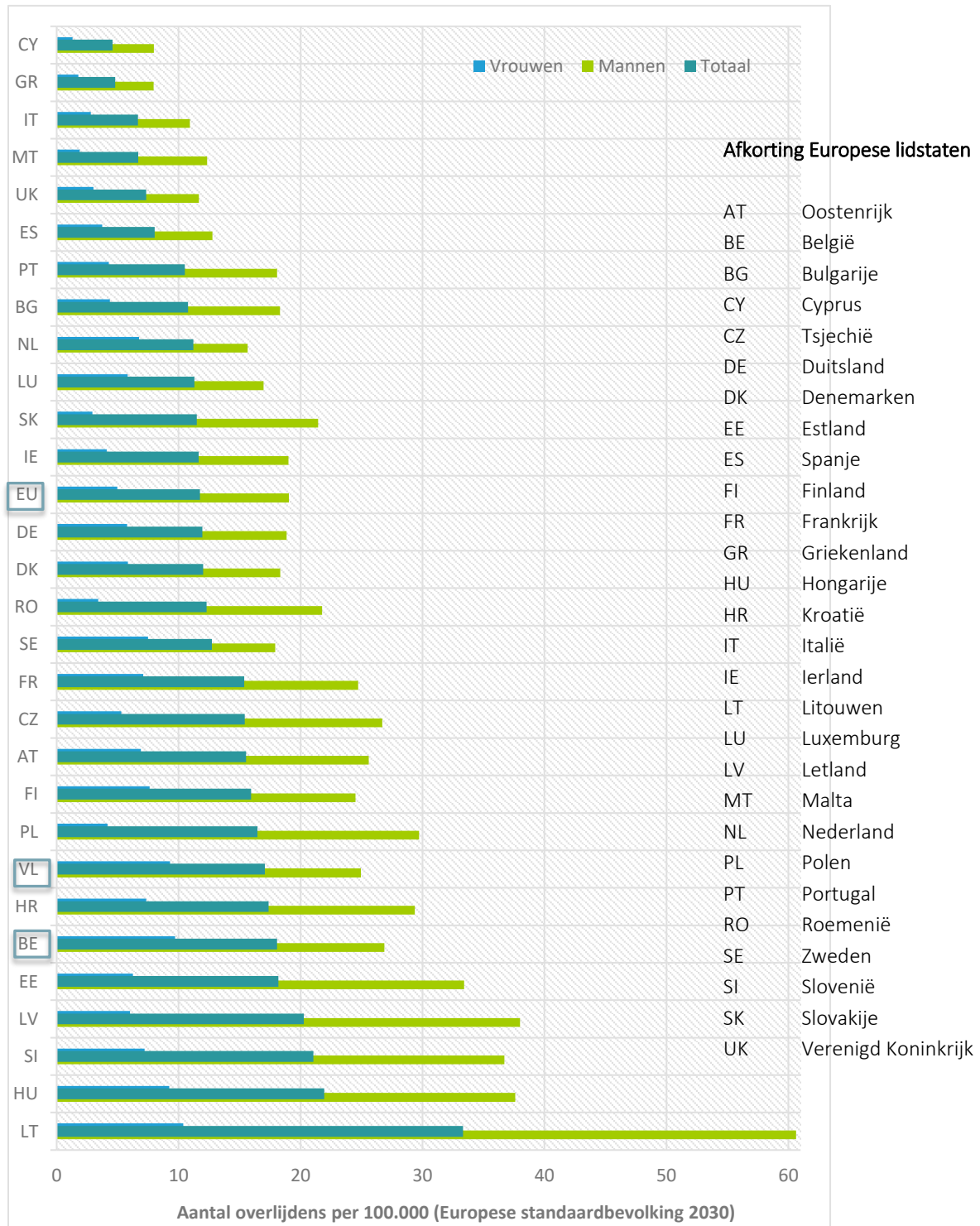
ASR-E = Age Standardized mortality Ratio - Europe

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

Wat betreft het suïdecijfer voor vrouwen, positioneren Vlaanderen/België zich helemaal bovenaan na Litouwen en Hongarije. Voor mannen zijn er 12 landen die nog hogere suïdecijfers hebben dan Vlaanderen. Zie figuur 3.16.

⁹ Meer informatie kan gevonden worden op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-vlaanderen-in-europa-2011-2013>.

Figuur 3.16. Vergelijking suïcidecijfer in Vlaanderen met Europese lidstaten, gemiddelde 2012-2014 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2030 (ASR-E).

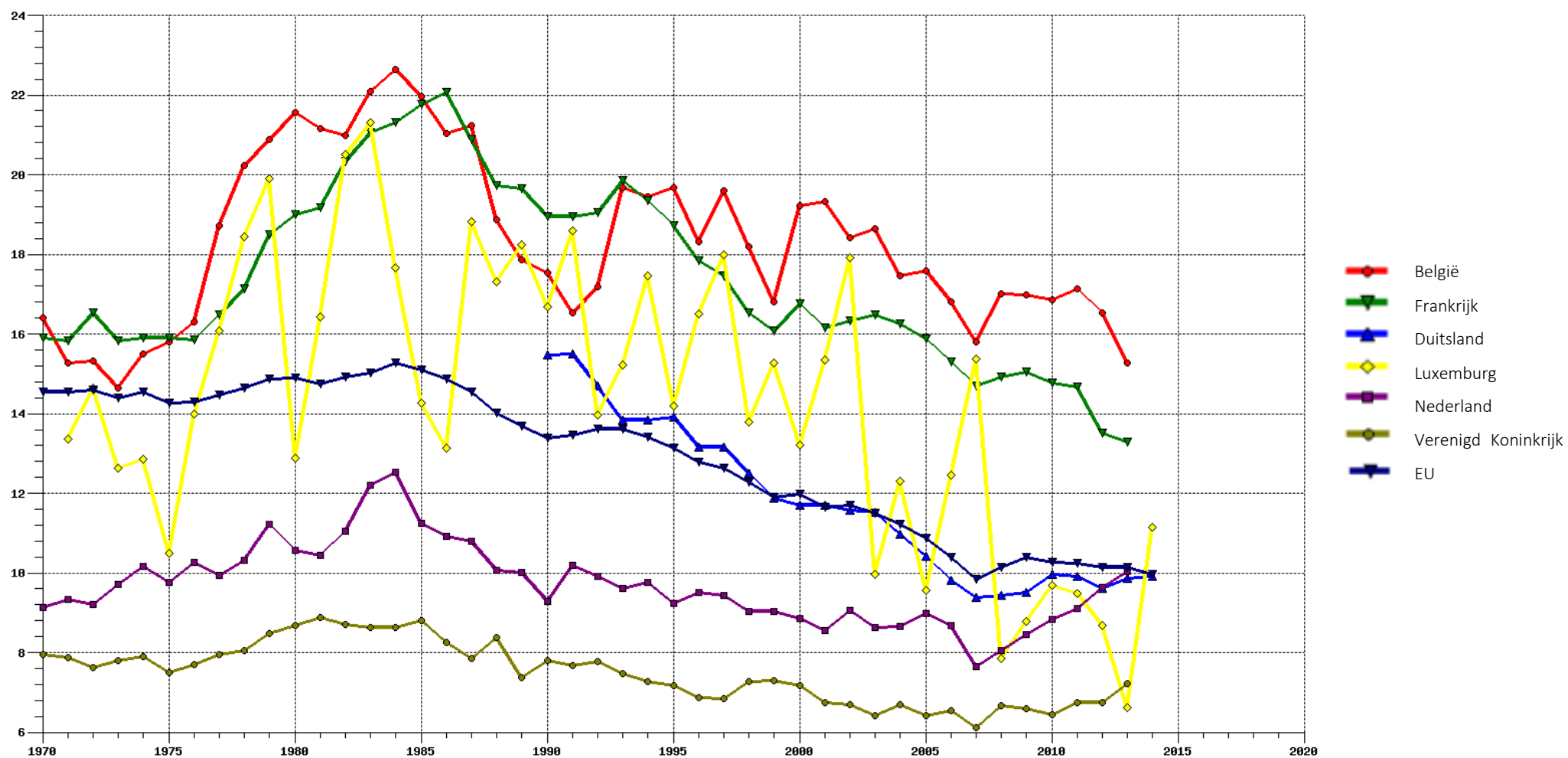


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid; Eurostat

INCIDENTIE EN EVOLUTIE BIJ DE BUURLANDEN

Wanneer de suïdecijfers vanaf 1970 in kaart worden gebracht voor België en de buurlanden, dan positioneert België zich helemaal bovenaan (m.u.v. Frankrijk in de jaren 1986 en 1987-1993). Zie figuur 3.17.

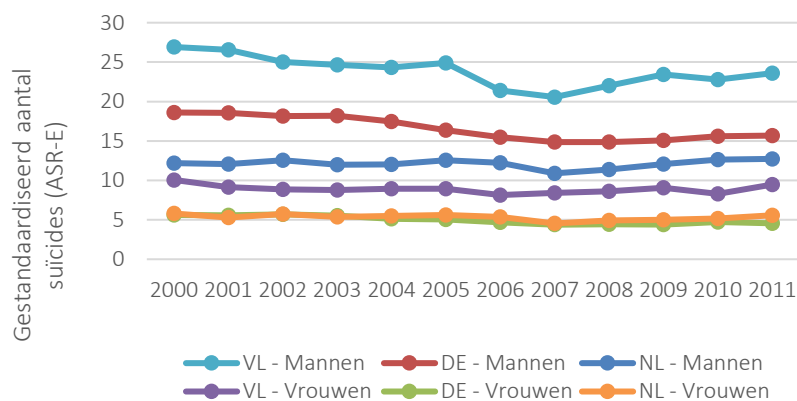
Figuur 3.17. Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1970-2015.



Bron: Wereldgezondheidsorganisatie/Europa, European HFA Database

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 figuur 3.16 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 3.18 en 3.19).

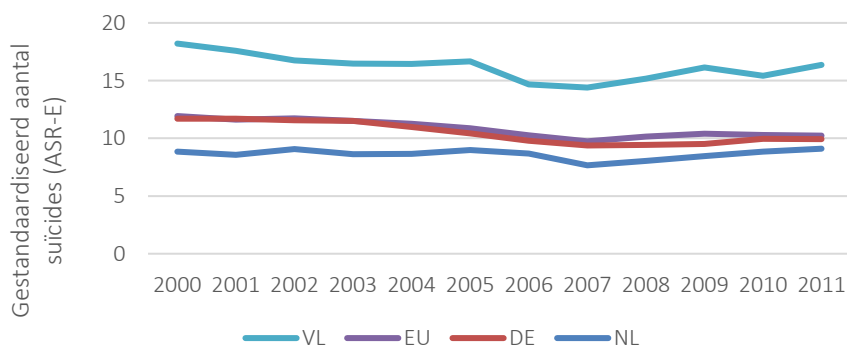
Figuur 3.18. Evolutie suïcidecijfers voor Vlaanderen, Duitsland en Nederland in de periode 2000-2011, volgens geslacht.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid; European HFA Database

ASR-E = Age Standardized mortality Ratio-Europe; VL= Vlaanderen; DE = Duitsland; NL = Nederland

Figuur 3.19. Evolutie suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland, Nederland en Europa als geheel voor de periode 2000-2011.

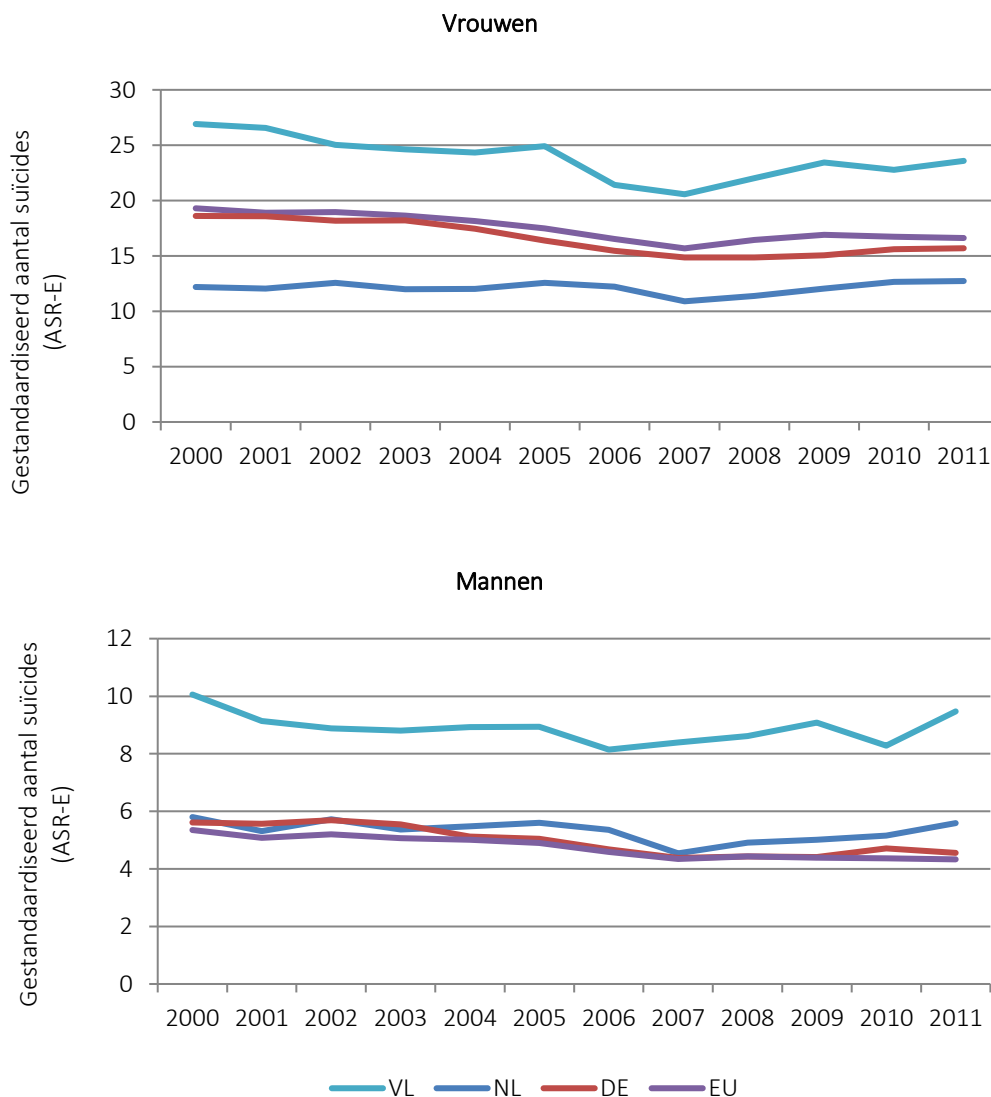


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid; European HFA Database

ASR-E = Age Standardized mortality Ratio-Europe; VL = Vlaanderen; EU = Europa; DE = Duitsland; NL = Nederland

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 figuur 3.20).

Figuur 3.20. Evolutie suïcidecijfers in Vlaanderen, Duitsland, Nederland en Europa als geheel voor de periode 2000-2011, volgens geslacht.



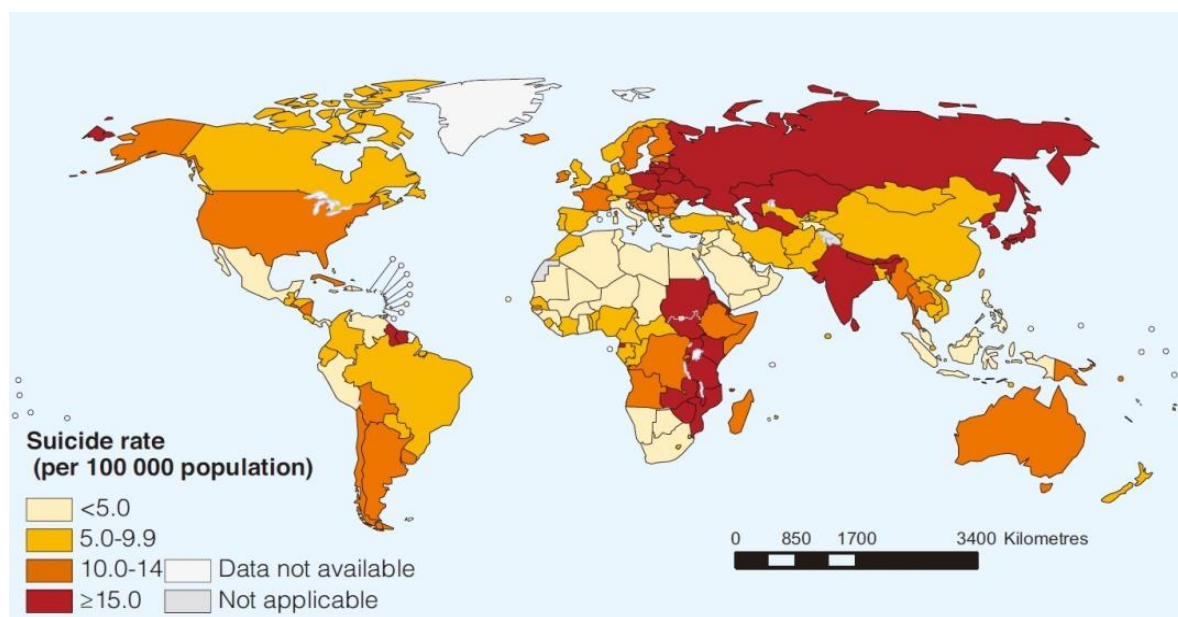
Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid; European HFA Database

ASR-E = Age Standardized mortality Ratio-Europe; VL = Vlaanderen; NL = Nederland; DE = Duitsland; EU = Europa

BELGIË VERSUS DE REST VAN DE WERELD

België behoort wereldwijd tot de landen met erg hoge suïcidedcijfers. Zoals in figuur 3.21 te zien is, is België ingedeeld in de categorie met de op één na hoogste suïciderates. Het suïcidedcijfer ligt boven de wereldwijde suïciderate die is berekend op basis van de suïcidedcijfers van de WHO lidstaten met een populatie ≥ 300.000 inwoners. Zeker wat betreft mannen, ligt het suïcidedcijfer 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 suïcidedcijfer uit te komen (zie tabel 3.3).

Figuur 3.21. Wereldwijde suïcidedcijfers (per 100.000 inwoners), 2012.



Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

ASR-W = 'Age Standardized mortality Ratio (World)'. Voor de directe standaardisatie van de suïcidedcijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de standaard wereldbevolking

Tabel 3.3. Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners) voor België, landen met hoge inkomens en de wereld als geheel, 2012.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
België ¹⁰	21.0	7.7	14.2
Landen met hoge inkomens	19.9	5.7	12.7
Wereldwijd	15.0	8.0	11.4

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

¹⁰ Omdat bij deze gestandaardiseerde suïdecijfers de wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioenoemer werd gebruikt, verschillen deze suïdecijfers met de suïdecijfers die werden gestandaardiseerd aan de hand van de Europese standaardbevolking (ASR-E).

4. CIJFERS 4. SUÏCIDEPOGINGEN



4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN

4.1. BELGIË

Anders dan bij suïcides, zijn er twee manieren voor het in kaart brengen van de epidemiologie van suïcidepogingen. Zo kunnen suïcidepogingen waarvoor medische hulp werd verkregen, worden geregistreerd op spoedafdelingen. Daarnaast kan het aantal suïcidepogingen inzichtelijk gemaakt worden aan de hand van bevolkingsonderzoek. Op basis van dergelijke monitoring- en bevolkingsstudies volgt hieronder een overzicht van de meest actuele cijfers omtrent suïcidepogingen in België/Vlaanderen. Daarnaast wordt een beeld geschetst van hoe deze cijfers zich verhouden tot andere landen en regio's binnen Europa.



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 van de Gezondheidsenquête (Gisle, 2014)¹¹ 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.

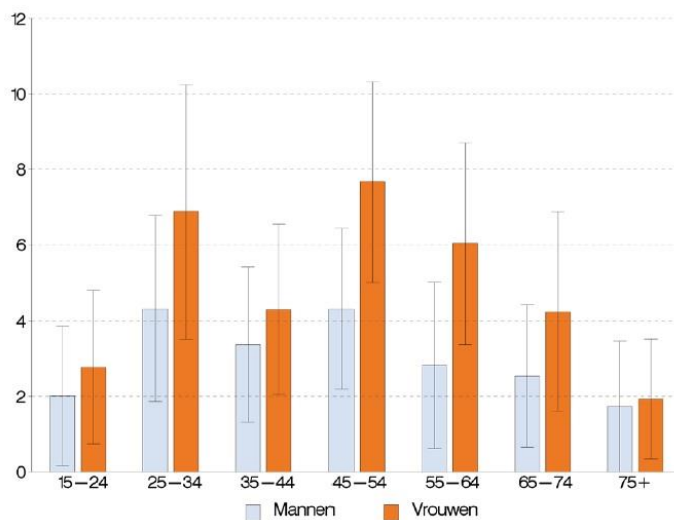
¹¹ Meer informatie kan gevonden worden op <https://www.wiv-isp.be/nl>.

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%).

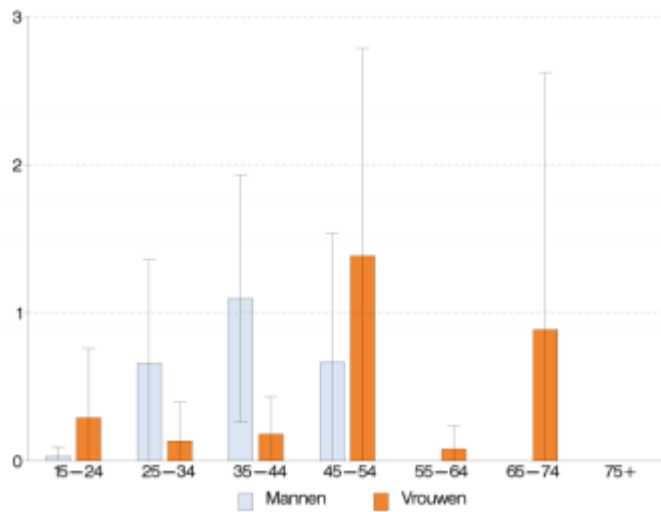
Figuren 4.1 en 4.2 geven respectievelijk de lifetime prevalentie en de prevalentie in de voorbije 12 maanden van suïcidepogingen weer, verdeeld naar leeftijd en geslacht. Bij vrouwen situeert de kritieke leeftijd voor deze twee indicatoren zich tussen 45 en 54 jaar: respectievelijk 7.7% en 1.4%. Uit 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 4.1. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat ooit gedurende het leven een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Figuur 4.2. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat in het afgelopen jaar een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens leeftijd en geslacht.

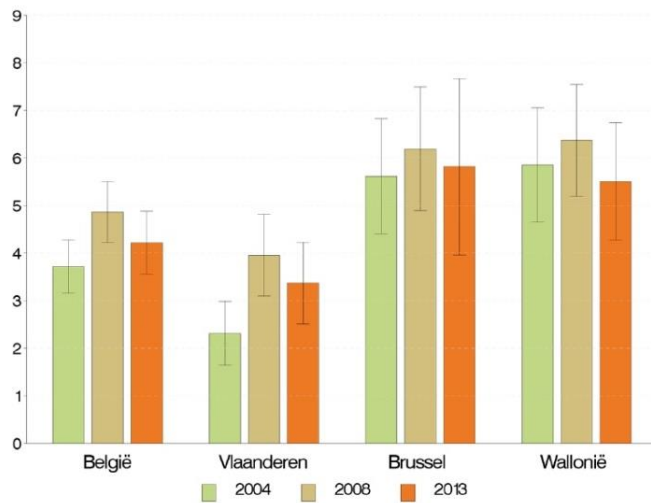


Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

VERSCHILLEN PER GEWEST

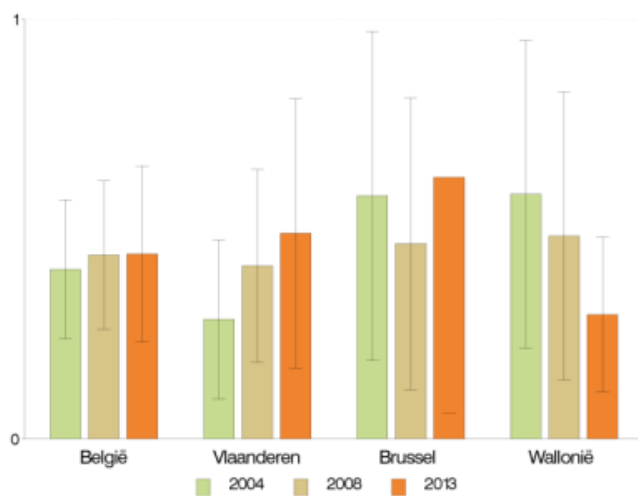
Suïcidepogingen in de loop van het leven worden in het Vlaams Gewest (3.4%) minder vaak gerapporteerd dan in de twee andere gewesten van het land (5.5%-5.8%), en dit verschil is significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Daarentegen tonen de resultaten met betrekking tot recente pogingen (< 12 maanden) geen significante regionale verschillen. Zie figuur 4.3 en 4.4.

Figuur 4.3. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat ooit gedurende het leven een suïcidepoging heeft ondernomen, per jaar en per gewest.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Figuur 4.4. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat het afgelopen jaar een suïcidepoging heeft ondernomen, per jaar en per gewest.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

OPLEIDINGSNIVEAU

Suïcidepogingen (zowel lifetime als in de voorbije 12 maanden) 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.

EVOLUTIE SUÏCIDEPOGINGEN

Zoals in de figuren 4.3 en 4.4 te zien is, is het percentage van de Belgische bevolking dat in het voorbije jaar (2013) een suïcidepoging heeft ondernomen niet gestegen in vergelijking met 2004 of 2008 (0.4%). Het aantal mensen dat aangeeft ooit gedurende het leven een suïcidepoging te hebben ondernomen, 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).

VERSCHILLEN PER GEWEST

De analyse van de evolutie van de prevalentie van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen (lifetime en in het afgelopen jaar) 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 suïcidepogingen statistisch significant tussen 2004 en 2008, maar niet tussen 2008 en 2013.

4.2. VLAANDEREN

In Vlaanderen werd in 1986 gestart met het registreren van de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die werden aangemeld op de spoedafdelingen van de ziekenhuizen in de regio Gent. In het kader van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006-2010) werd dit vanaf 2007 uitgebreid naar heel Vlaanderen door de introductie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Door middel van dit semigestructureerd interview worden het suïciderisico en de zorgbehoeften in kaart gebracht, zodat het zorgpad voor de patiënt uitgewerkt kan worden. De zo verzamelde registratiegegevens worden geanalyseerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent. In 2016 werd hiertoe door 35 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen data aangeleverd (Vancayseele, Rotsaert, Portzky, & van Heeringen, 2017)¹².



INCIDENTIE EN EVOLUTIE SUÏCIDEPOGINGEN

Omdat er personen zijn die binnen het jaar meerdere suïcidepogingen ondernemen en hiervoor meer dan één keer worden aangemeld bij de spoeddienst, wordt er bij de registratie van suïcidepogingen een onderscheid gemaakt tussen *person-based rates* (het aantal personen dat een suïcidepoging ondernam per 100.000 inwoners) en *event-based rates* (het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners).

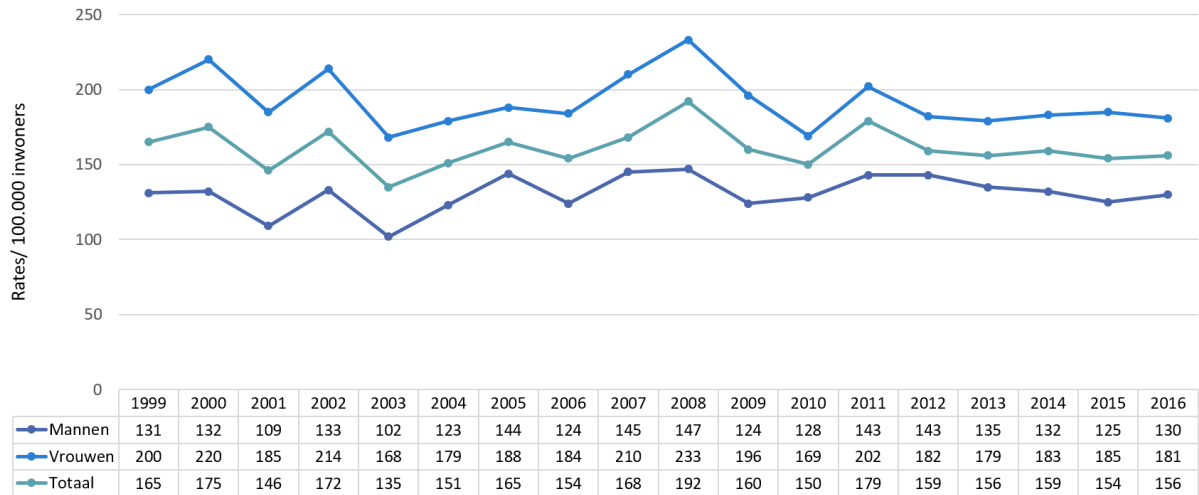
PERSON-BASED RATES

Het gemiddelde van de totale person-based rates gedurende de voorbije 18 registratiejaren bedraagt, net zoals in 2015, 161/100.000 inwoners. In de voorbije jaren hebben significant meer vrouwen dan mannen zich na een suïcidepoging op de spoeddienst aangemeld (192/100.000 vs. 130/100.000). Wanneer de person-based rate van 2016 (156) wordt vergeleken met die van 2015 (154), blijkt dat er

¹² Meer informatie kan gevonden worden op: <https://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/onderzoeksprojecten/epidemiologisch-onderzoek-nl/epidemiologische-gegevens-nl>.

een niet-significante stijging is van 1.3%. Figuur 4.5 toont de evolutie van de person-based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2016.

Figuur 4.5. Evolutie person-based rates van suïcidepogingen in Vlaanderen 1999-2016, volgens geslacht.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

EVENT-BASED RATES

In 2016 bedroeg de event-based rate in Vlaanderen 159 per 100.000 inwoners (een niet-significante stijging van 0.6% vergeleken met 2015). In absolute cijfers betekent dit dat naar schatting 10.360 suïcidepogingen bij de spoeddienst aangemeld werden, wat neerkomt op ongeveer 28 suïcidepogingen per dag. De event-based rate ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen: 183 versus 132 per 100.000 inwoners.

Figuur 4.6 toont aan dat de event-based rates quasi dezelfde evolutie volgen als de person-based rates. De gemiddelde event-based rate voor Vlaanderen, berekend over de voorbije 18 jaar, bedraagt 167/100.000 inwoners. Het verschil tussen de gemiddelde event-based rate voor vrouwen (201/100.000) en mannen (135/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de person-based rates (respectievelijk 192/100.000 en 130/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan mannen.

Figuur 4.6. Evolutie event-based rates van suïcidepogingen in Vlaanderen 1999-2016, volgens geslacht.

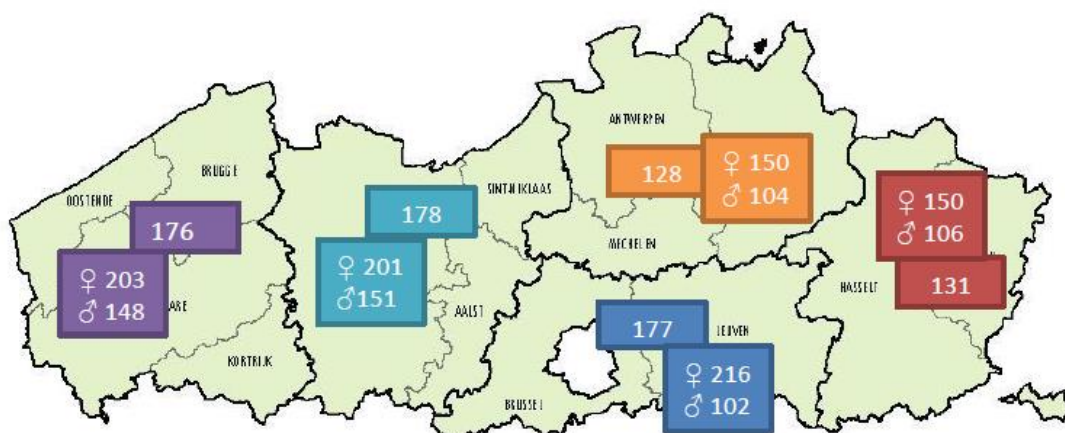


Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

PROVINCIALE VERSCHILLEN

West-Vlaanderen (176), Oost-Vlaanderen (178) en Vlaams-Brabant (177) hebben de hoogste event-based rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2016. Antwerpen en Limburg hebben de laagste rates in Vlaanderen. Zie figuur 4.7.

Figuur 4.7. Geografische spreiding van de event-based rates van suïcidepogingen in Vlaanderen, 2016.

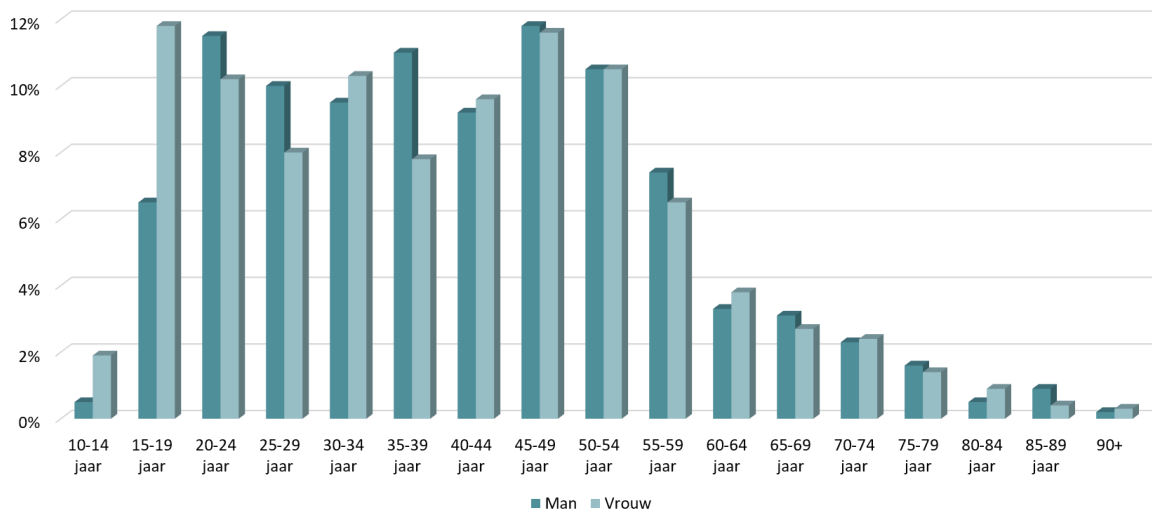


Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

Uit de data van het IPEO en KIPEO (Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinderen en jongeren) samen, blijkt dat in 2016 meer vrouwen (n = 1.278, 61.3%) dan mannen (n = 808, 38.7%) een suïcidepoging hebben ondernomen. De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen was 40.2 jaar; voor mannen was dit 41 jaar en voor vrouwen 39 jaar.

In figuur 4.8 wordt per leeftijdscategorie het aantal Vlaamse personen weergegeven dat in 2016 één of meerdere suïcidepogingen ondernam. Het hoogst absolute aantal suïcidepogers kan gevonden worden in de leeftijdscategorie 20-24 jaar, 45-49 jaar en 50-54 jaar. Dit resultaat dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden 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.

Figuur 4.8. Leeftijdverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2016, volgens geslacht.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

BURGERLIJKE STAAT EN SAMENLEVINGSVORM

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. In Vlaanderen zijn het vooral ongehuwden die een poging ondernemen (39.9%), gevolgd door gehuwden (28.8%), personen die gescheiden zijn (20.3%), officieel samenwonenden (6.3%) en weduwe(naar)s (4.6%). Ongeveer een derde van de personen die een suïcidepoging onderneemt, woont alleen. Meer dan de helft van de suïcidepogers heeft kinderen.

WERKLOOSHEID

Onderzoek toont aan dat lager opgeleiden en (langdurig) werklozen een hogere kans hebben op het ondernemen van een suïcidepoging. In Vlaanderen worden suïcidepogingen betrekkelijk vaak ondernomen door mensen die economisch inactief zijn (43.1%). Deze groep bestaat voornamelijk uit invaliden (44.7%), studenten (27.4%) en gepensioneerden (26.8%). Ruim een derde van de suïcidepogingen (38.7%) komt voor onder de werkende populatie. 17.9% van de suïcidepogers is werkloos.

VOORGESCHIEDENIS SUÏCIDEPOGINGEN

Suïcidaal gedrag heeft vaak een repetitief karakter. Van alle suïcidepogers die op de Vlaamse spoeddienst werden aangemeld en de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag in kaart werd gebracht, heeft bijna de helft (47.9%) reeds eerder een of meerdere suïcidepogingen ondernomen. Deze eerdere poging vond in bijna de helft van de gevallen (45.7%) in het afgelopen jaar plaats. Hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar voor herhaald suïcidaal gedrag en hoe meer pogingen, hoe groter het risico op suïcide. Buitenlands onderzoek leert dat nagenoeg 2% van de personen die worden aangemeld in het ziekenhuis na een suïcidepoging, binnen het jaar door suïcide om het leven komen (Carroll, Metcalfe, & Gunnel, 2014).

MIDDELENMISBRUIK

Bij de helft 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 de meerderheid van de suïcidepogers (60.8%), was er géén vermoeden van alcohol- of drugsmisbruik. Bij 8.3% van de suïcidepogers was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij bijna een derde van de pogers (30.8%) was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

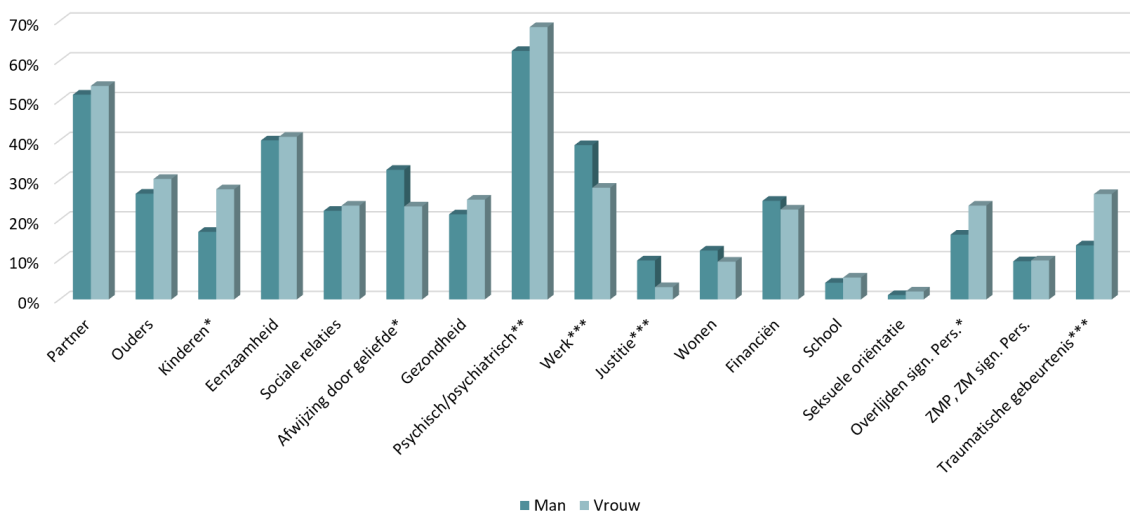
DIAGNOSE

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen. Bij één op de drie pogers (38% van de totale steekproef) werd enkel een probleembeschrijving en geen diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (29.2%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Daarnaast werd in 10.8% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 5.9% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Bij 8.6% werden “acute aanpassingsproblemen” gemeld. In 2.2% van de gevallen vermeldde men een andere diagnose zoals obsessief-compulsieve stoornis, ADHD, autisme spectrumstoornis en post-traumatische stressstoornis.

ERVAREN PROBLEMEN

Figuur 4.9 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 (44.1%) of maanden (15.7%) 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 psychische klachten of psychiatrische symptomen (66.1%) en relationele problemen (52.7%) het vaakst genoemd. Met betrekking tot de problemen die expliciet werden bevroegd, gaf één op de vijf personen aan geconfronteerd te zijn geweest met een traumatische gebeurtenis (21.5%) of het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander (20.7%). Eén op de tien personen gaf aan (9.7%) dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

Figuur 4.9. Ervaren problemen van suïcidepogers in Vlaanderen 2016, volgens geslacht.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

* 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” (49.1%) gevolgd door “ik wilde sterven” (44.7%) het meest aangehaald. Ook “weg willen uit een onmogelijke situatie” (38.1%), “vreselijke gedachten” (25.2%) en “controleverlies” (21.5%) 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 extrapunitieve motieven hebben (zoals liefde tonen en iemand bang maken).

BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Bij 1.036 suïcidepogers (48.7% van de totale steekproef) werd het zorgtraject geregistreerd. Bij 6.2% van de suïcidepogers werd aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 4% ging het om een ontslag op advies, bij 1.2% om een ontslag op tegenadvies en 0.6% van de patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis).

Bij een kwart van de suïcidepogers (29.8%) werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. Bijna drie op de vier pogers (73.3%) werd residentieel behandeld nadat hij of zij zich had aangemeld op de spoeddienst: bijna een kwart van de patiënten (24.1%) verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst, 16.9% werd doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis en 30.4% werd doorverwezen naar een PAAZ dienst. Eén op de tien patiënten (10.6%) verbleef op een somatische afdeling.

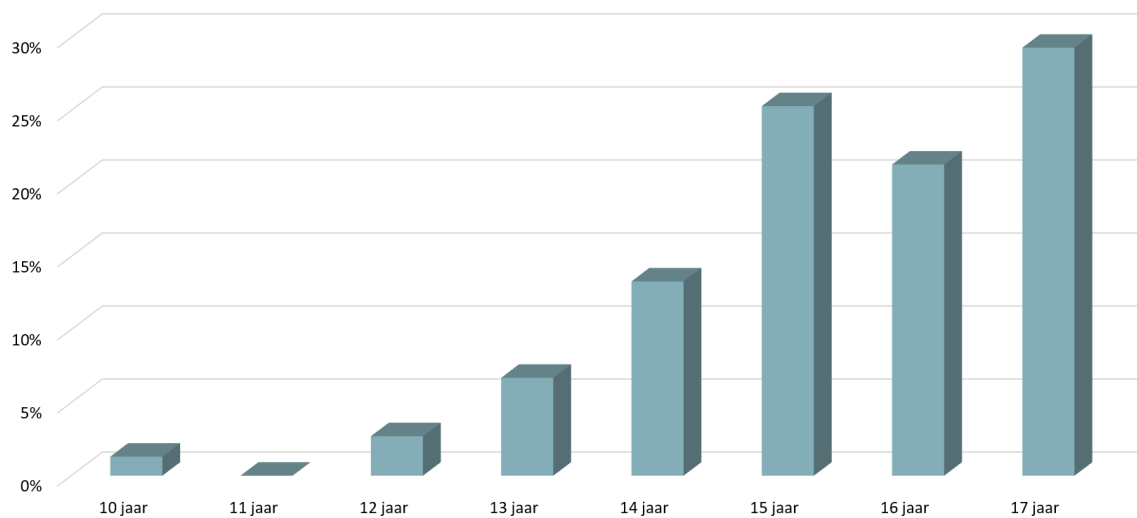
SUÏCIDEPOGINGEN JONGEREN

De implementatie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang – Kinderen en jongeren (KIPEO) is volop in ontwikkeling. In 2016 werden KIPEO'S verkregen via 16 algemene ziekenhuizen, twee kinderpsychiatrische centra en een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). In vergelijking met 2013, vonden in 2016 ongeveer vijf keer zoveel registraties plaats 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.

GESLACHT EN LEEFTIJD

Onder de jongeren die in 2016 een suïcidepoging ondernamen en die bevestigd werden aan de hand van het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (n=58; 75.3%) dan jongens (n=19; 24.7%). In de literatuur wordt dezelfde trend gevonden: suïcidepogingen worden vaker door meisjes ondernomen dan door jongens (O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2014). In 2016 was de gemiddelde leeftijd waarop de jongere een suïcidepoging ondernam 15.4 jaar. Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 15.9 jaar, bij de meisjes was dit 15.2 jaar. Zie onderstaande figuur.

Figuur 4.10. Leeftijdsverdeling van jonge suïcidepogers in Vlaanderen, 2016.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

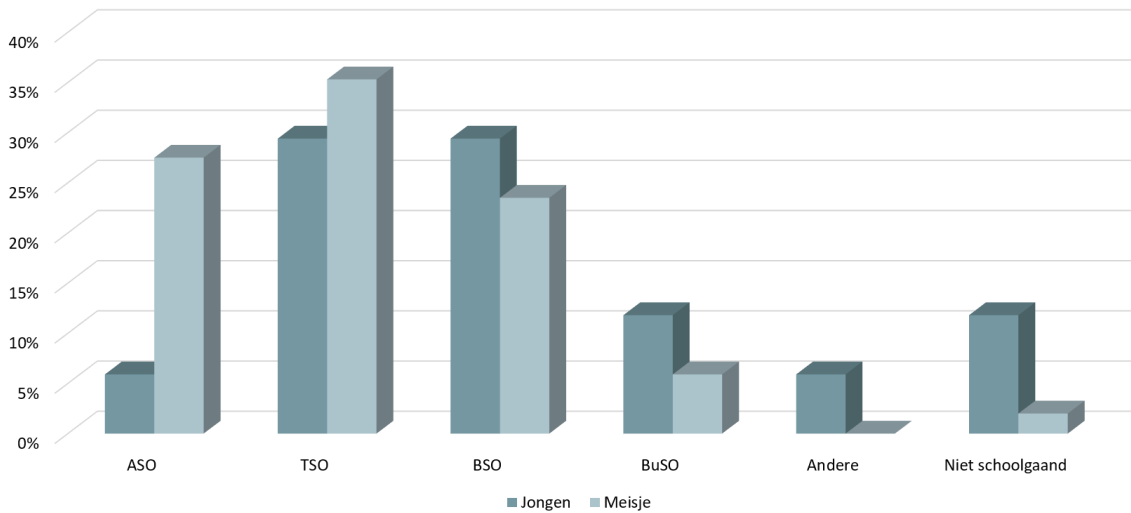
WOONSITUATIE EN SCHOOLSITUATIE

84.2% van de bevestigde jongeren gaf aan bij familie te wonen, meer specifiek bij beide ouders (37.7%), in een eenoudergezin (27.9%), in een nieuw samengesteld gezin (18%), in co-ouderschap (11.5%) of bij andere familieleden zoals broer/zus, grootouders of tante (4.9%). 7.9% woonde in een gezinsvervangende situatie, voornamelijk in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg). 1.3% van de jongeren woonden reeds alleen. Tenslotte gaf 6.6% van de jongeren de optie "andere" aan (bijv. Fedasil en internaat).

De grootste groep jongeren volgde een TSO-richting in het secundair onderwijs (34.8%), gevolgd door TSO (24.6%) en ASO (21.7%). Er werden geen significante verschillen tussen jongens en meisjes

teruggevonden. Zie figuur 4.11 voor een volledige grafische weergave van de schoolsituatie van de jongeren.

Figuur 4.11. Schoolsituatie van jonge suïcidepogers in Vlaanderen, 2016.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

VOORGESCHIEDENIS SUÏCIDEPOGINGEN EN AUTOMUTILATIE

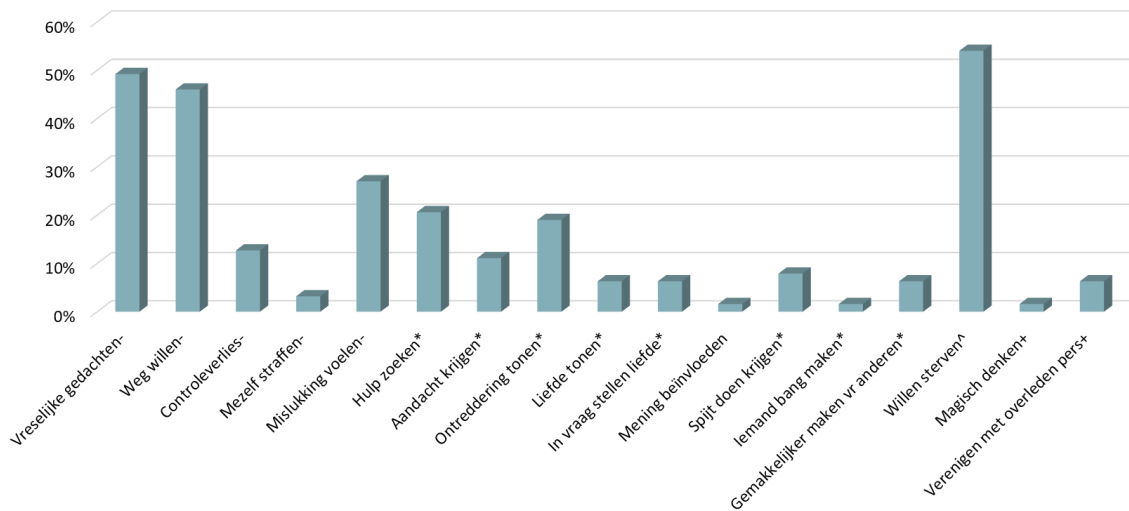
Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide (Kotila & Lonnqvist, 1987; Vajda & Steinbeck, 2000). Het vormt een belangrijke voorspeller van toekomstig suïcidaal gedrag (Shain & Committee on Adolescence, 2016). Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. In huidig onderzoek gaf 56.9% van de jongeren aan dit de eerste suïcidepoging was. 20.8% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen, 11.1% twee, 2.8% drie en 8.3% reeds vier pogingen. Bij 66.7% van de jongeren was de vorige poging minder dan 6 maand geleden en bij 80.6% 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. 64.3% van de jongeren gaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. De helft van de jongeren (50%) werd geholpen door een psycholoog of psychiater, gevolgd door de ouders (33.3%) en CLB (11.1%).

De meerderheid van de jongeren gaf aan dat er sprake was van automutilatie (59.5%). Bij 85.4% van deze jongeren vond dit gedrag minder dan zes maanden geleden plaats. Significant meer meisjes dan jongens gaven aan zich opzettelijk pijn te doen/te verwonden.

MOTIEVEN

De meest frequente motieven die door de jongeren werden aangehaald, waren “ik wilde sterven” (54%), gevolgd door “mijn gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (49.2%), “wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (46%) en “mensen laten begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was” (19%). Zie figuur 4.12.

Figuur 4.12. Aangehaalde motieven van jonge suïcidepogers in Vlaanderen, 2016.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

- Intern conflict

* Beïnvloeden/straffen van anderen

^ Doodswens

+ Magisch denken

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 de meerderheid van de jongeren (58%) sprake was van een lage suïcidale intentie.

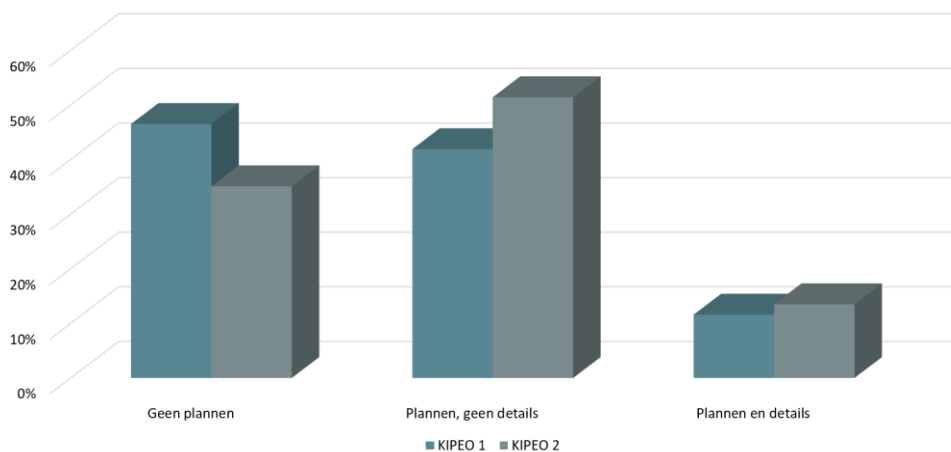
SUÏCIDALE IDEATIE NA EEN SUÏCIDEPOGING

Wanneer na een suïcidepoging bij de jongere gepeild wordt naar de mate waarin er sprake is van suïcidale ideatie, dan gaf 37.7% van de jongeren aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. Eén op de drie jongeren (32.5%) gaf aan zwakke suïcidale gedachten te hebben en 29.9% 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 KIPEO 2. Het blijkt dat tijdens KIPEO 2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of –beschadiging gerapporteerd werden in vergelijking met KIPEO 1. Bijna de helft van de jongeren (47.1%) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. Bijna één op de drie jongeren (30%) gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben en één op de vijf jongeren (22.9%) had eerder zwakke gedachten aan zelfverwonding of zelfbeschadiging.

Bij de jongeren die aangaven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds de aanwezigheid van concrete plannen bevestigd. Tijdens KIPEO 1 gaf 46.5% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen, 51.4% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken en 11.6% van de jongeren had een duidelijk en gedetailleerd plan. Tijdens KIPEO2 gaf 35.1% van de jongeren aan geen plannen te hebben, 50% had een plan maar had de details nog niet uitgewerkt en 13.5% had een concreet plan voor ogen. Zie figuur 4.13.

Figuur 4.13. Mate waarin suïcidale ideatie concreet is bij jonge suïcidepogers, 2016.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

Een studie die ook informatie verschaft over suïcidaal gedrag bij de jongerenpopulatie in Vlaanderen, is de studie Jongeren en Gezondheid.¹³ 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 onderwijs, waarvan 56.5% jongens en 43.5% meisjes. Enkel leerlingen vanaf de derde graad van het secundair onderwijs werden bevestigd met betrekking tot opzettelijk zelfbeschadigend gedrag (al dan niet met suïcidale intentie).

In 2014 gaf 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 had geslikt of geprobeerd had zichzelf op een andere manier te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes). In 2010 was dit 8.4%, in 2006 nog 7.7%. Bijna één op de tien (n = 192; 9.5%) 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.



¹³ De studie Jongeren en Gezondheid maakt deel uit van de internationale studie Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC), uitgevoerd onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie. 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 1990 worden in Vlaanderen leerlingen vanaf het vijfde leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde jaar secundair onderwijs bevestigd. De bevestiging 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 bevestigingscyclus is voorzien in 2017-2018.

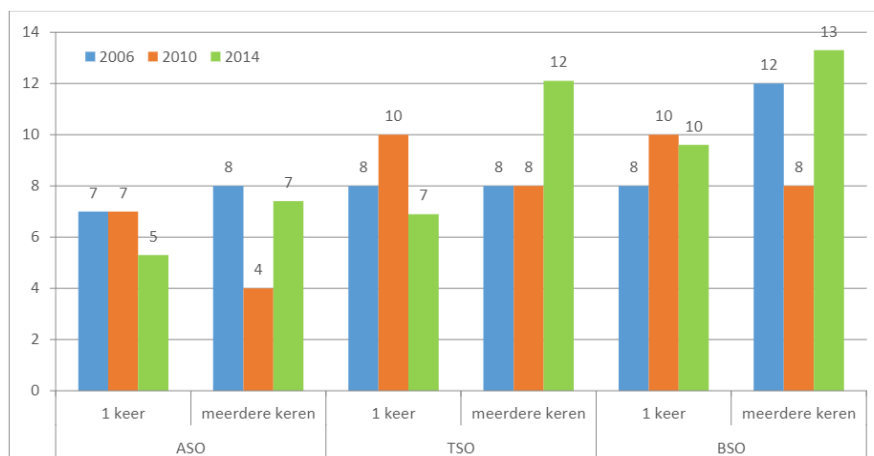
Meer informatie is te vinden op <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/materialen/>.

Zelfbeschadigend gedrag komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Bij de jongens had 4.2% zichzelf één keer opzettelijk proberen te beschadigen, terwijl bij meisjes dit 9.8% bedroeg (in 2010 respectievelijk 6.7% en 10.1%). In 2014 had 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%.

ONDERWIJSRICHTING

Ook naar onderwijsrichting werden verschillen vastgesteld. Figuur 4.14 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 4.14. Prevalentie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 17-tot 18-jarigen, 2014, volgens onderwijsrichting.



Bron: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent

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 deze 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 (Madge et al., 2008).



PREVALENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG 2015

Van de 1.103 jongeren die de vraag met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag hadden beantwoord, gaven 171 jongeren (15.5%) aan ooit opzettelijk teveel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zichzelf lichamelijk te beschadigen. 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. Zie tabel 4.1.

Tabel 4.1. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

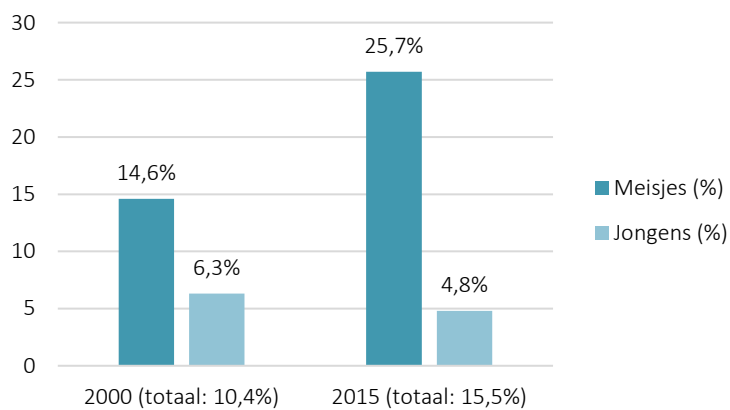
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West-Vlaanderen	Sint-Niklaas
Lifetime prevalentie		
Totaal	10.4%	15.5%
Meisjes	14.6%	25.7%
Jongens	6.3%	4.8%
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Totaal	7.0%	9.8%
Meisjes	10.1%	16.5%
Jongens	4.1%	2.8%
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
Totaal		4.0%
Meisjes	Geen cijfers beschikbaar	6.2%
Jongens		1.7%

Bron: Vanderstraeten, 2016

PREVALENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG 2015 VERSUS 2000

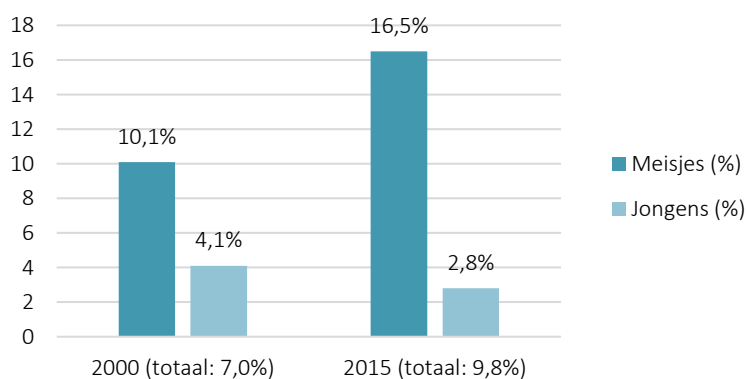
In vergelijking met 2000 toont het onderzoek een toename van jongeren die zichzelf beschadigen: zowel de lifetime prevalentie als de jaarlijkse prevalentie zijn toegenomen (zie figuur 4.15 en 4.16). Dit is vooral te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevraagd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

Figuur 4.15. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

Figuur 4.16. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

FREQUENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG 2015

De jongeren konden aangeven of zij zichzelf éénmalig of vaker hadden beschadigd. De meerderheid van de jongeren (55%; n = 94) gaven aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd. 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. Zie tabel 4.2.

Tabel 4.2. Frequentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

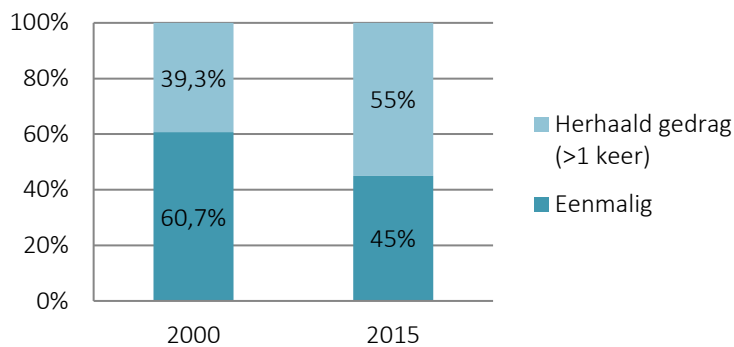
FREQUENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
Eénmalig	60.7%	45.0%
Herhaald gedrag (> 1)	39.3%	55.0%
Herhaald gedrag (> 1) meisjes	41.5%	85.1%
Herhaald gedrag (> 1) jongens	34.8%	14.9%

Bron: Vanderstraeten, 2016

FREQUENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG JONGEREN 2015 VERSUS 2000

Bij de bevraging naar éénmalig of herhaald gedrag van zelfbeschadiging toont het onderzoek dat in 2015 meer jongeren herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag stellen ten opzichte van het jaar 2000. 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. Zie figuur 4.17.

Figuur 4.17. De frequentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

PREVALENTIE SUÏCIDEPOGINGEN ZELFMOORDLIJN 1813

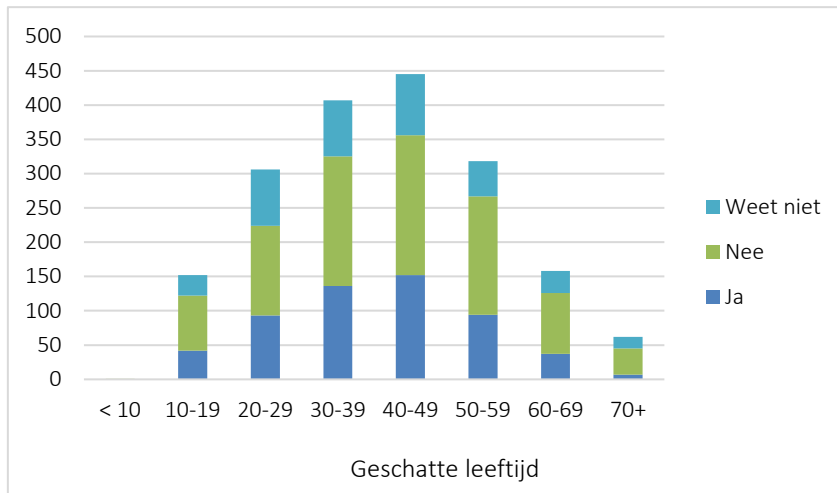
In 2016 werden 14.559 oproepen beantwoord aan de Zelfmoordlijn 1813. Sinds eind 2013 beantwoordde een groep Tele-Onthaalvrijwilligers mee de Zelfmoordlijn 1813. Vanaf 2016 werd deze samenwerking bijgestuurd: als alle Zelfmoordlijn-beantwoorders in gesprek zijn, krijgen oproepers de mogelijkheid om zich naar Tele-Onthaal te laten doorschakelen. Deze werkwijze laat toe om, vanuit de eigenheid van beide organisaties, meer oproepen te beantwoorden en de capaciteit efficiënter in te zetten.



Met een permanentie van 24/7, is de telefoon nog altijd het voornaamste medium en worden verreweg de meeste oproepen beantwoord via de telefoon (78,8%), gevolgd door chat (10,7%) en e-mail (10,5%). Vrouwen nemen meer contact op met de Zelfmoordlijn 1813 dan mannen (61,4% versus 38,6%). Over de verschillende leeftijdscategorieën heen, gaf 36% van de oproepers aan al een suïcidepoging te hebben ondernomen (zie figuur 4.18 en 4.19)¹⁴. Deze cijfers hebben betrekking op de gesprekken die zijn gevoerd via de telefoon en chat.

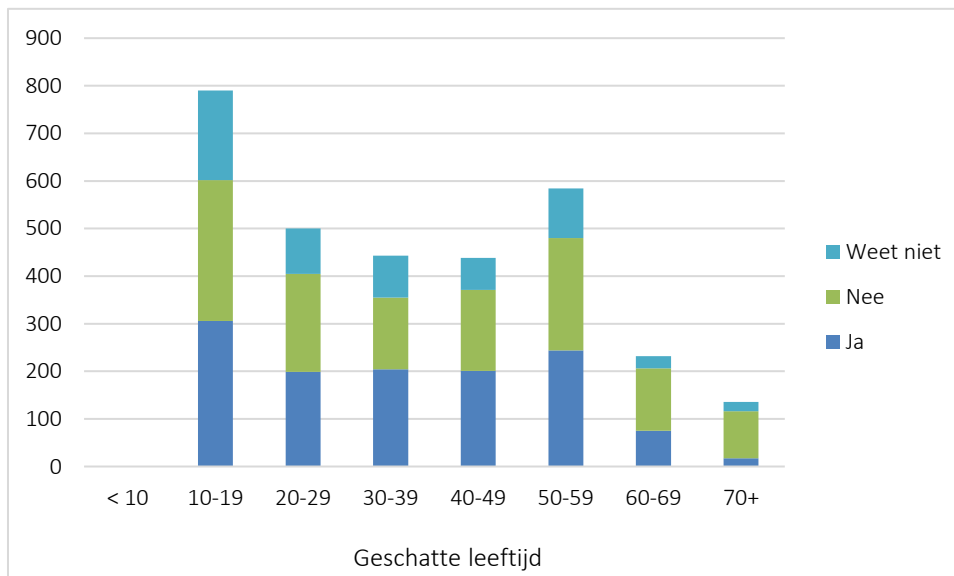
¹⁴ Meer informatie vind je op <http://www.preventiezelfdoding.be/jaarverslagen/>.

Figuur 4.18. Aantal mannelijke oproepers bij de Zelfmoordlijn 1813 die in 2015 rapporteerden reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

Figuur 4.19. Aantal vrouwelijke oproepers bij de Zelfmoordlijn 1813 die in 2015 rapporteerden reeds een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

4.3. GENT

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 door de Wereldgezondheidsorganisatie tot medewerking verzocht. De suïcidepogingen van de inwoners van Gent¹⁵ in de leeftijd van 15 jaar en ouder worden middels het Instrument Psychosociale Opvang en Evaluatie (IPEO) geregistreerd¹⁶.



INCIDENTIE EN EVOLUTIE SUÏCIDEPOGINGEN

PERSON-BASED RATES

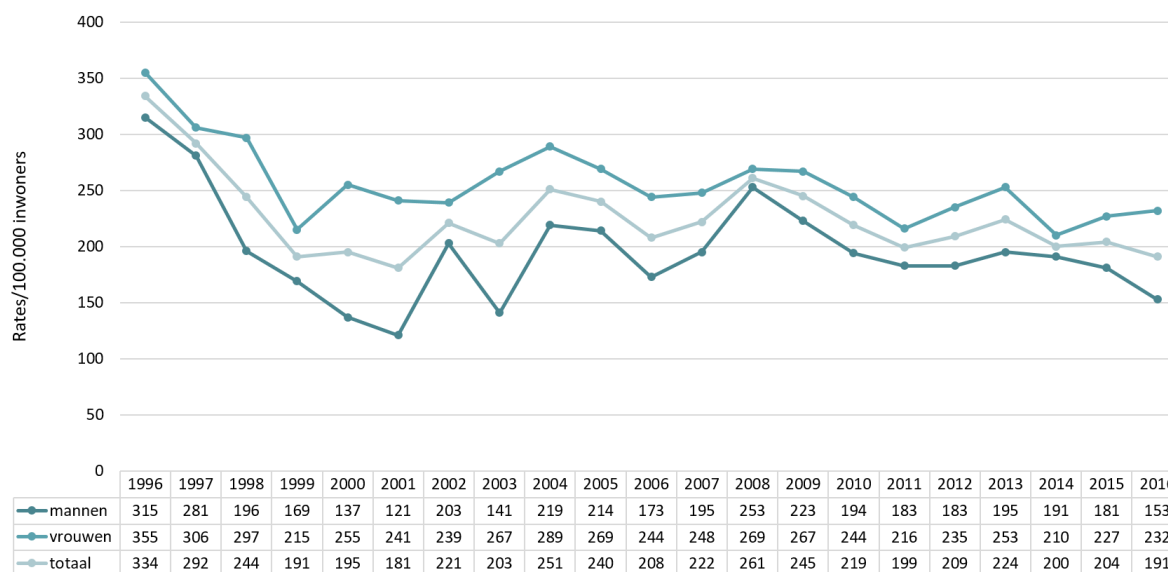
In 2016 werden in Gent, na kwaliteitscontrole, in totaal 452 suïcidepogingen opgetekend (256 registraties, 196 kwaliteitscontroles). Hierbij waren in totaal 430 personen betrokken. Dit komt neer op een person/event ratio van 1:1.05. Per 100.000 inwoners (inwoners van Gent 2016 \geq 15 jaar) bedroeg de jaarlijkse rate van suïcidepogingen 200 (event-based) en 191 (person-based).

De prevalentie van suïcidepogingen in Gent kent in 2016 een niet-significante daling van 6.4% in vergelijking met 2015 (van 204/100.000 in 2015 naar 191/100.000 in 2016). Bij de mannen is sprake van een daling van 15% van het aantal suïcidepogingen in Gent, maar deze daling is echter niet significant ten opzichte van 2015. Bij de vrouwen valt een niet-significante stijging van 2.2% waar te nemen (van 211/100.000 in 2014 naar 228/100.000 in 2015). Figuur 4.20 toont de evolutie aan van de person-based rates per 100.000 inwoners in Gent voor de periode 1996-2016.

¹⁵ Binnen de registratiestudie is Gent als volgt afgebakend: Gent, Mariakerke, Drongen, Wondelgem, Sint-Amandsberg, Oostakker, Desteldonk, Mendonk, Sint-Kruis-Winkel, Gentbrugge, Ledeborg, Afsnee, Sint-Denijs-Westrem en Zwijnaarde.

¹⁶ Meer informatie vind je op <https://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be/onderzoeksprojecten/epidemiologisch-onderzoek-nl/registratieproject-groot-gent-nl>.

Figuur 4.20. Evolutie person-based rates van suïcidepogingen in Gent 1996-2016 (op basis van Europese standaardbevolking 2030, ASR-E), volgens geslacht.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

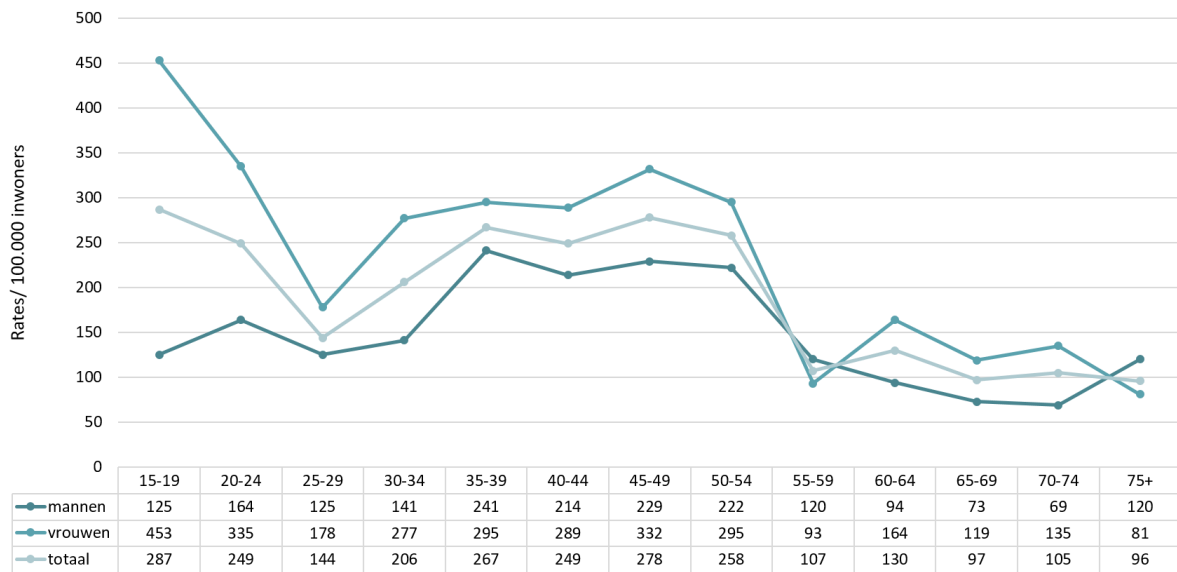
LEEFTIJD EN GESLACHT

In tegenstelling tot het aantal overlijdens door suïcide, ondernemen meer vrouwen dan mannen een suïcidepoging (1:1.7). Deze verhouding is enigszins gestegen in vergelijking met 2015 (1:1.18). 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 2016 in Gent een geregistreerde suïcidepoging ondernamen, bedroeg 39.7 jaar (41.2 jaar bij de mannen en 38.7 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. Bij de mannen bevinden de hoogste rates zich onder de 35-39 jarigen, 45-49 jarigen en 50-54 jarigen. Zowel bij de mannen als de vrouwen kunnen de laagste rates gevonden worden in de leeftijdsgroep 70-74 jaar en 75+. Zie figuur 4.21.

Figuur 4.21. Person-based rates van suïcidepogingen in Gent 2016, volgens leeftijd en geslacht.



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

BURGERLIJKE STAAT EN SAMENLEVINGSVORM

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 (54.3%) uit onder suïcidepogers in Gent. Daarnaast was 18.6% gehuwd, 16.7% gescheiden, 5.4% officieel samenwonend en 5% weduwe(naar) op het ogenblik van de suïcidepoging. Ongeveer één op de drie personen (33%) die in 2016 werden aangemeld op de spoedafdeling na een suïcidepoging, gaf aan alleen te wonen.

WERKLOOSHEID

In Gent was 45.8% van de geregistreerde suïcidepogers economisch inactief, 29.1% werkloos en 25.1% werkend. Op basis van deze gegevens zien we dat mannelijke suïcidepogers significant vaker werken dan de vrouwelijke subgroep. De vrouwelijke suïcidepogers zijn significant vaker economisch inactief dan de mannelijke suïcidepogers. Bij vergelijking van de economische toestand van de suïcidepogers met die van de Gentse bevolking op arbeidersleeftijd (15-64 jaar), zien we eveneens dat vrouwen significant vaker economisch inactief zijn dan mannen. Dit zou mogelijks kunnen wijzen op het feit dat vrouwelijke economisch inactieven een kwetsbaardere groep vormen voor het ondernemen van een suïcidepoging dan de mannelijke economisch inactieven.

Binnen de economisch inactieve groep was 39.3% invalide, 39.3% student en 21.3% gepensioneerd.

VOORGESCHIEDENIS SUÏCIDEPOGINGEN

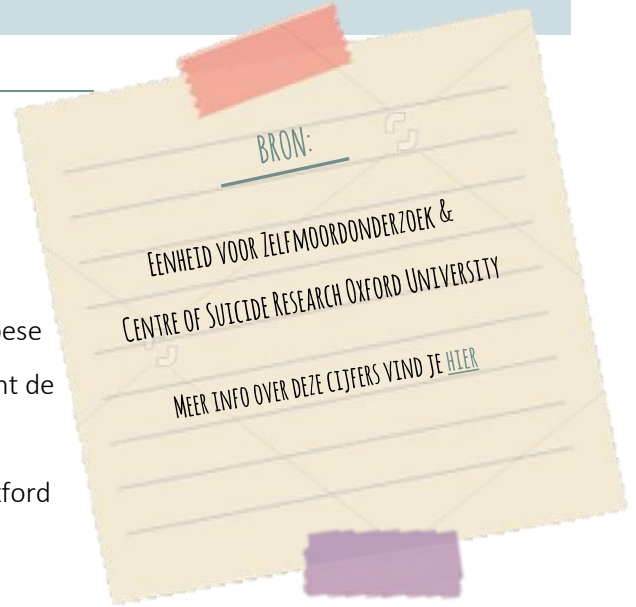
Wanneer de persoon voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. Bijna de helft van de geregistreerde suïcidepogers (47.9%) kende een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag. Binnen deze groep van 'repeaters', had 22.5% reeds één eerdere poging ondernomen, 8.3% twee, 1.8% drie en 11.2% reeds vier of meer eerdere pogingen.

MIDDELENMISBRUIK

Bij de meerderheid van de geregistreerde suïcidepogers (56.3%) was er, op basis van de CAGE-AID, géén vermoeden van alcohol- of drugmisbruik. Bij 15.6% van de patiënten was er sprake van "mogelijk misbruik" en bij 28.1% van de patiënten was er sprake van "waarschijnlijk misbruik".

SUÏCIDEPOGINGEN GENT VERSUS OXFORD

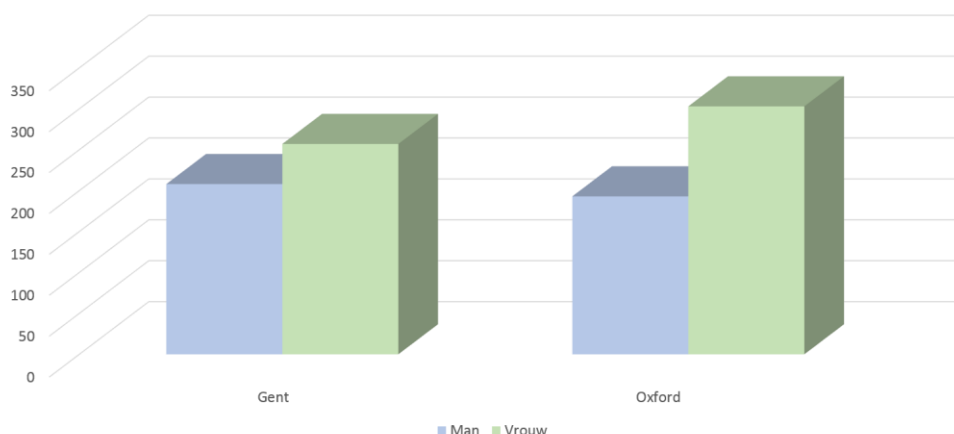
Om een vergelijkende analyse van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen binnen een Europese context mogelijk te maken, werden gegevens van andere Europese expertisecentra met gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen aangewend. Hiervoor werden de meest recente en beschikbare cijfers van Oxford gebruikt (Hawton et al., 2014).



INCIDENTIE SUÏCIDEPOGINGEN

Onderstaande figuur geeft de person-based rates weer van suïcidepogingen in Gent en Oxford voor het jaar 2013. De figuur toont voor beide EU-regio's dat de rates voor het aantal suïcidepogingen ondernomen door vrouwen consistent hoger zijn dan de rates voor mannen. De vrouw-man ratio bedroeg in 2013 voor regio Gent 1.3:1 en voor Oxford 1.6:1. Aangezien het slechts één registratiejaar betreft, is enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze rates aangewezen.

Figuur 4.23. Person-based rates van suïcidepogingen in Gent versus Oxford 2013, volgens geslacht.

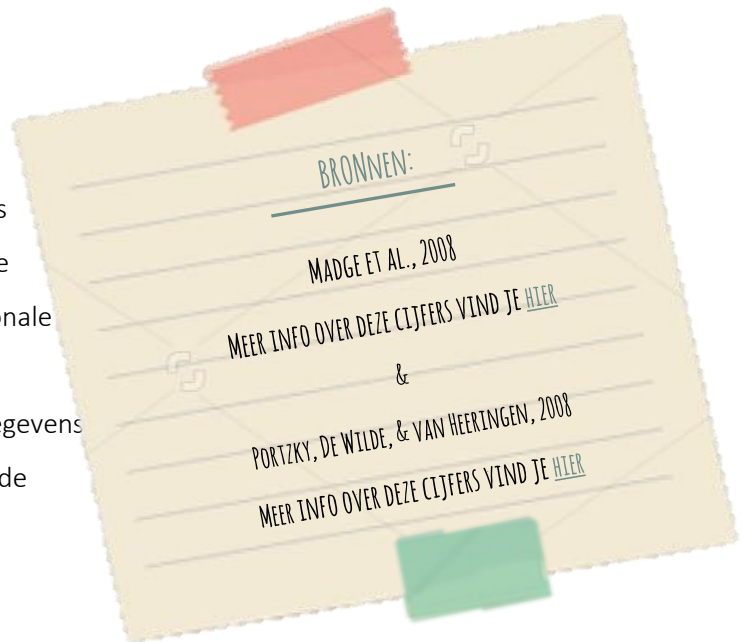


Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek; Centre of Suicide Research Oxford University

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 tot 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-studie¹⁷. 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 4.3). 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.



¹⁷ In het kader van de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)-studie 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.

Meer informatie vind je op <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x/full> en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17876500>.

Tabel 4.3. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

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
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: Madget et al., 2008

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,¹⁸ 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 tabel 4.4.

¹⁸ 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.

Tabel 4.4. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.

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

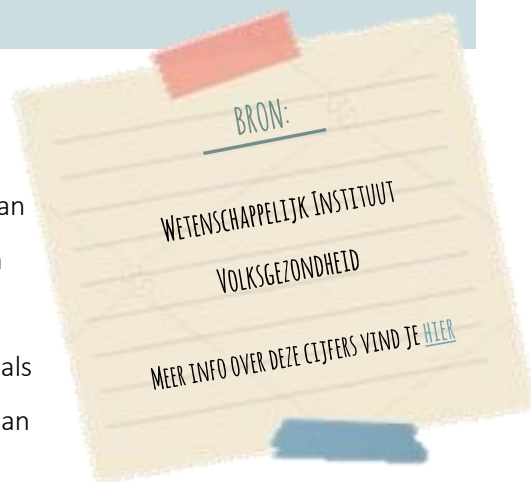
5. CIJFERS 5. SUÏCIDEGEDACHTEN



5. CIJFERS SUÏCIDALE GEDACHTEN

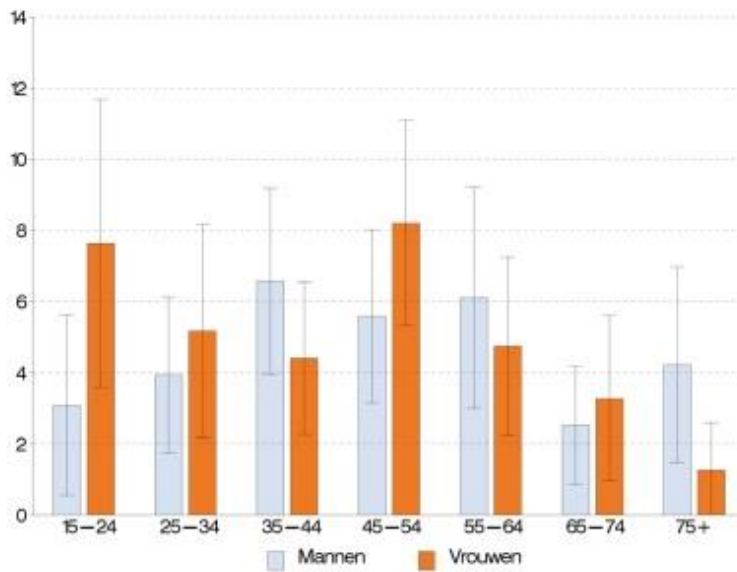
5.1. BELGIË

In België geeft 14% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder bij de Gezondheidsenquête¹⁹ in 2013 aan minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide te hebben gedacht, waarvan iets meer dan één derde (5% van de bevolking) in de afgelopen 12 maanden. Uit de prevalenties blijkt dat suïcidale gedachten niet noodzakelijk leiden tot suïcidepogingen. Evenveel mannen als vrouwen (van 15 jaar en ouder) geven aan in het voorbije jaar aan suïcide te hebben gedacht. De kritische leeftijd voor suïcidale gedachten (zowel gedurende de levensloop als in het afgelopen jaar situeert zich tussen de 45 en 54 jaar. Hierbij zijn er geen grote variaties tussen de verschillende leeftijdsgroepen waar te nemen. Wel blijken suïcidale gedachten minder voor te komen bij de leeftijdscategorie 75+. Figuur 5.2 toont de prevalentie van recente suïcidale gedachten (< 12 maanden) volgens leeftijd.



¹⁹ Meer informatie kan gevonden worden op <https://www.wiv-isp.be/nl>.

Figuur 5.1. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden, 2013.

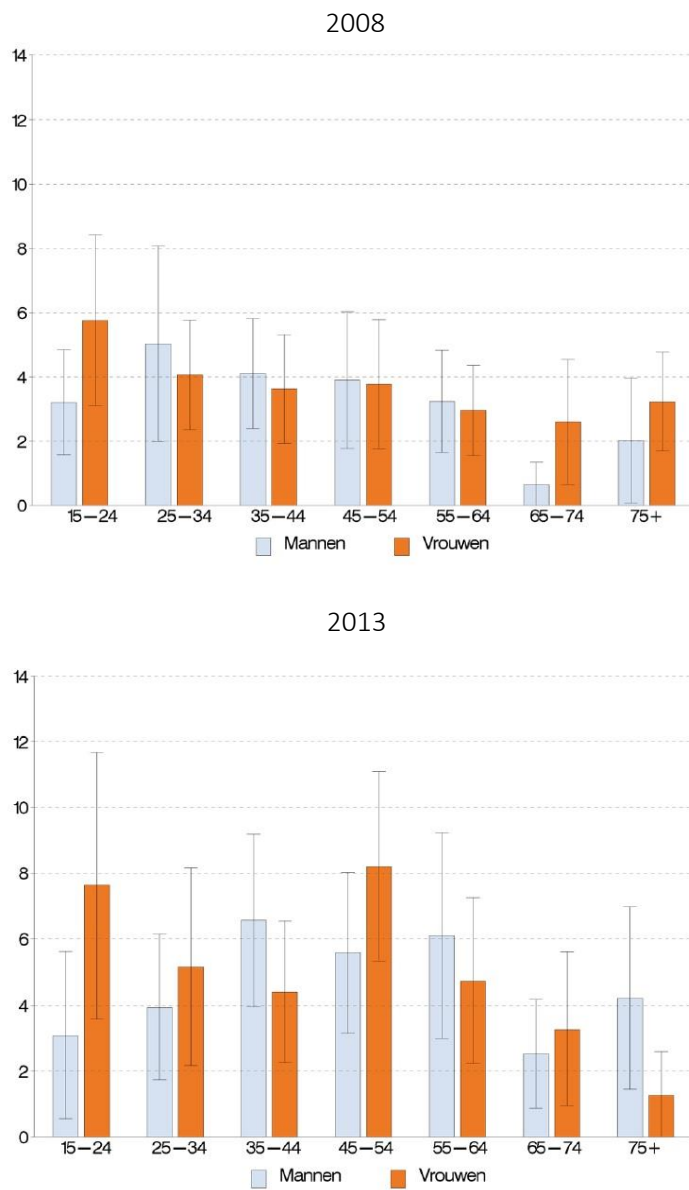


Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

EVOLUTIE SUÏCIDALE GEDACHTEN IN HET VOORBIJE JAAR

Zoals in figuur 5.2 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. Suïcidale gedachten komen 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 5.2. Percentage van de Belgische bevolking (van 15 jaar en ouder) dat suïcidale gedachten heeft gehad in de afgelopen 12 maanden, volgens leeftijd en geslacht, in 2008 versus 2013.



Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

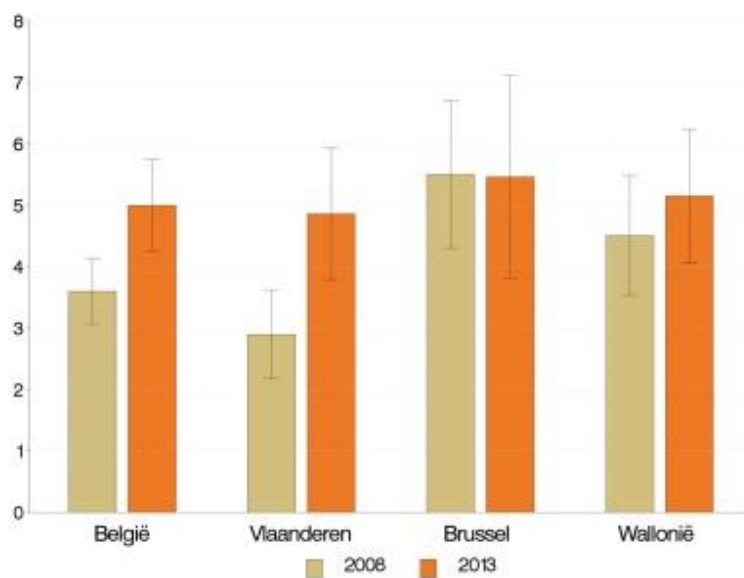
OPLEIDINGSNIVEAU

In tegenstelling tot wat werd waargenomen in 2008, komen in 2013 suïcidale gedachten (zowel lifetime als in het voorbije jaar) 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.

VERSCHILLEN PER GEWEST

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

Figuur 5.3. 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: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

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 prevalentie²⁰.



LEEFTIJD EN GESLACHT

Zoals reeds werd vastgesteld op nationaal niveau, heeft leeftijd, noch geslacht een significante invloed op de verdeling van de prevalentie van 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

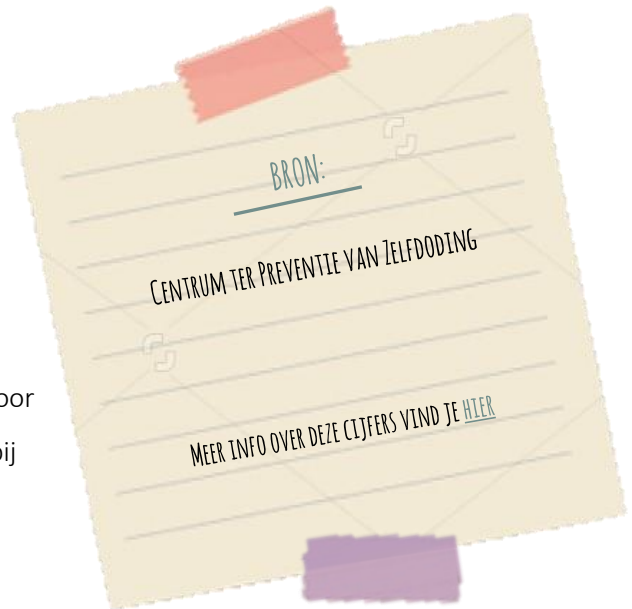
De frequentie van suïcidale gedachten blijkt niet samen te hangen met opleidingsniveau en urbanisatiegraad. In tegenstelling tot wat wordt vastgesteld in de andere gewesten, kan in Vlaanderen een stijging van de prevalentie van recente suïcidale gedachten worden waargenomen sinds de enquête van 2008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

²⁰ 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.

Meer informatie kan gevonden worden op <https://www.wiv-isp.be/nl>.

PREVALENTIE SUÏCIDALE GEDACHTEN EN PLANNEN ZELFMOORDLIJN 1813

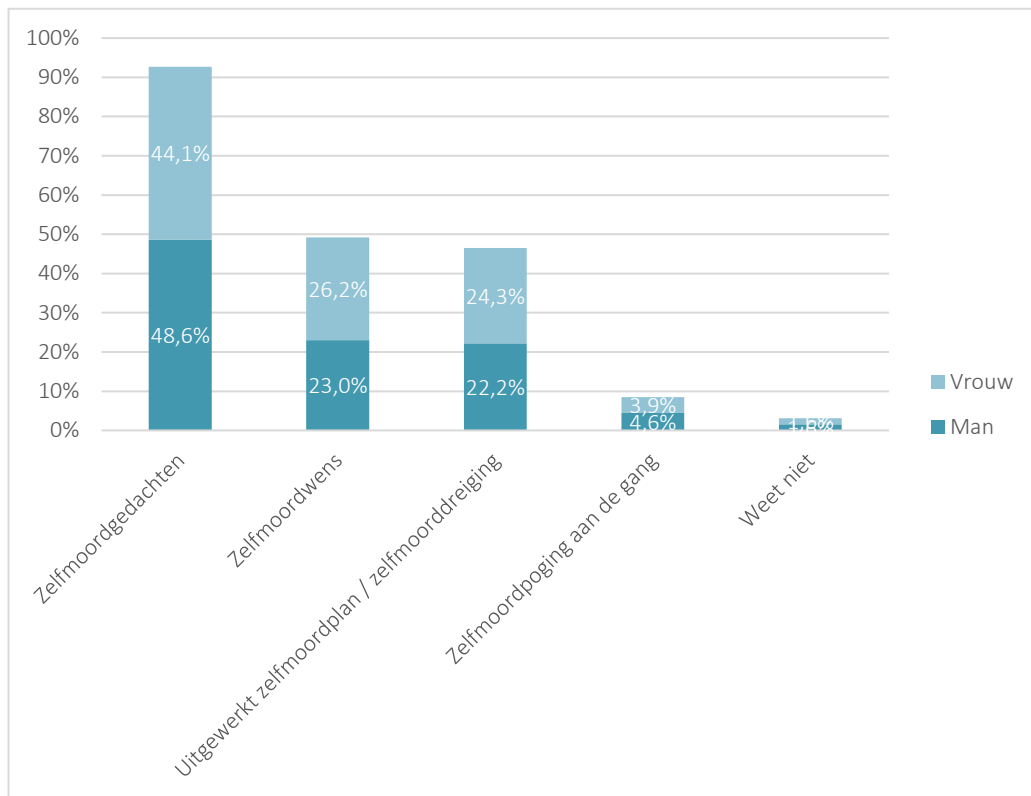
In de gesprekken die bij de Zelfmoordlijn 1813 gevoerd worden, staan suïcidale gedachten op de voorgrond. Na deze uitgebreid te hebben besproken, wordt ingeschat hoe acuut deze gedachten zijn. Hierdoor wordt tijdens de gesprekken aan de telefoon en chat bij vrijwel alle gesprekken (waarbij iemand contact voor zichzelf opneemt) geregistreerd in welke mate de oproeper kampt met suïcidale gedachten²¹.



Figuur 5.4 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 de figuur te zien is, is de suïcidale ideatie die door mannen en vrouwen wordt gerapporteerd, vergelijkbaar. In 44.1% van de gesprekken met vrouwen en in 48.6% van de gesprekken met mannen is er sprake van suïcidale gedachten, in telkens een kwart van de gevallen is er een suïcidewens of al een concreet plan uitgewerkt. In 4.2% van de oproepen voor zichzelf wordt de Zelfmoordlijn gebeld bij een zelfmoordpoging die aan de gang is. In 33.6 % van de oproepen denkt de oproeper meer dan een jaar of langer dan een jaar aan suïcide, ongeveer 16% heeft een half jaar suïcide gedachten, 12.6% denkt minder dan een maand of een maand aan suïcide en 9.7% van de oproepen gaat uit van mensen die minder dan een week of een week suïcidegedachten hebben.

²¹ Meer informatie vind je op <http://www.preventiezelfdoding.be/jaarverslagen/>.

Figuur 5.4. Aantal gesprekken (telefoon en chat) bij de Zelfmoordlijn 1813 waarbij suïcidale ideatie gerapporteerd werd, 2016.



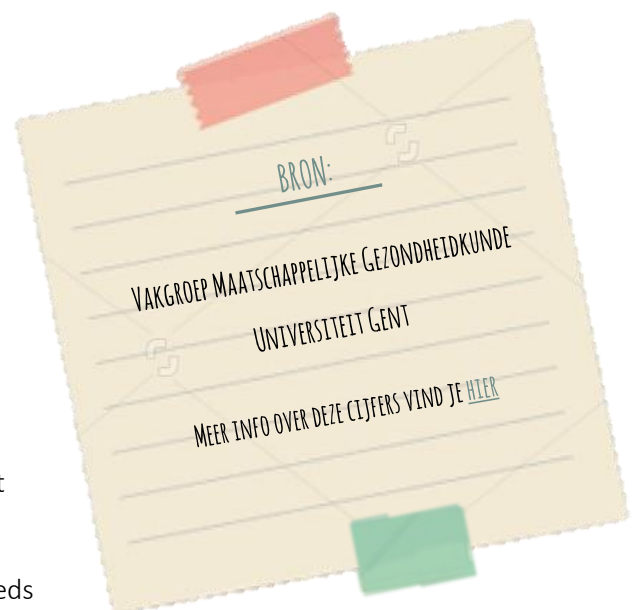
Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING BIJ JONGEREN

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

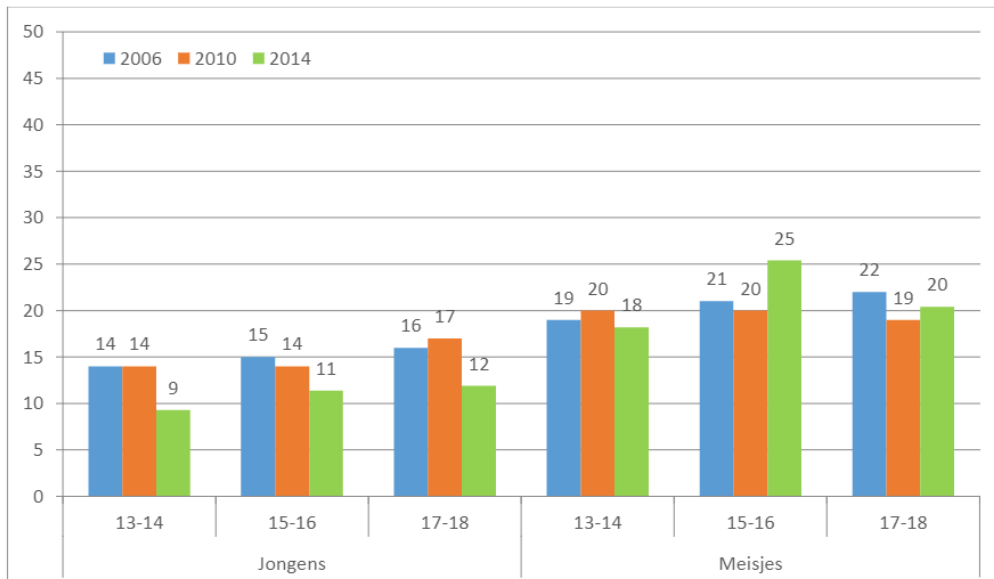
PREVALENTIE GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

Figuur 5.5 geeft het aantal jongeren weer die in 2006, 2010 en in 2014, in het kader van de Jongeren en Gezondheid studie, hebben aangeven reeds twee keer of meer (antwoorden soms, vaak en heel vaak) gedacht te hebben zichzelf opzettelijk te beschadigen. 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).



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).

Figuur 5.5. Percentage Vlaamse leerlingen dat 2 keer of meer aan zelfbeschadiging heeft gedacht, volgens leeftijd en geslacht, 2014.

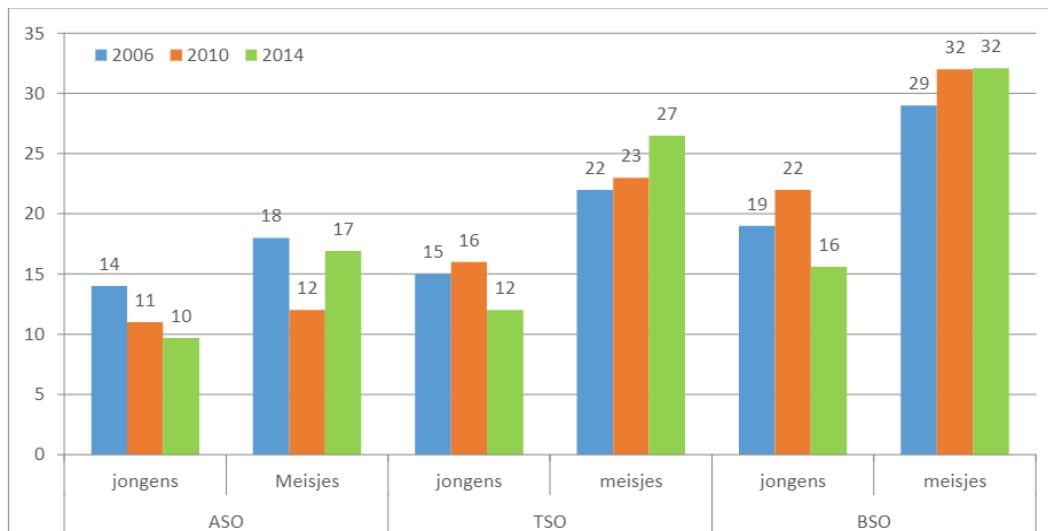


Bron: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent

ONDERWIJSRICHTING

In figuur 5.6 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 5.6. Percentage Vlaamse leerlingen dat 2 keer of meer aan zelfbeschadiging heeft gedacht, volgens geslacht en onderwijsrichting, 2014.



Bron: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent

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 er 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 5.1 en figuur 5.7 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%. Significant meer meisjes dan jongens denken aan zelfbeschadiging. 13.9% van de bevroegde jongeren geeft aan het afgelopen jaar aan zelfbeschadiging te hebben gedacht.



Tabel 5.1. De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

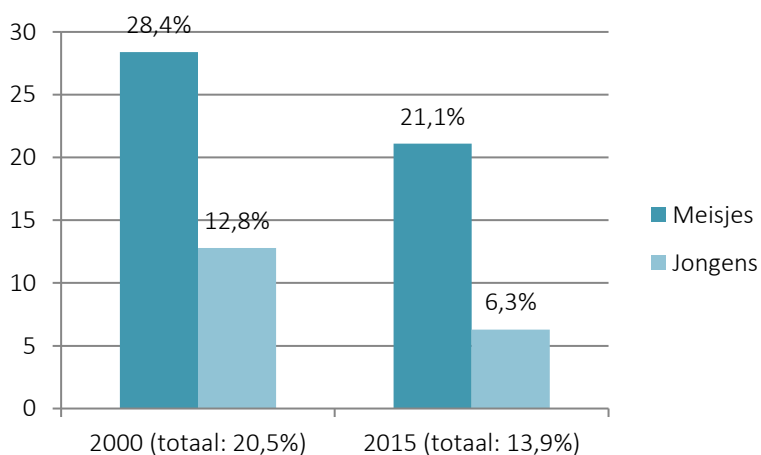
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar		
Totaal	20.5%	13.9%
Meisjes	28.4%	21.1%
Jongens	12.8%	6.3%

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 5.7). Algemeen toont het onderzoek in 2015 een lichte afname van gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren.

Figuur 5.7. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

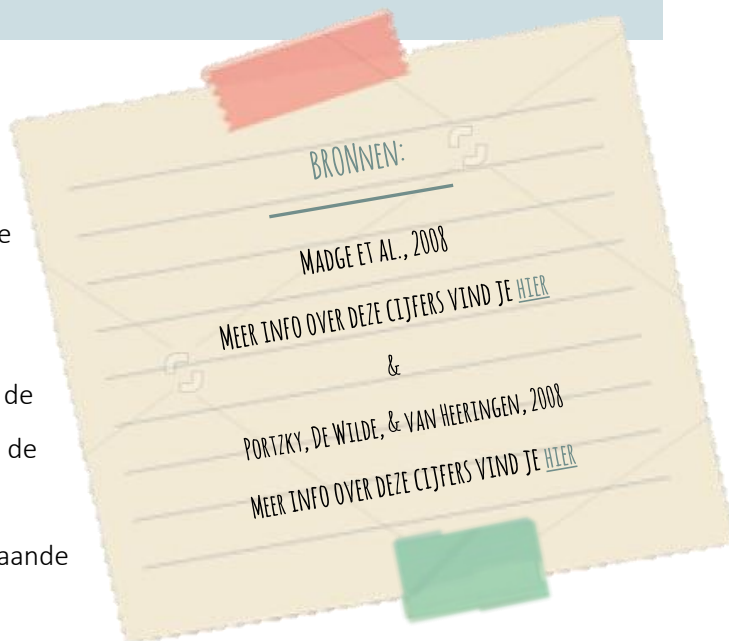


Bron: Vanderstraeten, 2016

5.3. INTERNATIONAAL

GEDACHTEN AAN 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% versus 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 5.2).

Tabel 5.2. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

GEDACHTEN AAN 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

6. SAMENVATTING



6.1. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Uit de vijfde nationale Gezondheidsenquête blijkt dat er in 2013 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 tot 24 jaar) worden hogere percentages gevonden wat betreft psychische gezondheidsproblemen.

6.2. SUÏCIDE

In 2015 overleden in Vlaanderen 1051 personen door suïcide, dit komt neer op bijna drie suïcides per dag. Vergeleken met 2014, overleden in 2015 2% minder mensen ten gevolge van suïcide. De suïcide rate (uitgedrukt per 100.000 inwoners) voor mannen steeg in 2015 naar 23.9/100.000 (ten opzichte van 23.6/100.000 in 2014) en voor vrouwen daalde deze naar 9.1/100.000 (ten opzichte van 10/100.000). Suïcide vormt de belangrijkste doodsoorzaak bij jongeren en jonge volwassenen tussen 15 en 49 jaar. Suïcide komt zowel bij mannen als vrouwen op relatief jonge leeftijd voor. Bijna 3 op de 4 suïcides betreft mannen.

Wanneer rekening gehouden wordt met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, waren in 2015 duidelijk minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2000. Wanneer de cijfers worden opgesplitst naar geslacht en leeftijd, blijkt dat de gezondheidsdoelstelling²² bij de meeste leeftijdsgroepen gehaald is, behalve bij mannen en vrouwen in de leeftijd van 45 tot 59 jaar en bij vrouwen in de leeftijdscategorie 75+.

Vlaanderen bevindt zich in het gezelschap van Europese lidstaten die kampen met hoge suïdecijfers: het Vlaams/Belgisch suïdecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie.

²² Bij de gezondheidsdoelstelling wordt tegen 2020 een daling van 20% van het suïdecijfer voor zowel mannen als vrouwen nagestreefd ten opzichte van 2000.

6.3. SUÏCIDEPOGINGEN

In 2016 kwamen naar schatting 10.360 suïcidepogingen voor in Vlaanderen, dit bedraagt ongeveer 28 suïcidepogingen per dag. In 2016 bedroeg de event-based rate voor suïcidepogingen in Vlaanderen 159/100.000. Dit betekent een niet-significante stijging van 0.6% ten opzichte van 2015.

6.4. SUÏCIDALE GEDACHTEN

De vijfde nationale Gezondheidsenquête (2013) laat zien dat zo'n 13% van de Vlaamse bevolking van 15 jaar en ouder ooit in zijn leven ernstig aan zelfdoding heeft gedacht, van wie 5% in het afgelopen jaar.

1. REFERENTIES



- Aelvoet, W., Capet, F., & Vanoverloop, J. (Red.) (1998). *Gezondheidsindicatoren 1996*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Team Gezondheidsindicatoren.
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016). Evolutie van sterfte door zelfdoding [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 11 mei 2017. Beschikbaar op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-sterfte-door-zelfdoding-2014>.
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016). Sociale kenmerken bij zelfdoding [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 11 mei 2017. Beschikbaar op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sociale-kenmerken-bij-zelfdoding>.
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016). Zelfdoding per leeftijdsgroep [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 11 mei 2017. Beschikbaar op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-per-leeftijdsgroep>.
- Agentschap Zorg en Gezondheid (2016). Zelfdoding: Vlaanderen in Europa (2011-2013) [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 11 mei 2017. Beschikbaar op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/zelfdoding-vlaanderen-in-europa-2011-2013>.
- 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.
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-Harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 9(2), e89944.
- 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. <https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads.html>
- Deforche, H., De Clercq, B., Van Lippevelde, W., & Buijs, T. (2014). Health Behaviour in School-Aged Children: Studie Jongeren en Gezondheid Vlaanderen. Gent: Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde Universiteit Gent. <http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/>
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J., Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15.
- De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

- van Heeringen, C. (2001a). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*; 16, S1-S6.
- 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.
- Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Ryall, J. Geulayov, G., & Brand, F. (2014) Self-Harm in Oxford 2013. Oxford: Centre for Suicide Research.
- Jouglà, 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).
- Kotila, L., & Lonnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 386-393.
- 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.
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.) *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.
- O'Connor, R.C, Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52.
- Portzky, G., Wilde, E.J. de & Heeringen, K. van (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 suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Shain, B; Committee on Adolescence (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1):e20161420.

- Vancayseele, N., Rotsaert, I., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2017). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2016. 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.
- Vajda, J., Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 437-445.
- 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.
- Vermeulen, B., Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2014). *Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen*. Leuven: LUCAS & Te Gek!?
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2014). Preventing suicide. A manual for case registration of suicide and attempted suicide. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1