

EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

2022



De Vlaamse suïdecijfers in een nationale en
internationale context

Mandy Gijzen & Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

 info@vlesp.be

1. INLEIDING	4
1.1. ACHTERGROND	5
1.2. DOELSTELLINGEN	6
1.3. DEFINITIES	6
1.4. METHODE	8
1.5. BETROUWBAARHEID	10
1.6. OPBOUW VAN DIT RAPPORT	12
2. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID	13
2.1. BELGIË	14
2.2. VLAANDEREN	20
2.3. BRUSSEL	23
2.4. WALLONIË	27
2.5. COVID-19 PANDEMIE	30
3. CIJFERS SUÏCIDE	38
3.1. BELGIË	39
3.2. VLAANDEREN	41
3.3. BRUSSEL	55
3.4. WALLONIË	56
3.5. INTERNATIONAAL	58
3.6. COVID-19 PANDEMIE	64

4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN	69
4.1. BELGIË	70
4.2. VLAANDEREN	73
4.3. BRUSSEL	89
4.4. WALLONIË	90
4.5. INTERNATIONAAL	91
4.6. COVID-19 PANDEMIE	95
KADER: ZELFBESCHADIGING	101
5. CIJFERS SUÏCIDEGEDACHTEN	114
5.1. BELGIË	115
5.2. VLAANDEREN	119
5.3. BRUSSEL	126
5.4. WALLONIË	128
5.5. COVID-19 PANDEMIE	129
6. SAMENVATTING	133
6.1. GEESTELIJKE GEZONDHEID	134
6.2. SUÏCIDE	134
6.3. SUÏCIDEPOGINGEN	136
6.4. SUÏCIDEGEDACHTEN	137
6.5. BESLUIT	137
7. REFERENTIES	138

1. INLEIDING

1. INLEIDING

1.1. ACHTERGROND

Suicide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. Epidemiologische registratieprojecten zijn essentiële onderdelen van doeltreffende preventieprogramma's (WHO, 2014). Een belangrijke rol hierin is weggelegd voor het **Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)**, de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid. Eén van de taken van VLESP is het **verzamen en opvolgen van alle epidemiologische informatie in Vlaanderen rond geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide en suïcidaal gedrag**. Hiertoe brengt VLESP jaarlijks een rapport uit waarin dieper wordt ingegaan op de meest recente Vlaamse epidemiologische gegevens binnen een regionale, nationale en internationale context. Hierbij heeft VLESP bijzondere aandacht voor socio-demografische kenmerken die richtinggevend kunnen zijn voor preventie en behandeling. Daarnaast kunnen vanuit deze achtergrondkenmerken mogelijke beschermende- en risicofactoren worden afgeleid. 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 suïcide beter kan worden afgestemd aan de noden. Daarnaast is de registratie onmisbaar om de impact van preventieve maatregelen, zoals deze zijn vastgelegd in het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS)**, te evalueren.

COVID-19 PANDEMIE

De afgelopen jaren hebben in het teken gestaan van de **impact van de COVID-19 pandemie en de beperkende maatregelen op het mentaal welzijn van de bevolking**. Reeds vanaf het begin van de pandemie werden vragen gesteld naar de mogelijke negatieve impact op het mentaal welzijn en het aantal suïcides, zowel in Vlaanderen als internationaal. Het was dan ook belangrijk om snel een zicht te krijgen op eerste cijfers van zowel Vlaamse als internationale studies. De studies naar 2020 en 2021 tonen voorlopig geen stijging van de suïdecijfers tijdens de coronapandemie voor België en Vlaanderen. Het is wel nog **afwachten is op definitieve en volledige cijfers van 2022**. Desondanks het uitblijven van stijgende suïdecijfers wijzen studies op veel psychisch leed wat op de langere termijn een suïciderisico met zich mee kan brengen.¹ Zo kunnen situaties die voortvloeien uit de coronacrisis,

¹ De meest actuele info en cijfers m.b.t. de impact van de coronacrisis op suïcide en suïcidaal gedrag kan worden gevonden op de website [Zelfmoord1813.be](https://www.zelfmoord1813.be).

zoals een sterke beperking van sociale contacten, isolatie en eenzaamheid als gevolg van quarantaine, het verlies van dierbaren, (angst voor) job- en/of inkomstenverlies, geen perspectief zien in de nabije toekomst, ... gecombineerd met of bovenop reeds bestaande kwetsbaarheden, het risico op suïcidale gedachten en pogingen verhogen. Dit onderstreept het belang om intensief te blijven inzetten op suicidepreventie. Centraal hierbij staat het uitvoeren van het **VAS**. Voor een goede monitoring en opvolging van het actieplan is het verkrijgen van juiste en volledige epidemiologische informatie essentieel.

ACTUELE CIJFERS

Dit epidemiologisch rapport wordt jaarlijks geüpdatet. De **meest actuele cijfers met betrekking tot suicide en suicidepogingen** kunnen gevonden worden op de website Zelfmoord1813.be. Voor nieuws kan VLESP worden gevolgd via [Twitter](#).

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 bijzonder van **suicide en suïcidaal gedrag**. 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, was het noodzakelijk dat er bij aanvang van het opstellen van dit rapport **criteria** werden opgesteld waaraan de epidemiologische informatie en gegevensbronnen moesten 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

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.

SUÏCIDEGEDACHTEN

Onder suïcidedachten (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 **kwaliiteitscriteria** 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 onderzoeksinstelling 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 bronnen van dit epidemiologisch rapport.

CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID (H2)
▶ Sciensano
CIJFERS SUICIDE (H3)
▶ Agentschap Zorg en Gezondheid
▶ Domus Medica
▶ European HFA database
▶ Eurostat
▶ Federale politie
▶ Sciensano
▶ Statbel
▶ Wereldgezondheidsorganisatie
▶ College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)
CIJFERS SUICIDEPAGINGEN (H4)
▶ Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
▶ Federale Politie
▶ College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)
▶ Sciensano
▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
▶ Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering Universiteit Gent
▶ Centre for Suicide Research, University of Oxford
▶ National Suicide Research Foundation Ireland
CIJFERS SUICIDEGEDACHTEN (H5)
▶ Sciensano
▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
▶ Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering Universiteit Gent

1.5 BETROUWBAARHEID

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 kan soms moeilijk zijn om te bepalen of het om een zelfdoding, ongeval of doding gaat. Het is daarom 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; De Leo & Evans, 2003; Neeleman, 2007; Tøllefsen et al., 2012). 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 legende of zijn onderliggende cijfers hierover beschikbaar. De suïdecijfers zijn daarom een minimumaantal en een onderschatting van het werkelijke aantal. De suïcides + onbepaalde intenties zijn daarentegen een maximumaantal en overschatting. In werkelijkheid ligt het aantal suïcide ergens daar tussenin. In het rapport zullen voor Vlaanderen en Brussel beide cijfers (suïcide en SOI) worden gerapporteerd bij de totaalcijfers en bij de evolutie van het aantal zelfdodingen.

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, suïcidegedachten) 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 sterftecertificaten.

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. Tot slot wordt gekeken naar de impact van de COVID-19 pandemie op het mentaal welzijn.

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 en wat de invloed is van de coronacrisis. Vervolgens worden de Vlaamse cijfers (waar mogelijk) in een internationale context.

In een apart kader wordt zelfbeschadigend gedrag in kaart gebracht.

Hoofdstuk 6 Samenvatting

2. CIJFERS

2. GEESTELIJKE GEZONDHEID

2. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID

Mentaal welzijn en geestelijke gezondheid zijn belangrijke factoren die samenhangen met suïcidaal gedrag. Zo zijn psychische problemen een belangrijke risicofactor voor suïcide. Ongeveer 90% van de mensen die overlijden door suïcide vertoonden tekenen van psychiatrische problemen (Nock et al., 2008).

2.1. BELGIË

ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

In de Gezondheidsenquête (Gisle et al., 2020) wordt dieper ingegaan op psychisch (on)welbevinden, dat verband houdt met de algemene geestelijke gezondheid van mensen.

PREVALENTIE

Uit de meest recente cijfers (2018) die door Sciensano worden verzameld in het kader van de Gezondheidsenquête², blijkt dat de **gemiddelde score van psychisch welbevinden**, gemeten op basis van de GHQ-12, **1.7** bedraagt. De GHQ-12 meet het welbevinden op basis van een schaal gaande van 0 tot 12, waarbij elke eenheid een bijkomend subjectief probleem vertegenwoordigt.

Daarnaast bleek dat **één op de drie Belgen (33%) van 15 jaar en ouder psychische problemen** heeft. Terwijl **17.7%** van de totale bevolking heeft **een reële kans op het ontwikkelen van een psychische aandoening**. Daarnaast was **één op de vijf personen (19,4%)** zich wat **minder of veel minder optimistisch** dan gewoonlijk voelde over zijn toekomst.

Wat betreft het psychische welbevinden worden vijf problemen vaker gemeld dan andere problemen, en dit zowel in 2018 als in 2008: het gevoel voortdurend onder druk te staan (28.7% vs. 19.7%), door zorgen veel slaap tekort gekomen (22.9% vs. 18.2%), het gevoel ongelukkig of neerslachtig te zijn (19.7%

² De vierjaarlijkse Gezondheidsenquête geeft inzicht in de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder en is gebaseerd op een netto steekproef van 10.000 deelnemers, waarvan 3.500 personen in Vlaanderen en Wallonië en 3000 personen in Brussel. In dit epidemiologisch rapport werden de resultaten opgenomen met betrekking tot psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen.

vs. 15.8%), het gevoel moeilijkheden niet de baas te zijn (15.5% vs. 11.5%) en het gevoel minder gelukkig dan gewoonlijk te zijn (12.1% vs. 10.1%).

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

De vraag is of bepaalde personen, bv. vanwege hun leeftijd, geslacht, opleidingsniveau of woonomgeving, meer kans hebben op het ontwikkelen van psychisch onwelbevinden en psychische problemen of dat ze ondanks hun socio-demografische kenmerken gelijkmatig verdeeld zijn in de bevolking.

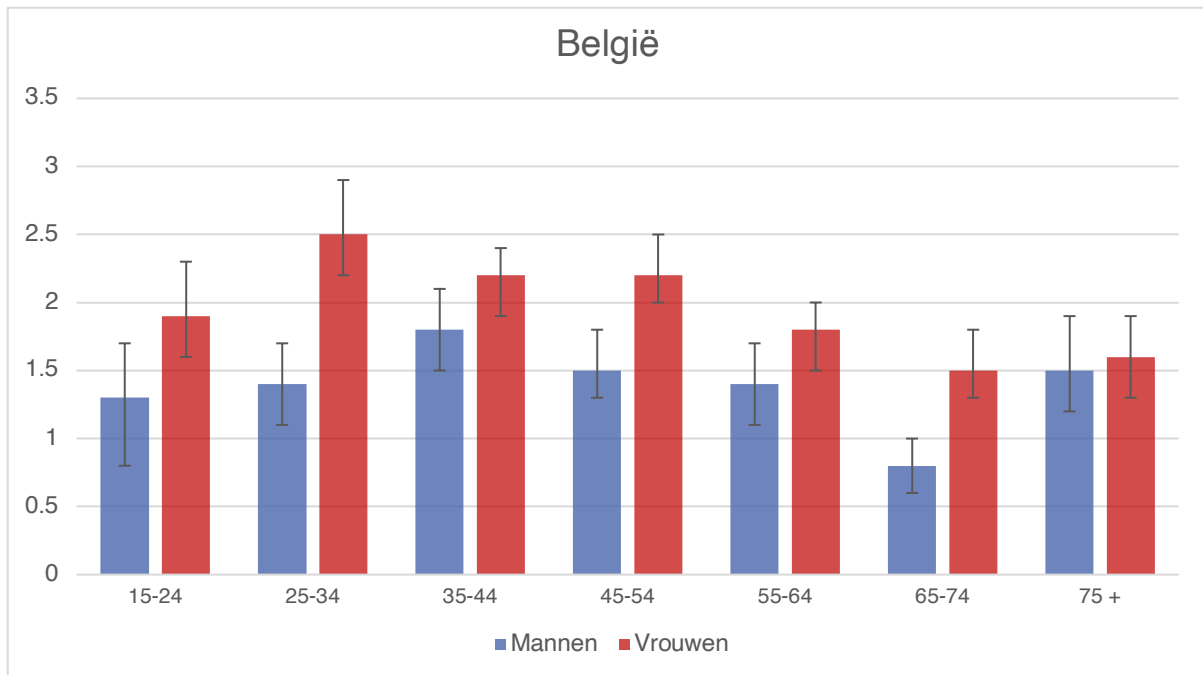
GESLACHT

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2 versus 1.4), hebben vaker psychische problemen (38.2% versus 26.8%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (21% versus 13.7%).

LEEFTIJD

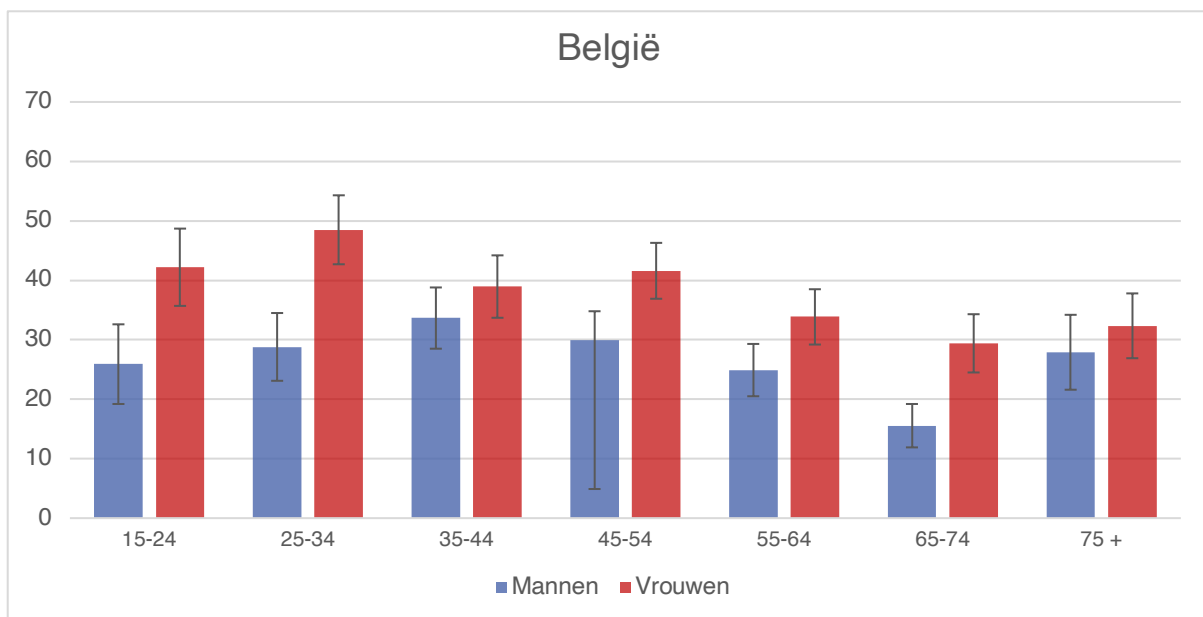
Jongvolwassenen (van 25 tot 44 jaar) hebben gemiddeld een minder gunstige score voor psychische welbevinden (2.0) dan ouderen van 55 jaar en ouder (tussen 1.2 en 1.6). Hetzelfde geldt voor de prevalentie van psychische problemen: hogere percentages bij volwassenen van 25 tot 54 jaar (35.8% tot 39.0%) dan bij ouderen van 55 jaar en ouder (22.9% tot 30.5%). De verschillen volgens leeftijd tonen aan dat de prevalentie van een mogelijke psychische aandoening de neiging heeft om te dalen vanaf een leeftijd van 45 jaar, terwijl deze dan weer licht stijgt bij 75+. Al is de prevalentie van 75+ nog steeds lager dan bij de jong volwassenen (15 tot 44 jaar). Zie figuren 2.1 t/m 2.4

Figuur 2.1. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



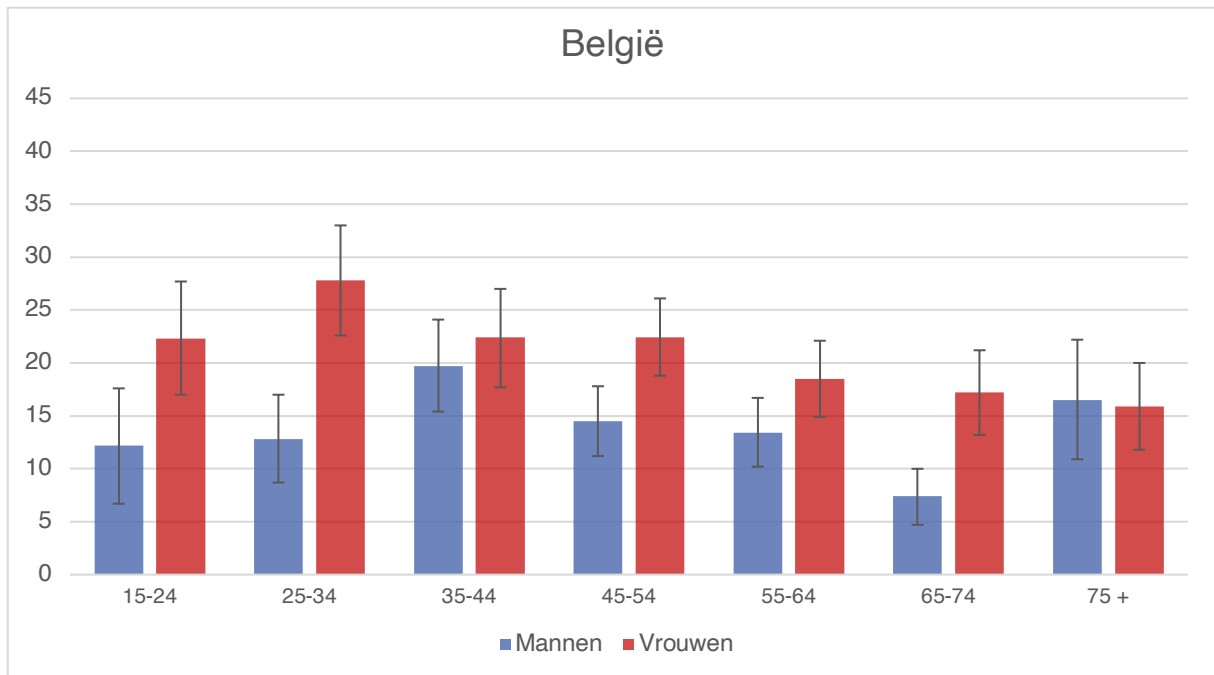
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.2. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.3. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

OPLEIDINGSNIVEAU

De gemiddelde score voor psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening variëren volgens het opleidingsniveau. De laagst opgeleiden (zonder diploma of met een diploma lager onderwijs) melden gemiddeld een minder gunstige score voor psychisch welbevinden (2.4) en psychische problemen (43.7%) en een mogelijke psychische aandoening (26.1%) in vergelijking met hoger opgeleiden (1.8, 33.5%, 20.1% respectievelijk)

De verschillen volgens opleidingsniveau zijn minder uitgesproken op gewestelijk niveau, maar ze gaan in dezelfde richting uit: relatief meer psychische problemen bij de lager opgeleide groep(en). Een uitzondering kan vastgesteld worden in het Waals Gewest, waar het percentage personen met een mogelijke psychische aandoening niet verschilt volgens opleidingsniveau.

EVOLUTIE

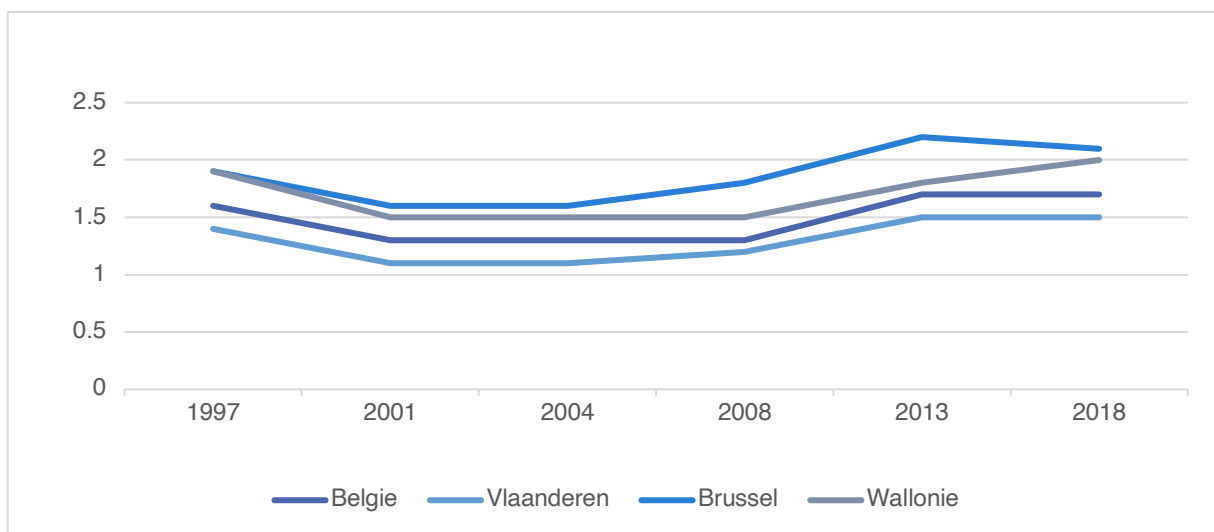
In de **afgelopen tien jaar** is er in België een **toename van het niveau van psychisch onwelbevinden** (Gisle et al., 2020). Zoals in figuur 2.4 te zien is, is de gemiddelde score van psychisch welbevinden stabiel gebleven in vergelijking met 2013 (1.7), maar gestegen (en dus minder positief) in vergelijking met de vorige enquêtes (1.3 in 2001, 2004 en 2008). De prevalentie van personen met psychische problemen is nog steeds stijgend (zie figuur 2.5). Het percentage in 2018 (32%) ligt slechts iets hoger is dan in 2013 (31.8%). De prevalentie is daarmee net als in 2013 hoger dan in 1997 (31.1%). De prevalentie van een

mogelijke psychische aandoening is tussen 2013 (17.9%) en 2018 (17.7%) stabiel gebleven, maar is in 2018 hoger dan in 2001-2008 (variatie tussen 12.7% en 14%) en vergelijkbaar aan 2017. Zie figuur 2.6).

Concluderend, we zien dus dat de cijfers een U-curve volgt over de laatste 15 jaar, met **stijgende waarden** in 2013 en 2018, die veelal ook de waarden van 1997 overstijgen.

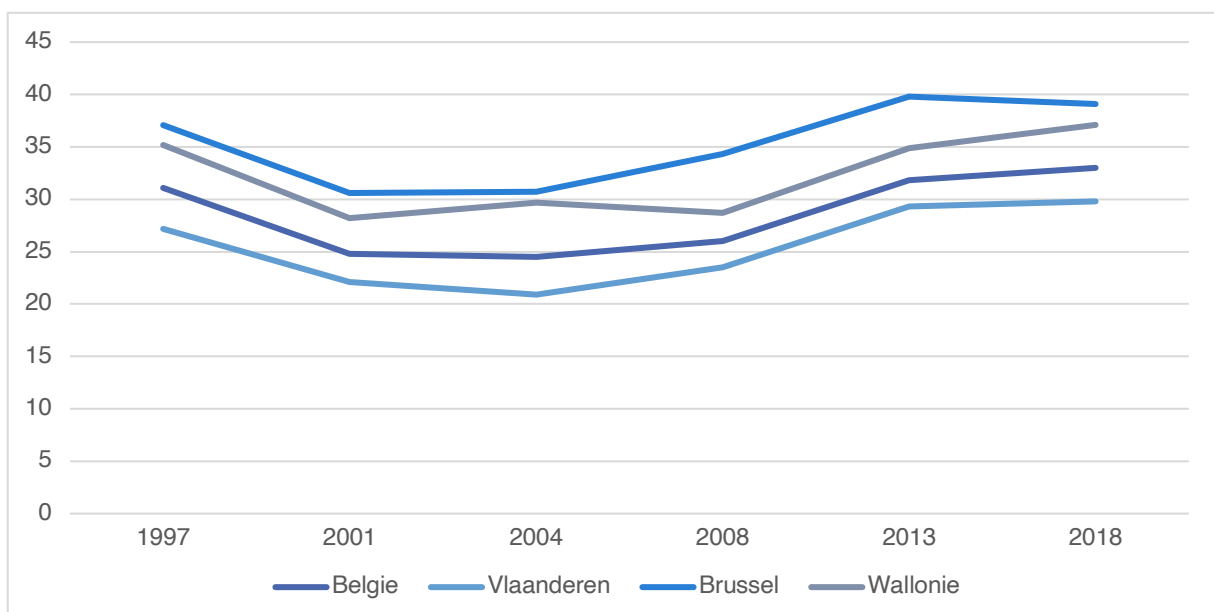
SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Figuur 2.4. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.



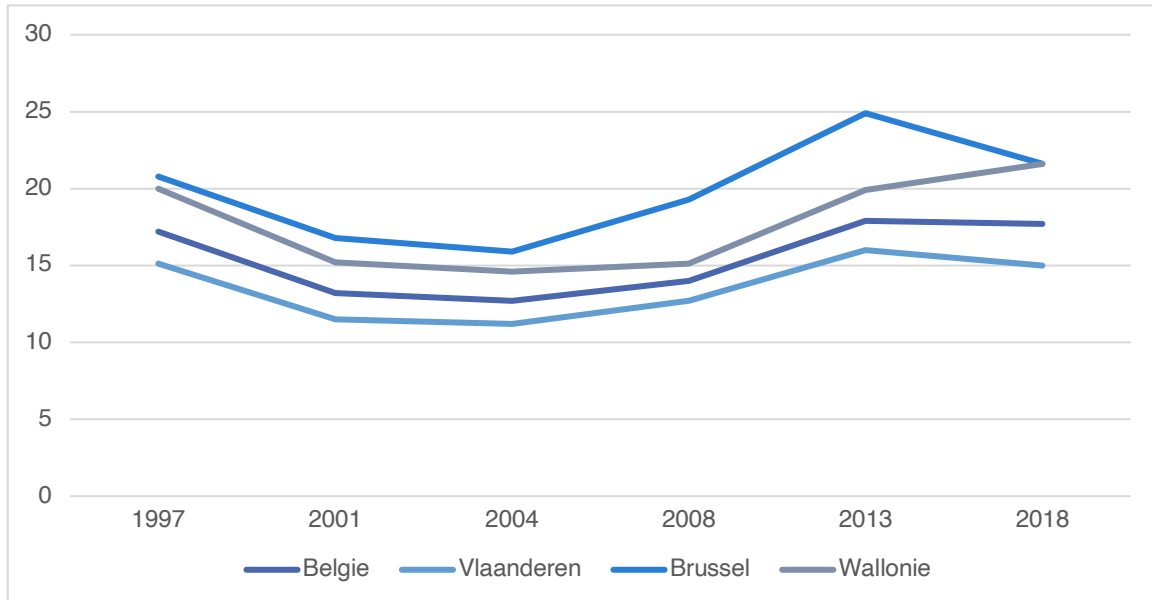
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.5 Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.6. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In de Gezondheidsenquête wordt ook dieper ingegaan op de meest voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen. In de bevraging van 2018 stonden angststoornissen, depressieve stoornissen, eetstoornissen, suïcidale gedachten en suïcidepogingen centraal. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat het om zelfrapportage gaat waaraan geen conclusies in termen van ‘diagnoses’ gekoppeld mogen worden.

PREVALENTIE

In 2018 geeft **11.2%** van de bevolking in België van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 3.4% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat bijna **één op de tien inwoners** van 15 jaar en ouder (9.4%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 4.8% van de bevolking. In 2018 geeft **7.2%** van de Belgen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Er zijn **sociale ongelijkheden** in de verdeling van psychische stoornissen: meer vrouwen en lager opgeleiden melden angststoornissen, depressieve stoornissen en eetstoornissen,.

GEWEST

Voor de verschillende psychische problemen die in de enquête aan bod kwamen, zijn de cijfers voor de bevolking in Vlaanderen gunstiger dan voor de bevolking in Brussel of Wallonië.

EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (10.1%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 6.1 en 6.5%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager te zijn dan in 2013 (14.8%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (8.0-9.5%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (8.4%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

2.2 VLAANDEREN

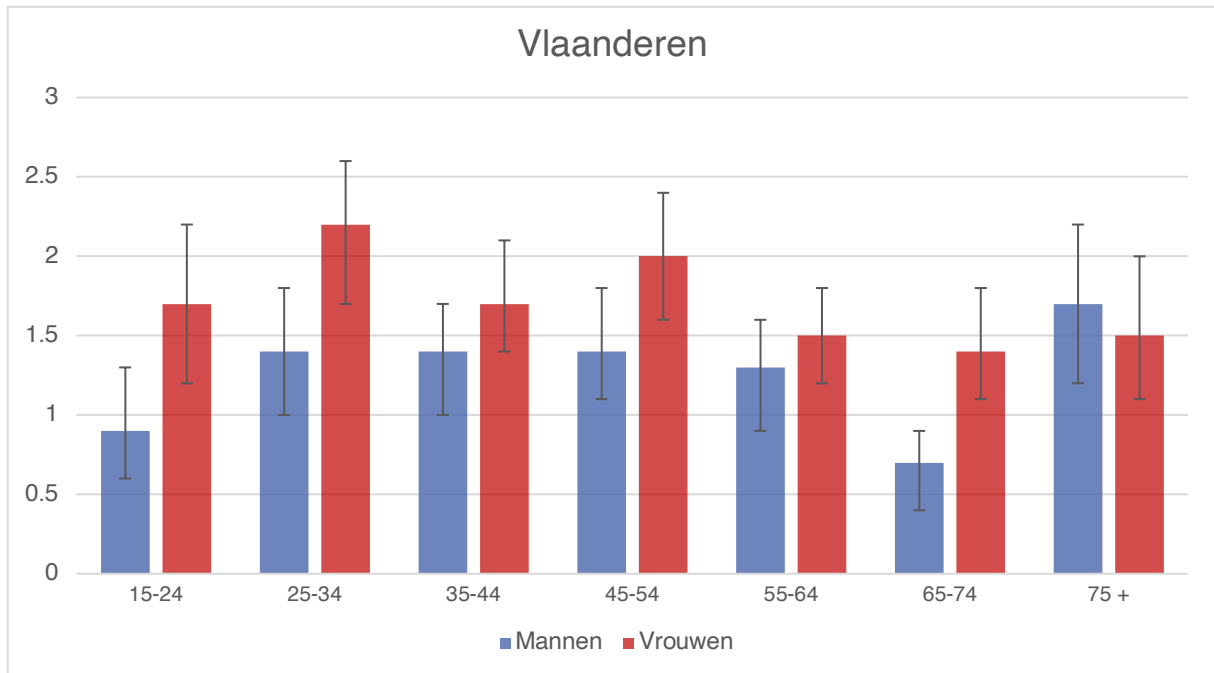
ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

In de Gezondheidsenquête wordt dieper ingegaan op psychisch (on)welbevinden, dat verband houdt met de algemene geestelijke gezondheid van mensen.

PREVALENTIE

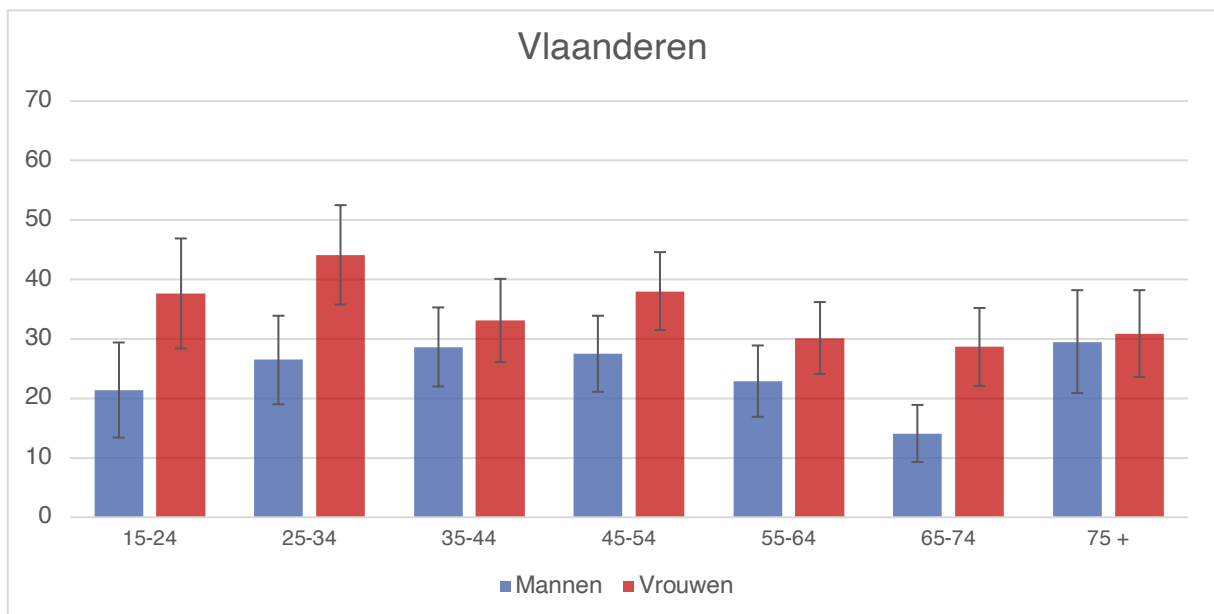
Het niveau van psychisch welbevinden is beter in Vlaanderen (1.5) dan in het Wallonië en Brussel (respectievelijk 2.0 en 2.1). De prevalentie van personen met psychische problemen is 29.8% in Vlaanderen, tegenover 37.1% in Wallonië en 39.1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening is 15.0% in Vlaanderen tegenover 21.6% in Wallonië en Brussel.

Figuur 2.7. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



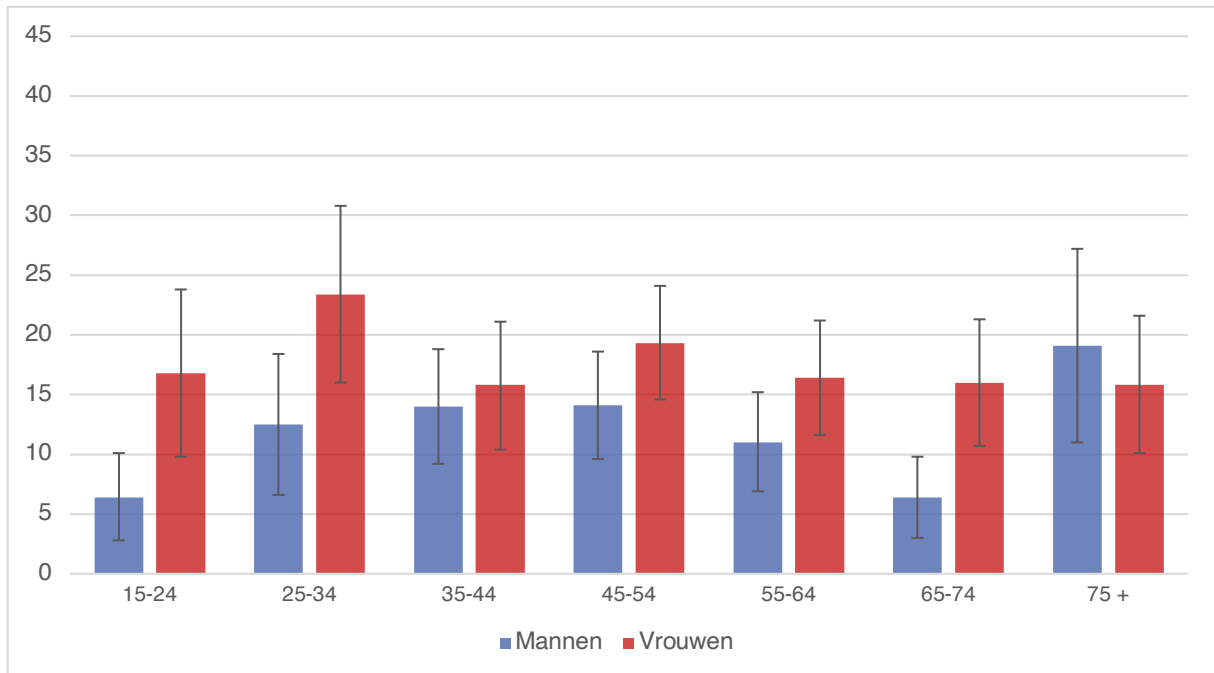
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.8. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.9. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (1.7 versus 1.3), hebben vaker psychische problemen (34.7% versus 24.6%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (17.8% versus 12.0%).

Ook over de leeftijd heen zien we dat vrouwen over algemeen slechter scoren dan mannen en dat met name jongvolwassen vrouwen (15-34 jaar) slechter scoren op zowel welbevinden als op de aanwezigheid van psychische problemen en kans op een psychische aandoening.

EVOLUTIE

In Vlaanderen was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (figuur 2.4 t/m 2.6 op p. 18).

SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **8.6%** van de bevolking in Vlaanderen van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 2.4% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat **6.4%** van de bevolking van 15 jaar en ouder kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 0.7% van de bevolking. In 2018 geeft **5.7%** van de Belgen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Ook in Vlaanderen valt op dat dezelfde **sociale ongelijkheden** zijn in de verdeling van psychische stoornissen als onder de totale bevolking van België: meer vrouwen en lager opgeleiden melden angststoornissen, depressieve stoornissen en eetstoornissen.

GEWEST

Voor de verschillende psychische problemen die in de enquête aan bod kwamen, zijn de cijfers voor de bevolking in Vlaanderen gunstiger dan voor de bevolking in Brussel of Wallonië.

EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (9.2%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 5.3 en 5.8%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt een stuk lager te zijn dan in 2013 (13.3%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (6.8-8.2%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (6.5%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

2.3 BRUSSEL

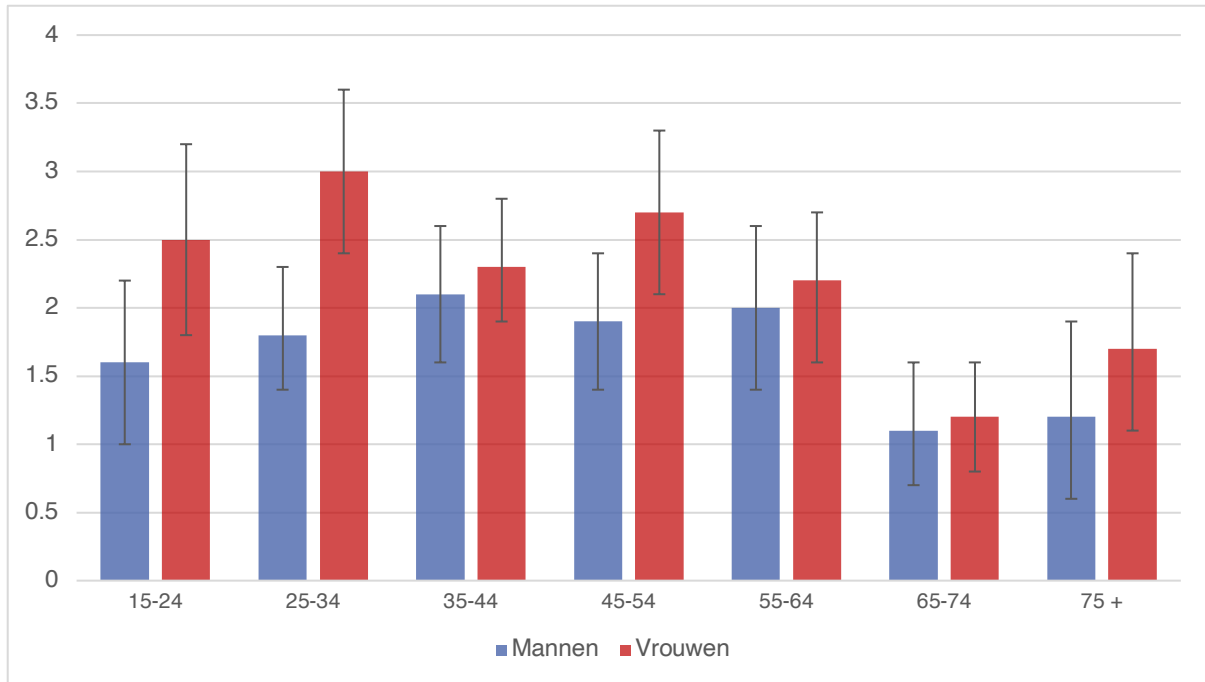
ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

In de Gezondheidsenquête wordt dieper ingegaan op psychisch (on)welbevinden, dat verband houdt met de algemene geestelijke gezondheid van mensen.

PREVALENTIE

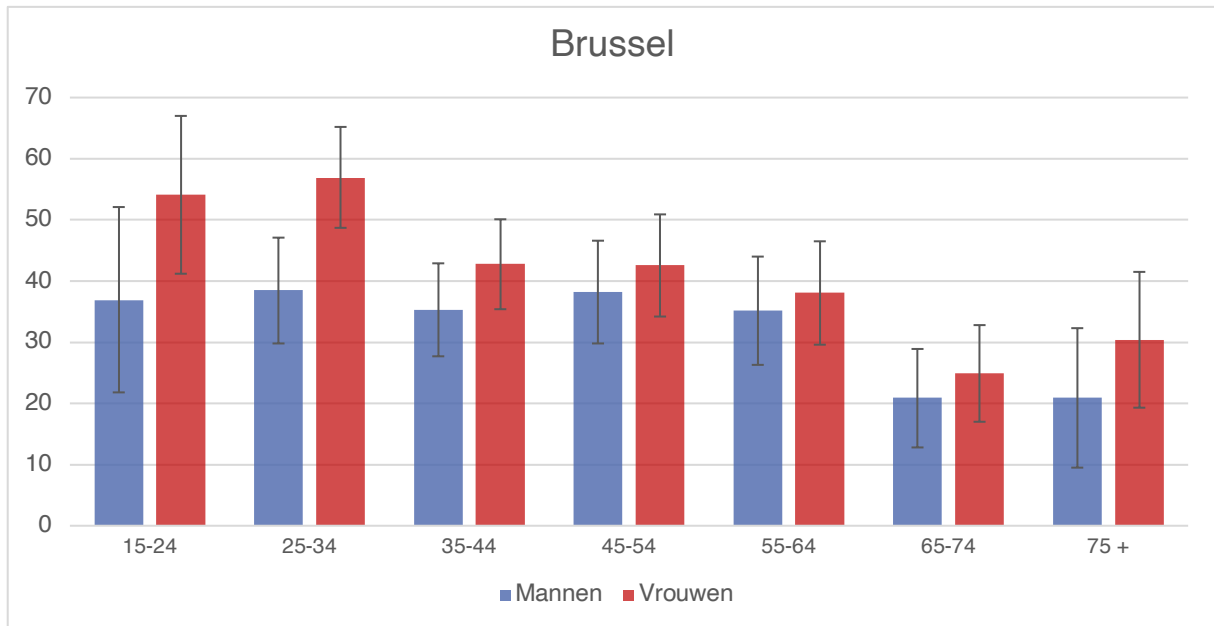
Het niveau van psychisch welbevinden in Brussel is 2.1. De prevalentie van personen met psychische problemen is 39.1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening is 21.5% in Brussel.

Figuur 2.10. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



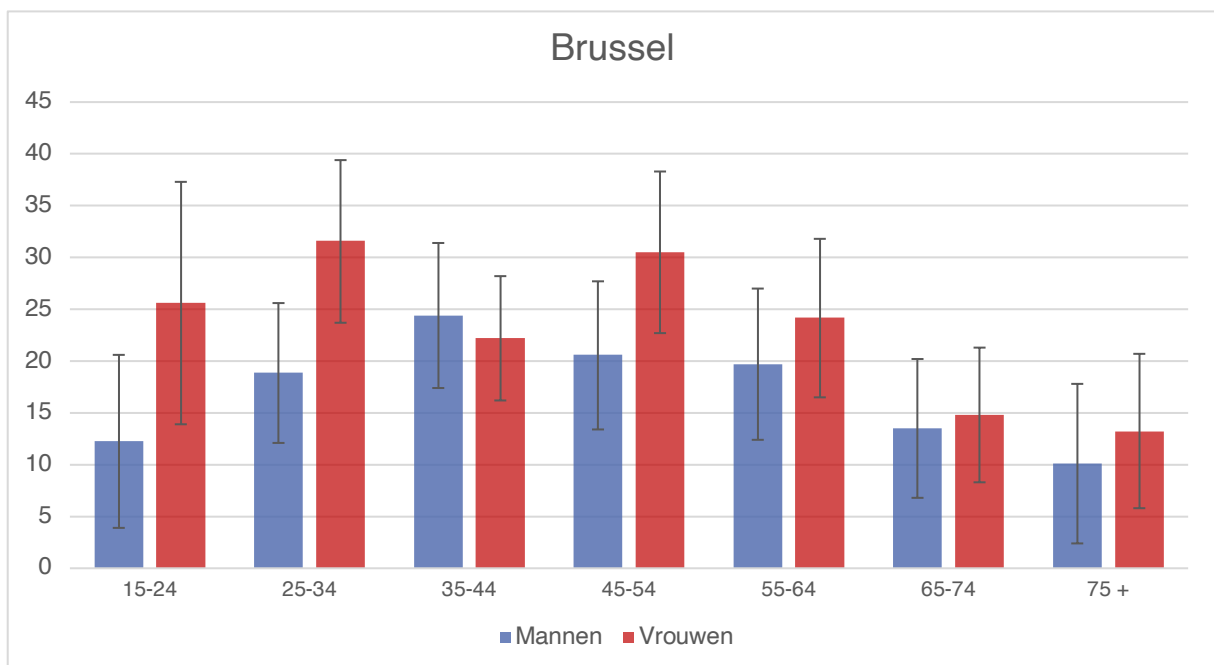
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.11. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.12. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2.4 versus 1.8), hebben vaker psychische problemen (43.4% versus 34.5%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (24.5% versus 18.6%). Het is opmerkelijk is dat bijna de helft (iets meer dan 43%) van de vrouwen in Brussel psychische problemen meldt.

Ook over de leeftijd heen zien we dat vrouwen over algemeen slechter scoren dan mannen en dat met name jongvolwassen vrouwen (15-34 jaar) slechter scoren op zowel welbevinden als op de aanwezigheid van psychische problemen en kans op een psychische aandoening.

EVOLUTIE

In Brussel was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (zie figuur 2.4 t/m 2.6 op p. 18).

SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **12.4%** van de bevolking in Brussel van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 4.2% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat bijna **één op de acht inwoners** van 15 jaar en ouder (12.8%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 1.7% van de bevolking. In 2018 geeft **12.2%** van de bevolking in Brussel van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Er zijn **sociale ongelijkheden** in de verdeling van psychische stoornissen: meer vrouwen en lager opgeleiden melden angststoornissen, depressieve stoornissen en eetstoornissen,.

EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (10.1%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 7.0 en 9.1%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager

te zijn dan in 2013 (18.2%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (9.5-13.8%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht gedaald ten opzichte van 2013 (12.6%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

2.4 WALLONIË

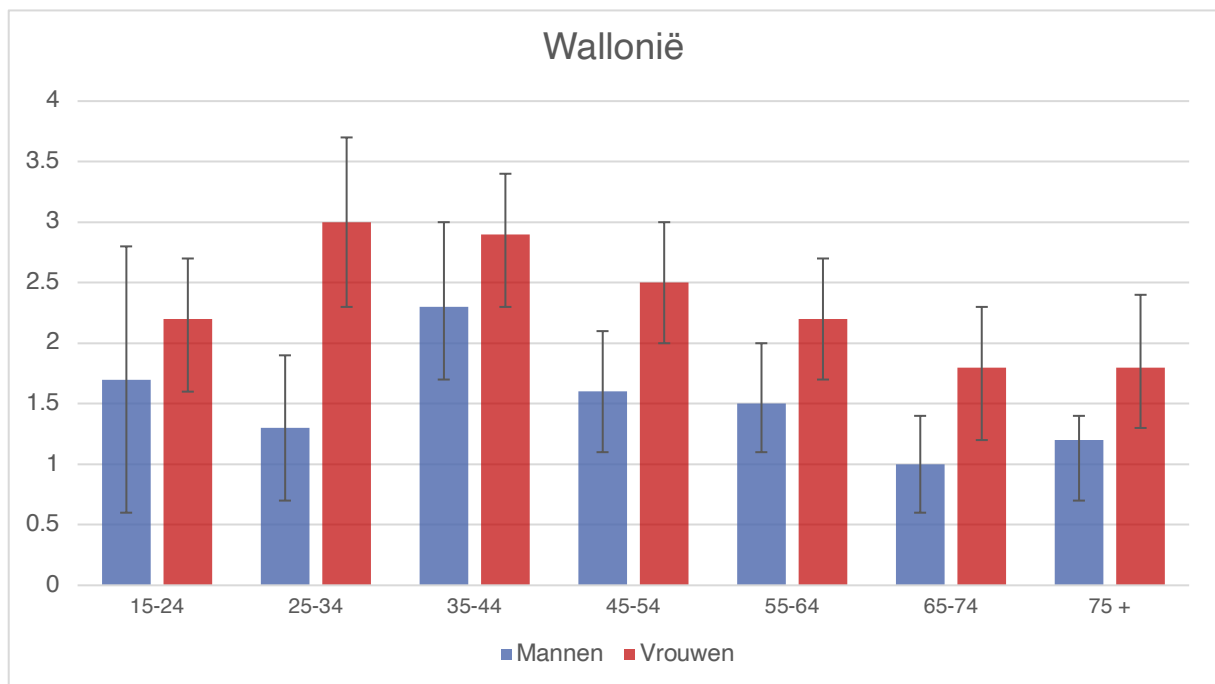
ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

In de Gezondheidsenquête wordt dieper ingegaan op psychisch (on)welbevinden, dat verband houdt met de algemene geestelijke gezondheid van mensen.

PREVALENTIE

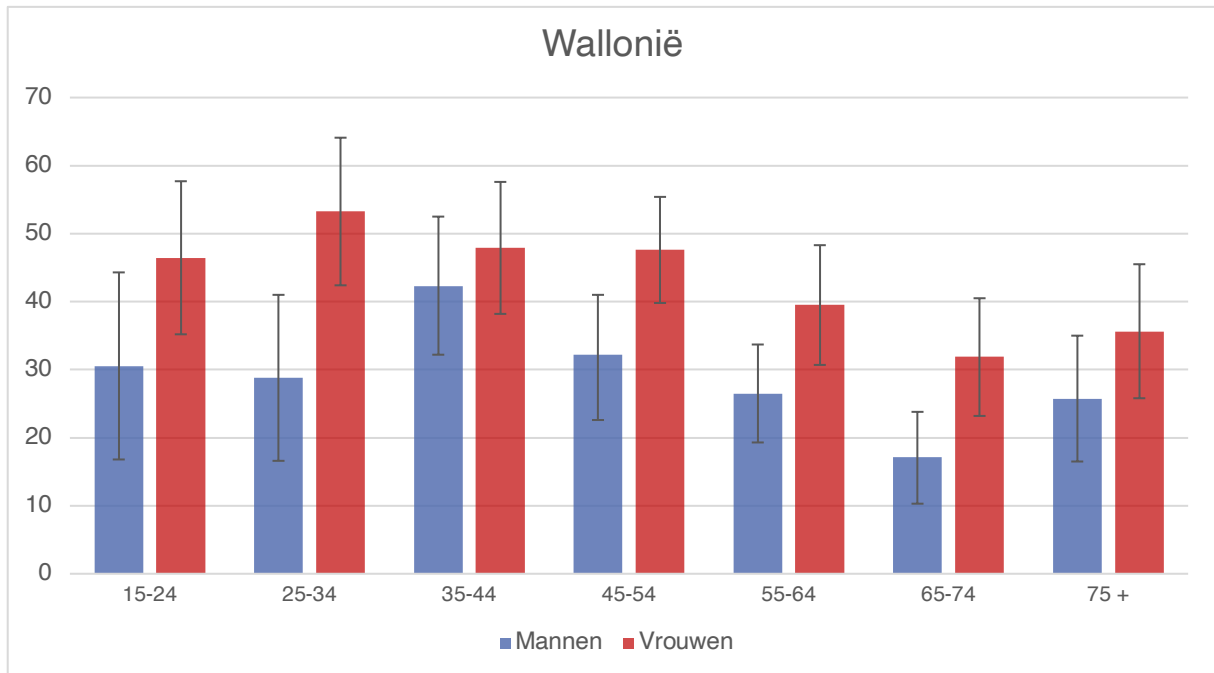
Het niveau van psychisch welbevinden is in Wallonië is 2.0. De prevalentie van personen met psychische problemen is 37.1%, terwijl de prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening 21.6% is in Wallonië.

Figuur 2.13. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.



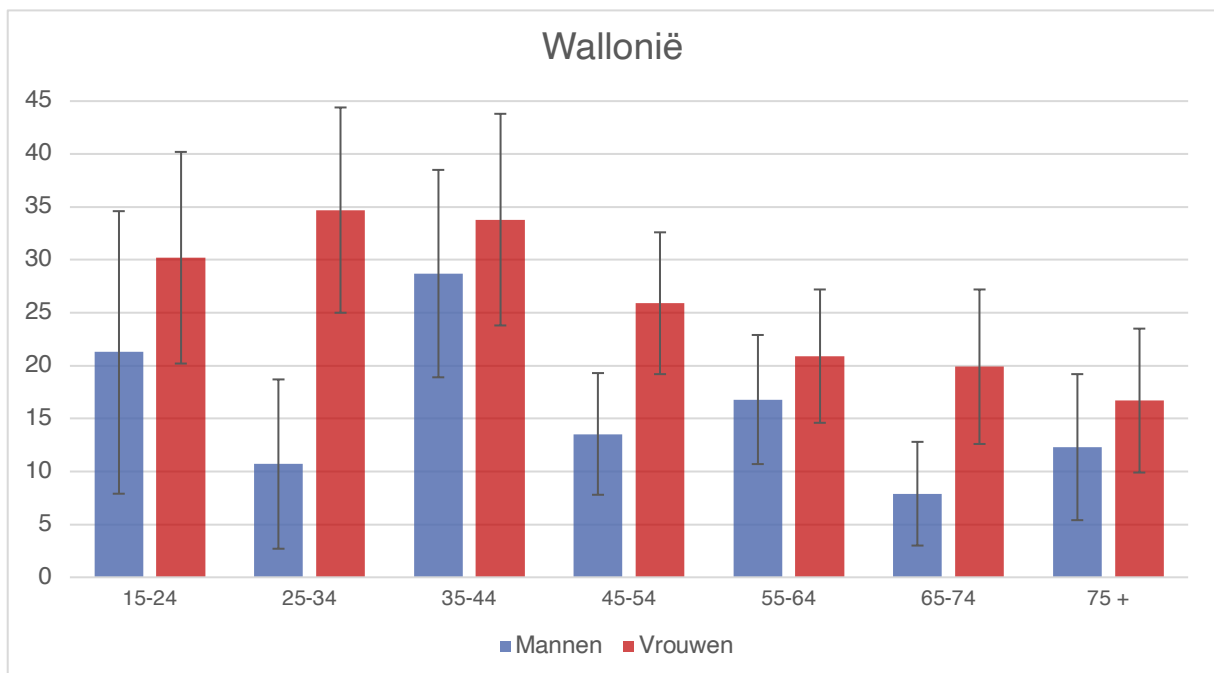
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.14. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 2.15. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2.4 versus 1.6), hebben vaker psychische problemen (43.6% versus 29.8%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (26.3% versus 16.5%).

Ook over de leeftijd heen zien we dat vrouwen over algemeen slechter scoren dan mannen en dat met name jongvolwassen vrouwen (15-34 jaar) slechter scoren op zowel welbevinden als op de aanwezigheid van psychische problemen en kans op een psychische aandoening.

EVOLUTIE

In Wallonië was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (zie figuur 2.4 t/m 2.6 op p. 18).

SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **15.5%** van de bevolking in Wallonië van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 5.1% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat iets meer dan **één op de acht inwoners** van 15 jaar en ouder (13.8%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 2.5% van de bevolking. In 2018 geeft **9.1%** van de Walen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

Er zijn **sociale ongelijkheden** in de verdeling van psychische stoornissen: meer vrouwen en lager opgeleiden melden angststoornissen, depressieve stoornissen en eetstoornissen,.

EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 licht gestegen (15.5%), en blijft ook hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 7.2% en 7.9%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager te zijn dan in 2013 (16.8%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (9.7-11.0%) al is het

in 2018 nog steeds hoger dan tijdens 2001-2008. Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (11.2%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

2.5. COVID-19 PANDEMIE

COVID-19-GEZONDHEIDSENQUETE

Sinds de coronacrisis volgt Sciensano de geestelijke gezondheid verder op door het systematisch uitvoeren van specifieke COVID-19-gezondheidsenquêtes. In totaal vonden er tot nu toe elf van dergelijke metingen plaats. Van de 11^e COVID-19-gezondheidsenquête werd enkel een infographic gepubliceerd. Daarnaast zijn er ook nog meer recente data te bekijken via Epistat (<https://epistat.sciensano.be/covid/>). Echter, deze zijn vanaf de 11^e COVID-19-gezondheidsenquête op een veel lager aantal deelnemers gebaseerd en niet gepubliceerd in een officieel rapport of infographic. De resultaten van de 10^e COVID-19-gezondheidsenquêtes worden daarom meer in detail besproken in dit rapport. Uit alle indicatoren van geestelijke gezondheid blijkt, zoals ook aangetoond werd met het de 10^e COVID-19-gezondheidsenquête³ (april 2022), dat de **bevolking nog steeds zeer gedestabiliseerd** is en **lijdt aan psychische problemen** (Flamant et al., 2022; Dugailliez, 2022).

Aangezien angst, depressie en eenzaamheid belangrijke risicofactoren zijn die de kans op een suïcidepoging en suïcide kunnen doen toenemen, werd ervoor geopteerd om in dit rapport op deze indicatoren van geestelijke gezondheid verder in te gaan.

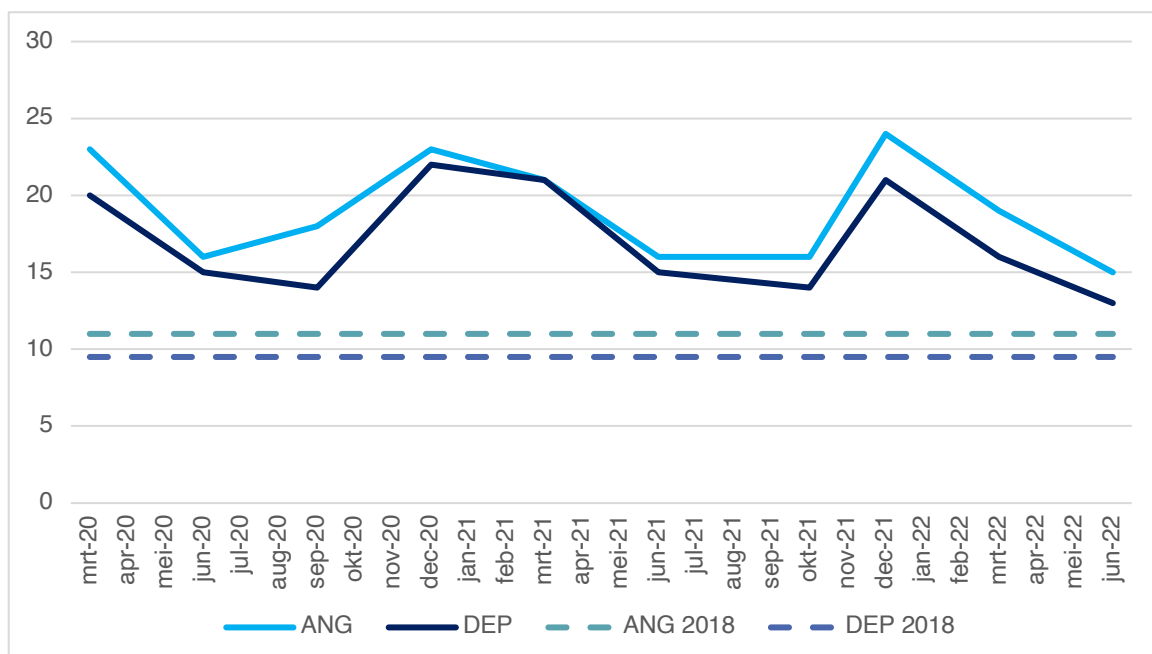
ANGST EN DEPRESSIE

De eerste COVID-19-Gezondheidsenquête (begin april 2020) signaleerde een zeer hoge prevalentie van angststoornissen (23%) en depressieve stoornissen (20%) bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in vergelijking met de prevalentie in 2018 (respectievelijk 11% en 9.5%). Bij het begin van de versoepelingen (juni 2020) kwamen angst en depressie minder vaak voor, hoewel dit nog niet terugging naar de "normale" waarden. Na de versoepeling van de maatregelen en de zomerperiode, nam het

³ De tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd afgenomen tussen 17 en 27 maart 2022. 13.882 Belgen van 18 jaar en ouder namen deel. De elfde COVID-19-Gezondheidsenquête werd afgenomen tussen 15 en 30 juni 2022. 18.706 Belgen van 18 jaar en ouder namen deel.

percentage COVID-19-besmettingen weer toe (van 16% in juni tot 18% in september). Het percentage mensen met symptomen van depressie bleef stabiel tussen juni (15%) en september (14%), voordat de nieuwe beperkingen van kracht gingen. Met de komst van het winterseizoen, de tweede golf van besmettingen en de uitbreiding van de beperkende maatregelen, werd een nieuwe toename van angst en depressie vastgesteld (december 2020): 23% van de bevolking vertoonde angststoornissen en 22% depressieve stoornissen. Vanaf maart tot december 2021 zagen we weer een kleine daling van angst en depressie, maar deze namen in de wintermaanden (vanaf oktober) weer toe. In december 2021 (COVID-maatregelen worden nog steeds gehandhaafd) zagen we, vergelijkbaar met december 2020 dat de cijfers zeer hoog waren: **zowel angst als depressie bereikten 24% en 21% van de Belgische bevolking**, respectievelijk (zie figuur 2.16). In maart 2022 waren de cijfers weer wat **gedaald** met betrekking tot **angst en depressie, 19% en 16% respectievelijk** en in juni 2022 zijn deze nog verder gedaald, **15% en 13% respectievelijk**. Ondanks deze daling in maart 2022 kunnen we concluderend stellen dat gedurende de pandemie de cijfers steeds verhoogd zijn geweest ten opzichte van 2018 en dat de fluctuaties samen gaan met de bestemmingsgolven en de genomen preventieve maatregelen.

Figuur 2.16. Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.



Bron: [Flamant et al., 2022](#); [Dugailliez, 2022](#)

Depressie en angst komen vaak samen voor bij dezelfde persoon (comorbiditeit). In het tiende (meest

recente waarvoor deze data beschikbaar is) onderzoek was dit het geval bij 11% van de respondenten. Dit ligt daarmee iets lager dan de 15.5% in het negende onderzoek. Daarnaast lijdt 8% van de respondenten aan angst zonder depressie en 5% aan depressie zonder angst. In totaal heeft dus 24% van de mensen van 18 jaar en ouder ten minste één van deze twee aandoeningen, een daling in vergelijking met vorig jaar december (30%). Ook het aandeel personen met comorbiditeit fluctueert naar gelang het aantal besmettingen en de genomen maatregelen. Bovendien zijn deze fluctuaties sterker waar te nemen dan bij het aandeel personen met één van deze twee aandoeningen.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

GESLACHT

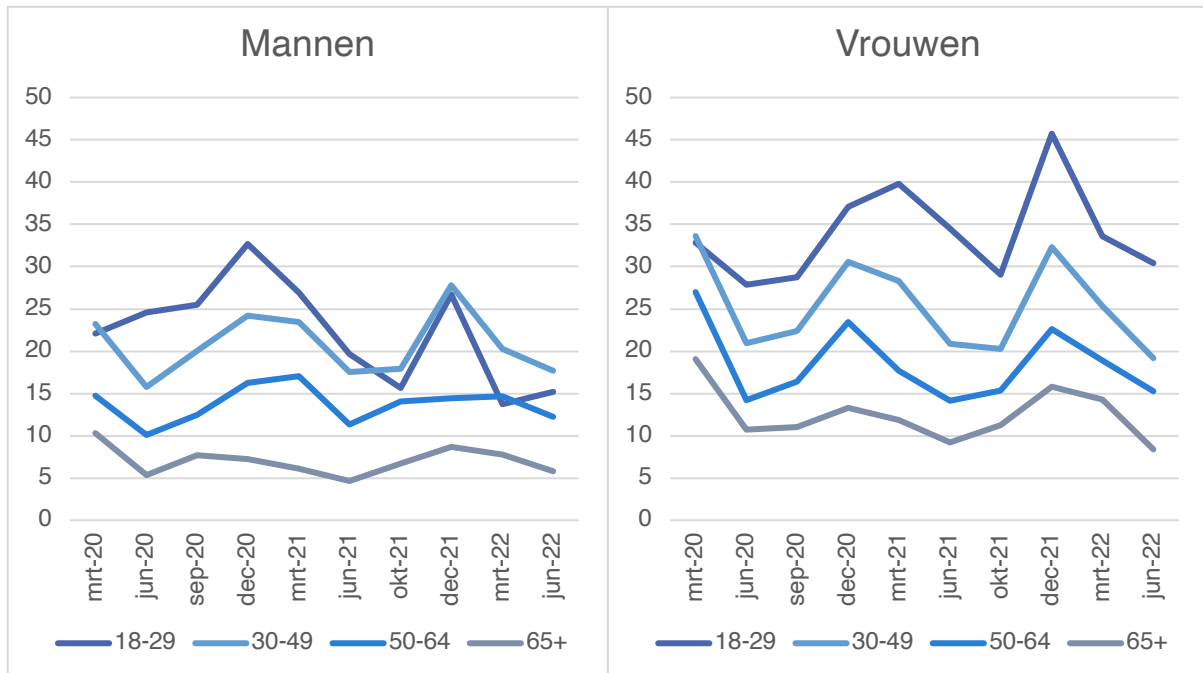
Vrouwen hebben meer kans op angststoornissen dan mannen (22.5% versus 25%), en het verschil tussen deze twee groepen is significant na correctie voor leeftijd. Depressieve stoornissen komen ook vaker voor bij vrouwen (17% versus 16%), hoewel dit verschil niet statistisch significant is na correctie voor leeftijd.

LEEFTIJD

Jongvolwassenen tussen 18 en 29 jaar worden het meest getroffen hebben een grotere kans dan ouderen (65+) om aan deze stoornissen te lijden: respectievelijk 24% tegenover 11% voor angst en 26% tegenover 9% voor depressie.

Zoals in figuur 2.17 te zien is, zijn angststoornissen duidelijk leeftijdsgebonden bij zowel mannen als vrouwen. Anderzijds zien we ook dat de angstsymptomen vanaf december 2020 bij jonge mannen (18-29 jaar) een daling lieten zien tot oktober 2021, terwijl bij jonge vrouwen deze daling pas in maart 2021 is ingezet. Voor de iets oudere leeftijdscategorieën (30+) zien we dat de daling iets eerder stagneert en de cijfers weer stijgen vanaf juni 2021, terwijl bij jonge mannen en vrouwen (18-29 jaar) de stijging iets later start (oktober 2021). Sinds december 2021 zien we dat angstsymptomen weer dalen in alle leeftijdsgroepen.

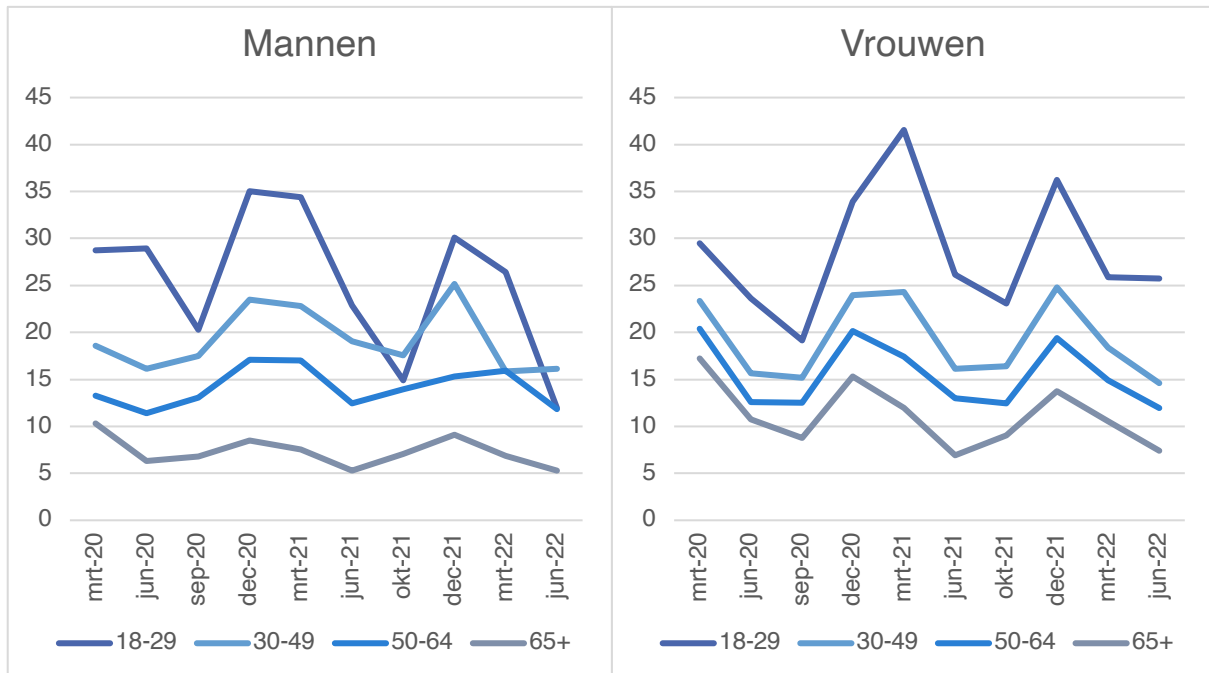
Figuur 2.17. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.



Bron: [Sciensano](#)

We zien voor depressieve stoornissen een vergelijkbaar patroon als met angststoornissen qua fluctuaties over de tijd (figuur 2.18). De depressieve stoornissen lieten vanaf december 2020 bij jonge mannen (18-29 jaar) een daling zien tot oktober 2021, terwijl bij jonge vrouwen deze daling pas in maart 2021 is ingezet. Voor de iets oudere leeftijdscategorieën (30+) zien we dat de daling iets eerder stagneert en de cijfers weer stijgen vanaf juni 2021, terwijl bij jonge mannen en vrouwen (18-29 jaar) de stijging iets later start (oktober 2021). Sinds december 2021 zien we dat depressieve stoornissen weer dalen in de meeste leeftijdsgroepen, behalve bij mannen tussen de 50-64. Deze groep blijft een belangrijke risicogroep.

Figuur 2.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.



Bron: [Sciensano](#)

GEZINSSAMENSTELLING

Sinds de eerste COVID-19-Gezondheidsenquête in april zien we dat koppels meer beschermd zijn tegen psychische decompensatie. In vergelijking met personen die in koppel wonen zonder kinderen (16% met angststoornis), hebben enkel alleenwonende ouders en personen die bij ouders/familieleden wonen significant meer kans om te lijden aan een angststoornis (respectievelijk 26% en 23%). Wat betreft depressieve stoornissen, zien we een enigszins ander beeld. Na correctie voor leeftijd en geslacht blijken er significante verschillen te zijn tussen personen die wonen in koppel zonder kinderen (12% met depressieve stoornis) en alleenwonenden (20%) en alleenwonende ouders (26%).

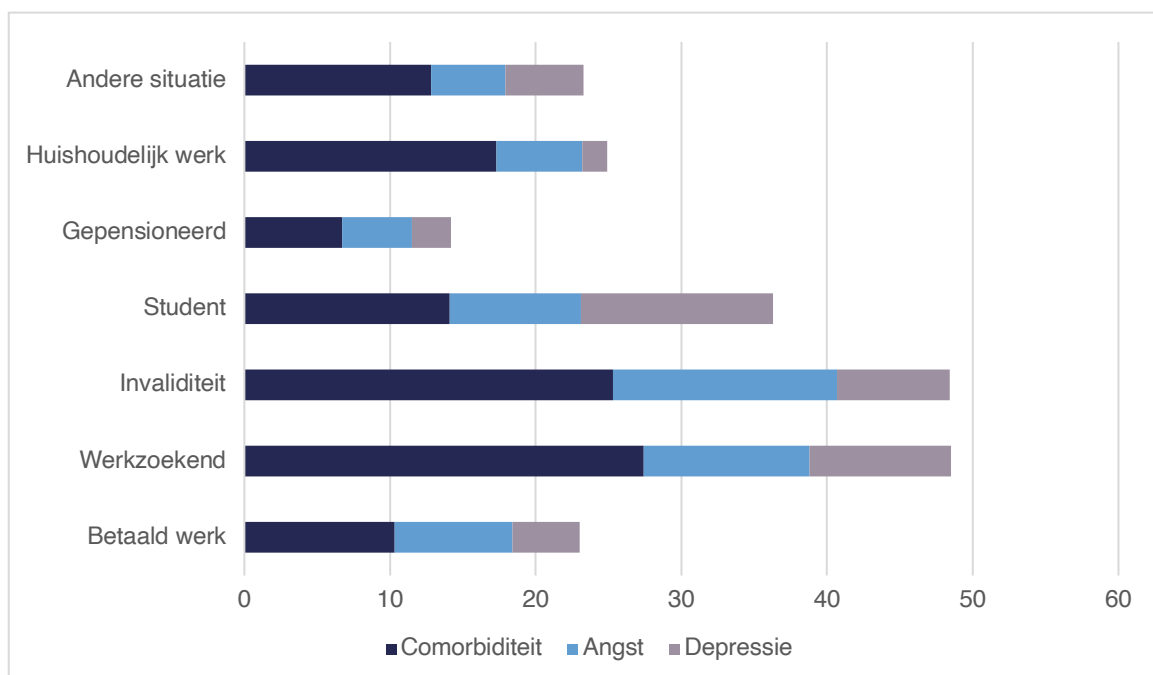
OPLEIDINGSNIVEAU

Opleidingsniveau is een bepalende factor voor de geestelijke gezondheid. Zo komen angst en depressie vaker voor bij personen met een laag opleidingsniveau (respectievelijk 20% en 18%) dan bij personen die hoger onderwijs volgden (respectievelijk 21% en 17%). De verschillen tussen deze groepen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

PROFESSIONELE STATUS

Sinds het begin van de crisis is de professionele status van individuen een discriminerende factor voor angst- en depressieve stoornissen (zie figuur 2.19). In vergelijking met personen met een betaalde job het risico op een angststoornis en/of een depressieve stoornis significant hoger is bij personen die werkzoekend zijn, invalide zijn of studeren, na correctie voor leeftijd en geslacht. Gepensioneerden daarentegen hebben een lager risico om aan dit soort stoornissen te lijden.

Figuur 2.19. Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.



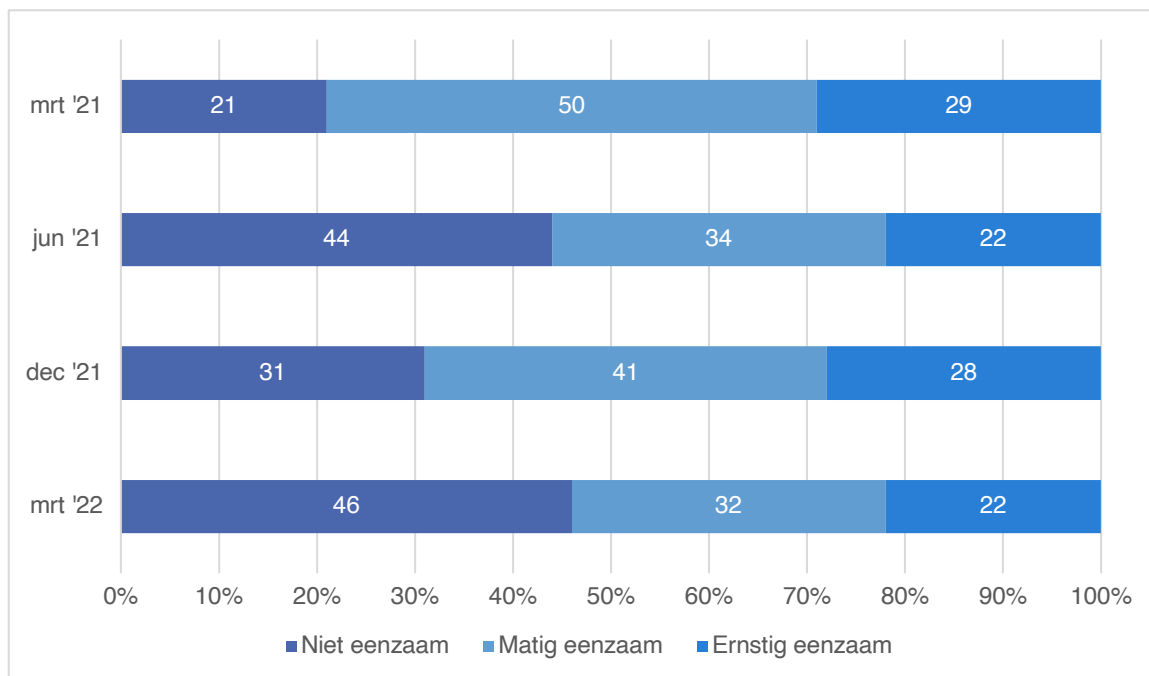
Bron: [Flamant et al., 2022](#)

EENZAAMHEID

Aangezien eenzaamheid de kans op suïcidaal gedrag kan vergroten, werd ervoor geopteerd om de resultaten van de COVID-19-Gezondheidsenquête met betrekking tot deze indicator in dit rapport op te nemen.

De resultaten van de tiende COVID-19-gezondheidsenquête tonen aan dat 46% van de personen van 18 jaar en ouder zich niet eenzaam voelt, 32% zich matig eenzaam voelt en 22% zich ernstig eenzaam voelt. De cijfers zijn positiever dan de cijfers van de negende COVID-19-gezondheidsenquête van december '21 (toen niet eenzaam: 31%, matig eenzaam: 41% en ernstig eenzaam: 28%). De volledige evolutie van eenzaamheid sinds maart '21 wordt weergegeven in figuur 2.20.

Figuur 2.20. Evolutie van percentage personen naar eenzaamheid per gezondheidsenquête, België, 2021-2022.



Bron: [Flamant et al., 2022](#)

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

GESLACHT

Er werden in de tiende Gezondheidsenquête geen geslachtsverschillen naar eenzaamheid gevonden.

LEEFTIJD

De 65-plussers uit onze studie rapporteerden het minst vaak eenzaamheid: ze bevinden zich vaker in de categorie “Niet eenzaam” (52%) en minder vaak in de categorie “Ernstig eenzaam” (17%) dan de jongere leeftijdsgroepen (Niet eenzaam: 39%-47%; Ernstig eenzaam: 21%-30%). De 18-29-jarigen meldde vaker ernstige eenzaamheid dan de 50-64-jarigen en de 65-plussers (30% versus 21% en 17%).

GEZINSSAMENSTELLING

Alleenwonenden met kind(eren) (32%), alleenwonenden (27%) melden vaker een ernstige eenzaamheid dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 17% en 15%). Het percentage personen dat

geen eenzaamheid ervaart is het laagste bij alleenwonenden met of zonder kinderen (beiden 35%) en het hoogste bij koppels met of zonder kinderen (resp. 51% en 55%).

OPLEIDINGSNIVEAU

Eenzaamheid varieert naar opleidingsniveau: personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs bevinden zich vaker in de categorie “Ernstig eenzaam” dan personen met een diploma hoger onderwijs (25% t.o.v. 15.5%). Zij bevinden zich ook minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (42.5% t.o.v. 53%). Deze verschillen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data van de COVID-19 gezondheidsenquêtes verzameld werd aan de hand van zelfrapportage en daardoor mogelijk minder betrouwbaar zijn. Er dienen daarnaast ook nog enkele methodologische kanttekeningen te worden geplaatst wanneer we de cijfers uit de COVID-19-Gezondheidsenquêtes willen vergelijken met de resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2018:

- Voor de COVID-19-Gezondheidsenquêtes werd gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode (bij de aankondiging van de studie werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar familie, vrienden en bekenden). Daarnaast werden deelnemers van de voorafgaande COVID-19-Gezondheidsenquêtes opnieuw gecontacteerd om deel te nemen. De reguliere gezondheidsenquêtes daarentegen, worden afgenomen aan de hand van een gestratificeerd meertraps, geclusterde steekproefmethode. Per gewest worden een beperkt aantal steden of gemeenten geselecteerd, die op hun beurt een beperkt aantal huishoudens selecteren. Per huishouden worden maximum 4 deelnemers weerhouden.
- De gegevens van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes zijn gebaseerd op online enquêtes. Dit is verschillend van de voorafgaande algemene Gezondheidsenquêtes, waarbij het interview bij de respondenten thuis wordt afgenomen door een getrainde enquêteur.

3. CIJFERS SUÏCIDE

3. CIJFERS SUÏCIDE

De meest recente cijfers met betrekking tot suïcides voor België, Wallonië en het Brussels gewest stammen uit 2020. De meest recente cijfers met betrekking tot suïcides in Vlaanderen stammen uit 2021. Daarnaast zijn er wel al ruwe cijfers van de Federal Politie tot en met 2022. Deze worden behandeld in paragraaf 3.6 COVID-19 pandemie. Sterftcijfers worden gerapporteerd overeenkomstig de tiende revisie van de Internationale Classificatie van Ziekten en daarmee verbonden Gezondheidsproblemen van de WGO (ICD-10). Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, aangezien deze cijfers een onderschatting zijn van het werkelijke aantal suïcides. Elk jaar zijn er ook sterfgevallen waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is, waarbij het mogelijks ook om suïcide kan gaan.

3.1. BELGIË

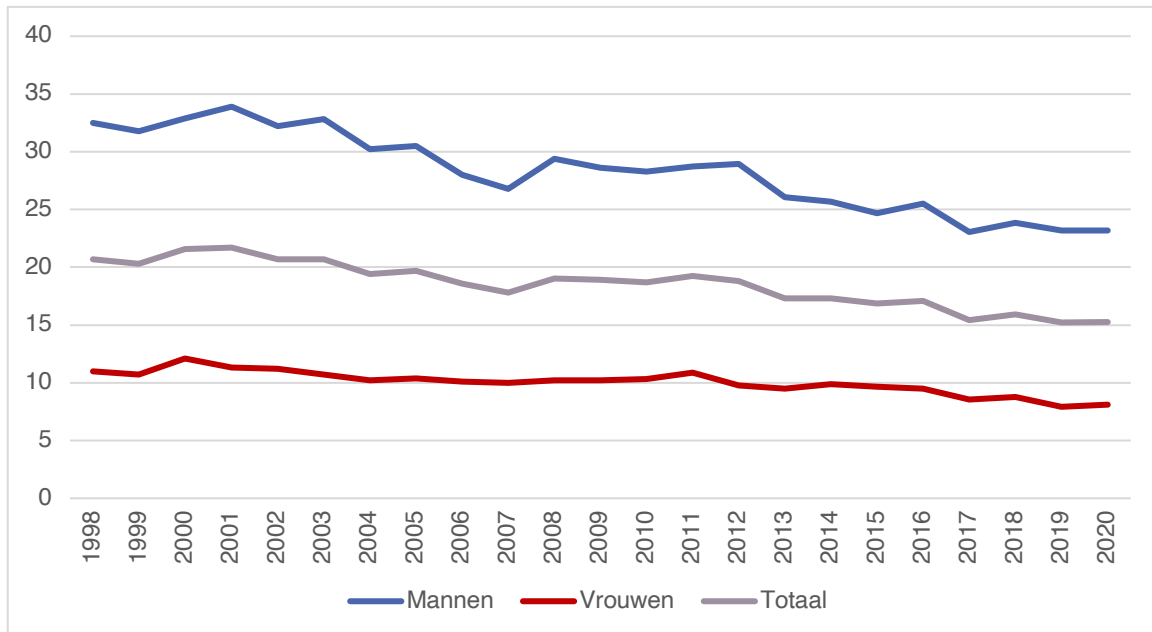
In 2020 overleden in België **1,732 personen ten gevolge van suïcide**, waarvan 1,259 mannen en 473 vrouwen. Dit komt neer op bijna **vijf suïcides per dag**.

EVOLUTIE

In figuur 3.1 en 3.2 wordt de evolutie van de suïdecijfers (per 100.000 inwoners) weergegeven op nationaal niveau, uitgesplitst naar geslacht en gewest. Tussen 2000 en 2020 is zelfdoding gedaald bij mannen (28.1%) en bij vrouwen (33.3%) in België. In totaal zien we een daling van 28.6% in België in 2020 ten opzichte van 2000.

Wanneer we kijken naar de verschillende gewesten dan zien we dat tussen 2000 en 2020 het suïdecijfer met 30% is gedaald in Vlaanderen, met 29.2% in Wallonië en met 35% in Brussel.

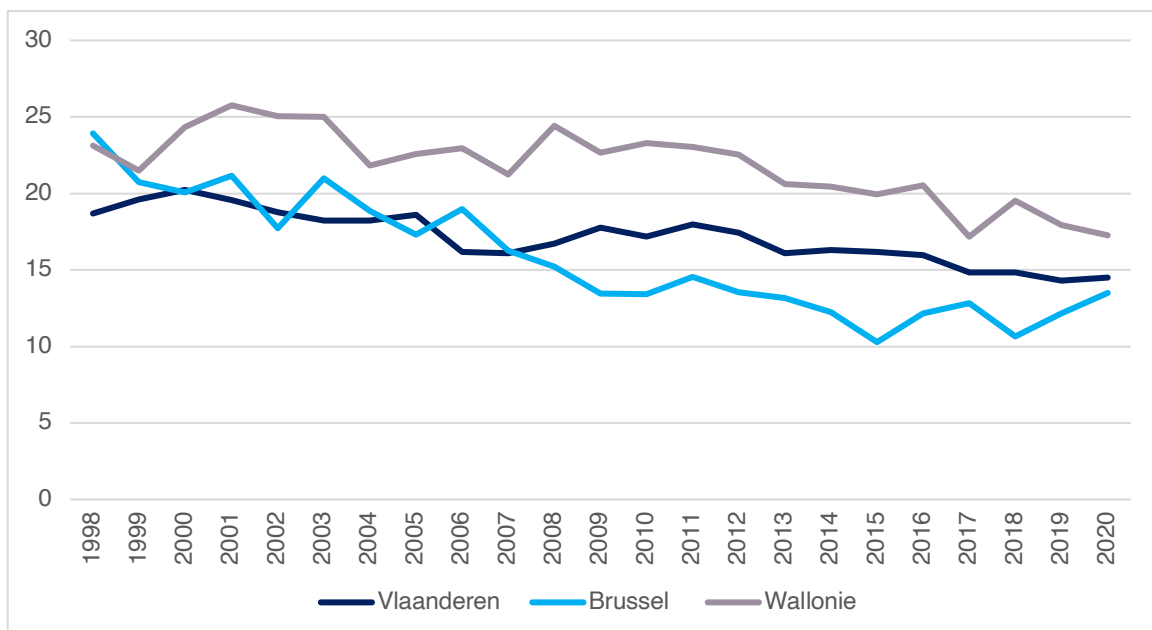
Figuur 3.1. Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens geslacht.



Bron: Eurostat (Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium)

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

Figuur 3.2. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens gewest.



Bron: Eurostat

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

3.2. VLAANDEREN

Sterftcijfers door suïcide in Vlaanderen worden geregistreerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van de overlijdenscertificaten. In **2021** (meest recente cijfers) **overleden** in Vlaanderen **913 personen door suïcide**. Dit komt neer op ongeveer **2.5 suïcides per dag**. Een merendeel van de suïcides (70%) waren mannen. Het sterfterisico voor mannen was 2.7 keer groter dan voor vrouwen. De suïciderate voor mannen in 2021 was 19.6/100.000 ten opzichte van 21.9/100.000 in 2010 en voor vrouwen 8/100.000 ten opzichte van 7.9/100.000 in 2020.

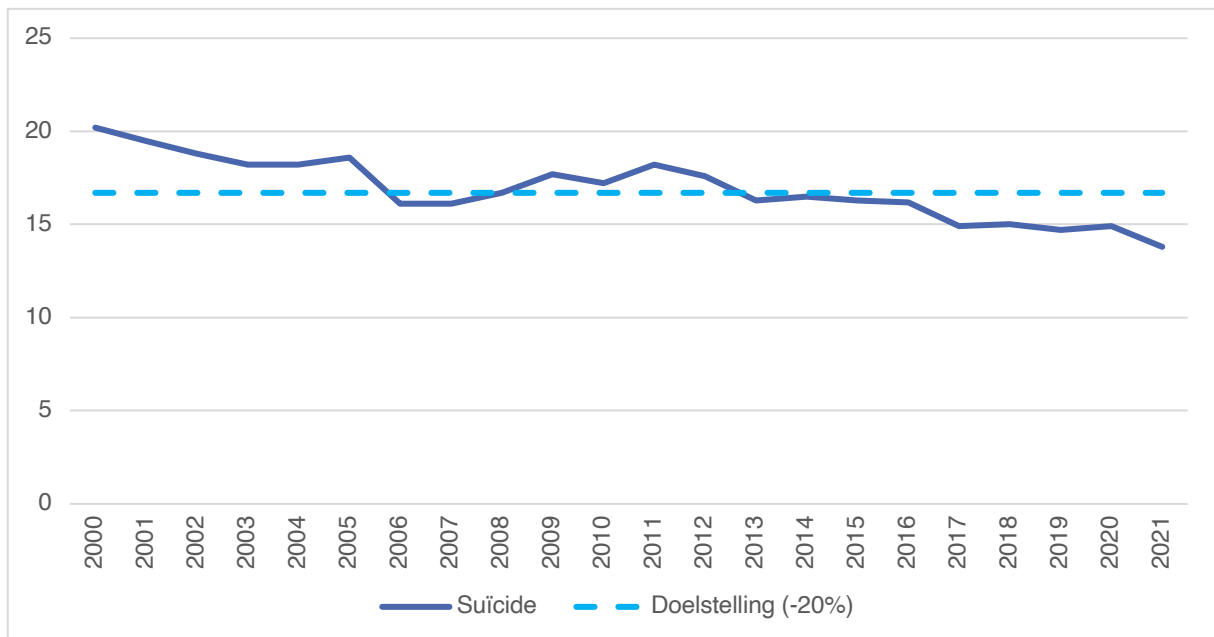
Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, aangezien deze cijfers een onderschatting zijn van het werkelijke aantal suïcides. Elk jaar zijn er ook sterfgevallen waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is (onbepaalde intenties), waarbij het mogelijks ook om suïcide kan gaan.

EVOLUTIE

Figuur 3.3 toont de evolutie van de gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide in Vlaanderen en de vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling. De gezondheidsdoelstelling die ten grondslag lag aan het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, streefde een daling van de suïcidecijfers bij mannen en vrouwen na van 20% in het jaar 2020 ten opzichte van het jaar 2000. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een **daling van de suïcidecijfers met 29%**. Dit betekent dat de **gezondheidsdoelstelling**, op basis van de **suïcidecijfers van 2020**, werd **behaald**.

In 2021 was er een daling van de suïcidecijfers 33.9% ten opzichte van 2000. Er is echter een nieuwe Gezondheidsdoelstelling voor het derde Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030). Deze luidt als volgt: **Het aantal zelfdodingen in 2030 moet met 10% gedaald zijn t.o.v. het referentiejaar 2020.** Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een **daling van de suïcidecijfers met 7.1%**.

Figuur 3.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2021.



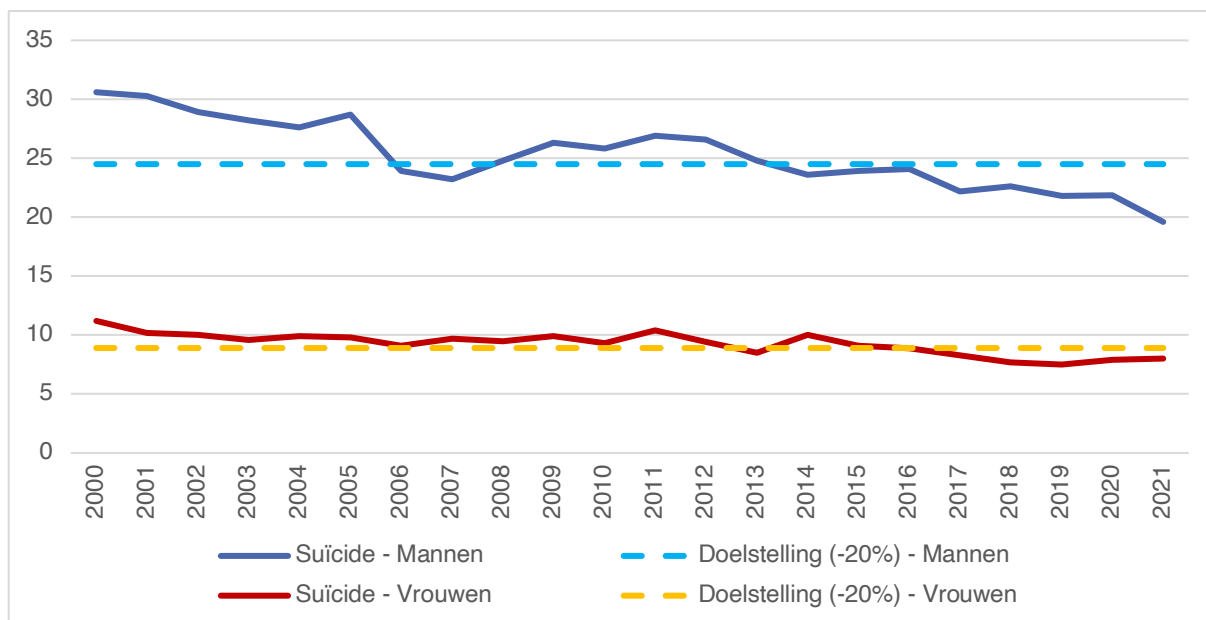
Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

GESLACHT

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met het jaar 2000, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, kan er voor **mannen een daling** van het suïdecijfer worden vastgesteld van **36%** en voor **vrouwen een daling van 28%**. Zie figuur 3.4.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, kan er voor **mannen een daling** van het suïdecijfer worden vastgesteld van **11%** en voor **vrouwen een stijging van 2%**.

Figuur 3.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2021.



Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

LEEFTIJD

Hoewel suïcide een probleem is van alle leeftijden, verschilt het suïcidecijfer met de leeftijd. Hieronder worden de suïcidecijfers per leeftijdsgroep vergeleken met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

LEEFTIJDSGROEP -15 JAAR

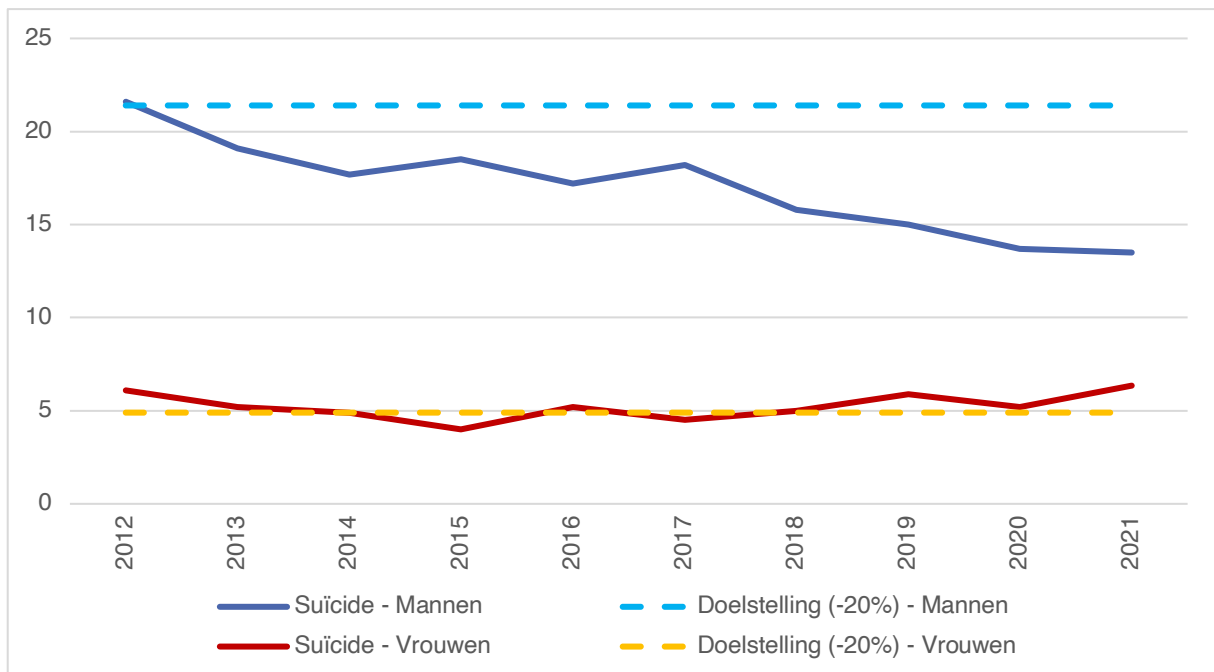
In 2021 zijn er drie kinderen jonger dan 15 jaar overleden aan suïcide. Daarmee kan er geen significante vergelijking met het baselinejaar 2000 of 2020 gemaakt kan worden.

LEEFTIJDSGROEP 15-29 JAAR

Bij de mannen kon in 2021 een daling van 50% worden vastgesteld ten opzichte van 2000, waarmee de gezondheidsdoelstelling werd gehaald. Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2021 4% hoger dan in 2000 en werd de gezondheidsdoelstelling dus niet gehaald (zie figuur 3.5).

Bij de mannen kon in 2021 een daling van 1% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2021 22% hoger dan in 2020.

Figuur 3.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2021.



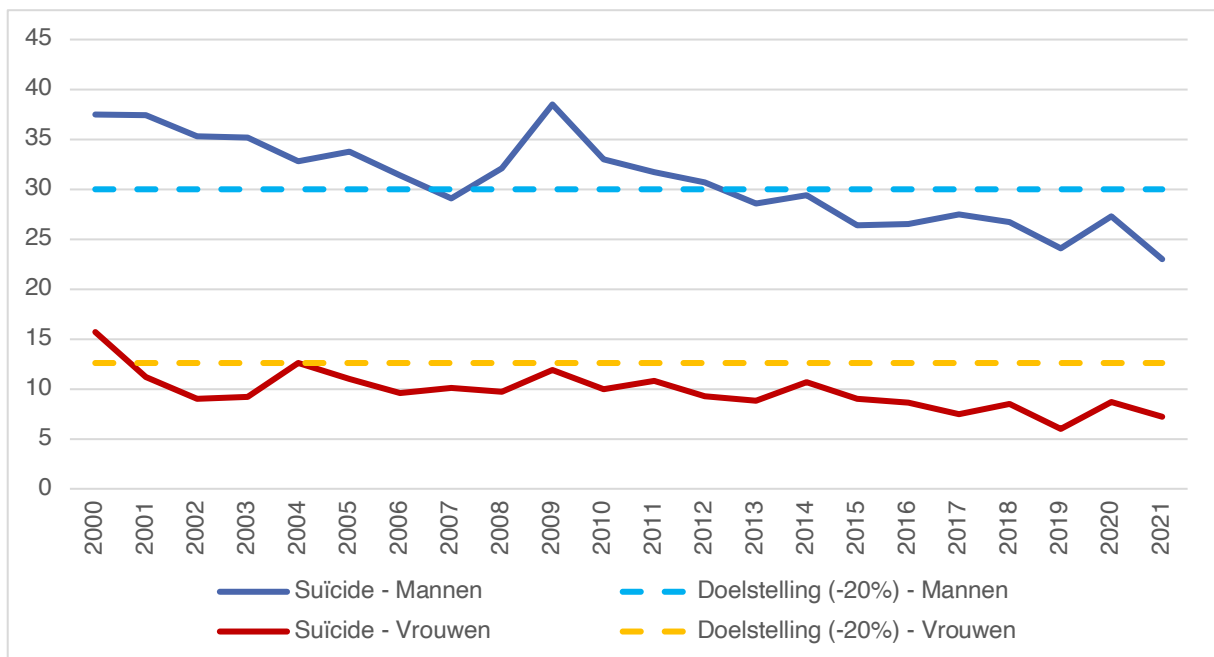
Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

LEEFTIJDGROEP 30-44 JAAR

Bij de leeftijdsgroep 30 tot 44 jaar werd de gezondheidsdoelstelling bij zowel de mannen als de vrouwen behaald. Bij de mannen kon in 2021 een daling van het aantal suïcides met 39% worden vastgesteld ten opzichte van 2000. Bij de vrouwen bedroeg de daling 54% (zie figuur 3.6).

Bij de mannen kon in 2021 een daling van 12% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2021 17% lager dan in 2020.

Figuur 3.6. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2021.



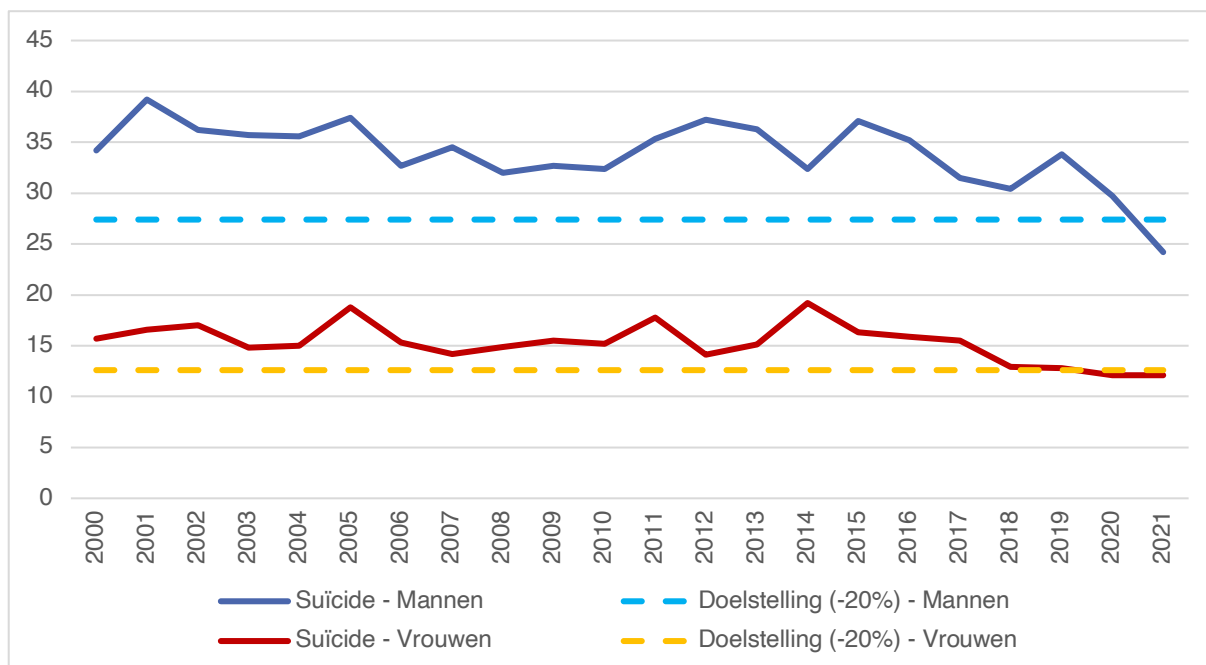
Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

LEEFTIJDGROEP 45-59 JAAR

Bij de 45-59-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling behaald voor de mannen en vrouwen. Bij de mannen kon in 2021 een daling van het aantal suïcides worden vastgesteld van 29% vergeleken met 2000. Bij de vrouwen was er in 2021 een daling van 23% ten opzichte van 2000 (zie figuur 3.7).

Bij de mannen kon in 2021 een daling van 19% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2021 even hoog als in 2020.

Figuur 3.7. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2021.



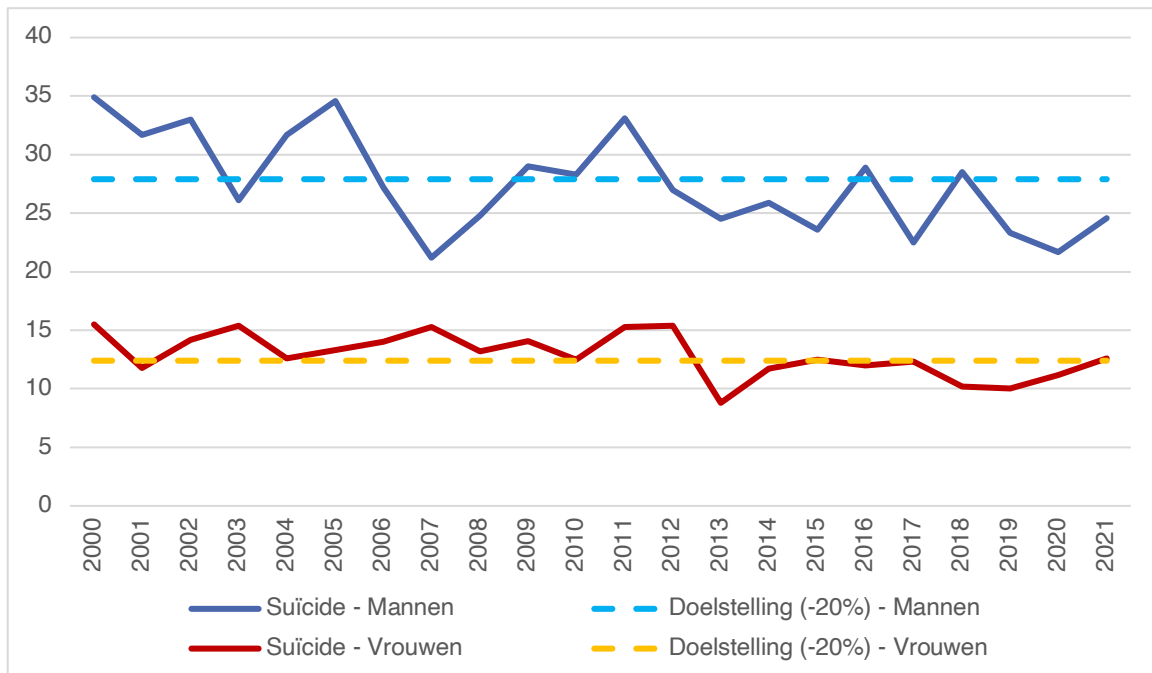
Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

LEEFTIJDGROEP 60-74 JAAR

Bij de 60-tot 74-jarigen mannen werd de gezondheidsdoelstelling in 2021 behaald. Bij mannen was er een daling van 30% en bij vrouwen was er in 2021 een daling van de suïdecijfers met 18% vergeleken met het jaar 2000 (zie figuur 3.8). Dit betekent dat de gezondheidsdoelstelling niet is behaald voor de vrouwen.

Bij de mannen kon in 2021 een stijging van 13% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en ook bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2021 13% hoger dan in 2020.

Figuur 3.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2021.



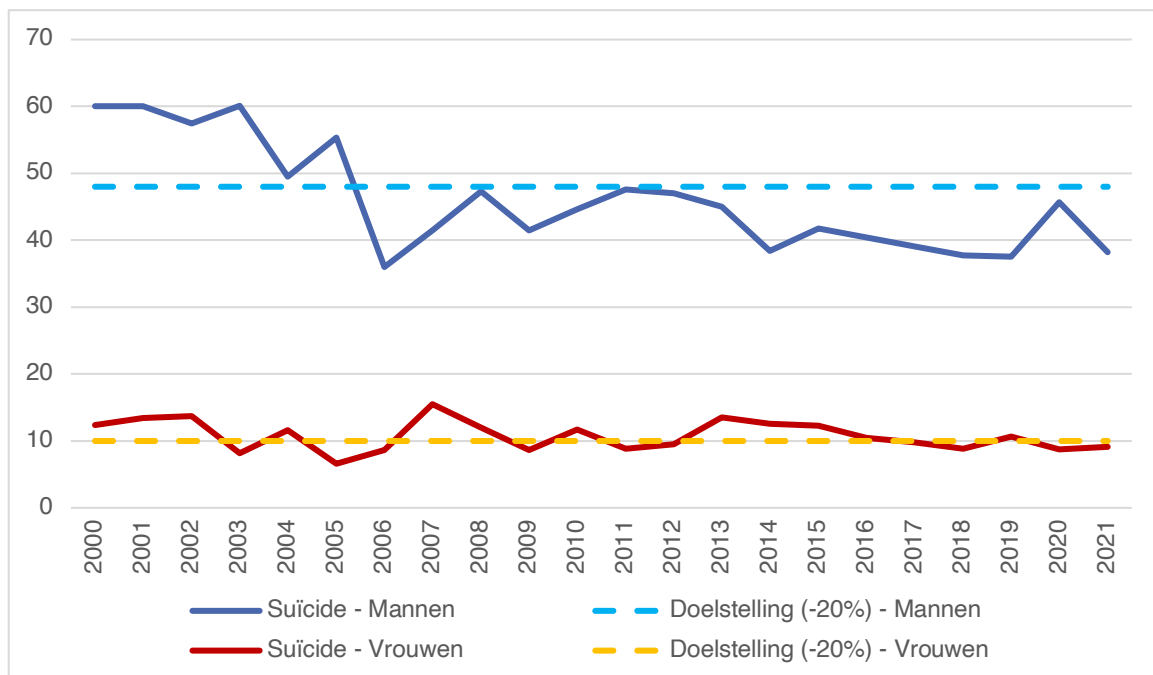
Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

LEEFTIJDGROEP 75+

Bij de 75-plussers werd de gezondheidsdoelstelling behaald in 2021. Bij de mannen kon in 2021 een daling van het suïdecijfer worden vastgesteld van 36% ten opzichte van 2000. Bij de vrouwen lag het suïdecijfer in 2021 27% lager ligt dan in 2000 (zie figuur 3.9).

Bij de mannen kon in 2021 een daling van 17% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2021 5% hoger dan in 2020.

Figuur 3.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2021.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

ALGEMENE EVALUATIE

Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in 2020 minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2000. De gezondheidsdoelstelling van het 2^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012-2020) van de Vlaamse overheid stelde dat de suïcides in 2020 met 20% afgenomen moeten zijn in vergelijking met het jaar 2000. Er kan een daling vastgesteld worden van 29% minder suïcides bij mannen en 30% minder suïcides bij vrouwen in vergelijking met het jaar 2000. De gezondheidsdoelstelling voor zowel mannen als voor vrouwen over alle leeftijden heen is dus behaald. Zie tabel 3.1 voor een overzicht van de evolutie van de suïcidecijfers uitgesplitst naar geslacht en een vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

Wanneer de cijfers worden opgesplitst naar leeftijd, dan blijkt dat de gezondheidsdoelstelling voor zowel mannen als vrouwen voor vrijwel alle leeftijdsgroepen behaald is, behalve bij mannen in de leeftijd van 45-59 jaar en vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar.

In 2021 zagen we dat in vergelijking met 2000 de daling is doorgezet bij vrijwel alle doelgroepen, behalve bij vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar en 60-74 jaar. Bij vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar zagen we een stijging ten opzichte van 2000, maar bij vrouwen tussen de 60-74 jaar is er wel sprake van een daling alleen is deze minder dan de afgesproken 20%. Daarentegen zien we dat het de daling bij mannen in de leeftijd van 45-59 jaar in 2021 voor het eerst sinds baselinejaar 2000 meer dan 20% (streefdaling) is.

De gezondheidsdoelstelling van het 3^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030) van de Vlaamse overheid stelt dat het aantal zelfdodingen in 2030 met 10% moet gedaald zijn t.o.v. het referentiejaar 2020. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, is er in 2021 een **daling van de suïdecijfers met 7.1%**. Het is echter nu nog wat vroeg om uitspraken te doen over het behalen van dit doel gezien dit nog maar de evolutie over 1 jaar betreft.

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

	MANNEN (op 100.000)	VROUWEN (op 100.000)
2000 (startcijfer)	30.6	11.2
2010	25.8	9.3
2021 (laatste cijfer)	19.6	8
2020 (streefcijfer - 20%)	24.5	8.9
Verskil met 2000	-36%	-28%

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)

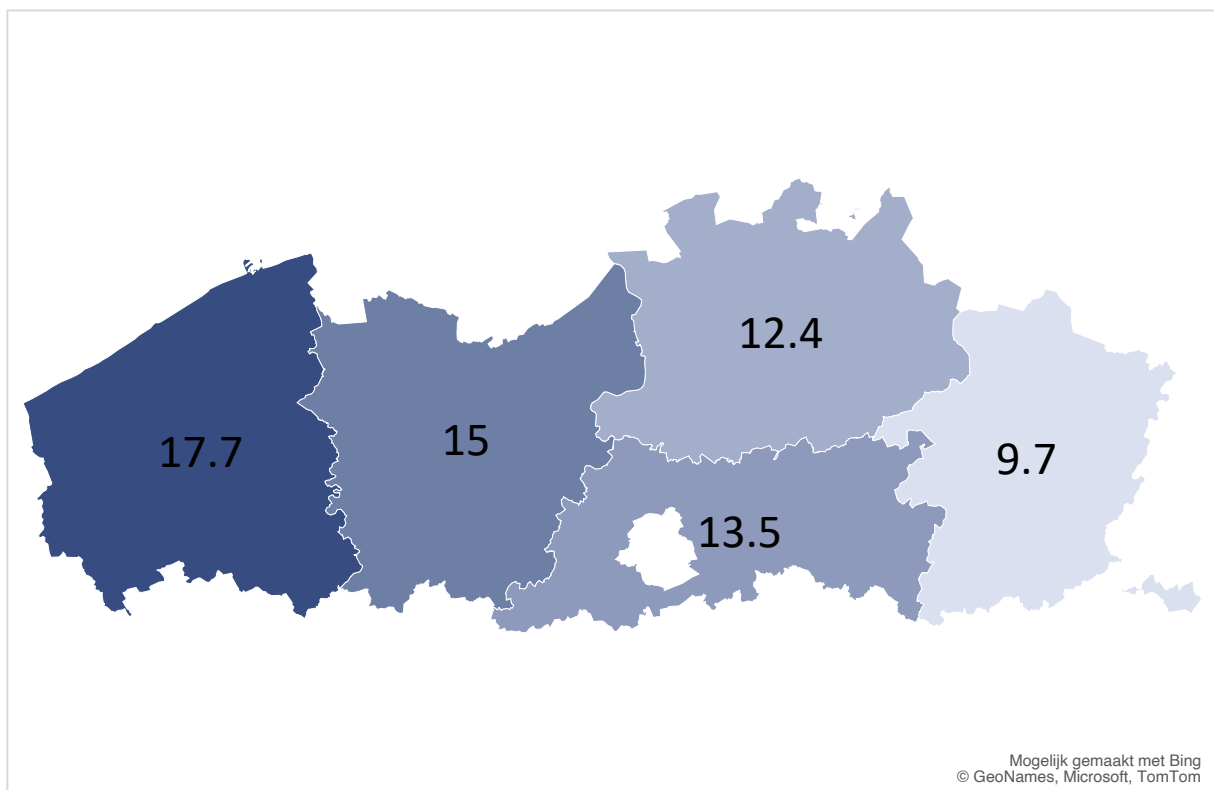
ONBEPAALEDE INTENTIES

In het jaar 2021 zagen we dat er **519 sterfgevallen** waren waarvan de intentie moeilijk te bepalen waren. Dit zijn dus sterfgevallen met onbepaalde intenties en de kans dat dat daarvan een substantieel deel suïcides betreft is groot. Er dient dus benadrukt te worden dat enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de bovenvermelde suïcidecijfers aangewezen is aangezien deze een onderschatting zijn van het werkelijke aantal.

PROVINCIALE CIJFERS

De suïcidecijfers in Vlaanderen verder opgedeeld per provincie is te zien in figuur 3.10. Het is opmerkelijk dat de suïcidecijfers niet gelijk verdeeld zijn over de Vlaamse provincies. De meest westelijke provincies (West- en Oost-Vlaanderen) hebben hogere gestandaardiseerde sterftcijfers ten opzichte van de drie andere Vlaamse provincies.

Figuur 3.10. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2021.

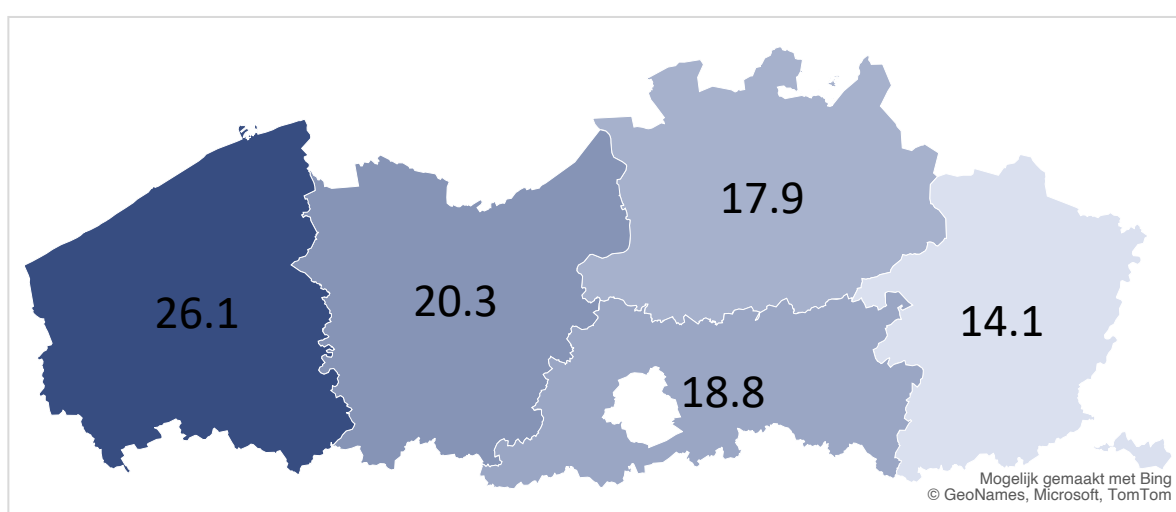


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

GESLACHT

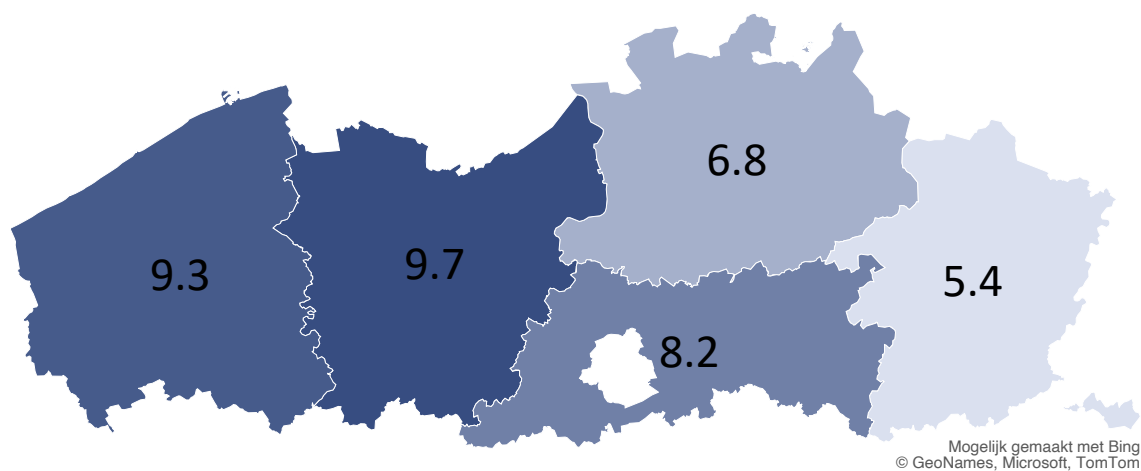
Wanneer we kijken naar de verschillen omtrent geslacht, dan zien we dat in alle provincies het suïcidecijfer hoger ligt bij mannen dan bij vrouwen (zie figuur 3.11 en 3.12). Verder zien we een vergelijkbaar patroon als bij de totale cijfers, namelijk dat de westelijke provincies hogere cijfers hebben voor beide geslachten.

Figuur 3.11. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2021.



Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

Figuur 3.12. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2021.

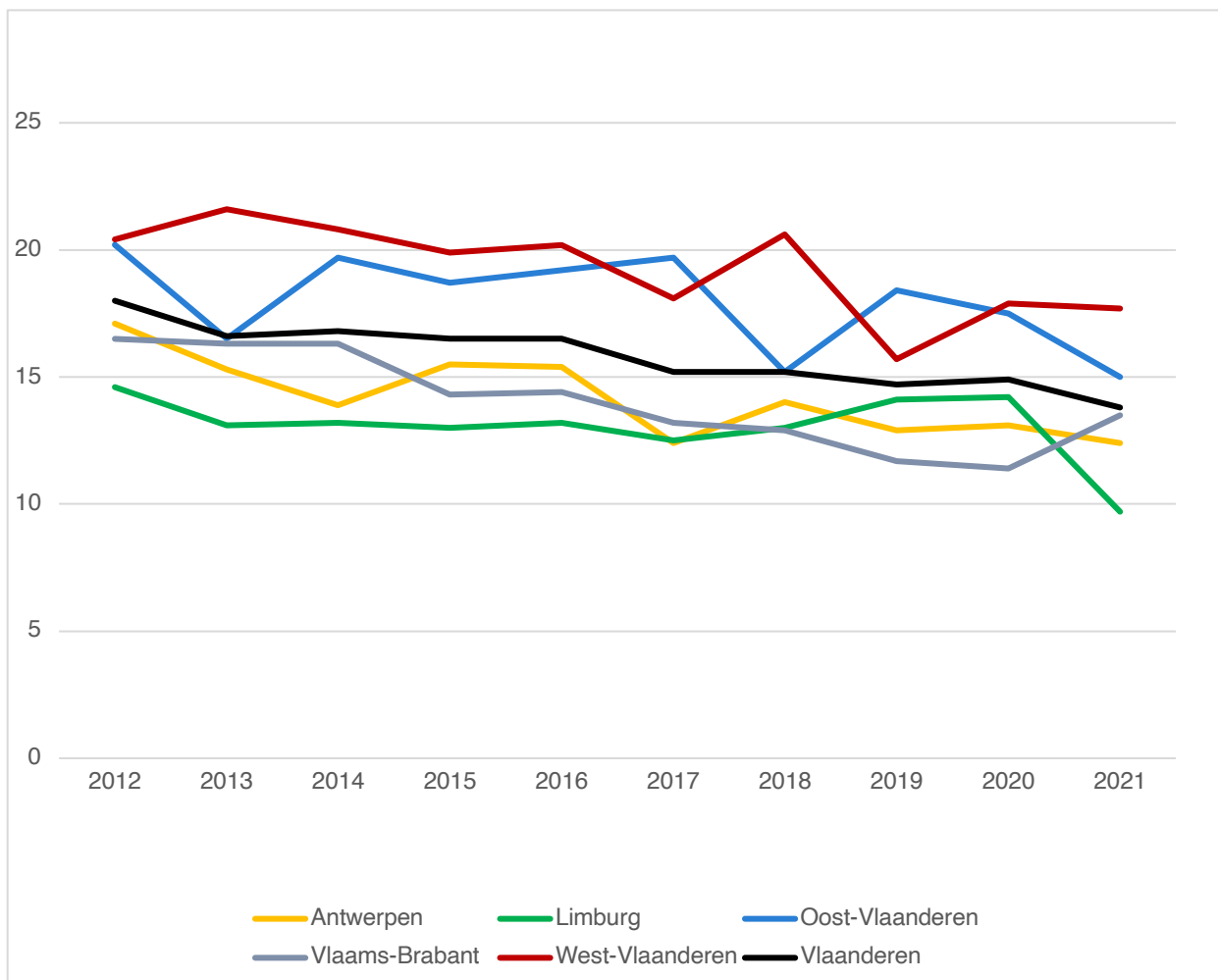


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

EVOLUTIE

We zien dat de suicidecijfers in vrijwel alle provincies zijn gedaald in 2021 t.o.v. 2012 (zie figuur 3.13). We zien dat de daling het sterkst is in Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg. In Limburg vond deze daling met name plaats van 2020 tot 2021. De daling is in deze provincies ook sterker dan de algemene daling van Vlaanderen. In de provincies West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant is de daling minder sterk dan de gemiddelde daling van Vlaanderen.

Figuur 3.13. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suicide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2021, per provincie.



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

BEROEPSGROEPEN

Uit internationaal onderzoek blijkt dat bij sommige beroepsgroepen het risico op suicides hoger is dan bij andere beroepsgroepen⁴. Beroepsgroepen met een hoger suïciderisico (Peterson et al., 2020; Claessens, 2016; Windsor-Sheilard & Gunnell, 2019; Milner et al., 2013; Andersen et al., 2010; Han et al., 2016) zijn landbouwers, artsen, apothekers, verplegers, politieagenten en militairen. Ook in justitie, media en communicatie en bij artiesten, boorput- en mijnwerkers, bouwvakkers, schoonmaakpersoneel en medewerkers van transport- en logistiekbedrijven zien we hogere zelfmoordcijfers. Tot voor enkele jaren terug waren er in Vlaanderen geen cijfers beschikbaar ten aanzien van de spreiding van suïcidecijfers bij verschillende beroepsgroepen. In 2016 is er een studie naar de prevalentie van suicides bij huisartsen in Vlaanderen in de periode 2004-2012 binnen dit kader door Domus Medica is uitgevoerd. Daarnaast worden de verkregen suïciderates van artsen vergeleken met andere beroepsgroepen (Claessens, 2016).

HUISARTSEN

In de periode 2004-2011 zijn er 41 artsen overleden ten gevolge van suïcide. Hierbij zijn het aantal suicides in het jaar 2012 niet meegenomen vanwege een andere registratiemethode (Claessens, 2016). In deze periode overleden jaarlijks gemiddeld daarmee 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 suicides 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).

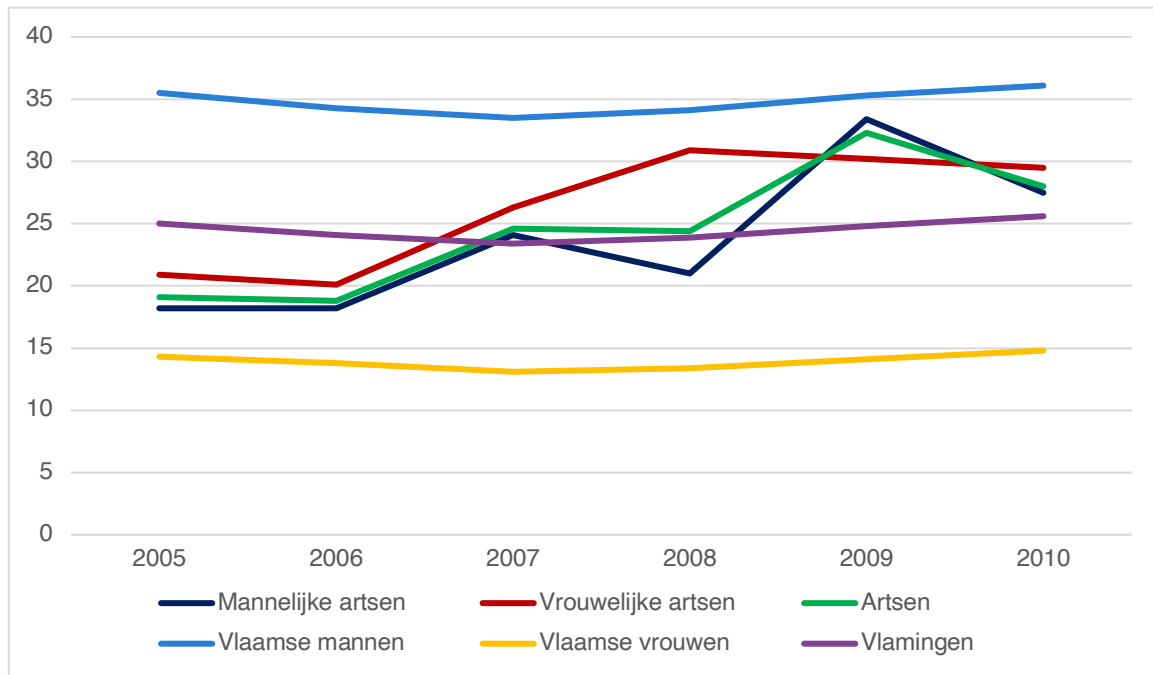
GESLACHT

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 suicides bij 25+'ers tussen 2004 en 2012 bedroeg 2.5:1. Bij artsen is het overwicht aan suicides bij mannen nog

⁴ Voor meer informatie over suïcide en werk zie <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/factsheets/factsheet-zelfmoord-en-werk>.

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 3.14.

Figuur 3.14. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

LEEFTIJD

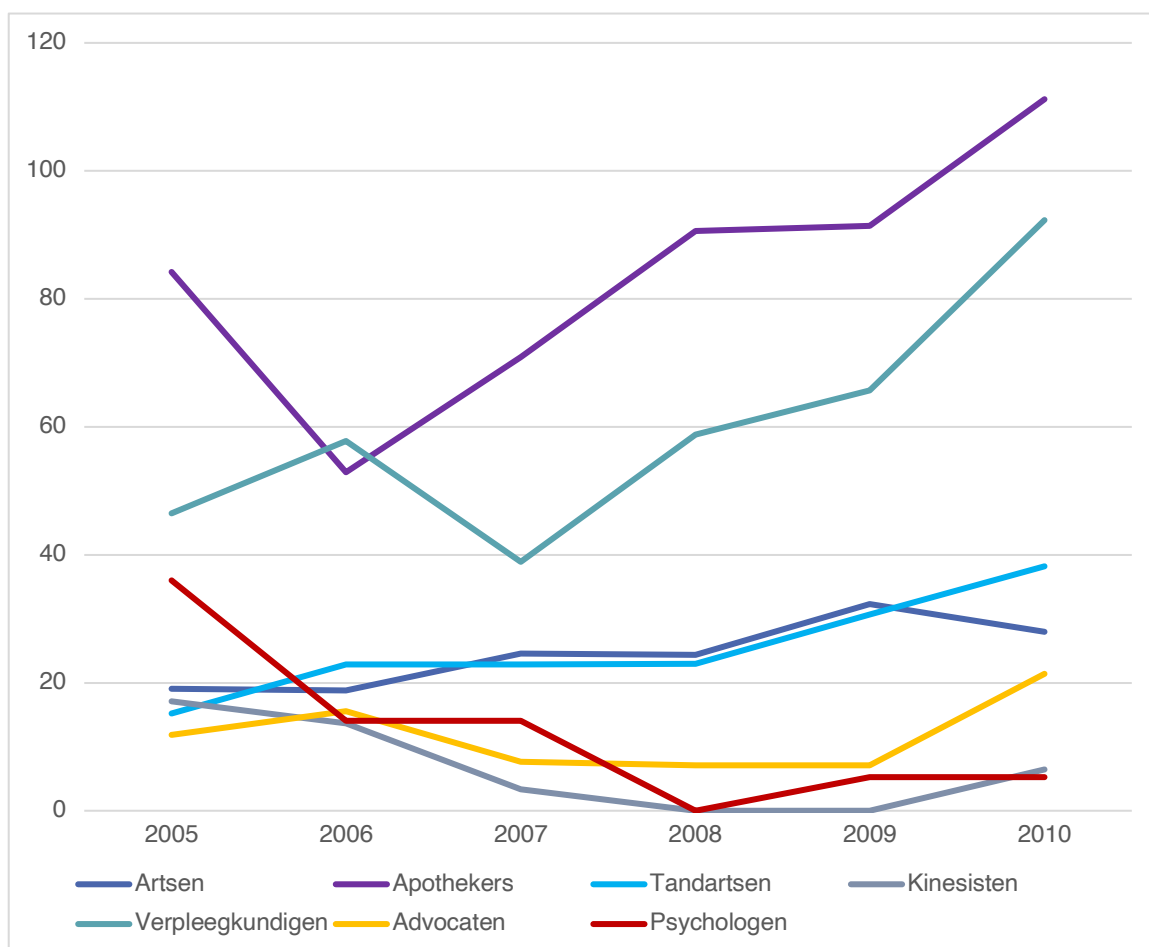
Suïcide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (38.6%). Slechts één arts stierf ten gevolge van suïcide vóór de leeftijd van 35 jaar. De oudste arts die in de periode 2004-2012 door suïcide om het leven kwam was 80 jaar.

VERGELIJKING SUÏDECIJFER 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 3.15). 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 3.15. Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

OPMERKING!

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

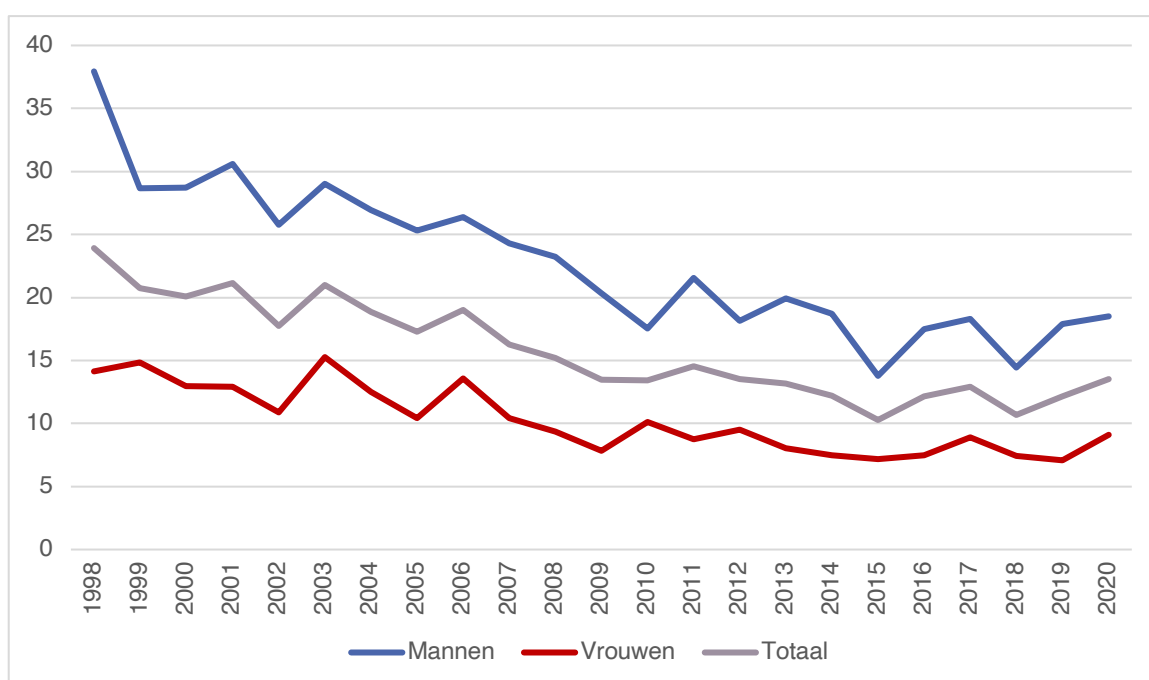
3.3. BRUSSEL

In 2020 overleden in Brussel **141 personen** ten gevolge van **suicide**, waarvan 92 mannen en 49 vrouwen. De suïciderate voor mannen is in 2020 gedaald naar 18.5/100.000 (ten opzichte van 17.8/100.00 in 2019) en voor vrouwen gestegen naar 9.1/100.000 (ten opzichte van 7.1/100.000 in 2019).

EVOLUTIE

Na een periode van 15 jaar waarin het Brusselse suïcidecijfer bijna gehalveerd was van 20.1/100.000 in het jaar 2000 naar 10.3/100.000 in 2015, is er in 2017 een stijging van het suïcidecijfer naar 12.9/100.000. In 2018 daalt het suïcidecijfer naar 10.7/100.000. Sindsdien stijgt het cijfer weer en was 13.5 in 2020 (zie figuur 3.16).

Figuur 3.16. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2020, volgens geslacht.



Bron: [Eurostat](#)

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

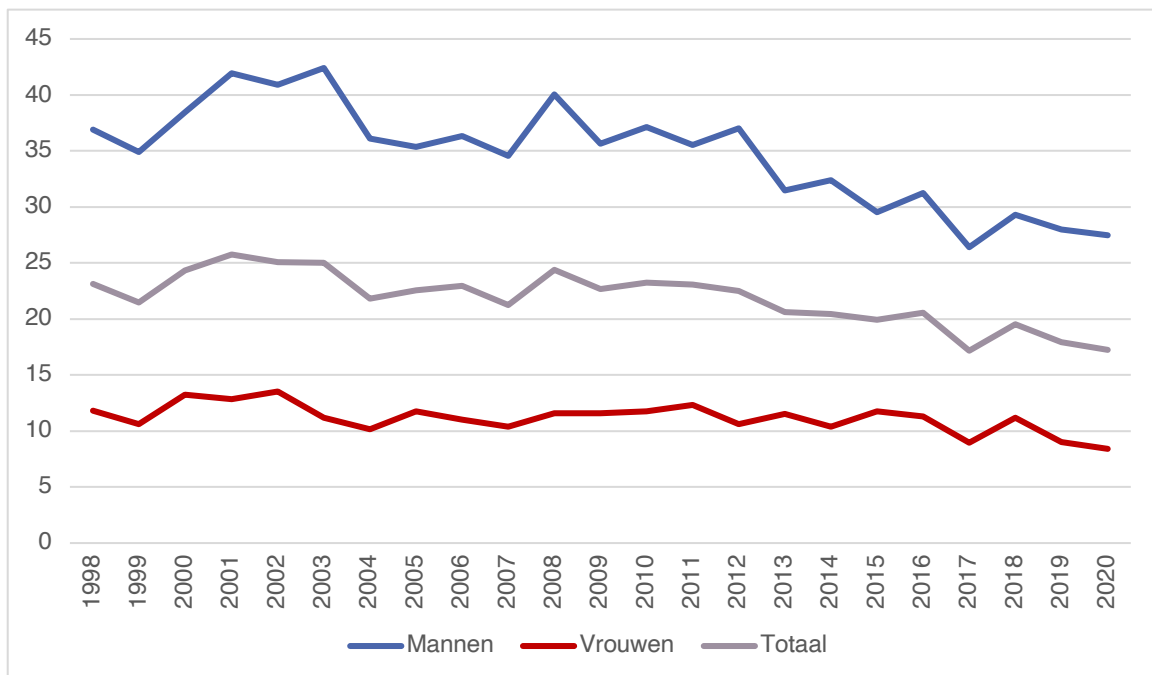
3.4. WALLONIË

In 2020 kwamen in Wallonië **621 personen** door suïcide om het leven, waarvan 464 mannen en 157 vrouwen. Dit komt neer op **bijna twee suïcides per dag**. De suïciderate voor mannen is in 2020 licht gedaald naar 27.5 (ten opzichte van 28.02/100.000 in 2019) en voor vrouwen ook licht gedaald in 2020 naar 8.4/100.000 ten opzichte van 9.0/100.000 in 2019).

EVOLUTIE

Zoals in figuur 3.17 te zien is, kan er voor mannen vanaf 2012 een geleidelijke daling in de suïcidecijfers waargenomen worden. In 2018 zien we echter een duidelijke stijging, waarna er weer een lichte daling is. Bij de vrouwen is er een lichte schommeling in de cijfers de voorbije jaren, waarbij er net zoals bij de mannen, een lichte stijging van de cijfers valt op te merken in 2018 waarna er weer een daling was in de cijfers tot 2020.

Figuur 3.17. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2020, volgens geslacht.



Bron: [Eurostat](#)

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

VLAANDEREN EN BELGIË BINNEN EUROPA

België bevindt zich in het gezelschap van Europese lidstaten die kampen met hogere suïdecijfers: het Belgisch suïdecijfer ligt 1.5 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Zie tabel 3.2. Het suïdecijfer voor Vlaanderen ligt 1.4 keer hoger dan het Europese gemiddelde. Zie figuur 3.18.

Tabel 3.2. Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2020 versus 2019, verdeeld naar geslacht.

	2020			2019		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
België	23.2	8.1	15.2	23.2	7.9	15.2
EU (27 landen)	16.9	4.5	10.2	16.7	4.4	10.2

Bron: [Eurostat](#)

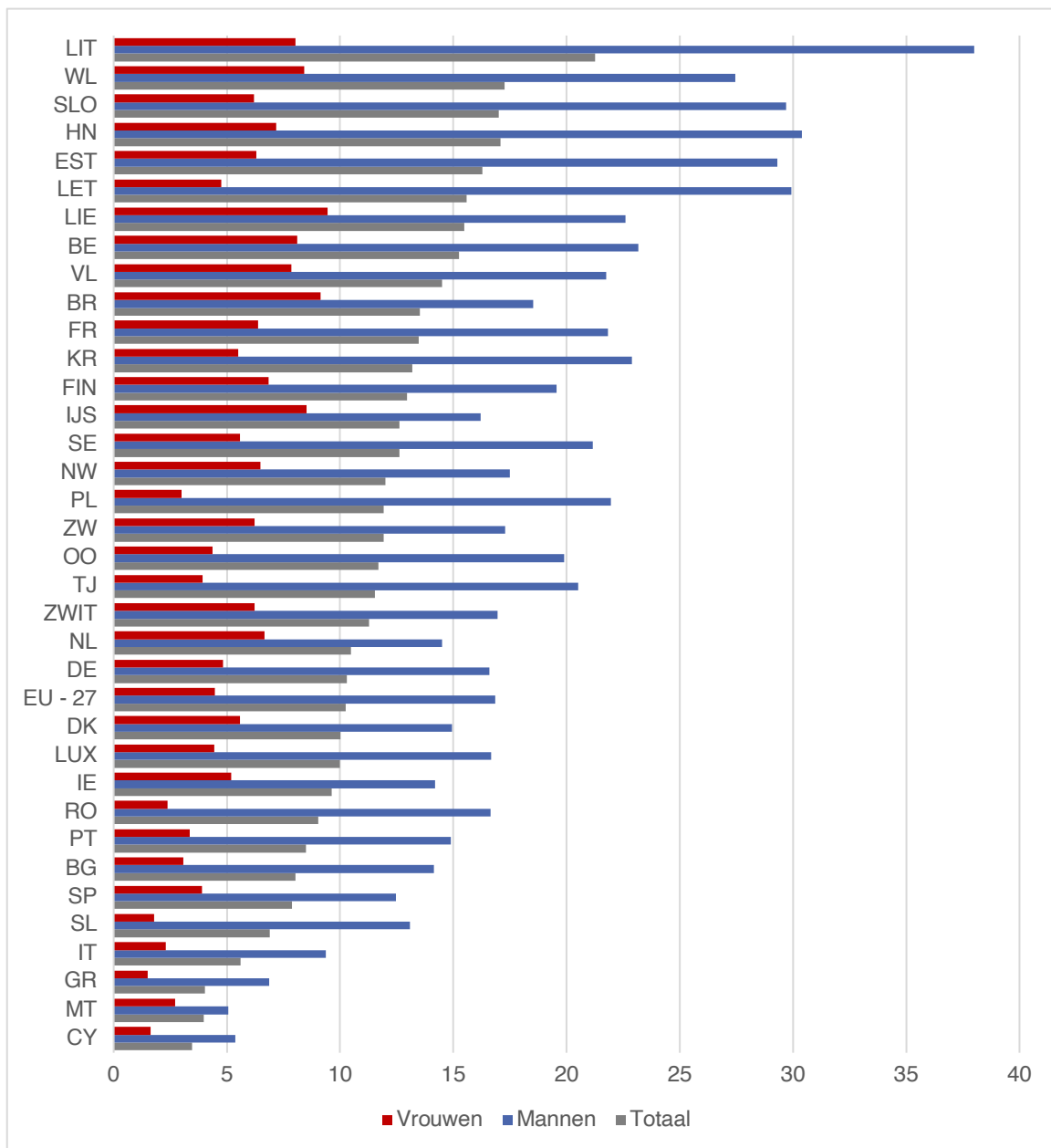
Voor de directe standaardisatie van de suïdecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

Liechtenstein, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, en Slovenie hebben hogere suïdecijfers dan België en Vlaanderen.

Wat betreft het suïdecijfer voor vrouwen hebben IJsland en Liechtenstein hogere cijfers dan België. Naast deze landen heeft ook Litouwen nog hogere cijfers dan Vlaanderen.

Voor mannen hebben Estland, Slovenie, Letland, Hongarije en Litouwen hogere suïdecijfers dan België. Wat betreft Vlaanderen hebben ook Frankrijk, Polen, Liechtenstein, Kroatie hogere suïdecijfers. Zie figuur 3.18.

Figuur 3.18. Rangschikking Europese lidstaten⁵ naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2020 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).



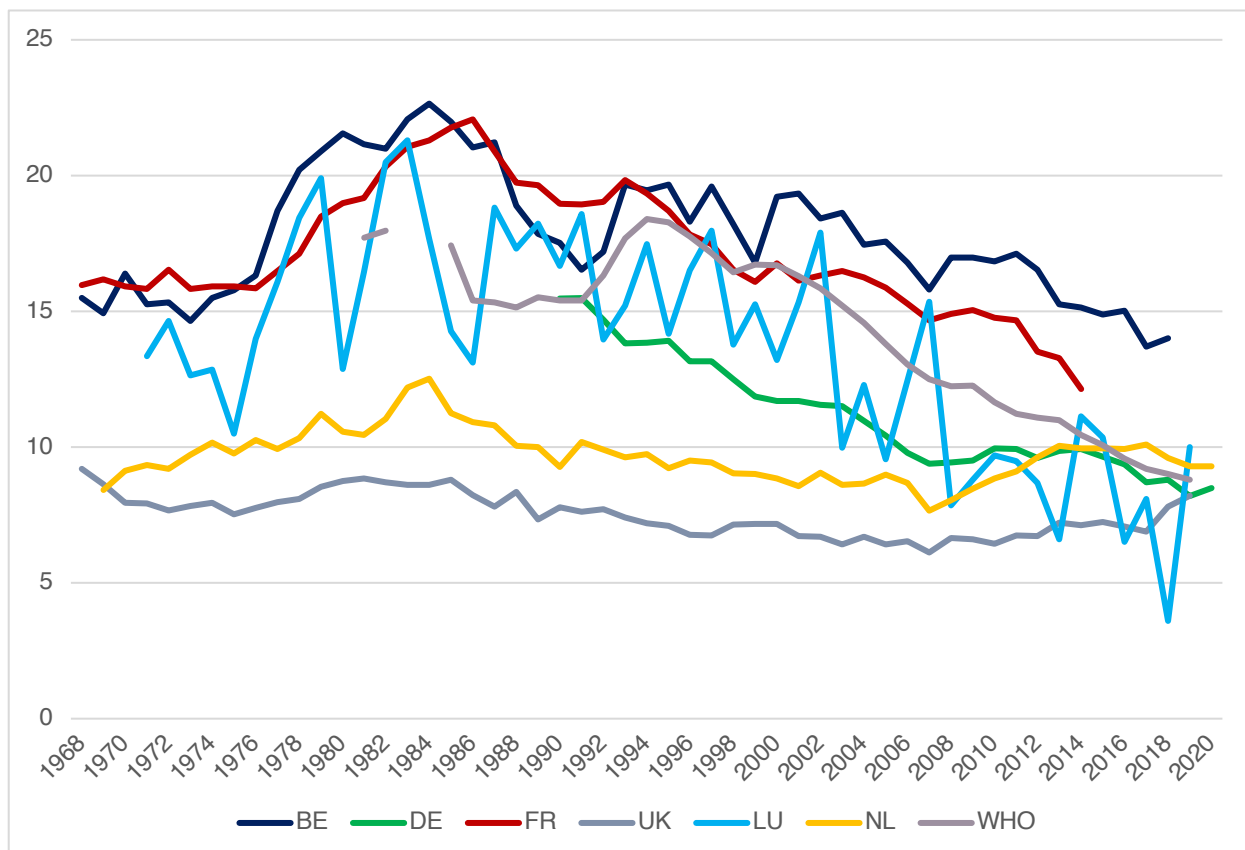
Bron: [Eurostat](#)

⁵ MT: Malta, CY: Cyprus, TU: Turkije; GR: Griekenland, IT: Italië, SP: Spanje, SL: Slowakije, BG: Bulgarije, IE: Ierland, PT: Portugal, DK: Denemarken, EU: Europese Unie – 27, RO: Roemenië, NL: Nederland, DE: Duitsland, ZW: Zweden, LUX: Luxemburg, IJS: IJsland, TJ: Tsjechië, FR: Frankrijk, PL: Polen, FIN: Finland, OO: Oostenrijk, BR: Brussel, NW: Noorwegen, VL: Vlaams Gewest, WL: Waals gewest, SE: Servië, EST: Estland, KR: Kroatië, BE: België, HN: Hongarije, LET: Letland, SLO: Slovenië, LIT: Litouwen; LIE: Liechtenstein, ZWIT: Zwitserland.

INCIDENTIE EN EVOLUTIE BIJ DE BUURLANDEN

Wanneer de suïcidecijfers vanaf 1968 in kaart worden gebracht voor België en de buurlanden, dan bevindt België zich helemaal bovenaan (m.u.v. Frankrijk in de jaren 1986 en 1987-1993). Zie figuur 3.19.

Figuur 3.19. Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2020 (voor zover beschikbaar).

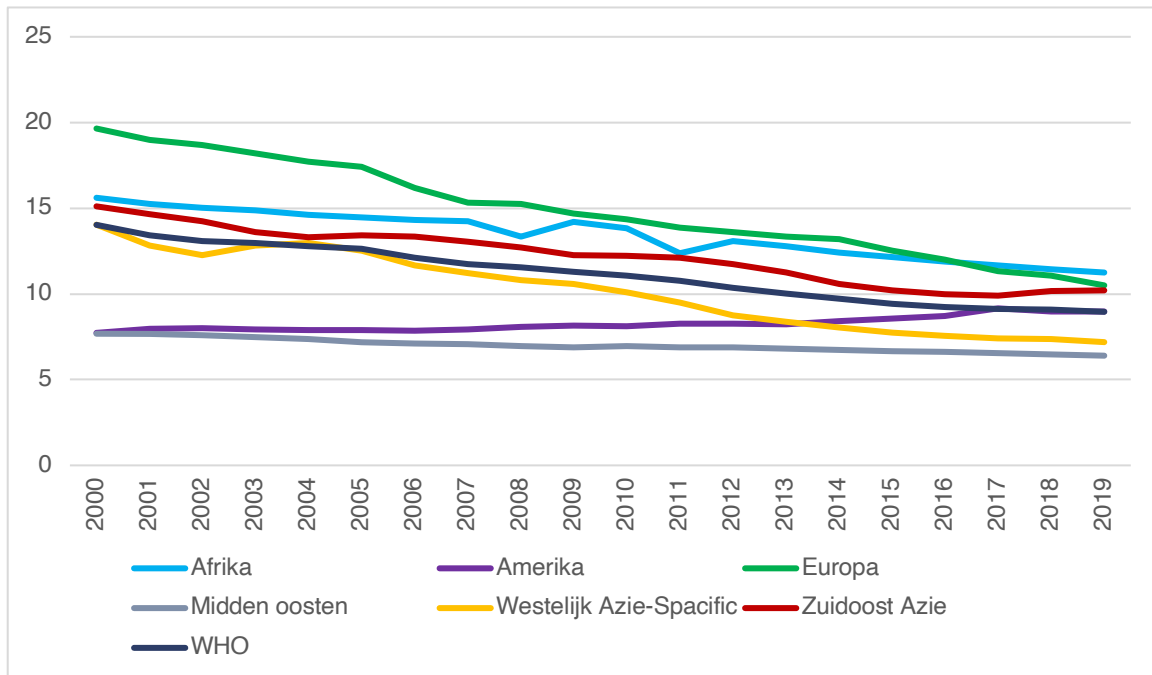


Bron: [European HFA Database](#)

EVOLUTIE IN DE WERELD

In de periode 2000-2019 is de suïciderate wereldwijd met 36% afgenomen. Deze daling varieert van 17% in de Oost-Mediterraanse landen tot 47% in Europa en 49% in de West-Pacifische landen. Enkel Amerika liet in 2000-2019 een stijging van 17% zien. Zie figuur 3.20.

Figuur 3.20. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.



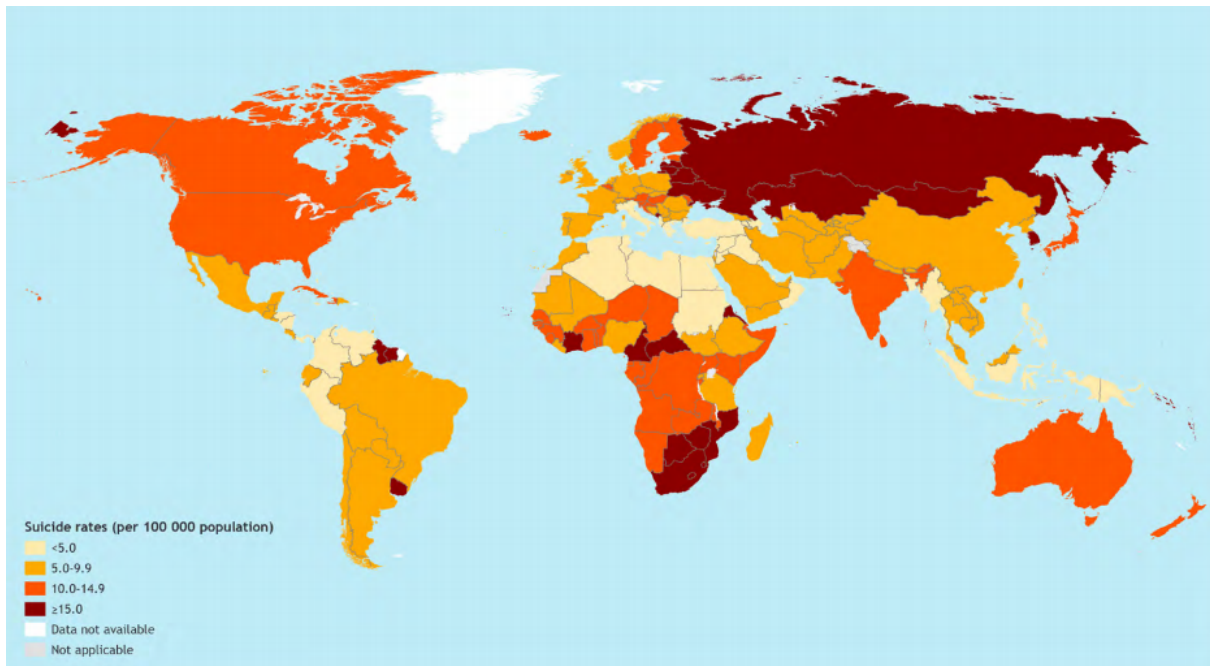
Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

BELGIË VERSUS DE REST VAN DE WERELD

Zoals blijkt uit tabel 3.3, ligt het suïcidecijfer in 2019 in België ruim boven het wereldwijde gemiddelde (13.9 per 100.000 inwoners vs. 9 per 100.000 inwoners). België behoort hierdoor tot de categorie met de op één na hoogste suïciderates (zie figuur 3.21). Wanneer een onderverdeling wordt gemaakt naar geslacht, dan behoort België voor mannen zelfs bij de landen met de hoogste suïciderates (zie figuren 3.22 en 3.23). Ook wanneer België wordt afgezet tegen enkel andere landen met hoge inkomens, dan blijkt België ook hier, zowel voor mannen als vrouwen, ruim boven het gemiddelde suïcidecijfer uit te komen (zie tabel 3.3).

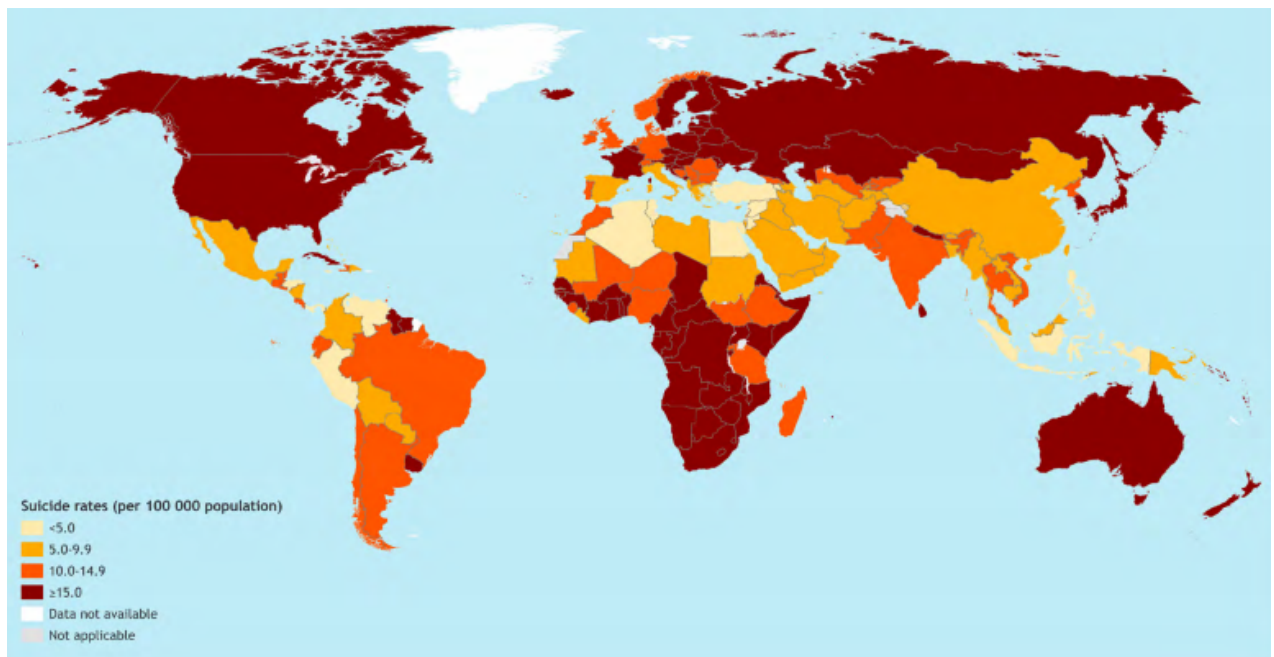
Figuur 3.21. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.



Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

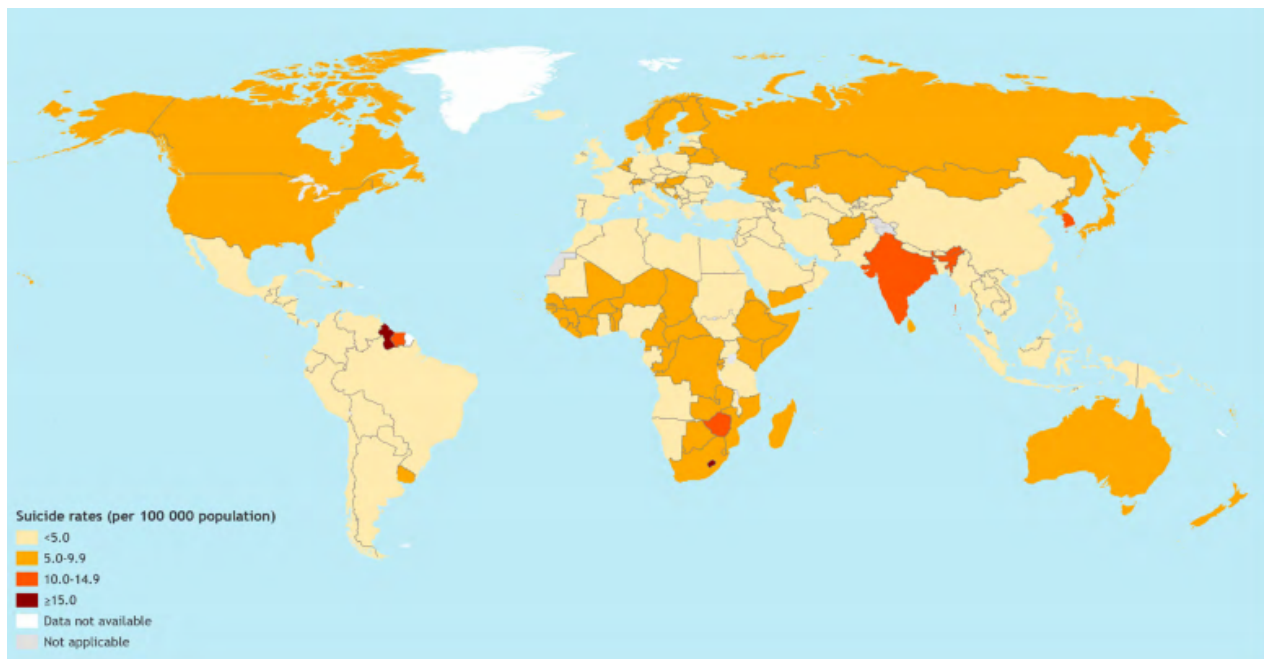
Figuur 3.22. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.



Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

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

Figuur 3.23. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.



Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

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

Tabel 3.3. Leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners) voor België, landen met hoge inkomens en de wereld als geheel, 2019.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
België ⁶	19.55	8.41	13.93
Landen met hoge inkomens	16.45	5.43	10.95
Wereldwijd	12.61	5.44	8.96

Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

3.6. COVID-19 PANDEMIE – RUWE CIJFERS 2022

In het kader van de COVID-19 pandemie is het belangrijk om het welzijn van de bevolking goed te monitoren. Vanuit de hulpverlening, het beleid en de algemene bevolking komen namelijk verschillende verontrustende berichten over de impact van de huidige gezondheids crisis op mentaal welzijn in het algemeen en op suïcidaliteit in het bijzonder.

Sterftcijfers door suïcide worden geregistreerd door het [Agentschap Zorg en Gezondheid](#) op basis van de sterftecertificaten. Deze registratie is een intensief en complex proces dat de nodige tijd in beslag neemt waardoor de suïdecijfers van 2022 op dit moment nog niet beschikbaar zijn. Bijgevolg kan de impact van COVID-19 op de sterfte door suïcide nog niet volledig worden onderzocht. Het vinden van een efficiëntere verwerking van de suïdecijfers lijkt dan ook noodzakelijk. Er is een technisch dataproject voor de modernisering van de verwerking van de sterftecijfers lopende binnen Zorg en Gezondheid.

⁶ Omdat bij deze gestandaardiseerde suïdecijfers de wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioener werd gebruikt, verschillen deze suïdecijfers met de suïdecijfers die werden gestandaardiseerd aan de hand van de Europese standaardbevolking (ASR-E).

Om inzicht te verwerven op de suïdecijfers van 2022, deed het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie een beroep op de registratie van suïcidaal gedrag (zowel suïcides als suïcidepogingen) door de **Federale Politie** en het **College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)**. Politiediensten komen namelijk frequent tussen bij een suïcide(poging) en registreren deze in de processen-verbaal. Deze gegevens worden jaarlijks gerapporteerd en kunnen, in vergelijking met voorgaande jaren, een indicatie geven van eventuele stijgingen in 2022. Het College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie) verzamelt gegevens die door correctionele parketten zijn geregistreerd.

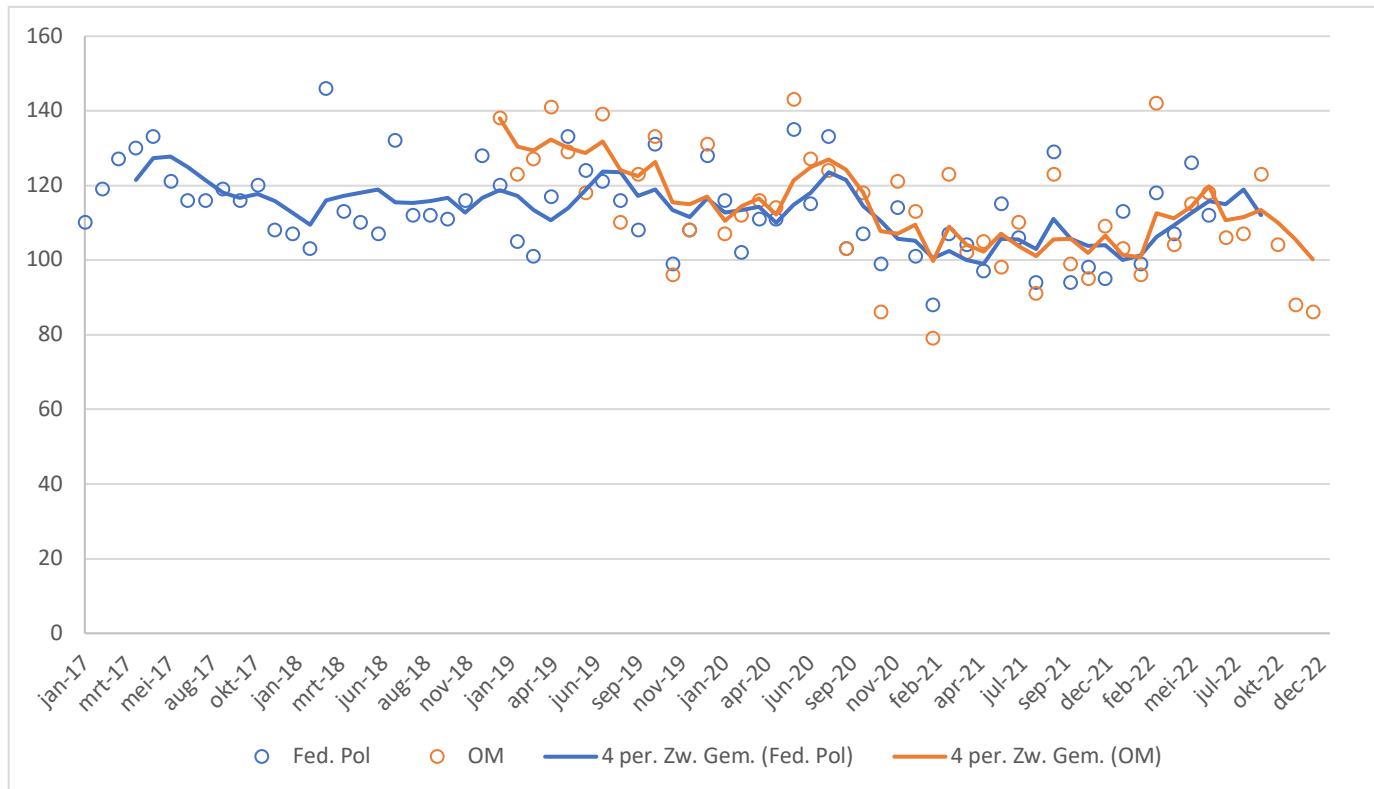
VLESP ontving recentelijk de cijfers voor suïcide en suïcidepogingen vanuit de Federale Politie en het College van de procureurs-generaal van 2022 voor België. Vanuit de Federale politie hebben wij alleen cijfers beschikbaar van de eerste zes maanden (tot en met juni 2022) van 2022. Vanuit het Openbaar Ministerie zijn cijfers beschikbaar voor alle maanden van 2022. Hieronder worden de cijfers met betrekking tot suïcide besproken. Gezien de kleine absolute aantallen, zal Brussel hierin niet worden besproken. De cijfers met betrekking tot suïcidepogingen worden toegelicht in hoofdstuk 4.6 'COVID-19 pandemie' (p. 95).

BELGIË

In figuur 3.24 is de evolutie van het suïdecijfer (absolute aantallen) uiteengezet voor België. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

Wat betreft deze cijfers zien we dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien. In de eerste helft van 2022 zien we een lichte verhoging ten opzichte van 2021. Echter, de cijfers liggen over het algemeen nog steeds lager dan voor de coronapandemie (2017-2019).

Figuur 3.24. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



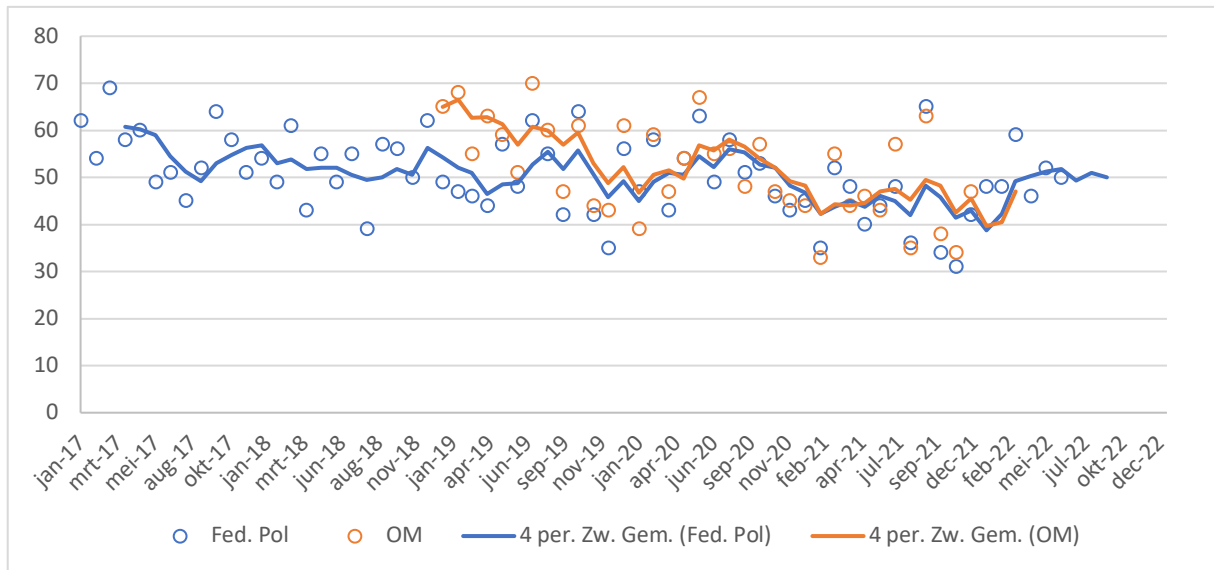
Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

VLAANDEREN

In figuur 3.25 is de evolutie van het suïdecijfer (absolute aantallen) uiteengezet voor Vlaanderen. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

In Vlaanderen zien we ook dat wat betreft deze cijfers dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien. Daarnaast zien we ook dat in Vlaanderen in de eerste helft van 2022 een lichte stijging is te zien, terwijl we sinds de tweede helft van 2020 we over het algemeen een daling zagen in het aantal suïcides in Vlaanderen. Echter, deze cijfers zijn niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (2017-2019).

Figuur 3.25. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



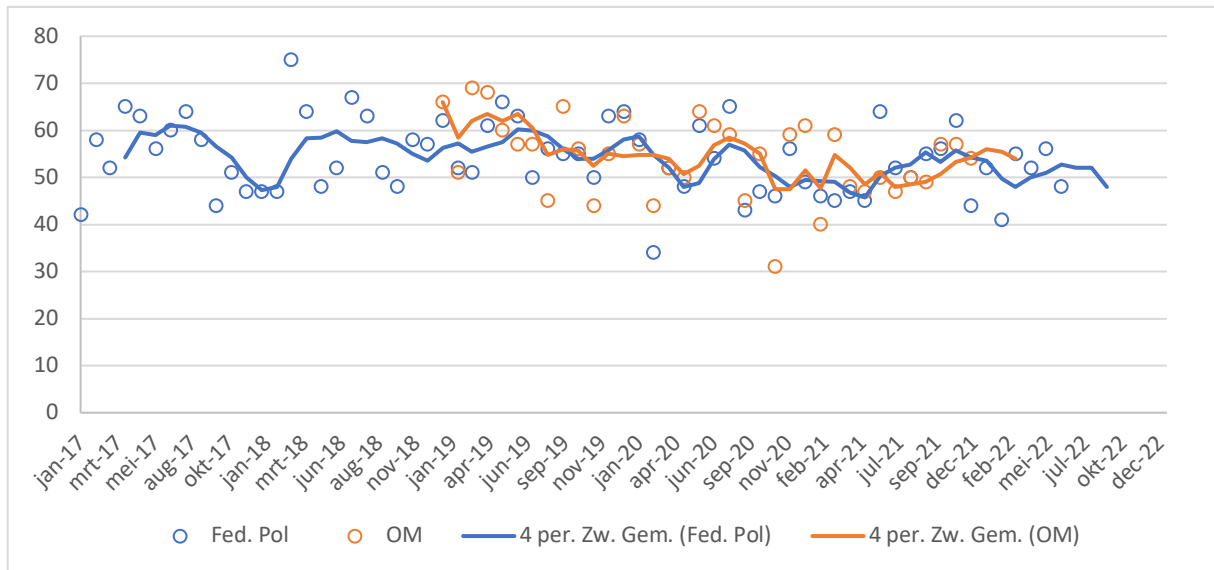
Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

WALLONIË

In figuur 3.26 is de evolutie van het suïcidecijfer (absolute aantallen) uiteengezet voor Wallonië. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

In Wallonië zien we ook dat wat betreft deze cijfers dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien. Daarnaast zien we dat er in Wallonië geen heel duidelijk patroon te ontdekken is aangezien de cijfers heel erg wisselen. In de tweede helft van 2021 zien we een kleine stijging in de cijfers, maar deze lijkt weer te stabiliseren in 2022. Over het algemeen zijn de cijfers niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (2017-2019).

Figuur 3.26. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

- Het betreft hier de registratie van de processen-verbaal van de suïcides waar de **politie** bij betrokken was.
- Dit geeft dus **geen volledig beeld** van het totaal aantal overlijdens door suïcide en deze cijfers zijn **een onderschatting** van het reële aantal suïcides.
- Het gaat hier ook om absolute aantallen, **geen gestandaardiseerde rates**. Er wordt dus geen rekening gehouden met veranderingen in de populatie waardoor vergelijkingen over jaren ook minder betrouwbaar zijn.
- Het betreft hier cijfers over alle leeftijden heen en voor zowel mannen als vrouwen. Er zijn nog **geen leeftijds-of geslachtsspecifieke cijfers** beschikbaar waardoor nog geen zicht is op mogelijke leeftijds-of geslachtsverschillen.

4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN

4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN

Het ondernemen van een suïcidepoging heeft een grote voorspellende waarde voor toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico om uiteindelijk te komen overlijden ten gevolge van suïcide is bij mensen die al een poging hebben ondernomen zeer groot. Het is daarom van groot belang om suïcidepogingen goed te monitoren.

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. In Vlaanderen vindt deze registratie plaats aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) die door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek worden geanalyseerd. Daarnaast kan het aantal suïcidepogingen inzichtelijk gemaakt worden aan de hand van bevolkingsonderzoek. Binnen dit kader verzamelt Sciensano vierjaarlijks gegevens via de Gezondheidsenquête⁷. 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.

4.1. BELGIË

GEZONDHEIDSENQUÊTE

PREVALENTIE

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête bleek dat 4.3% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven een suïcidepoging hadden ondernomen en 0.2% (of 2 personen op 1000) dat ze een suïcidepoging hadden ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview (Gisle et al., 2020). Het interview vond plaats in 2018.

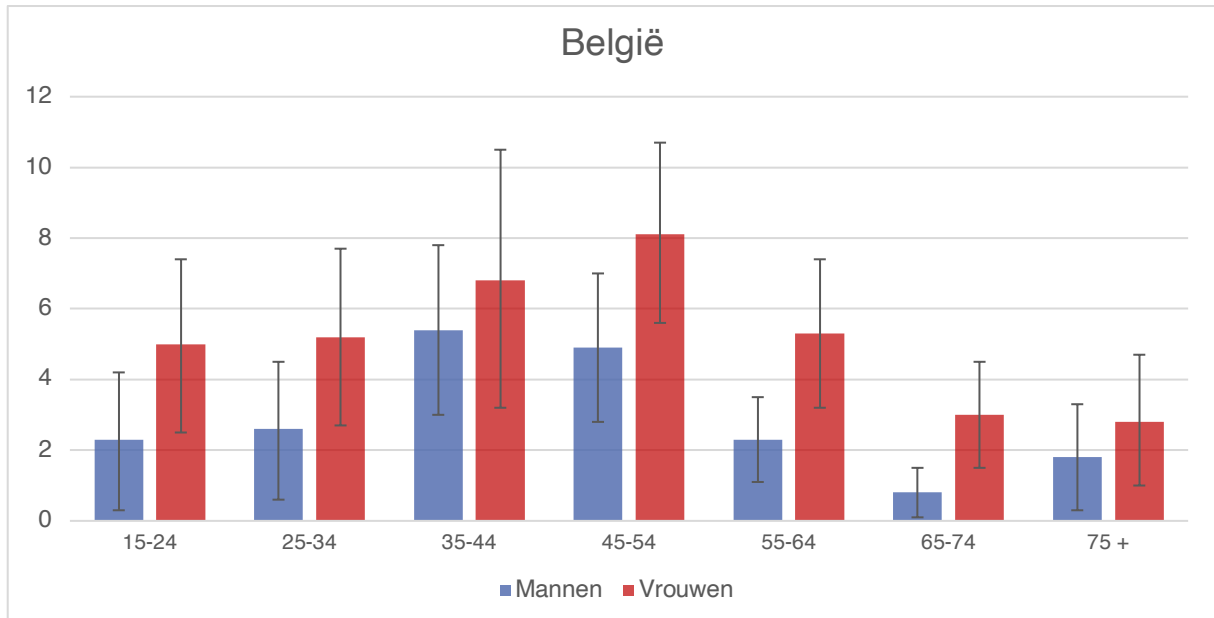
⁷ De vierjaarlijkse Gezondheidsenquête geeft inzicht in de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder en is gebaseerd op een netto steekproef van 10.000 deelnemers, waarvan 3.500 personen in Vlaanderen en Wallonië en 3000 personen in Brussel. In dit epidemiologisch rapport werden de resultaten opgenomen met betrekking tot psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen.

Door extrapolatie naar de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder zou dit neerkomen op ongeveer 18.900 personen die hebben geprobeerd een einde aan hun leven te maken in een periode van 12 maanden voorafgaand aan de enquête. Wanneer dit cijfer wordt vergeleken met het aantal suïcides in de bevolking van 15 jaar en ouder in 2018 (meest recente statistieken), dan wordt een verhouding van bijna [11:1] verkregen, dat wil zeggen 10 tot 11 pogingen voor één overlijden door suïcide (ten opzichte van 18:1 in 2013).

SOCIO-DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Algemeen wordt vastgesteld dat de trends voor suïcidepogingen enerzijds en overlijdens door suïcide anderzijds omgekeerd zijn in functie van het geslacht en de leeftijd. Meer bepaald lopen vrouwen meer risico om een suïcidepoging te ondernemen dan mannen, die dan weer meer risico lopen op daadwerkelijk door suïcide te overlijden. Daarentegen neemt het risico van overlijden door suïcide toe met de leeftijd terwijl het risico van suïcidepogingen vermindert. Met andere woorden: suïcidepogingen zijn vaker fataal bij mannen en bij oudere personen.

Figuur 4.1. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

GESLACHT

Vorige Gezondheidsenquêtes gaven aan dat het percentage personen dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, hoger is bij vrouwen dan bij mannen. De resultaten in 2018 bevestigen dit: 5.4% van de

vrouwen en 3.1% van de mannen hebben ooit gepoogd suïcide te plegen. Daarentegen kunnen geen verschillen worden vastgesteld tussen het percentage mannen en vrouwen dat aangeeft een suïcidepoging te hebben ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (0.2% en 0.3%).

LEEFTIJD

Zoals in figuur 4.1 te zien is, vertonen zowel mannen als vrouwen in de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar het hoogste percentage voor wat betreft lifetime prevalentie van suïcidepogingen. Een recente suïcidepoging (in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête) komt vaker voor bij jongeren (0.4% in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar) en bij volwassenen op middelbare leeftijd (0.4% in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar).

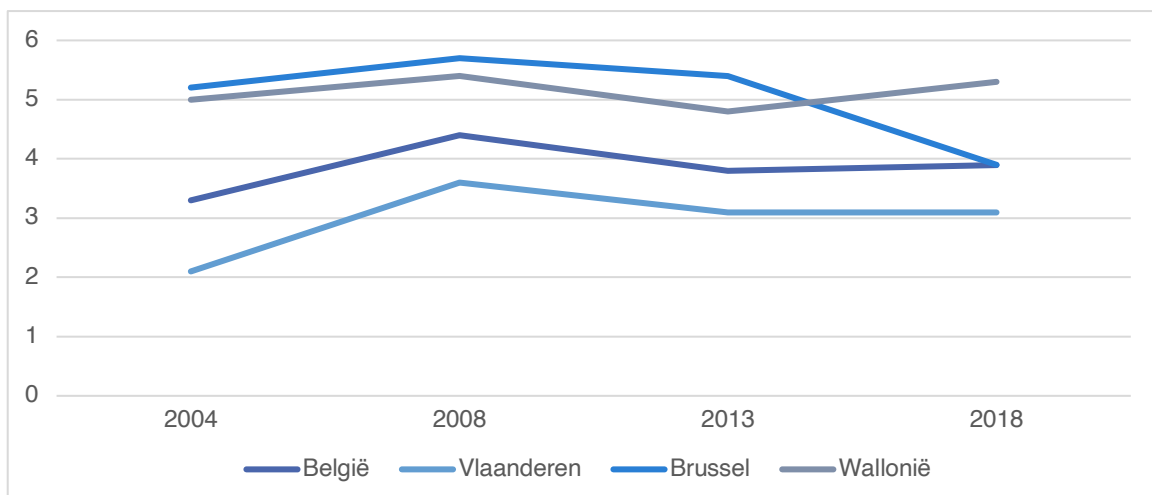
OPLEIDINGSNIVEAU

Het opleidingsniveau werkt als een beschermende factor voor suïcidepogingen: 3.3% van de hoogstopgeleiden hebben ooit een suïcidepoging ondernomen, tegen 4.3% tot 5.5% van diegenen met het laagste opleidingsniveau.

EVOLUTIE

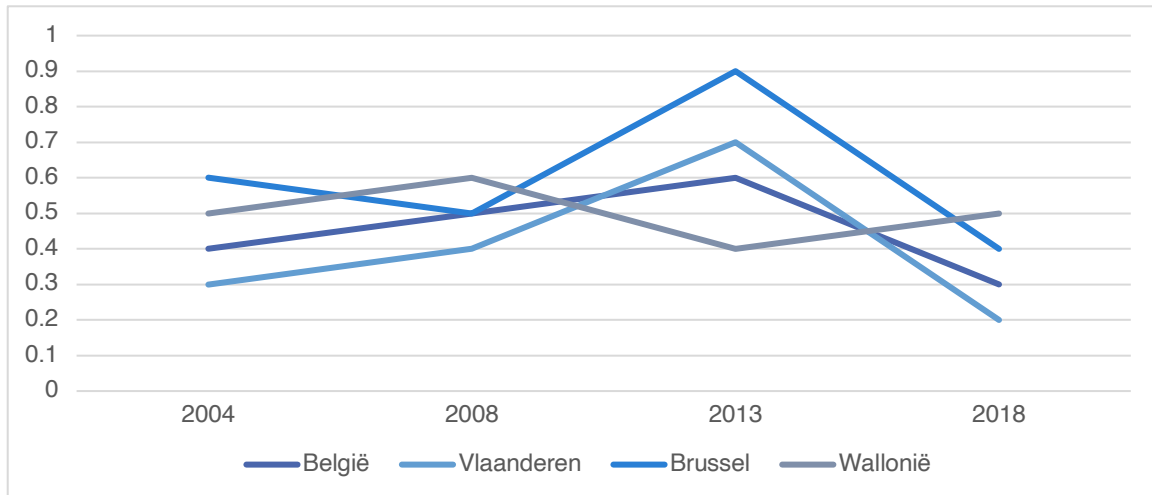
Zoals te zien in figuur 4.2 het percentage personen dat meldt ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, relatief stabiel in de tijd: het varieert tussen minimum 3.3% (in 2004) en maximum 4.4% (in 2008), naargelang de jaren. Het percentage personen dat een recente suïcidepoging meldt, is tot 2013 nooit hoger dan 0.6%, en het verschil met 2018 (0.3%) is niet significant (zie figuur 4.4).

Figuur 4.2. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 4.3. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

4.2. VLAANDEREN

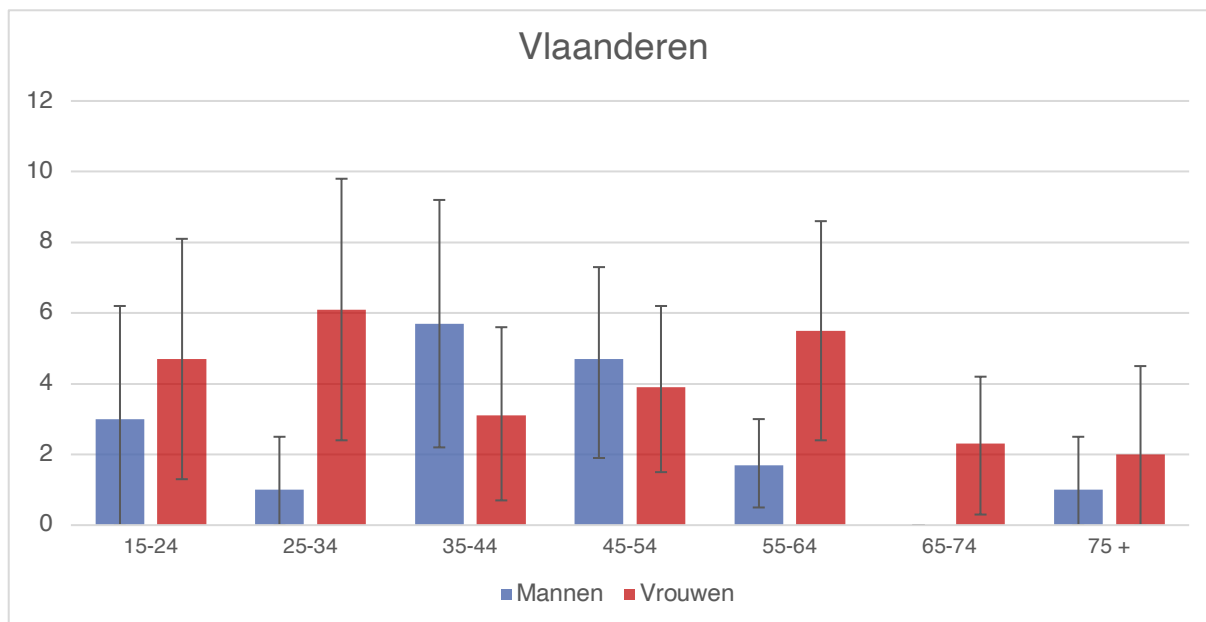
GEZONDHEIDSENQUETE

Uit de Gezondheidsenquête bleek dat in Vlaanderen 3.4% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0.1% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020). De percentages van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen zijn opgenomen in figuur 4.5.

Het percentage personen dat een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden meldt, is minder hoog in Vlaanderen (0.1%) dan in Brussel (0.3%) of Wallonië (0.4%).

In figuur 4.4 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 4.4. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG (IPEO)

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 2021 werd hiertoe door 27 Vlaamse spoedopnamediensten data aangeleverd. Hieronder volgt een bespreking van de meest relevante gegevens uit het Jaarverslag 2021 (Vancayseele, Van Hevele, Van Heeringen, & Portzky, 2022).

Vanuit het werkveld werd de vraag gesteld om het IPEO en KIPEO te herwerken. Men had vooral de vraag om ook een instrument ter beschikking te hebben die kan gebruikt worden voor patiënten met suïcidale gedachten. Sinds 2021 is de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) gefinaliseerd en

wordt het vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. Vanaf volgend jaar zal er data van beide instrumenten gebruikt worden voor de epidemiologische studie.

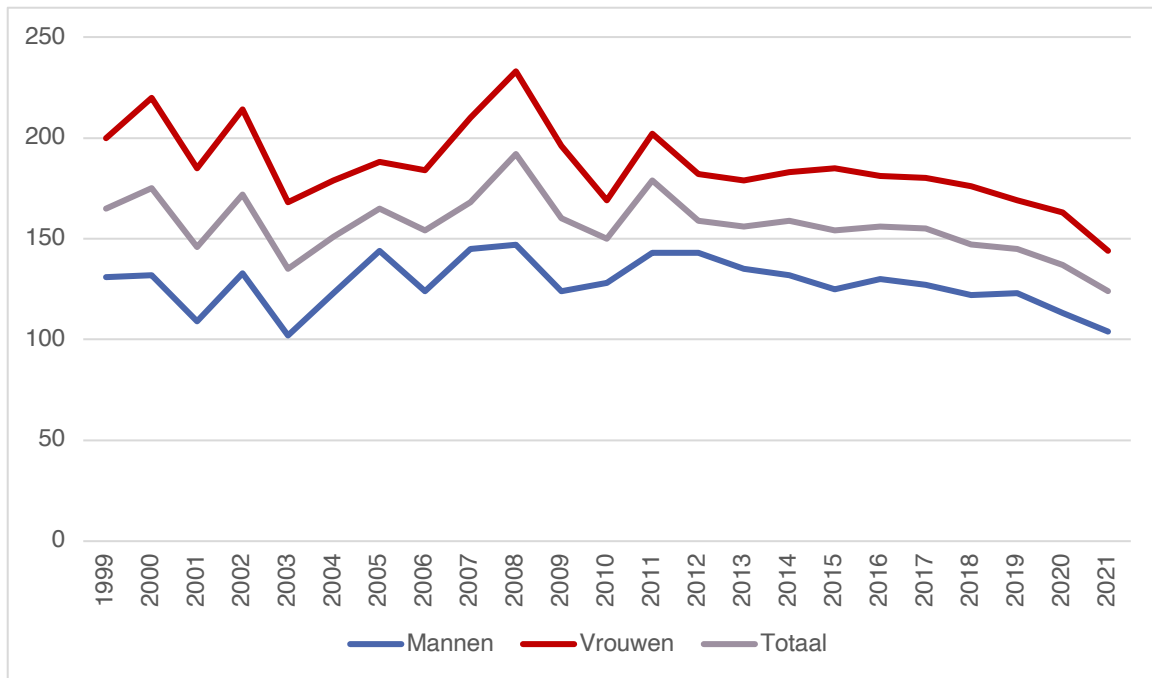
INCIDENTIE EN EVOLUTIE

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 23 registratiejaren bedraagt 152/100.000 inwoners. In de afgelopen jaren hebben significant meer vrouwen dan mannen zich na een suïcidepoging op de spoeddienst aangemeld (gemiddelde person-based incidentierate van 180/100.000 voor vrouwen ten opzichte van 123/100.000 voor mannen). Wanneer de totale person-based rate van 2021 (124) wordt vergeleken met die van 2020 (137), blijkt dat er een niet-significante daling is van 9.5%. De person-based incidentierate van 2021 voor vrouwen (144) kent een niet-significante daling van 11.7% ten opzichte van 2020. Voor mannen is de person-based incidentierate (104) eveneens niet significant gedaald met 8%. Figuur 4.5 toont de evolutie van de person-based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2021.

Figuur 4.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.

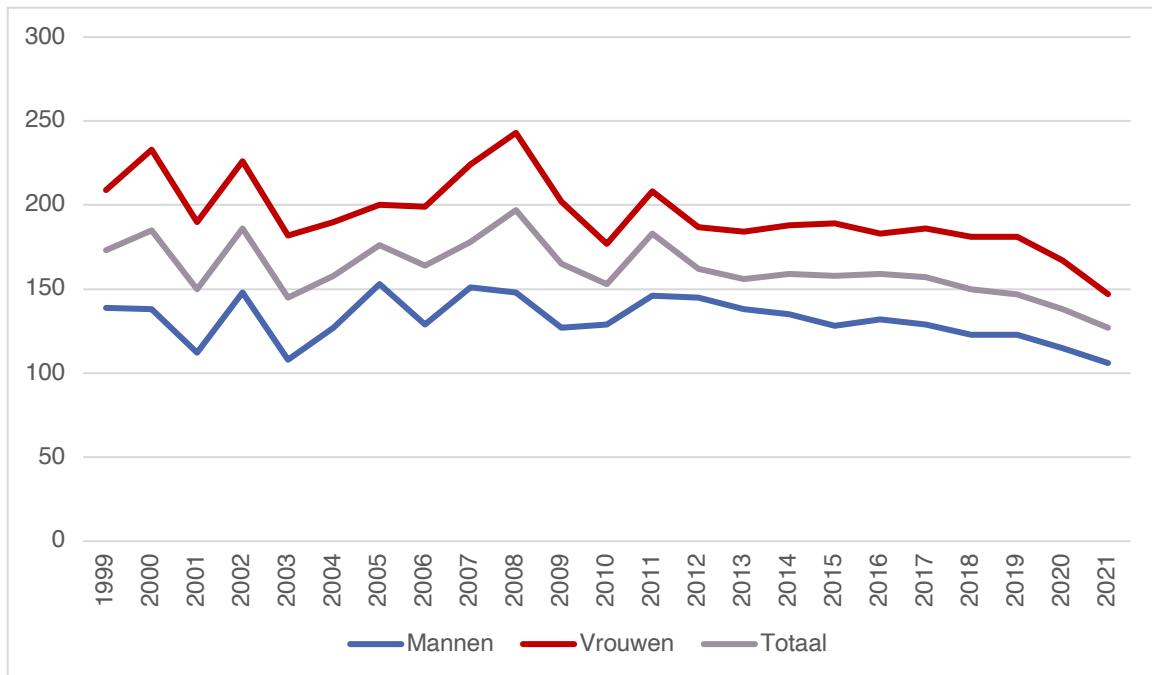


Bron: [Vancayseele et al., 2022](#)

EVENT-BASED RATES

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 23 jaar, bedraagt 156/100.000 inwoners. Ten opzichte van 2020 is de totale EB-rate van 2021 (127) gedaald met 7.9%. Dit betreft geen significante daling. In absolute cijfers dat **in 2020 naar schatting 8,449 pogingen** voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer **23 suïcidepogingen per dag**. Het verschil tussen de gemiddelde event-based rate voor vrouwen (188/100.000) en mannen (127/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de person-based rates (respectievelijk 180/100.000 en 123/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan mannen.

Figuur 4.6. Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.



Bron: [Vancayseele et al., 2022](#)

DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In de gezondheidsdoelstelling wordt enkel de evolutie van de suïcidecijfers beoogd. Toch is het daarnaast belangrijk om de evolutie van suïcidepogingen op te volgen aangezien deze cruciaal zijn binnen het suïcidaal proces en de sterkste risicofactor zijn voor suïcide.

In het 2^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012-2020) werd als gezondheidsdoelstelling vooropgesteld om 20% minder zelfdodingen in 2020 ten opzichte van het jaar 2000 te bereiken. De person-based rate in 2000 was 175 en deze daalde met 21.7% in 2020 (PB rate 137). Deze daling is significant ($\chi^2(1) = 4.64$; $p < .05$). De event-based rate in 2000 was 185 en daalde eveneens significant met 25.4% in 2020 (138; $\chi^2(1) = 6.85$; $p < .05$).

In het nieuwe 3^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030) wordt een **daling van 10% minder zelfdodingen in 2030 ten opzichte van het jaar 2020** voorgesteld als gezondheidsdoelstelling. Op basis van de cijfers van **2021 kan een niet-significante daling van 9.5%** in person-based rates in vergelijking met het jaar 2020 worden vastgesteld. De EB-rate **daalde** eveneens **niet-significant met 7.9%**.

PROVINCIALE VERSCHILLEN

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de geografische EB-rates distributie per provincie in Vlaanderen. In vier provincies was er een daling in de EB-rate van 2021 ten opzichte van 2020, West-Vlaanderen daling van 11.3%, in Antwerpen van 6.3%, in Limburg van 27.9% en in Oost-Vlaanderen van 12.4. De daling

was enkel significant in Limburg. Enkel in de provincie Vlaams-Brabant was er een significante stijging van 57.8%. Gezien de cijfers in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant gebaseerd zijn op slechts 1 deelnemend ziekenhuis, moeten deze evoluties met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 4.1. Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners 2020) per geslacht, 2021.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Antwerpen	88	120	105
Limburg	43	83	62
Oost-Vlaanderen	139	166	141
Vlaams-Brabant	194	181	180
West-Vlaanderen	121	159	142

Bron: [Vancayseele et al., 2021](#)

Vlaams-Brabant (180), West-Vlaanderen (142) en Oost-Vlaanderen (111) hebben de hoogste EB-rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2021. Voorgaande jaren van registratie toonden telkens aan dat de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen de hoogste rates vertoonden. Antwerpen (105), en Limburg (62) hebben de laagste rates in Vlaanderen.

De EB-rate in West-Vlaanderen (142) is significant hoger dan die in Antwerpen (105) en Limburg (62). De EB-rate van Vlaams-Brabant (180) is significant hoger dan de EB-rate van West-Vlaanderen. De EB-rate in Oost-Vlaanderen (141) is eveneens significant hoger dan die in Antwerpen (105) en Limburg (62). De EB-rate in Vlaams-Brabant (180) is significant hoger dan die in Limburg (62).

Ook wat de vergelijking tussen de provincies betreft, moeten de gegevens voor 2021 met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien het lage aantal deelnemende ziekenhuizen in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant.

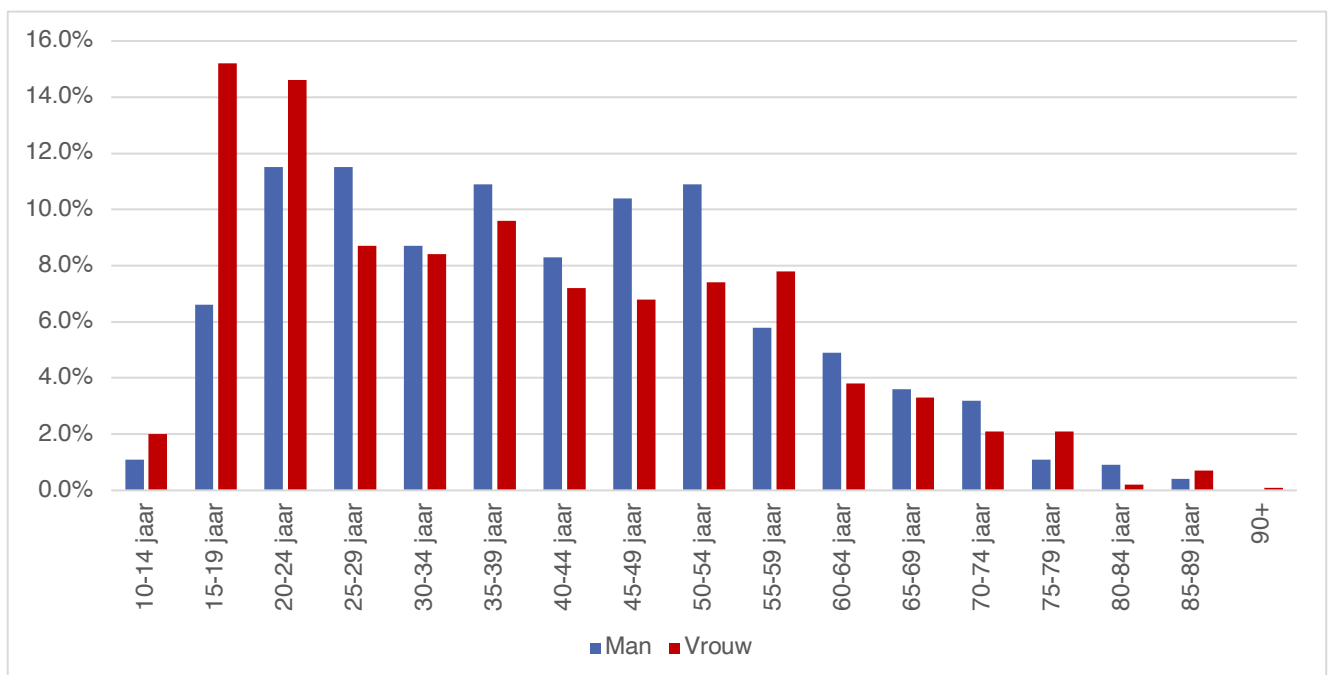
GESLACHT EN LEEFTIJD

Uit de data van het IPEO en KIPEO samen blijkt dat in 2021 meer vrouwen (n= 864, 61.8%) dan mannen (n= 534, 38.2%) een suïcidepoging hebben ondernomen. Bij 51 registraties werd het geslacht niet ingevuld. De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1.6:1.

Het hoogste absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19 jaar, 20-24 jaar, en 35-39 jaar. Bij de vrouwen zagen we het hoogste aantal pogers terug in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Bij mannen bevinden de meeste pogers zich onder de 20-24 jarigen, de 25-29 jarigen, de 45-59 jarigen en onder de 50-54 jarigen. 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. Zie figuur 4.7.

De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen in 2021 was 38.9 jaar; voor mannen was dit 40.8 jaar (min.: 12; max.: 87) en voor vrouwen 37.7 jaar (min.: 13; max.: 92).

Figuur 4.7. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2021, volgens geslacht.



Bron: Vancayseele et al., 2022

BURGERLIJKE STAAT EN SAMENLEVINGSVORM

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag (Kyung-Sook et al., 2018). In Vlaanderen zijn het vooral ongehuwden die een poging ondernemen (43.7), gevolgd door gehuwden (24%), personen die gescheiden zijn (18.3%), officieel samenwonenden (7.5) en weduwe(naar)s (4.1%). Ongeveer een derde (33.9%) van de personen woonde alleen op het moment van de suïcidepoging. Meer dan de helft van de suïcidepogers (54.1%) had kinderen.

ECONOMISCHE TOESTAND

Onderzoek toont aan dat lager opgeleiden en (langdurig) werklozen een hogere kans hebben op het ondernemen van een suïcidepoging (Bogdanovica et al., 2011). In Vlaanderen worden suïcidepogingen betrekkelijk vaak ondernomen door mensen die economisch inactief zijn (43.6%). Deze groep bestaat voornamelijk uit invaliden (36.2%), gepensioneerden (30.2%) en studenten (32%). Ruim een derde van de suïcidepogingen (38.8%) komt voor onder de werkende populatie en 17.6% 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 (73.6%). Voor 43.4% was dit de eerste suïcidepoging. Bijna een kwart van de suïcidepogers (24.4%) had reeds één eerdere poging ondernomen, 7.9% twee, 3.8% drie en 13.1% reeds vier of meer eerdere pogingen. 7.4% had één of meerdere voorgaande pogingen ondernomen, maar het aantal was onduidelijk.

Wanneer de patiënt voorafgaand aan de huidige poging reeds een suïcidepoging ondernam, verhoogt dit de kans op een nieuwe poging binnen het jaar met 16% (Owens et al., 2002). Een andere studie toonde aan dat 11% van de patiënten die werden aangemeld in een ziekenhuis na een suïcidepoging de poging herhalen binnen het jaar (Morthorst et al., 2012)⁷. Hoe meer pogingen, hoe groter het risico.

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 toonde aan dat 1.6% van de personen die worden aangemeld in het ziekenhuis na een suïcidepoging, binnen het jaar door suïcide om het leven komen (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014). Van alle suïcidepogers die op de Vlaamse spoeddienst werden aangemeld bleek dat 50.9% van de pogingen voorafgaand aan de huidige poging gedurende het afgelopen jaar werd ondernomen. De overige pogingen vonden meer dan een jaar geleden plaats.

ALCOHOL & MIDDELENMISBRUIK

Meerdere studies hebben aangetoond dat overmatig alcoholgebruik, medicatiegebruik en druggebruik belangrijke risicofactoren zijn voor het herhaald ondernemen van een suïcidepoging (Amiri & Behnezhad, 2020; Yuodelis-Flores & Ries, 2015). Bij 44.4% van de personen die werden aangemeld op de spoeddienst, werd met behulp van een vragenlijst een inschatting gemaakt van het alcohol- en/of middelenmisbruik. Bij de meerderheid van de suïcidepogers (62.5%), was er géén vermoeden van alcohol- of drugsmisbruik. Bij 7.0% van de suïcidepogers was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 30.3% was er sprake van “waarschijnlijk misbruik”.

DIAGNOSE

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er zeer frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen vast te stellen (Hawton & van Heeringen, 2009; Nepon et al., 2010; Nock et al., 2008). Bij 51.3% (n=223) van de suïcidepogers werd enkel een probleembeschrijving en geen diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (24.8%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Daarnaast werd in 9% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 4.4% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Bij 6.7% werd “acute aanpassingsproblemen” gemeld. In 3.2% van de gevallen vermeldde men een andere diagnose zoals obsessief-compulsieve stoornis, ADHD, autisme spectrumstoornis en post-traumatische stressstoornis.

ERVAREN PROBLEMEN

Er kan bij ervaren problemen 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 (65.9%) het vaakst genoemd. De meerderheid van de pogers gaf aan dat hun psychische

klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (42.9%), maanden (13.5%) of weken (9%) aanwezig waren. Relationele problemen met de partner werden daarnaast vaak genoemd (52.3%). Ook gevoelens van eenzaamheid werden frequent aangehaald (47%), gevolgd door afwijzing door een geliefde (27.3%), problemen in het onderhouden van sociale relaties (25%), werkproblemen (28.8%), problemen met de ouders (29.5%), gezondheidsproblemen (30.3), problemen met kinderen (16.7%) en financiële problemen (12.9%).

Met betrekking tot de problemen die expliciet werden bevraagd, gaf 27.3% aan geconfronteerd te zijn geweest met traumatische gebeurtenissen, en 22% met het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander. Terwijl 8.3% aangaf dat een belangrijke ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

MOTIEVEN

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor hun suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in categorieën. “De situatie zo ondraaglijk vinden dat men niets anders wist te doen” werd het meest frequent gerapporteerd (49.2%), gevolgd door “vreselijke gedachten” (45.3%). Daarnaast werden ik wilde sterven (43.4%), “weg willen uit een onmogelijke situatie” (38.3%) en “ontredding tonen” (25.6%) 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) (Kene & Hovey, 2014).

BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag op de spoedopname, zo volledig mogelijk te registreren. Bij 51.3% van de suïcidepogers werd het zorgtraject geregistreerd. Binnen deze groep werd bij 3.2% aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 2.0% ging het om een ontslag op advies, bij 0.6% om een ontslag op tegenadvies en 0.3% van de patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis).

Bij 18.3% van de suïcidepogers waarbij het zorgtraject werd geregistreerd werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. Iets meer dan drie kwart (78.9%) werd residentieel behandeld nadat hij of zij zich had aangemeld op de spoeddienst: 35% werd doorverwezen naar een PAAZ-dienst, 31.3% verbleef minstens één nacht op een urgentie-psychiatrische dienst, 7.1% werd doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis en 7.3% verbleef op een somatische afdeling.

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. Bij mannen spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-omstandighedenscore 5 of meer bedraagt, bij vrouwen wanneer deze score 6 of meer bedraagt. Zowel voor de mannen als voor de vrouwen was de mediaanscore 4. Op basis van de vastgelegde cut-offs voor mannen en vrouwen, was bij 43% van de mannen en 35.6% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie. Dit geslachtsverschil bleek niet significant te zijn.

SUÏCIDALE IDEATIE NA EEN SUÏCIDEPOGING

Het is belangrijk om zo snel mogelijk, dus gedurende IPEO 1, in te schatten of de patiënt thans nog suïcidale gedachten of plannen heeft. Het resultaat van deze bevraging werd genoteerd bij 993 patiënten. 44.3% van de patiënten gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 30.1% (n = 299) van de patiënten gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 25.5% (n = 253) van de patiënten gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging. Mannen bleken significant vaker aan te geven geen gedachte te hebben om zichzelf opnieuw te verwonden. Vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan matige tot zwakke gedachten te hebben hieromtrent (33.5% vs. 25% respectievelijk).

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 IPEO 2. Dit gebeurde bij 664 patiënten. Het blijkt dat tijdens IPEO 2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of -beschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met IPEO 1. 64.4% van de patiënten (n = 415) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 18.3% (n = 118) had eerder zwakke gedachten, en 15.5% (n = 100) had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging. Hierbij waren er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.

Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens IPEO 1 gaf 45.3% (n= 211) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 39.3% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 15.2% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Significant meer mannen dan vrouwen gaven aan dat men details hadden uitgewerkt en goed geformuleerd (20.6% vs. 12.2% respectievelijk).

Tijdens IPEO 2 gaf 47.6% (n = 98) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen. 43.7% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 8.7% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG – KINDEREN EN JONGEREN (KIPEO)

In 2021 werden KIPEO'S verkregen via zeven algemene ziekenhuizen en twee centra voor kinderpsychiatrie. In vergelijking met 2013 waarin gestart werd met de afname van het KIPEO, vonden in 2021 ongeveer zes 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 gezien de lage aantallen. De analyses kunnen niet altijd opgesplitst worden volgens geslacht, wegens de kleine groep jongens.

GESLACHT EN LEEFTIJD

Onder de jongeren die in 2021 een suïcidepoging ondernamen en die bevroegd werden met het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (74.6%; n=53) dan jongens (25.4%; n=18). Bij 8 registraties werd het geslacht niet ingevuld. In de literatuur wordt dezelfde trend gevonden: suïcidepogingen worden vaker door meisjes ondernomen dan door jongens (Rasmussen & Hawton, 2014). In meest recente studie was de gemiddelde leeftijd van de jongere 15.3 jaar (min=12, max=17). Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 15.4 jaar, bij de meisjes was dit 15.3 jaar.

WOONSITUATIE

73.2% van de bevroegde jongeren gaf aan bij familie te wonen, meer specifiek woonde 53.5% bij beide ouders, in co-ouderschap (16.3%), in een eenoudergezin (20.9%) of bij iemand anders zoals broer/zus, grootouders of tante (9.3%). 25.4% van de bevroegde jongeren woonde in een gezinsvervangende situatie, voornamelijk in een pleeg- of adoptiegezin of in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg). 1.5% gaf aan in een andere situatie te wonen.

SCHOOLSITUATIE

De grootste groep jongeren volgde een ASO-richting in het secundair onderwijs (31.5%), gevolgd door TSO (24.1%), BSO (16.7%) en BuSO (14.8%). 7.4% volgden deeltijds onderwijs. Tenslotte werd door 3.7% van de jongeren aangegeven dat ze nog in het lager onderwijs zitten en 1.9% gaf aan niet naar school te gaan.

VOORGESCHIEDENIS SUÏCIDEPOGINGEN EN AUTOMUTILATIE

Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide (Beghi et al., 2013; Kotila & Lonqvist, 1987; Vajda & Steinbeck, 2000). Het vormt een belangrijke voorspeller van toekomstig suïcidaal gedrag (Shain et al., 2016). Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. In het huidige onderzoek gaf 43.8% van de jongeren aan dat dit de eerste suïcidepoging was, 31.3% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen, 10.9% twee, 3.1% drie en 10.9% reeds vier pogingen.

Bij 64.3% van de jongeren was de vorige poging minder dan 6 maanden geleden. Bij 80.8% van de jongeren was er iemand op de hoogte gebracht zoals een ouder, broer of zus, een vriend(in) en/of een vertrouwenspersoon op school. Terwijl 85.7% van de jongeren aangaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. 33.3% van de jongeren werd geholpen door een psycholoog of psychiater, gevolgd door hun ouders of voogd (33.3%).

Ongeveer drie op de vier jongeren gaf aan dat er sprake was van automutilatie (72.2%). In 96.3% van de gevallen vond dit gedrag minder dan zes maanden geleden plaats. Significant meer meisjes dan jongens gaven aan te automutileren.

ALCOHOL & MIDDELENMISBRUIK

Meerdere studies hebben aangetoond dat overmatig alcoholgebruik, medicatiegebruik en druggebruik ook bij jongeren belangrijke risicofactoren zijn voor het herhaald ondernemen van een suïcidepoging (Amiri & Behnezhad, 2020; Giner et al., 2007; Pompili et al., 2012; Rasmussen & Hawton, 2014).

Bij een overgrote meerderheid van de bevraagde jongeren was er geen vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik (89.2%). Wanneer de jongere op één van de vragen, "Heb je tijdens de afgelopen 3 maanden alcohol; drugs of medicatie gebruikt in hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?", "JA" had geantwoord werd er verder gepeild naar het alcohol, drugs en/of medicatie misbruik.

Hierbij gaf 52.9% van de jongeren aan dat men alcohol, drugs of medicatie had gebruikt om ergens bij te horen, 27.8% gebruikte alcohol, drugs of medicatie als hij/zij alleen is. 27.8% gaf aan soms dingen te vergeten als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt en 38.9% gaf aan ooit in de problemen zijn geraakt nadat men alcohol, drugs of medicatie had gebruikt.

ERVAREN PROBLEMEN

Wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat de risicofactoren die aan suïcidepogingen voorafgaan bij adolescenten in twee clusters kunnen opgedeeld worden: (1) omgeving en/of psychosociale factoren zoals niet samenwonen bij beide ouders, ouders die gescheiden zijn, gepest worden, ernstige bezorgdheid hebben rond hun seksuele geaardheid, problemen hebben met de politie, en familie en/of vrienden hebben die een suïcidepoging hebben gedaan, en (2) persoonlijkheids- en psychologische kenmerken zoals impulsiviteit, perfectionisme, angst en depressiviteit (Rasmussen & Hawton, 2014).

Net als bij volwassenen werden jongeren in eerste instantie spontaan gevraagd naar hun ervaren problemen. De jongeren gaven vaak aan dat het moeilijk is om vrienden te maken/ te houden (56.5%) en vermeldden vaak dat er problemen waren op school (52.2%). Ruzie tussen ouders (41.3%), gescheiden ouders of ouders die uit elkaar gaan (47.8%) en de aanwezigheid van psychische klachten (69.6%) werden ook vaak opgegeven. Tenslotte gaven een aantal jongeren aan gepest te worden (28.3%) en zelf pesten (6.5%), problemen met justitie te hebben (17.4%), dat er iemand in het gezin is overleden of ernstig ziek is (17.4%), het overlijden van een vriend (6.5%) seksuele problemen (8.7%) en fysieke problemen (8.7%).

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de voorafgaande problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. 15.2% rapporteerde ruzie met vrienden, 60.9% problemen met één of beide ouders, 33.3% problemen met een lief, 4.3% een suïcidepoging of suïcide binnen het gezin en tenslotte vermeldde 6.1% een suïcide of suïcidepoging bij vrienden. Deze bevindingen liggen in dezelfde lijn als de resultaten van verschillende andere studies (Rasmussen & Hawton, 2014; Rhodes et al., 2014).

MOTIEVEN

Er werd aan de jongeren telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor hun suïcidepoging. De meest frequente motieven die door de jongeren werden aangehaald, waren “waren “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (47.9%), “Ik wilde sterven” (46.9%), “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (31.3%) en “Mensen laten

begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was” (24.4%). 31.3% van de jongeren gaf aan zich een mislukking te voelen, 15.6% wilde hulp krijgen van iemand en 4.4% wilde aandacht krijgen. Ook “Ik verloor de controle over mezelf en weet niet waarom ik dat toen deed” (20.8%) werd frequent aangehaald. Het motief “Ik wilde sterven” wordt bij de jongeren bijna evenveel aangegeven in vergelijking met de volwassenen

BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Bij 2.5% van de jongeren werd aangeduid dat na het ontslag op de spoeddienst géén verdere behandeling of begeleiding voorzien werd. Bij 97.5% werd er dus wel een zorgtraject na de spoedopname voorgesteld. Bij ruim de helft (56.4%) van de jongeren werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. 20.5% van de jongeren werden residentieel behandeld. 2.8% verbleef op een jeugdpsychiatrische afdeling, 11.1% verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit, 19.4% op de urgentiepsychiatrie en 8.3% van de jongeren werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling.

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. Bij jongens vanaf 15 jaar spreekt men van een hoge suïcidale intentie wanneer de SIS-omstandighedenscore 5 of meer bedraagt, bij meisjes vanaf 15 jaar wanneer deze score 6 of meer bedraagt. De resultaten tonen aan dat bij 67.5% van de jongeren sprake was van een lage suïcidale intentie.

SUÏCIDALE IDEATIE NA EEN SUÏCIDEPOGING

Wanneer na een suïcidepoging bij de jongere gepeild wordt naar de mate waarin er sprake is van suïcidale ideatie, dan gaf 31.4% van de jongeren aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 35.3% van de jongeren gaf aan zwakke suïcidale gedachten te hebben en 33.3% 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. 42.1% van de jongeren gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. 39.5% gaf aan dat er sprake was van zwakke gedachten aan zelfverwonding of zelfbeschadiging en 18.4% gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben.

Bij de jongeren die aangaven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds de aanwezigheid van concrete plannen bevraagd. Tijdens KIPEO 1 gaf 62.1% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen, 31% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken en 6.9% van de jongeren had een gedetailleerd plan. Tijdens KIPEO2 gaf 61.9% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen, 38.1% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode, evenwel zonder details uit te werken, en geen enkele jongere had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

DE ZELFMOORDLIJN 1813

Het meest recente Jaarverslag (2022) van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding toont dat in 2022 **23,073 oproepen** werden beantwoord aan de Zelfmoordlijn. Vanaf 2016 wordt een oproeper automatisch doorgeschakeld kan worden naar Tele-Onthaal wanneer de Zelfmoordlijn bezet is. Er werden 14,426 oproepen beantwoord door Tele-Onthaal. Daarmee werden er in totaal **37,499 oproepen** beantwoord. Onderstaande cijfers hebben betrekking op de oproepen die door de Zelfmoordlijn zelf zijn beantwoord (n = 23,073)

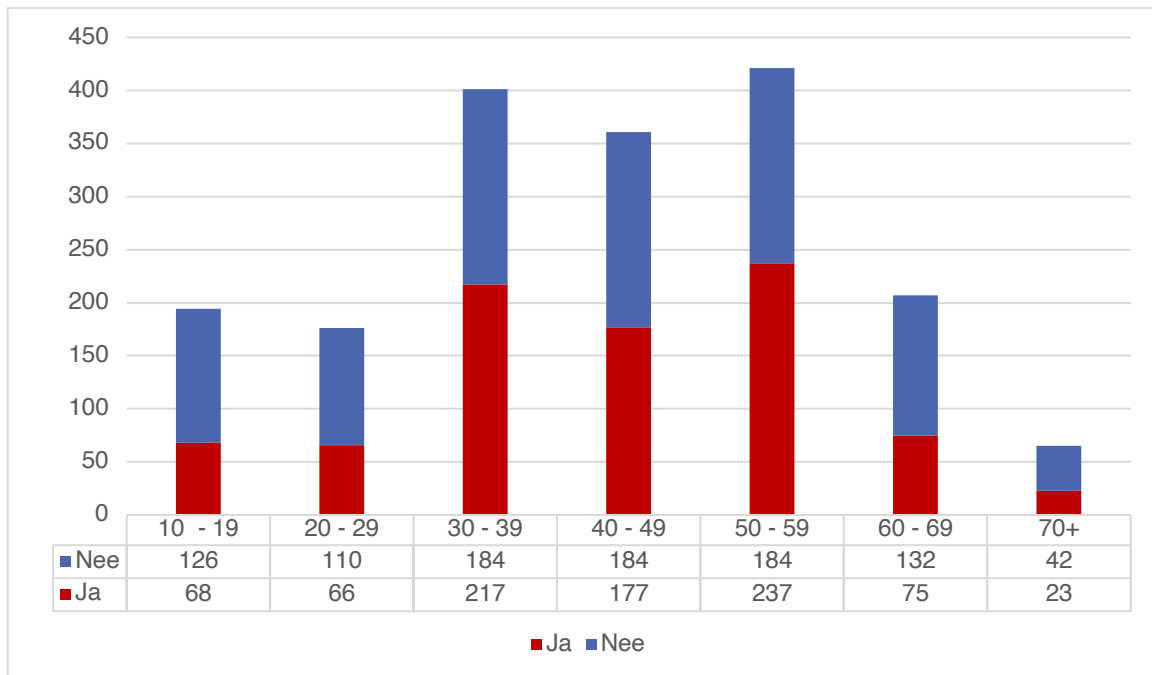
Met een permanentie van 24/7, is de telefoon nog altijd het voornaamste medium en worden verreweg de meeste oproepen beantwoord via de telefoon (74%), gevolgd door chat (17%) en e-mail (9%).

Er kunnen verschillende type oproepen worden onderscheiden. Naast de meeste voorkomende oproep voor zichzelf, zijn er ook oproepen voor derden, zeer korte noodoproepen, kwaadwillige oproepen, oproepen van veelgebruikers, stille oproepen, en andere. De gerapporteerde cijfers die hieronder worden besproken betreffen gegevens van de oproepen voor zichzelf aan de telefoon en chat. Door de anonieme werking van de Zelfmoordlijn betreffen deze cijfers unieke oproepen, maar daarmee nog geen unieke personen. Ondanks deze beperking is door het grote aantal registraties toch een aantal trends zichtbaar.

Van alle oproepers, geeft **51.2%** aan al een eerdere poging te hebben ondernomen (n = 3,338). Figuren 4.8 en 4.9 bevatten gegevens van het aantal oproepen wanneer gender en leeftijd geweten zijn. Er is een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen, alsook tussen verschillende leeftijdscategorieën. Bij mannen zijn de hoogste cijfers te zien in de leeftijdscategorie van 50-59 jaar, waar **56.3%** aangeeft eerder een poging te hebben ondernomen. Terwijl bij vrouwen de hoogste cijfers zijn te zien in de leeftijdscategorie 30-39 jaar, waar **59.6%** aangeeft eerder een poging te hebben ondernomen. Over de verschillende leeftijdscategorieën heen geeft **45.9% van de mannen** en **53.2% van de vrouwen** aan

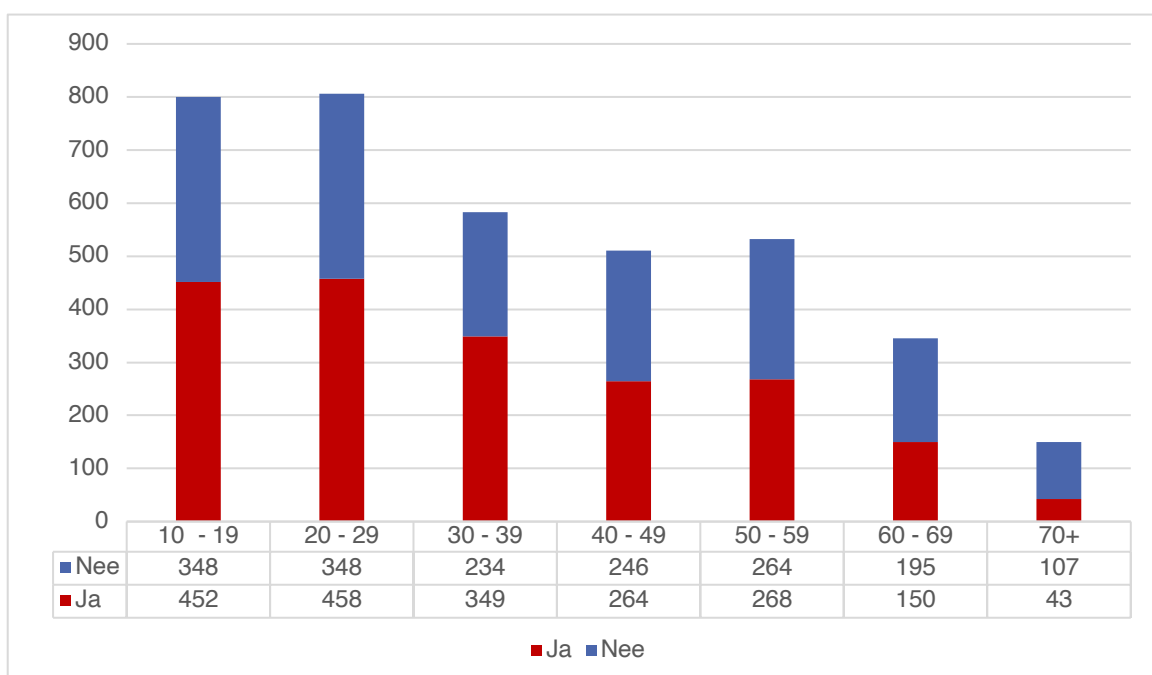
eerder een suïcidepoging te hebben ondernomen. Er wordt hier geen rekening gehouden met het moment in het verleden wanneer deze poging plaatsvond.

Figuur 4.8. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.



Bron: [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#)

Figuur 4.9. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.

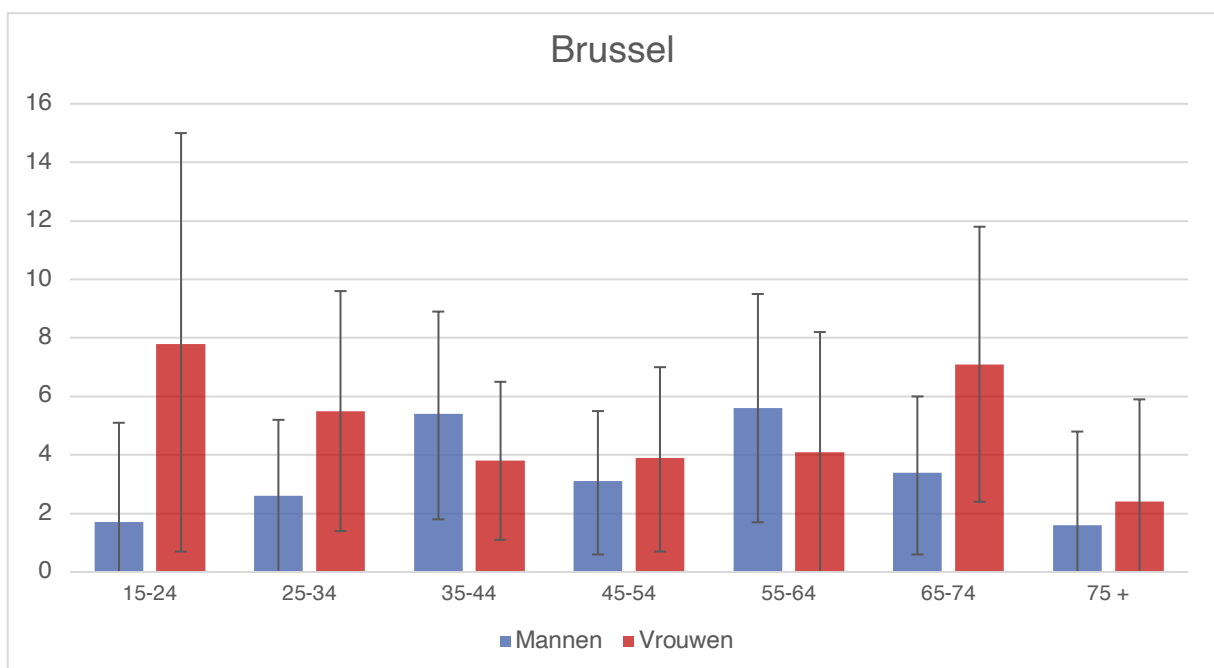


4.3. BRUSSEL

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat in Brussel 3.9% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0.4% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020).

In figuur 4.10 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 4.10. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



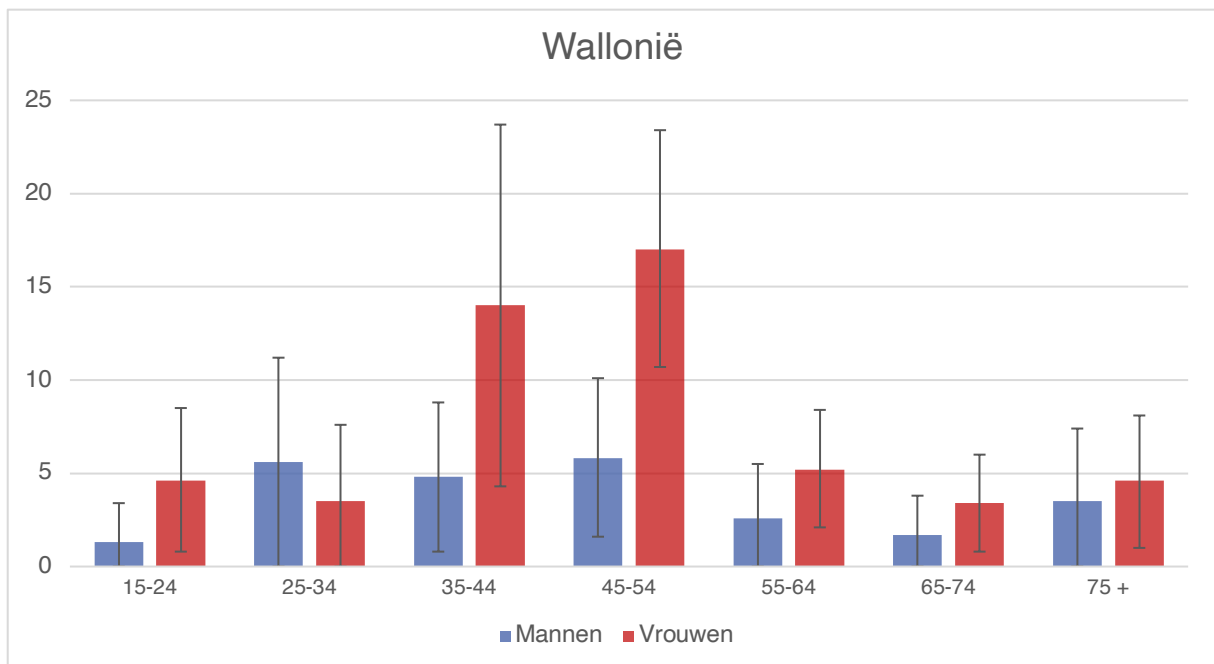
4.4. WALLONIË

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat in Wallonië 6% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0.4% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020).

In Wallonië is het percentage personen dat ooit een suïcidepoging meldt, het hoogst (6.0%). Dit percentage is significant hoger in vergelijking met Vlaanderen (3.4%), terwijl het verschil met Brussel (4.2%) niet significant is.

In figuur 4.11 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 4.11. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

4.5. INTERNATIONAAL

Om een vergelijking 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. Het WHO rapport over de monitoring van suïcidepogingen gaf aan dat er op internationaal niveau 13 registratiestudies met de focus op het aantal aanmeldingen van suïcidepogers in ziekenhuizen bestaan (zie tabel 4.2). In het huidige rapport worden de meest recente en beschikbare cijfers Ierland (2018) gebruikt (Griffin et al., 2019). Aangezien de andere Europese landen/regio's niet zoveel informatie over de suïcidepoging registreren als Vlaanderen wordt enkel de informatie die alle landen/regio's hebben, hieronder beschreven.

Tabel 4.2. Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen.

Locatie	Regio's / Steden	Aantal ziekenhuizen	Periode
Belgie – Gent	Gent	4	1986 – heden
Belgie – Vlaanderen	Vlaanderen	34	2007 – heden
China	Nantou	1	07/2000 – 12/2005
Denemarken	Funen		1989 – heden
Fiji	Viti Levu	11	
India	Mysore	1	02/2013 – 06/2013
Ierland	Nationaal	40	2003 – heden
Noord-Ierland	Noord-Ierland	3	2007 – heden
Jamaica		5	1999 – heden

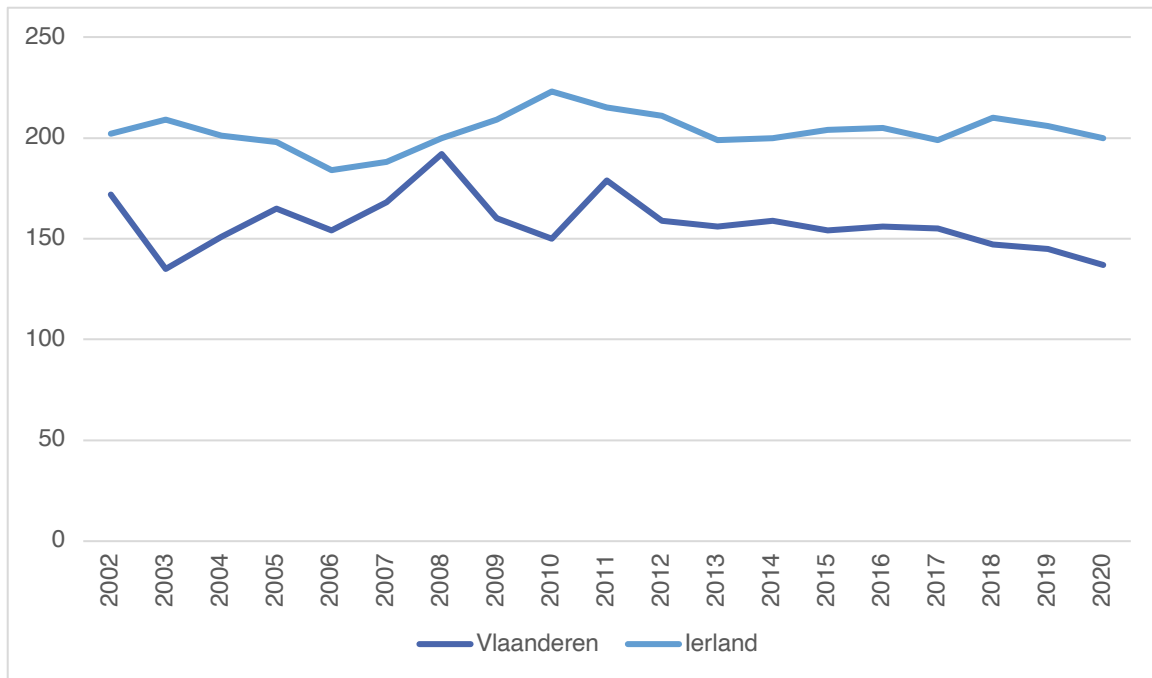
Nicaragua	Leon	1	2004 – heden
Pakistan	Karachi	1	01/2004 – 12/2004
VK Multicenter	Oxford – Derbyshire – Manchester	6	2000 – heden
VK – Oxford	Oxford	3	1976 – heden

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

VLAANDEREN VERSUS IERLAND

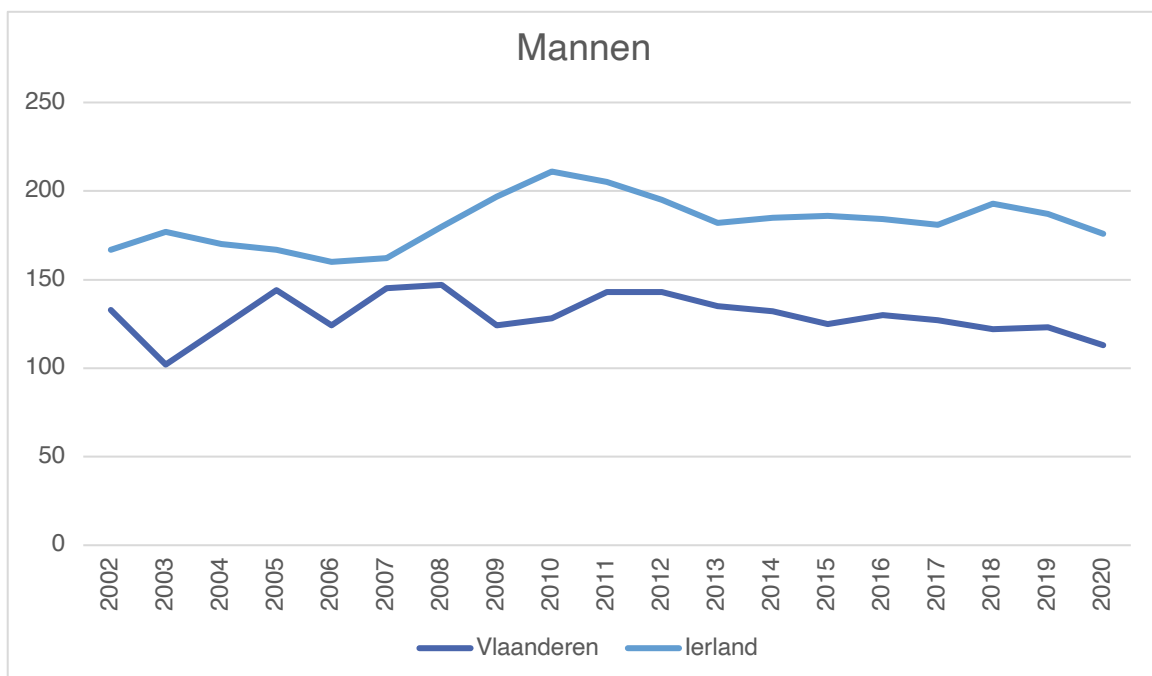
Figuren 4.12, 4.13 en 4.14 geven de evolutie weer van de person-based rates voor Vlaanderen en Ierland voor de periode van 2002-2019 opgedeeld volgens geslacht. In 2020 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen, 113/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 176/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot, respectievelijk 163/100.000 ten opzichte van 224/100.000. In Vlaanderen was er een daling van 8.1% in de rate bij de mannen, in Ierland was er een daling van 6% t.o.v. 2019. Bij de vrouwen was er in Vlaanderen eveneens een daling met 3.6%, in Ierland was er een daling in de rate met 1%.

Figuur 4.12. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.



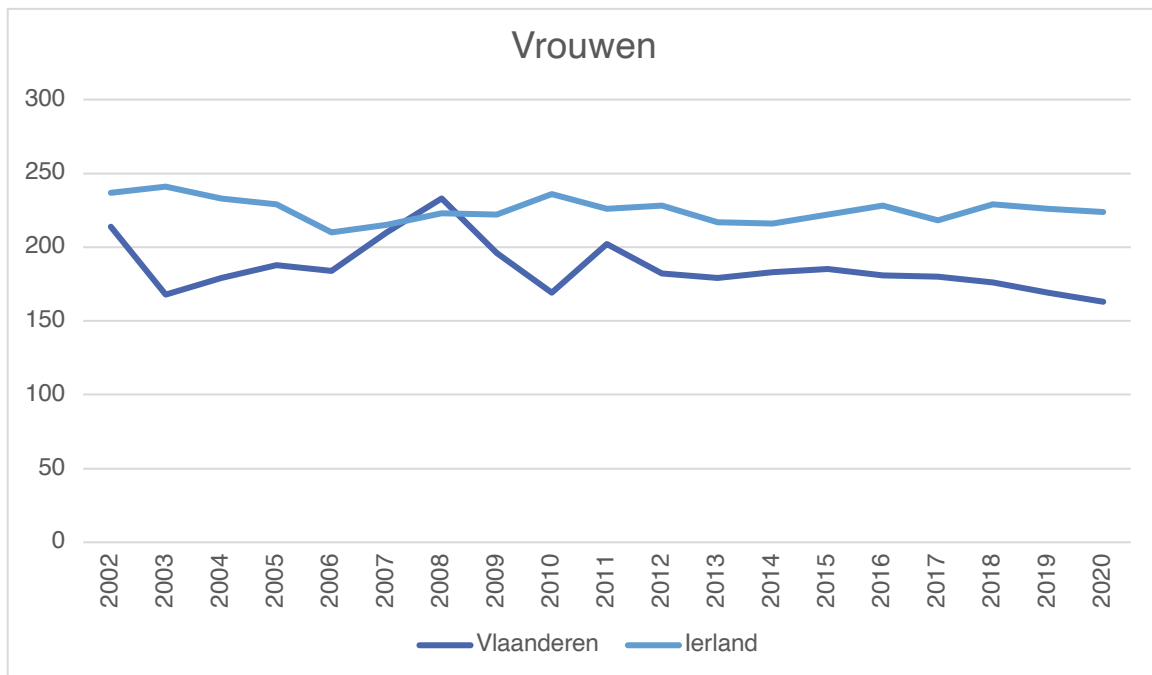
Bron: [Vancayseele et al., 2022](#)

Figuur 4.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.



Bron: [Vancayseele et al., 2022](#)

Figuur 4.14. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.



Bron: [Vancayseele et al., 2022](#)

4.6. COVID-19 PANDEMIE – RUWE CIJFERS 2022

De Enheid voor Zelfmoordonderzoek registreert jaarlijks de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die werden aangemeld op de spoedafdelingen van de Vlaamse ziekenhuizen, registreert en analyseert. Deze cijfers zijn beschreven in paragraaf 4.2. Deze cijfers worden namelijk jaarlijks verzameld en worden ieder jaar op eenzelfde gestructureerde manier verzameld. In tegenstelling tot de andere cijfers zijn dit dus geen voorlopige cijfers (Federale Politie en College van de procureurs-generaal) en niet gebaseerd op zelf-rapportage (COVID-19 gezondheidsenquête). Er is dus geen voorzichtige interpretatie geboden bij deze cijfers.

Deze registratie is een intensief en complex proces dat de nodige tijd in beslag neemt waardoor de cijfers omtrent pogingen van 2022 op dit moment nog niet beschikbaar zijn. Bijgevolg kan de impact van COVID-19 op de sterfte door suïcide nog niet volledig worden onderzocht. Bovendien is deze registratie enkel beschikbaar voor Vlaanderen en niet voor België of de andere gewesten.

Om inzicht te verwerven op de suïcidecijfers van 2022 voor alle gewesten, deed het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie een beroep op de registratie van suïcidaal gedrag (zowel suïcides als suïcidepogingen) door de **Federale Politie** en het **College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)**. Politiediensten komen namelijk frequent tussen bij een suïcide(poging) en registreren deze in de processen-verbaal. Deze gegevens worden jaarlijks gerapporteerd en kunnen, in vergelijking met voorgaande jaren, een indicatie geven van eventuele stijgingen in 2022. Het College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie) verzamelt gegevens die door correctionele parketten zijn geregistreerd.

VLESP ontving recentelijk de cijfers voor suïcide en suïcidepogingen vanuit de Federale Politie en het College van de procureurs-generaal van 2022 voor België. Vanuit de Federale politie hebben wij alleen cijfers beschikbaar van de eerste zes maanden (tot en met juni 2022) van 2022. Vanuit het Openbaar Ministerie zijn cijfers beschikbaar voor alle maanden van 2022. Hieronder worden de cijfers met betrekking tot suïcidepogingen besproken. Gezien de kleine absolute aantallen, zal Brussel hierin niet worden besproken.

Daarnaast zijn de deelnemers aan de zevende COVID-19-Gezondheidsenquête gevraagd naar suïcidepogingen. Deze enquête vond plaats in juni 2021. In latere versies van de COVID-19-Gezondheidsenquête zijn suïcidepogingen niet uitgevraagd.

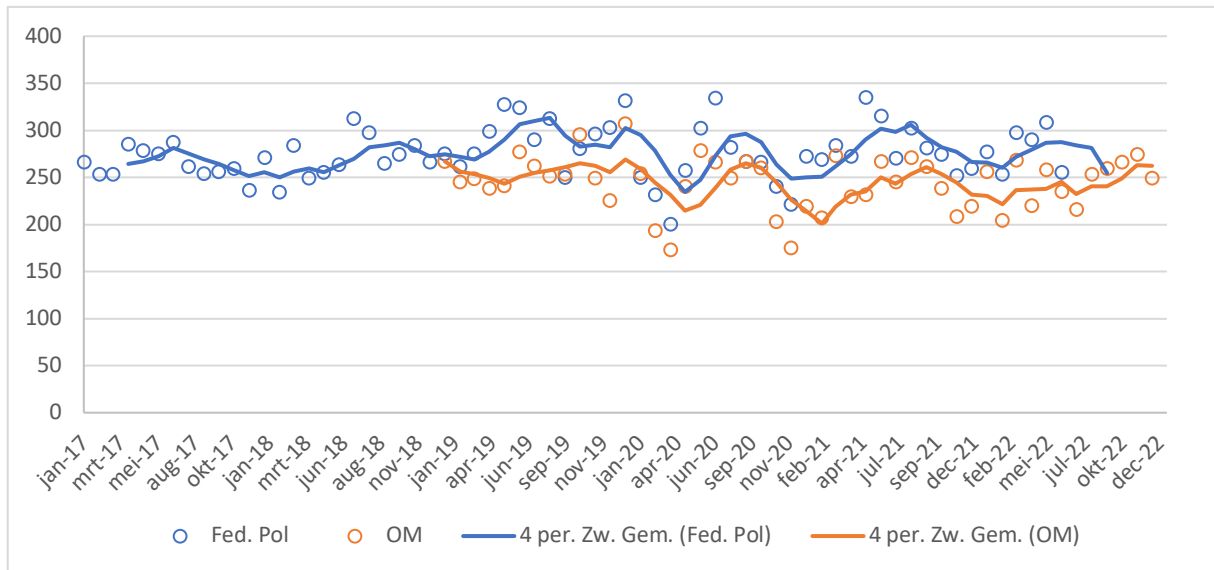
FEDERALE POLITIE EN COLLEGE VAN PROCUREURS-GENERAAL

BELGIË

In figuur 4.15 is de evolutie van de suïcidepogingen (absolute aantallen) uiteengezet voor België. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

In België zien we dat wat betreft deze cijfers dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien, al liggen de cijfers van het Openbaar Ministerie consequent lager dan de cijfers van de Federale Politie. Het patroon is heel wisselend over de coronapandemie heen. Het patroon is gelijkaardig aan het patroon van 2019. Over het algemeen zijn de cijfers niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (2017-2019).

Figuur 4.15. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



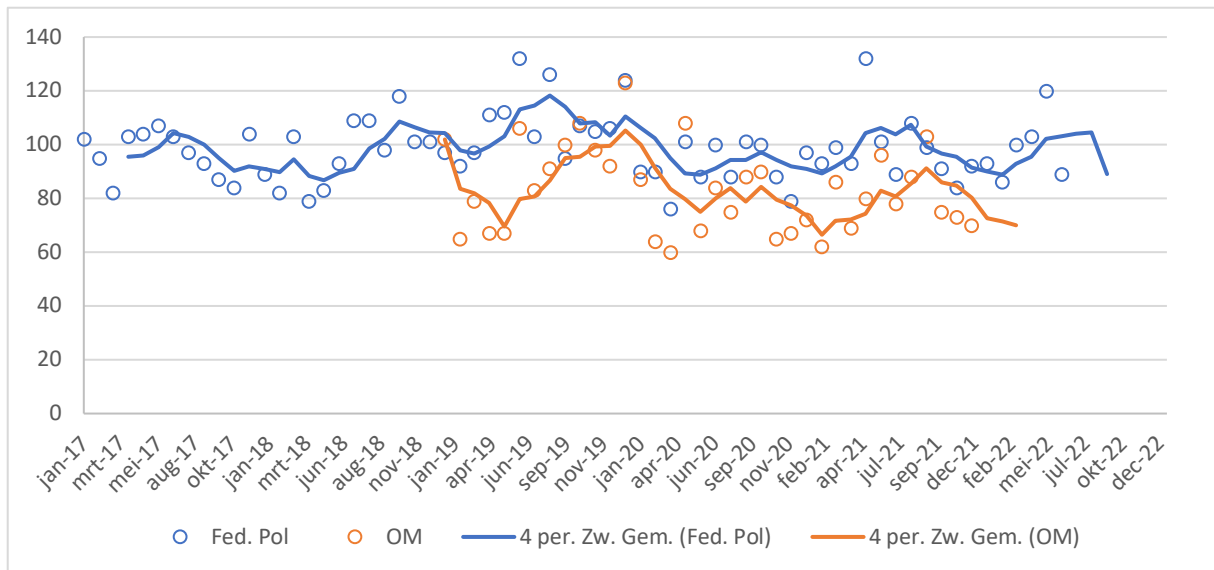
Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

VLAANDEREN

In figuur 4.16 is de evolutie van de suïcidepogingen (absolute aantallen) uiteengezet voor Vlaanderen. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

In Vlaanderen zien we ook dat wat betreft deze cijfers dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien, al liggen de cijfers van het Openbaar Ministerie consequent lager dan de cijfers van de Federale Politie. In de eerste helft van 2022 zien we een kleine stijging in de cijfers, maar deze lijkt weer te dalen. Over het algemeen zijn de cijfers niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (2017-2019).

Figuur 4.16. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



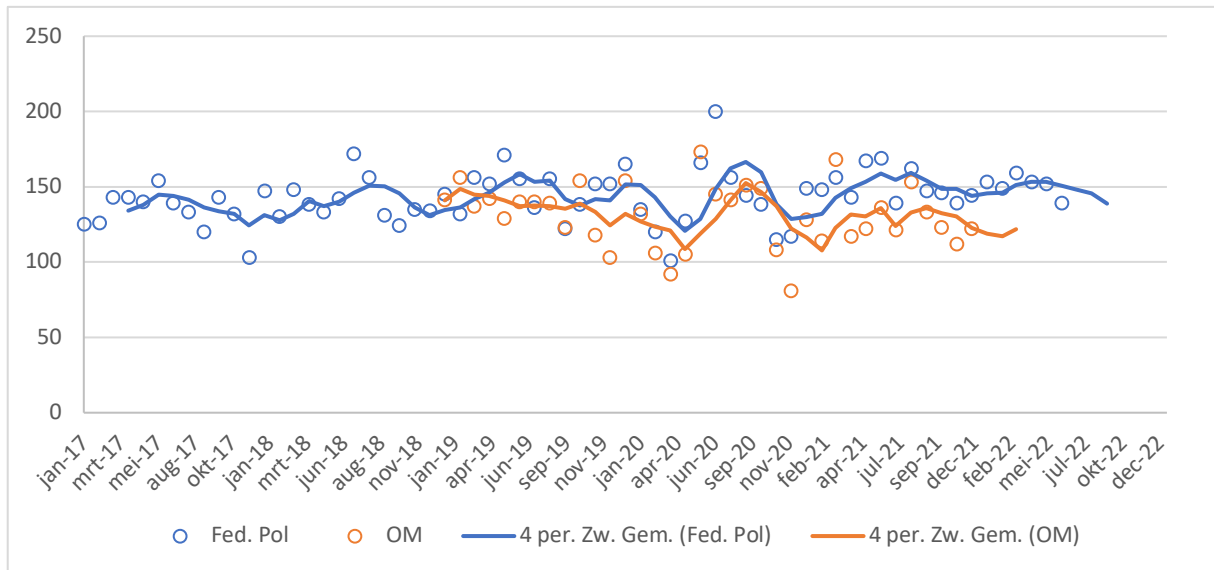
Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

WALLONIË

In figuur 4.17 is de evolutie van de suïcidepogingen (absolute aantallen) uiteengezet voor Wallonië. Deze is gebaseerd op de registratie door de Federale Politie en het Openbaar Ministerie. De lijn geeft het een voortschrijdend gemiddelde over 4 maanden aan.

In Wallonië zien we ook dat wat betreft deze cijfers dat de cijfers voor zowel de Federale Politie als het Openbaar Ministerie een zeer vergelijkbaar patroon laten zien, al liggen de cijfers van het Openbaar Ministerie over het algemeen lager dan de cijfers van de Federale Politie. Er is een minder wisselend patroon over de maanden heen in vergelijking met de andere gewesten. Met name in 2020 zagen we een plotse stijging (april-augustus), die daarna wel weer afnam. Over het algemeen zijn de cijfers heel licht verhoogd ten opzichte van 2017, maar niet verhoogd ten opzichte van de overige periode voor de coronapandemie (2018 en 2019).

Figuur 4.17. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.



Bron: Federale Politie & Openbaar Ministerie, 2022.

COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

De meest recente COVID-19-Gezondheidsenquête waarin deelnemers werd gevraagd naar suïcidepogingen was de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête, die plaatsvond in maart 2022.

Uit de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête bleek dat 28.5% van de personen die aangaven voor de pandemie al dachten aan zelfdoding ook ooit een poging heeft ondernomen. Op basis hiervan wordt geschat dat in totaal **iets minder dan 5% van de volwassenen** (personen van 18 jaar en ouder) ooit in hun leven (vóór het begin van de pandemie) een zelfmoordpoging heeft ondernomen. Deze resultaten sluiten vrij nauw aan bij de gegevens uit de nationale gezondheidsenquêtes tussen 2008 en 2018 (4.9% en 4.4% respectievelijk).

Van de personen die aangaven dat zij tijdens de pandemie aan zelfdoding dachten gaf 7.5% aan een poging te hebben ondernomen. Dit komt neer op **ongeveer 0.7% van de volwassenen** die in de afgelopen twee jaar een zelfmoordpoging ondernamen.

Daarnaast bleek dat 0.06% (d.w.z. 6 per 10.000) in de laatste drie maanden (in 2022) een zelfmoordpoging heeft ondernomen, 0.24% (2 per 1.000) in het jaar 2021 en 0.4% (4 per 1.000) in het jaar 2020. Deze cijfers zijn ook in overeenstemming met schattingen uit de nationale gezondheidsenquêtes, waarin de 12- maandenprevalentie van zelfmoordpogingen bij volwassenen (18+

jaar) varieert van 0.5% tot 0.2% tussen 2004 en 2018 (met een gemiddelde van 0,4% over de 4 enquêtes in deze periode).

Met grote voorzichtigheid kan daarom gesteld worden dat het aantal mensen dat een zelfmoordpoging ondernam tijdens de pandemie niet significant is gestegen ten opzichte van de periode vóór de uitbraak van de pandemie.

OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data van de COVID-19 gezondheidsenquêtes verzameld werd aan de hand van zelfrapportage en daardoor mogelijk minder betrouwbaar zijn. Er dienen daarnaast ook nog enkele methodologische kanttekeningen te worden geplaatst wanneer we de cijfers uit de COVID-19-Gezondheidsenquêtes willen vergelijken met de resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2018:

- Voor de COVID-19-Gezondheidsenquêtes werd gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode (bij de aankondiging van de studie werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar familie, vrienden en bekenden). Daarnaast werden deelnemers van de voorafgaande COVID-19-Gezondheidsenquêtes opnieuw gecontacteerd om deel te nemen. De reguliere gezondheidsenquêtes daarentegen, worden afgenomen aan de hand van een gestratificeerd meertraps, geclusterde steekproefmethode. Per gewest worden een beperkt aantal steden of gemeenten geselecteerd, die op hun beurt een beperkt aantal huishoudens selecteren. Per huishouden worden maximum 4 deelnemers weerhouden.
- De gegevens van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes zijn gebaseerd op online enquêtes. Dit is verschillend van de voorafgaande algemene Gezondheidsenquêtes, waarbij het interview bij de respondenten thuis wordt afgenomen door een getrainde enquêteur.

KADER

ZELFBESCHADIGING

Zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan zelfbeschadiging vallen onder de noemer “suïcidaal gedrag”, maar zijn functioneel anders dan een zelfmoordpoging en gedachten aan zelfdoding (De Leo et al., 2006).

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

Een studie die ook informatie verschaft over zelfbeschadigend gedrag bij de jongerenpopulatie in Vlaanderen, is de studie Jongeren en Gezondheid. Deze studie wordt onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent.⁸ Het onderzoek kadert binnen de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) studie waar Vlaanderen sinds 1989 aan deelneemt. Suïcidale ideatie bij jongeren uit het secundair onderwijs wordt gemeten op basis van zelfrapportage. De meest recente cijfers stammen uit 2022 (Schrijvers, K., Dierckens, & Deforche, 2023). Hieronder volgen de cijfers met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag. De resultaten met betrekking tot de prevalentie van suïcidegedachten worden toegelicht in hoofdstuk 5 ‘Suïcidale gedachten’ (p. 124).

PREVALENTIE

Het percentage jongeren dat aangaf minstens eenmaal opzettelijk te veel pillen geslikt te hebben of zichzelf op een andere manier probeerde te beschadigen, bedroeg 18,8%.

⁸. De HBSC-studie is een grootschalig internationaal onderzoek dat vierjaarlijks in 49 Europese en Noord-Amerikaanse landen en regio's peilt naar de gezondheid, de gezondheidsgedragingen en de sociale omgeving van 11-, 13- en 15-jarige adolescenten. In 2022 (meest recente bevragingscyclus) bestond de steekproef van de studie Jongeren en Gezondheid uit 20 154 leerlingen (3 894 lager onderwijs en 16 260 secundair onderwijs). De uiteindelijke responsgraad op leerlingenniveau bedraagt 69,5%. De totale steekproef bestaat uit 10 177 jongens (50,5%) en 9 664 meisjes (48,0%), 313 leerlingen (1,6%) vulde de vraag naar geslacht niet in.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

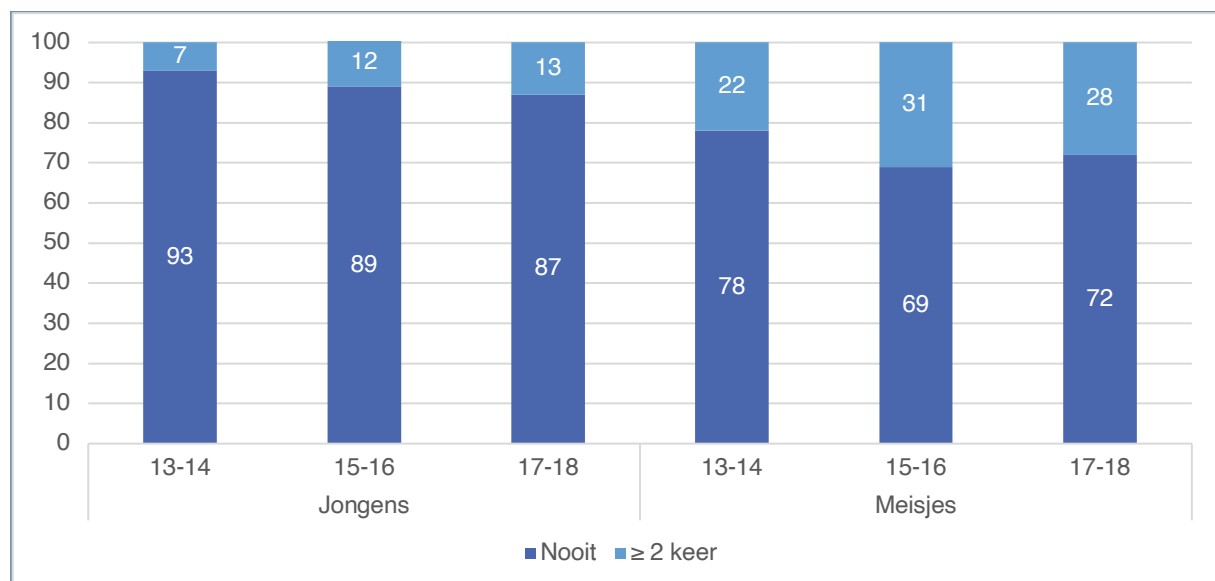
GESLACHT

In 2022 heeft 10,5% van de jongens en 27% van de meisjes minstens eenmaal opzettelijk te veel pillen geslikt of zichzelf op een andere manier geprobeerd te beschadigen. De prevalentie is significant hoger bij de meisjes.

LEEFTIJD

Zoals te zien in figuur 4.18 was de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (algemeen: 14,3%; jongens: 7,2%; meisjes: 21,6%). Bij de jongeren algemeen alsook bij de jongens werd de hoogste prevalentie opgetekend bij de 17- tot 18-jarigen (algemeen: 20,7%; jongens: 12,9%). Bij de meisjes lag de prevalentie het hoogst bij de 15- tot 16-jarigen (31,0%).

Figuur 4.18. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.



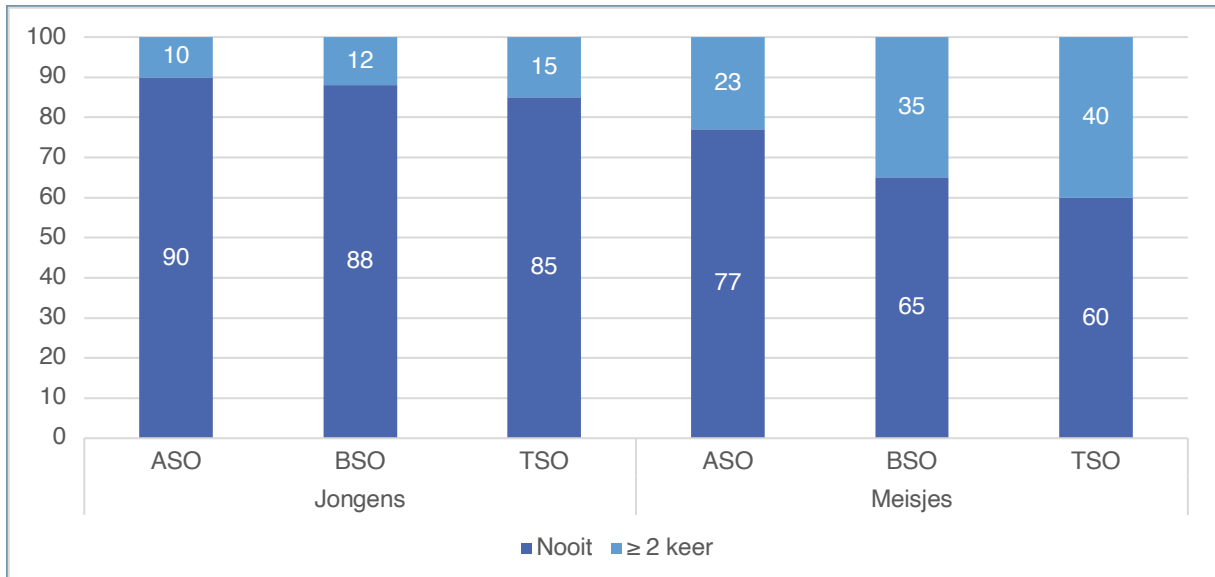
Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

OPLEIDING

Zoals af te leiden is uit figuur 4.19, zijn er ook naargelang opleiding verschillen op te merken. Het percentage jongens dat minstens eenmaal zelfbeschadigend gedrag vertoonde, bedraagt 15% in het beroeps secundair onderwijs en 12,3% in het technisch secundair onderwijs tegenover 9,8% in het

algemeen secundair onderwijs. Bij meisjes is het percentage zelfbeschadigend gedrag eveneens significant lager in het algemeen secundair onderwijs (22.6%) in vergelijking met het technisch en beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 35% en 40.1%).

Figuur 4.19. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.



Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

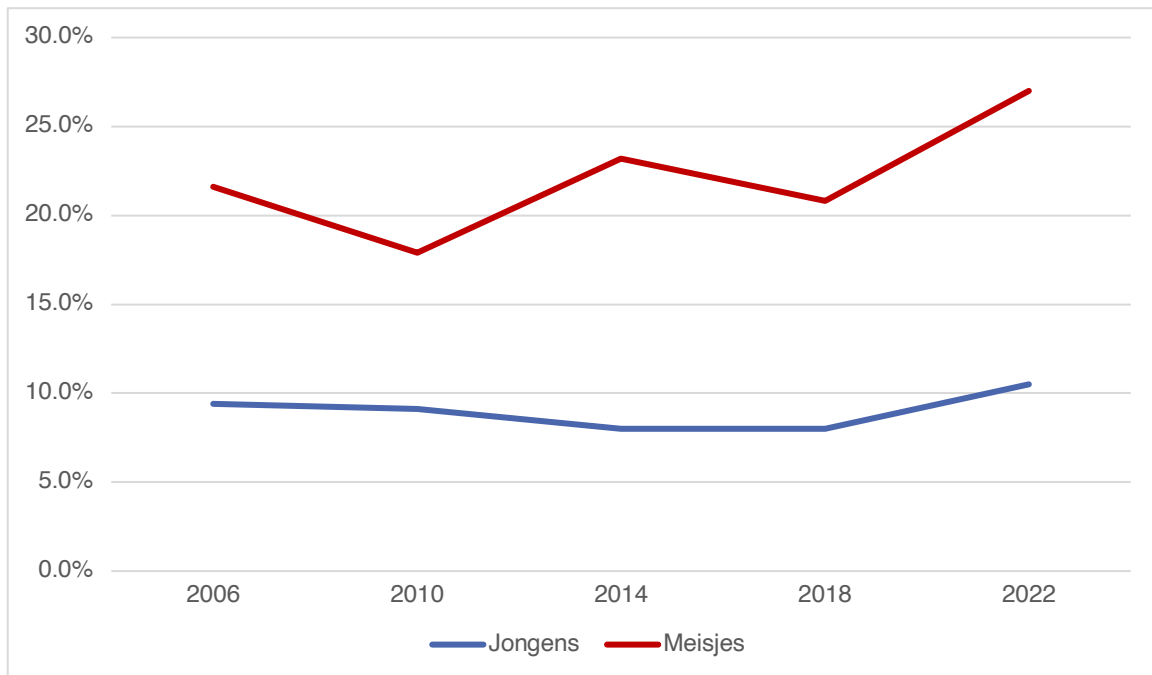
EVOLUTIE

We zien in figuur 4.20 dat in vergelijking met de bevindingen uit 2018 er een toename was in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij alle jongeren, alsook bij de jongens en meisjes afzonderlijk.

Daarvoor (2006-2018) zagen we bij jongens juist een daling. In vergelijking met 2006 (9.4%) was het percentage in 2018 (8%) significant gedaald ($p < 0.010$). Daarentegen zien we bij meisjes een meer schommelend beeld. In vergelijking met 2014 was er in 2018 een gunstige en significante afname te zien bij de meisjes ($p < 0.010$), maar het percentage verschilde niet met 2006. Nu was er juist een significante stijging ten opzichte van 2018.

Wanneer we meer toespitsen op de verschillende leeftijdscategorieën dan zien we dat ten opzichte van de bevindingen uit 2018 is vast te stellen dat de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag toenam overheen alle leeftijden, alsook bij de alle leeftijdsgroepen bij de jongens en de meisjes afzonderlijk behalve bij de 13- tot 14-jarige jongens.

Figuur 4.20. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.



Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

In vergelijking met de bevindingen uit 2018 nam de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag toe bij alle opleidingsvormen in de totale groep jongeren alsook bij de jongens en de meisjes uit het aso en het tso. In het bso werd enkel bij de meisjes een toename in de prevalentie tussen 2018 en 2022 gevonden (zie tabel 4.6).

Tabel 4.6. Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	ASO	TSO	BSO
Totaal			
2018	11.1%	18.1%	22.6%
2022	16.9%	22.8%	26.1
Jongens			
2018	5.9%	10.2%	13.5%
2022	9.8%	12.3%	15.0%

Meisjes			
2018	14.6%	28.2%	33.1%
2022	22.6%	35.0%	40.1%

Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

CASE-STUDIE

Een belangrijke studie die ons informatie verschaft over opzettelijk zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren is de CASE-studie (Madge et al., 2008)⁹. Dit betreft echter gegevens die afkomstig zijn uit 2000-2001. De onderstaande bevindingen dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

In alle landen die hieraan hebben deelgenomen, kwam opzettelijk zelfbeschadigend gedrag ruim tweemaal 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 4.7). 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.

⁹ 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 bevroegd naar opzettelijk zelfbeschadigend gedrag, al dan niet met suïcidale intentie. Aan de jongeren werd gevraagd of zij zichzelf ooit gedurende het leven al eens opzettelijk hebben beschadigd (lifetime prevalentie) en of zij zichzelf opzettelijk hebben beschadigd gedurende het afgelopen jaar of tijdens de voorbije maand. Voor wat betreft België (Vlaanderen) werden Oost- en West-Vlaanderen als catchment area geselecteerd. In totaal werden door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek 4396 Vlaamse jongeren (14 tot 17 jaar) bevroegd. Het merendeel van de bevroegde jongeren (80%) betrof 15-16-jarigen.

Tabel 4.7. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	JONGENS	MEISJES
Lifetime pre=valentie		
Alle landen	4.3%	13.5%
Vlaanderen	6.5%	15.3%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 ^{ste}	4 ^{de}
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Alle landen	2.6%	8.9%
Vlaanderen	4.2%	10.5%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 ^{ste}	4 ^{de}
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
Alle landen	1.0%	2.6%
Vlaanderen	1.4%	3.2%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 ^{ste}	3 ^{de}

Bron: Madge et al., 2008

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,¹⁰ toont aan dat bijna driemaal zoveel Vlaamse jongeren zichzelf ooit of in het voorbije jaar opzettelijk hebben beschadigd dan Nederlandse jongeren (Portzky et al., 2008). Overeenkomstig de resultaten van Madge et al. (2008), komt in beide landen opzettelijke zelfbeschadiging beduidend meer voor bij meisjes dan bij jongens. Zie tabel 4.8.

Tabel 4.8. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.

¹⁰ 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.

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

GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING

In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-studie, gaf gemiddeld ruim 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 4.9).

Tabel 4.9. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14 – 17 jarigen. 2000, 2001.

GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING	JONGENS	MEISJES
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Alle landen	9.9%	21.5%
Vlaanderen	1.7%	20.9%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	7 ^{de}	5 ^{de}

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).

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

PREVALENTIE 2015

Van de 1.103 jongeren die de vraag met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag hadden beantwoord, gaven 171 jongeren (15.5%) aan ooit opzettelijk te veel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zichzelf lichamelijk te beschadigen (zie tabel 4.10). 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.

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 te veel 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 te veel pillen te hebben ingenomen.

Tabel 4.10. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West-Vlaanderen	Sint-Niklaas

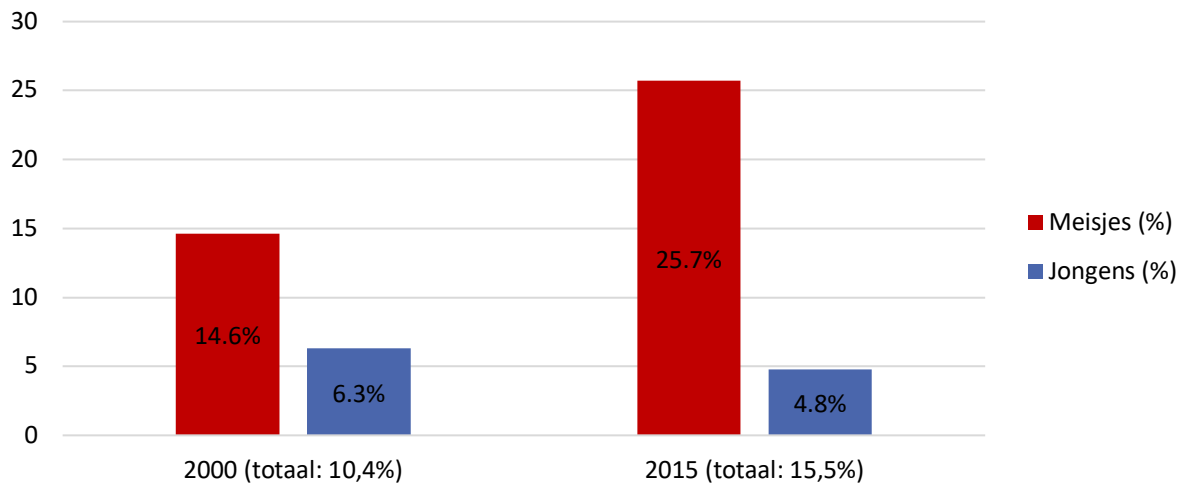
Lifetime prevalentie		
Totaal	10.4%	15.5%
Meisjes	14.6%	25.7%
Jongens	6.3%	4.8%
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Totaal	7.0%	9.8%
Meisjes	10.1%	16.5%
Jongens	4.1%	2.8%
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
Totaal		4.0%
Meisjes	Geen cijfers beschikbaar	6.2%
Jongens		1.7%

Bron: Vanderstraeten (2016)

PREVALENTIE 2015 VERSUS 2000

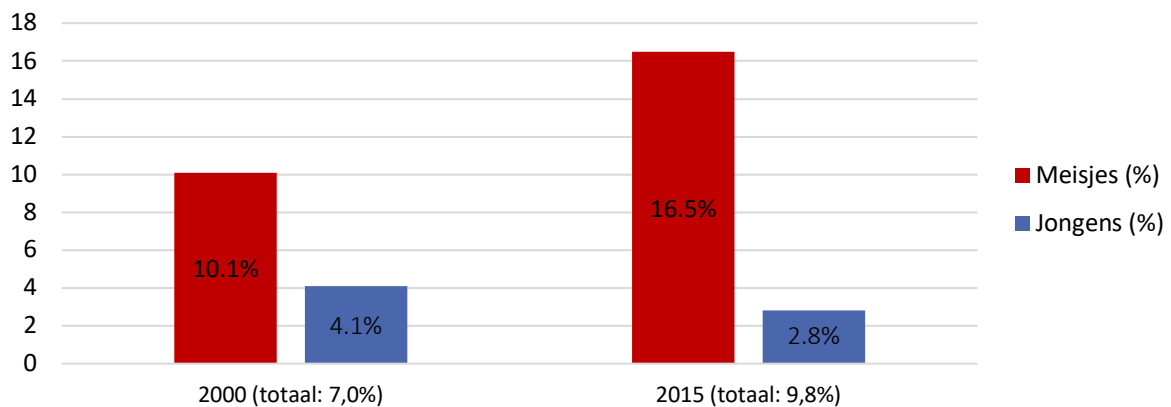
In vergelijking met 2000 toont het onderzoek een toename van jongeren die zichzelf beschadigen: zowel de lifetime prevalentie als de jaarlijkse prevalentie zijn toegenomen (zie figuur 4.21 en 4.22). Dit is vooral te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevraagd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

Figuur 4.21. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

Figuur 4.22. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

FREQUENTIE 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 4.11.

Tabel 4.11. 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 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.

GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING

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 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 4.12 en figuur 4.28 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 4.12. De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

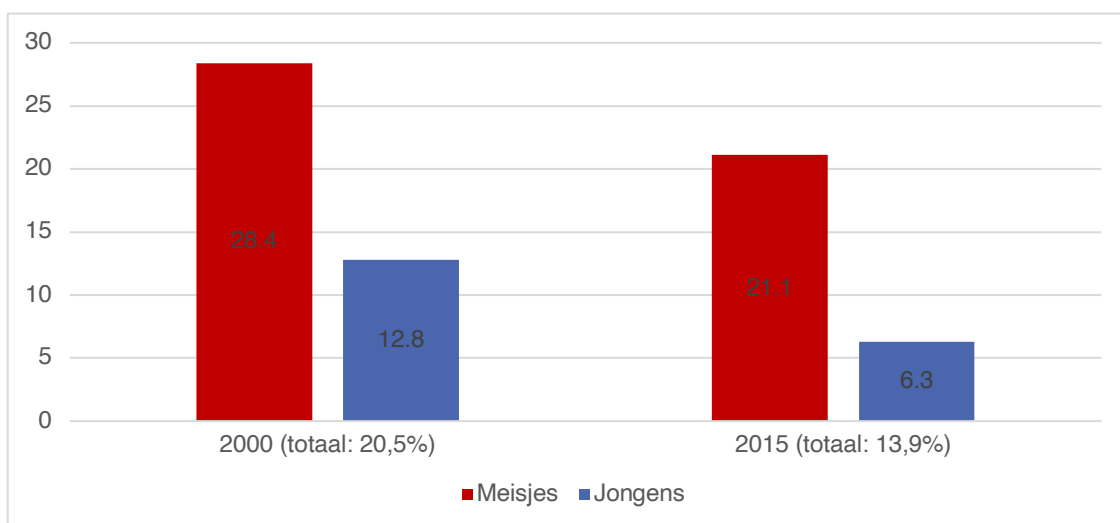
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar		
Totaal	20.5%	13.9%
Meisjes	28.4%	21.1%
Jongens	12.8%	6.3%

Bron: Vanderstraeten, 2016

PREVALENTIE 2015 VERSUS 2000

Net zoals in 2000, hebben significant meer meisjes dan jongens gedurende het laatste jaar er ernstig over gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, zonder het evenwel te doen (zie figuur 4.23). Algemeen toont het onderzoek in 2015 een afname van gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren.

Figuur 4.23. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

5. CIJFERS SUÏCIDEGEDACHTEN

5. CIJFERS SUÏCIDALE GEDACHTEN

Onderzoek toonde aan dat ongeveer een derde van de mensen met een gedachten aan zelfmoord een zelfmoordplan maakt, dat 72 procent van de mensen met een zelfmoordplan een zelfmoordpoging doet terwijl 26 procent van de mensen met gedachten aan zelfmoord zonder plan een ongeplande poging doet (Nock et al., 2008). De meerderheid van deze overgangen vindt plaats binnen het eerste jaar na het begin van de zelfmoordgedachten (60 procent voor geplande eerste pogingen en 90 procent voor ongeplande eerste pogingen) (Nock et al., 2008). Dit suggereert de aanwezigheid van suïcidegedachten en een suïcideplan het risico op een suïcidepoging significant verhogen en dat het risico op een suïcidepoging bij personen zonder plan voornamelijk beperkt is tot het eerste jaar na het begin van suïcidegedachten. Eerder suïcidaal gedrag behoort daarmee dan ook tot een van de sterkste voorspellers van daaropvolgend suïcidaal gedrag (Joiner et al., 2005; Borges et al., 2006)

5.1. BELGIË

GEZONDHEIDSENQUÊTE

De prevalentiecijfers van suïcidale gedachten worden verzameld door Sciensano in het kader van de Gezondheidsenquête. Het is belangrijk om deze gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data verzameld wordt aan de hand van zelfrapportage.

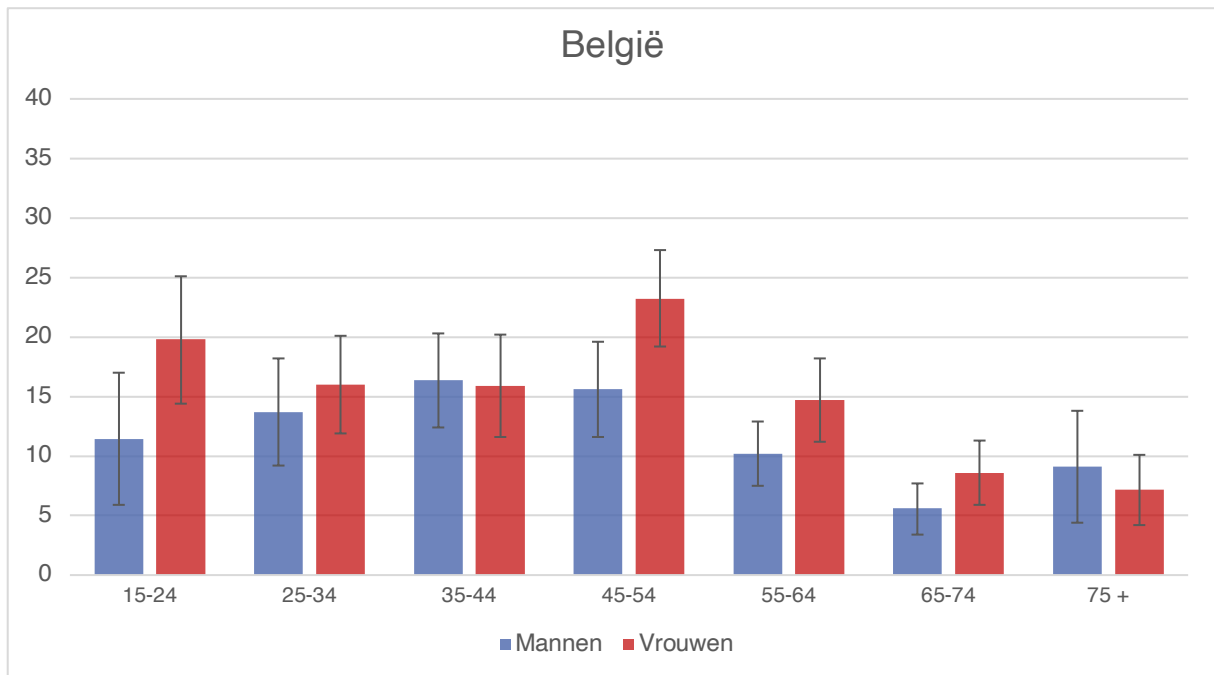
PREVALENTIE

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête blijkt in 2018 dat **13.9%** van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder aan minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide te hebben gedacht, en **4.3%** van de bevolking in de afgelopen 12 maanden (Gisle et al., 2020).

SOCIO-DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

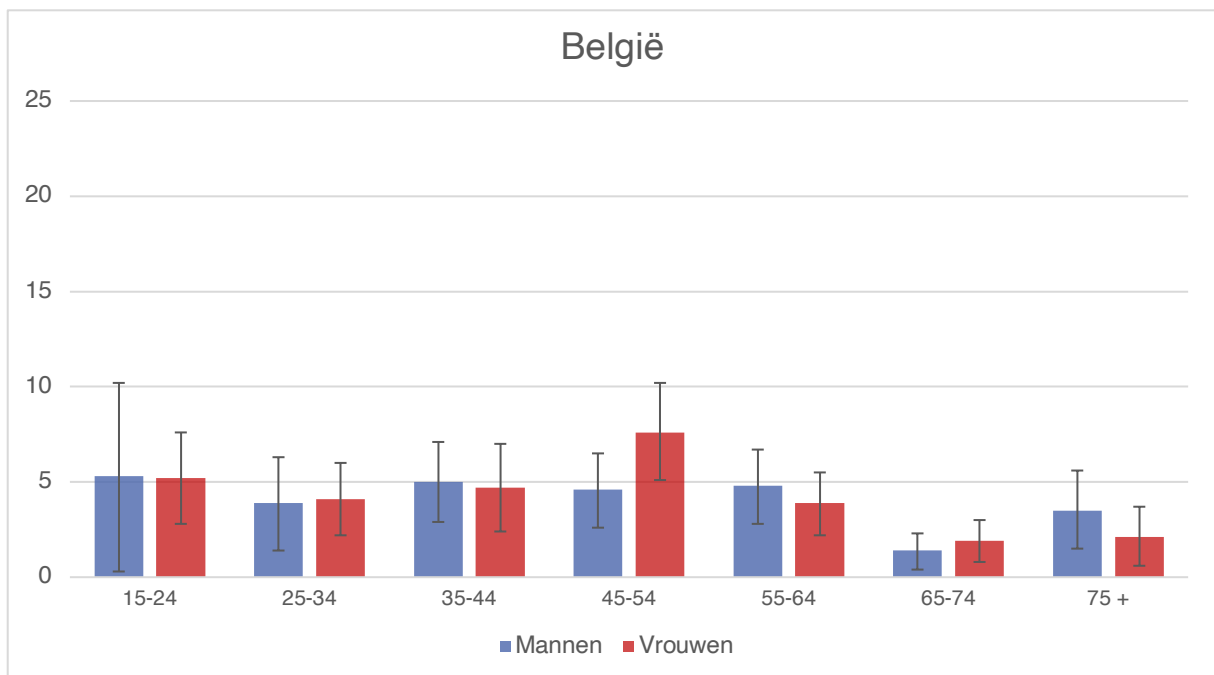
We zien dat trends voor suïcidale gedachten vergelijkbaar zijn met suïcidepogingen. Vrouwen lopen meer risico op suïcidale gedachten dan mannen, die dan weer wel meer risico lopen op overlijden door suïcide. Net als bij pogingen neemt het risico op gedachten af met de leeftijd, terwijl het risico op overlijden toeneemt met de leeftijd. In figuur 5.1 en 5.2 zijn geslacht en leeftijd meegenomen in de percentages van de Belgische bevolking dat suïcidale gedachten rapporteerde.

Figuur 5.1. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.2. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

GESLACHT

Zoals te zien in figuur 5.1 hebben relatief meer vrouwen dan mannen hebben ooit suïcidegedachten gehad (15.5% vs. 12.3%) en dit verschil blijft significant na correctie voor leeftijd. Er kunnen geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen worden vastgesteld voor wat betreft suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden (4.4% van de vrouwen, 4.2% van de mannen, zie figuur 5.2)

LEEFTIJD

Personen vanaf de leeftijd van 65 jaar hebben significant minder vaak (7.2% tot 8.0%) ooit gedachten aan suïcide gehad in vergelijking tot jongere personen (12.5% tot 19.4%). Dit gaat ook op voor suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden: bij diegenen van 65 jaar en ouder betreft het tussen 1.6% en 2.7%, terwijl het bij personen van 15 tot 64 jaar om 4.0% tot 6.1% gaat.

De kritische periode voor vrouwen situeert zich tussen de leeftijd van 45 en 54 jaar (7.4%). Tussen de leeftijd van 65 en 74 jaar melden zowel mannen als vrouwen het minst recente suïcidegedachten.

GEWEST

Suïcidegedachten ooit in het leven zijn iets nadrukkelijker aanwezig in Wallonië (15.8%) dan in Vlaanderen (12.9%) en het percentage in Brussel ligt tussen beiden (niet significant). Recente suïcidegedachten (in de afgelopen 12 maanden) worden eerder in Brussel (4.9%) en Wallonië (5.9%) dan in Vlaanderen (3.3%) gemeld, verschillen die significant zijn, zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

OPLEIDINGSNIVEAU

Hoewel het percentage dat ooit suïcidegedachten heeft gehad vrij uniform over de verschillende opleidingsgroepen is verdeeld (rond 13-14%), wijzen de voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde resultaten op een sociale gradiënt: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe lager het percentage personen dat ooit aan suïcide heeft gedacht. Sociale ongelijkheden zijn ook terug te vinden voor wat recente suïcidegedachten betreft. Ook melden de hoogstopgeleiden relatief minder dergelijke gedachten dan zij die een lager opleidingsniveau hebben.

Hoewel niet statistisch significant, tonen de resultaten op gewestelijk niveau dezelfde verschillen aan: de prevalentie van suïcidegedachten (ooit in het leven of recent) hangt omgekeerd samen met het opleidingsniveau.

EVOLUTIE

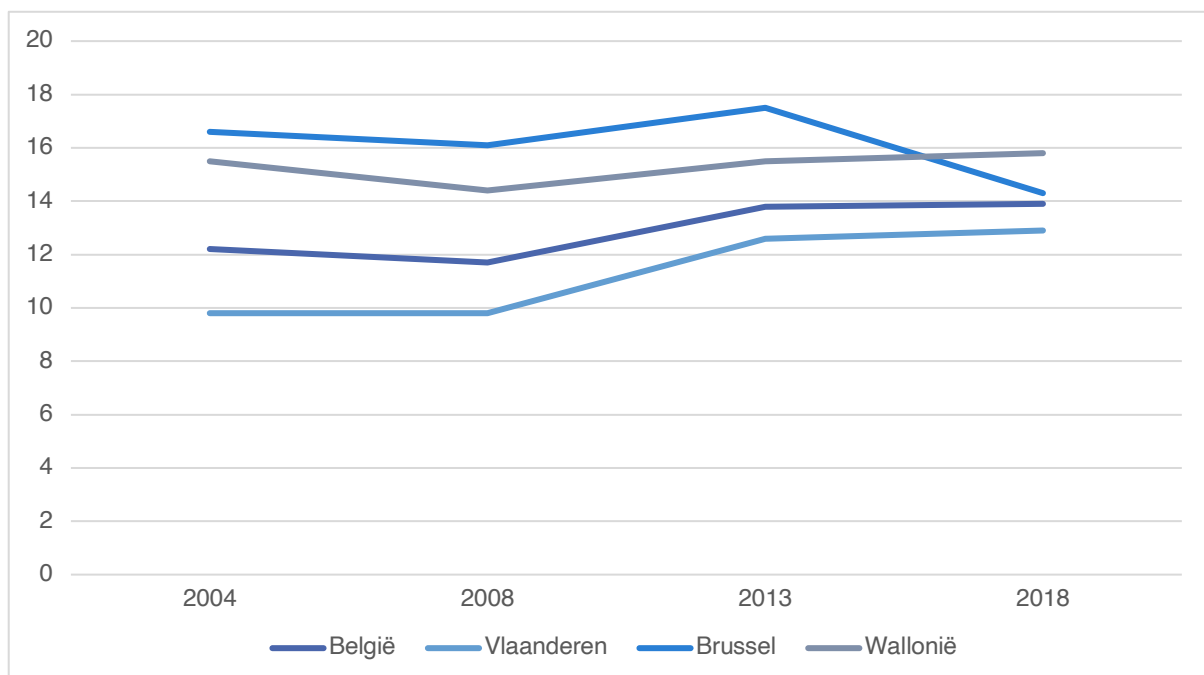
Zoals in figuur 5.3 te zien is, is het percentage mensen dat ooit aan suïcide heeft gedacht, tussen 2018 (13.9%) en 2013 (13.8%) stabiel gebleven in België, maar blijft groter dan in de periode 2004-2008 (ongeveer 12%). In figuur 5.4 zien we dat suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden in 2018 (4.3%) iets minder werden gemeld dan in 2013 (5.0%, niet significant) en sluiten nauwer aan bij het percentage uit 2008 (3.6%, niet significant). De resultaten tonen dus aan dat de waarden bekomen in 2018 deze van 2008 benaderen, maar nog niet echt verschillend zijn in vergelijking met de hoge waarden van 2013.

GEWEST

In Brussel is het percentage van de bevolking dat al minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide heeft gedacht, gedaald van 17.5% in 2013 tot 14.3% in 2018. Deze daling wordt noch in het Vlaanderen, noch in Wallonië vastgesteld.

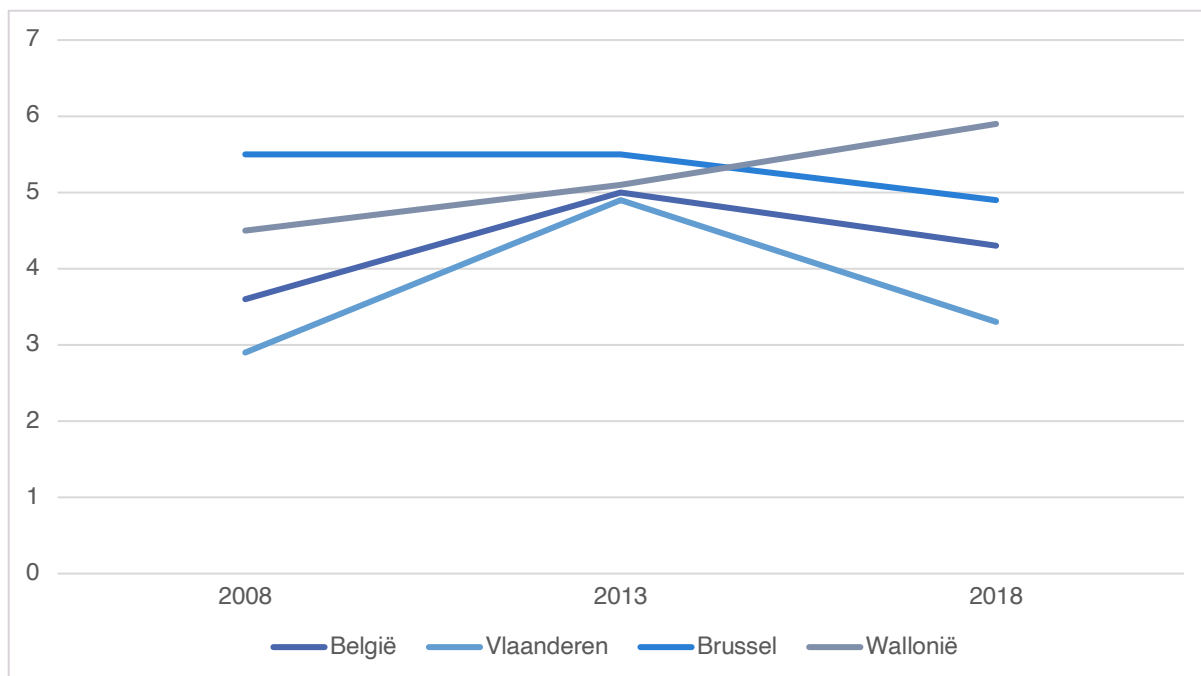
De prevalentie van mensen die recente suïcidegedachten melden, is in Vlaanderen (3.3%) gedaald in vergelijking met 2013 (4.9%) terwijl deze stabiel is gebleven in Brussel en Wallonië (niet significante verschillen), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

Figuur 5.3. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.4. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

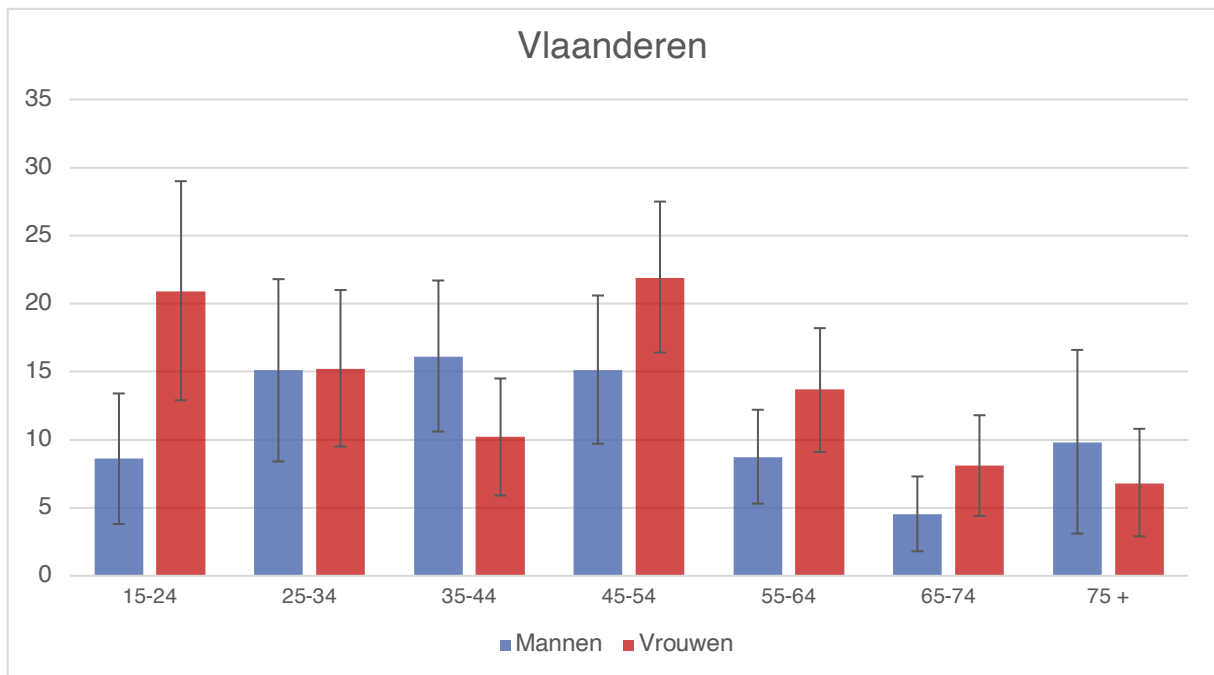
5.2. VLAANDEREN

GEZONDHEIDSENQUÊTE

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **12.9% van de Vlaamse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht** (zie figuur 5.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 3.3% (zie figuur 5.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

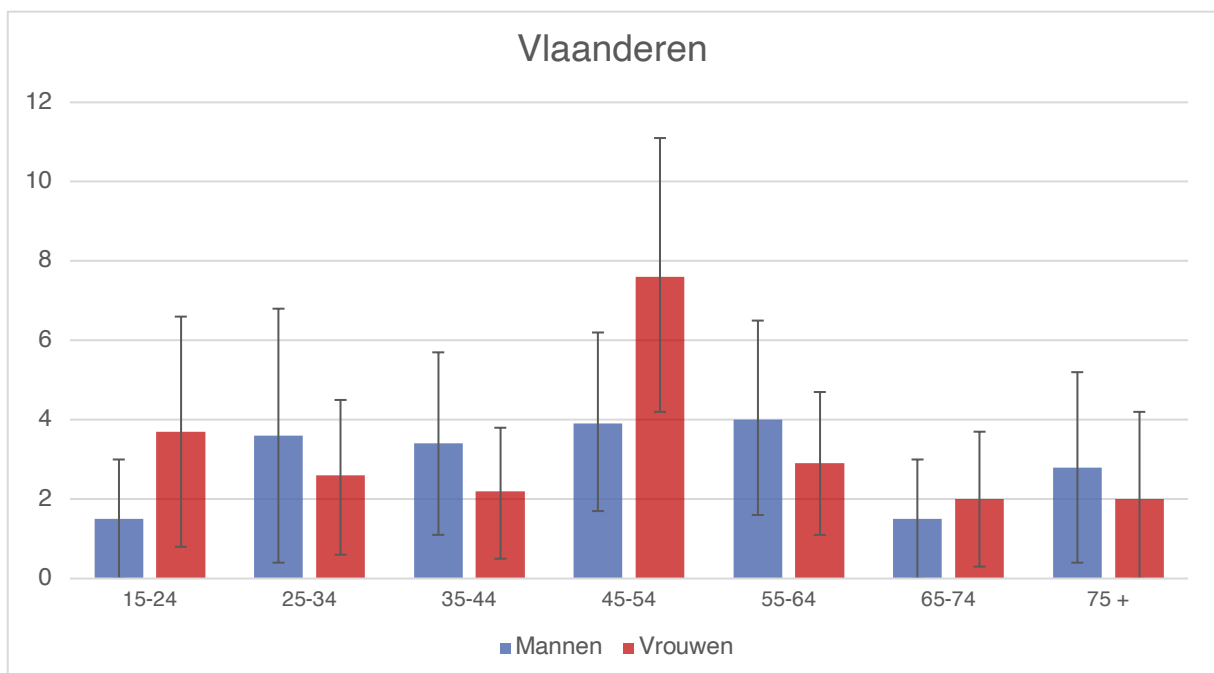
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we dat vrouwen ook hier over het algemeen meer denken aan suïcide, behalve in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar. Er kunnen geen verschillen in leeftijd en geslacht gevonden worden voor gedachten aan zelfmoord in de afgelopen 12 maanden.

Figuur 5.5. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.6. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

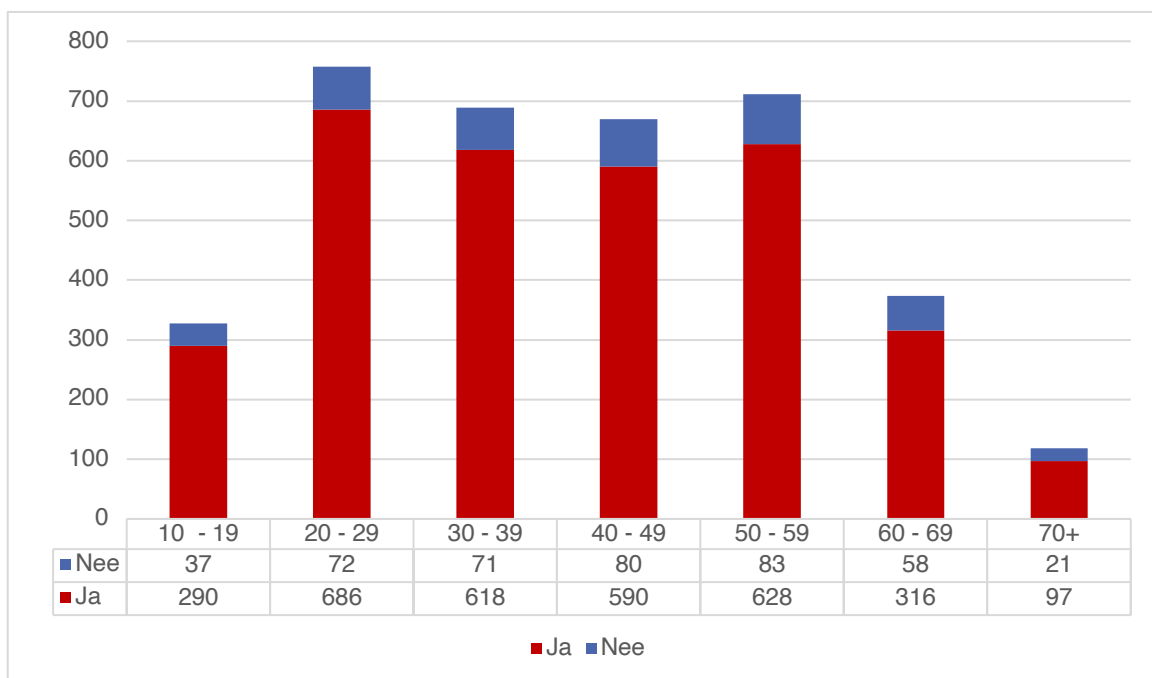


Bron: [Sciensano](#)

In de gesprekken die bij de Zelfmoordlijn gevoerd worden, staan suïcidale gedachten op de voorgrond. Na deze uitgebreid te hebben besproken, wordt ingeschat hoe acuut deze gedachten zijn. Hierdoor wordt door de vrijwilligers van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding bij vrijwel alle telefoon- en chatgesprekken (waarbij iemand contact voor zichzelf opneemt) geregistreerd in welke mate de oproeper kampt met suïcidale gedachten.

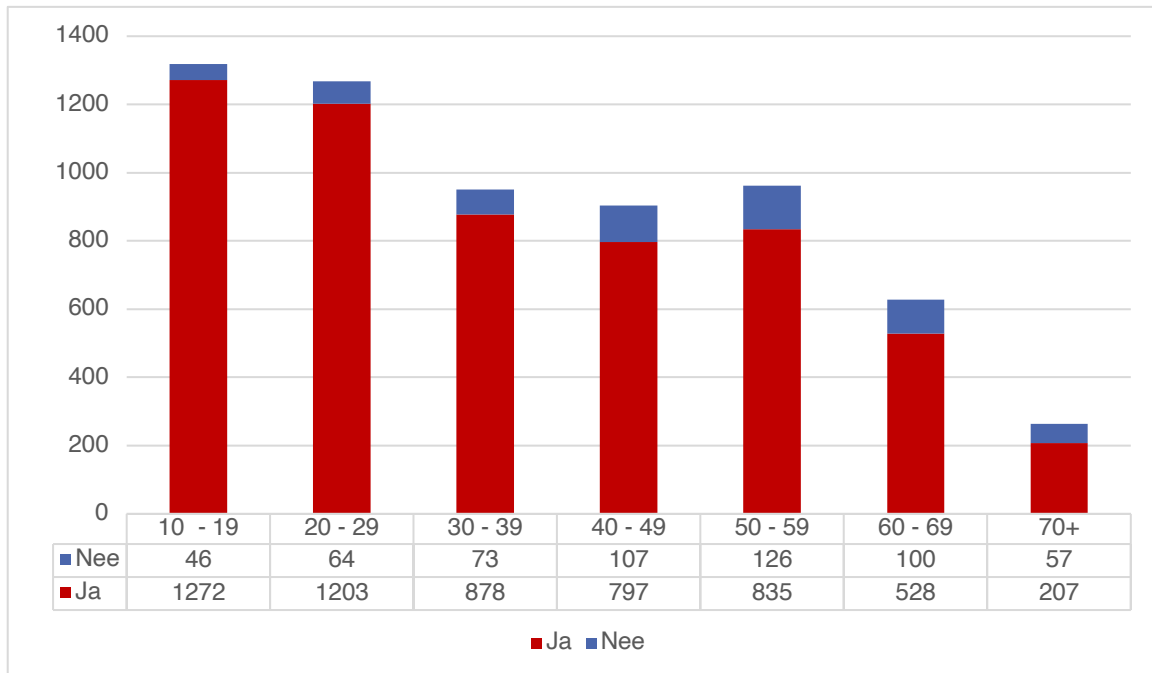
Figuur 5.7 en 5.8 tonen voor vrouwen en mannen afzonderlijk in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd tijdens het telefoon- of chatgesprek met de Zelfmoordlijn. Zoals verwacht, denkt het overgrote deel (91.4%) zelf ook aan zelfdoding op het moment dat zij de Zelfmoordlijn contacteren.

Figuur 5.7. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

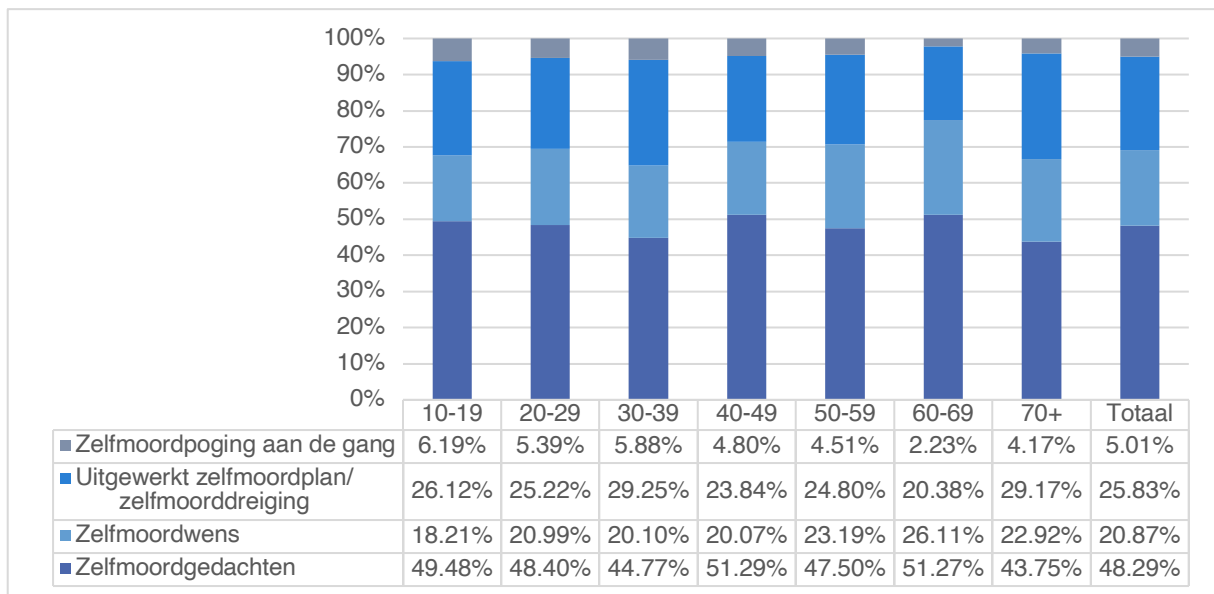
Figuur 5.8. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

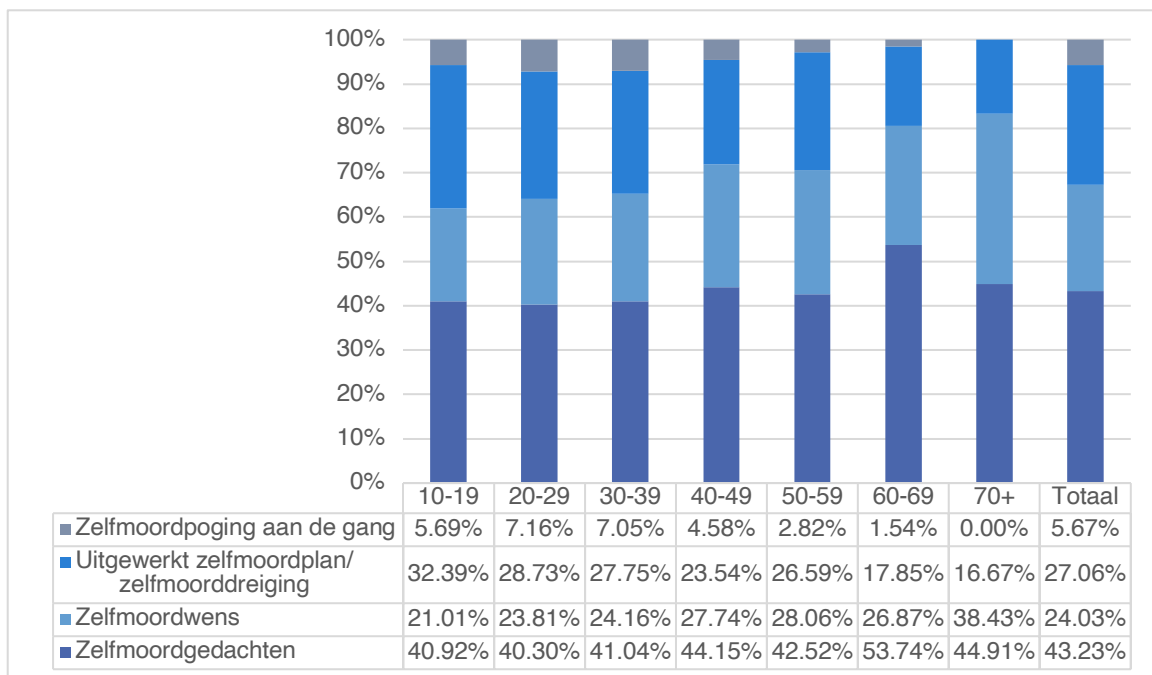
In figuur 5.9 en 5.10 is het suïcidale proces weergegeven wanneer de oproeper contact opnam met de Zelfmoordlijn. Zoals in de figuren te zien is, is er een duidelijk verschil zichtbaar naar gender en naar leeftijd. Bij vrouwen en met name jonge vrouwen wordt vaker een acutere situatie ingeschat. Bij vrouwen is er in 35.9% van de oproepen sprake van een uitgewerkt plan, concrete dreiging of een poging aan de gang. Bij mannen bedraagt dit 32.5%. De meeste acute situaties zijn te vinden bij jongeren (10-19 jaar) en jongvolwassenen (20-29 jaar en 30-39 jaar). In de leeftijd van 10-19 jaar, is bij vrouwen in 5.7% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang en bij mannen bij 6.2%. In de leeftijd van 20-29 jaar is bij vrouwen in 7.2% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang en bij mannen 5.5%. In de leeftijd van 30-39 jaar is bij vrouwen in 7.1% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang en bij mannen bij 5.9%.

Figuur 5.9. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2022.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

Figuur 5.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2022.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

De studie Jongeren en Gezondheid kadert binnen de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) studie. Sinds 1989 neemt Vlaanderen deel aan dit onderzoek. Deze wordt, onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie, uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent, met steun van de Vlaamse overheid. Suïcidale ideatie bij jongeren uit het secundair onderwijs wordt gemeten op basis van zelfrapportage. De meest recente cijfers stammen uit 2022 (Schrijvers, K., Dierckens, & Deforche, 2023).

PREVALENTIE

Het percentage jongeren dat aangaf meermaals zelf- moordgedachten gehad te hebben, bedroeg 22,3%.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

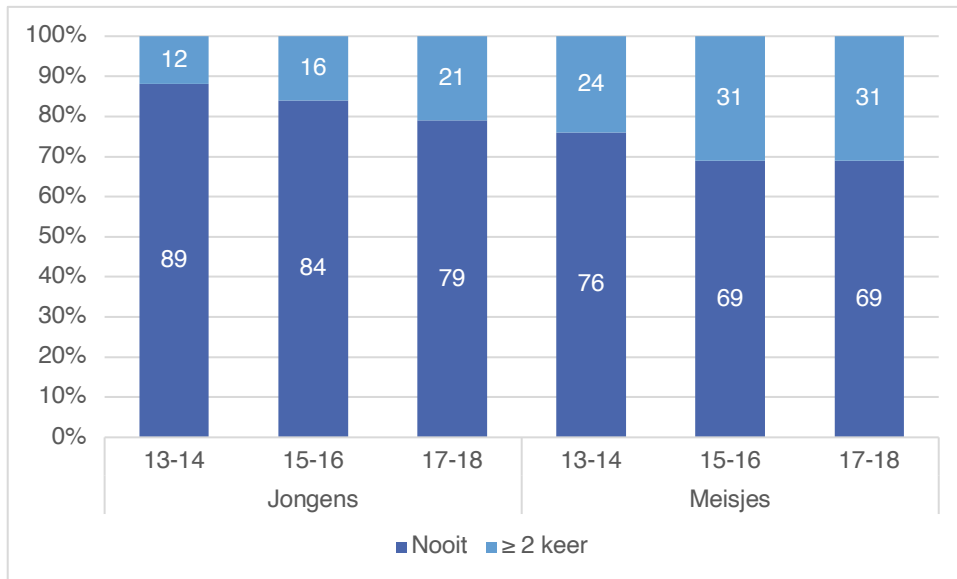
GESLACHT

De prevalentie van jongeren die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben bedroeg bij jongens 16.3% en bij meisjes 28.3% in 2022. Significant meer meisjes dan jongens hebben twee keer of meer aan zelfmoord gedacht.

LEEFTIJD

De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt. Bij de jongens uit de leeftijdsgroep 13- tot 14-jarigen geeft 11.5% aan dat ze al meer dan eens erover nadachten om het leven te beëindigen. Op de leeftijd van 17 tot 18 jaar is dit toegenomen tot 21.2%. Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken, van 23.7% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 30.6% op 17- tot 18-jarige leeftijd. Zie figuur 5.11.

Figuur 5.11. Percentages suïcidedgedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.

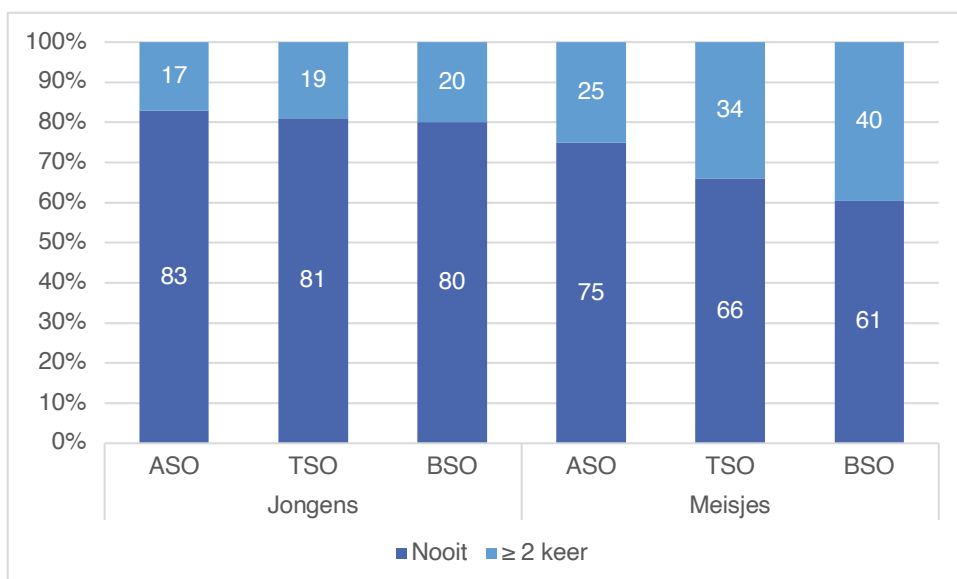


Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

OPLEIDING

Bij de jongens worden er geen significante verschillen gevonden in de prevalentie tussen de diverse opleidingsvormen. Bij de meisjes daarentegen worden significante verschillen waargenomen. De prevalentie van zelfmoordgedachten ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (39.5%) en het technisch secundair onderwijs (34%) ten opzichte van het algemeen secundair onderwijs (24.7%). Zie figuur 5.12.

Figuur 5.12. Percentage suïcidedgedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

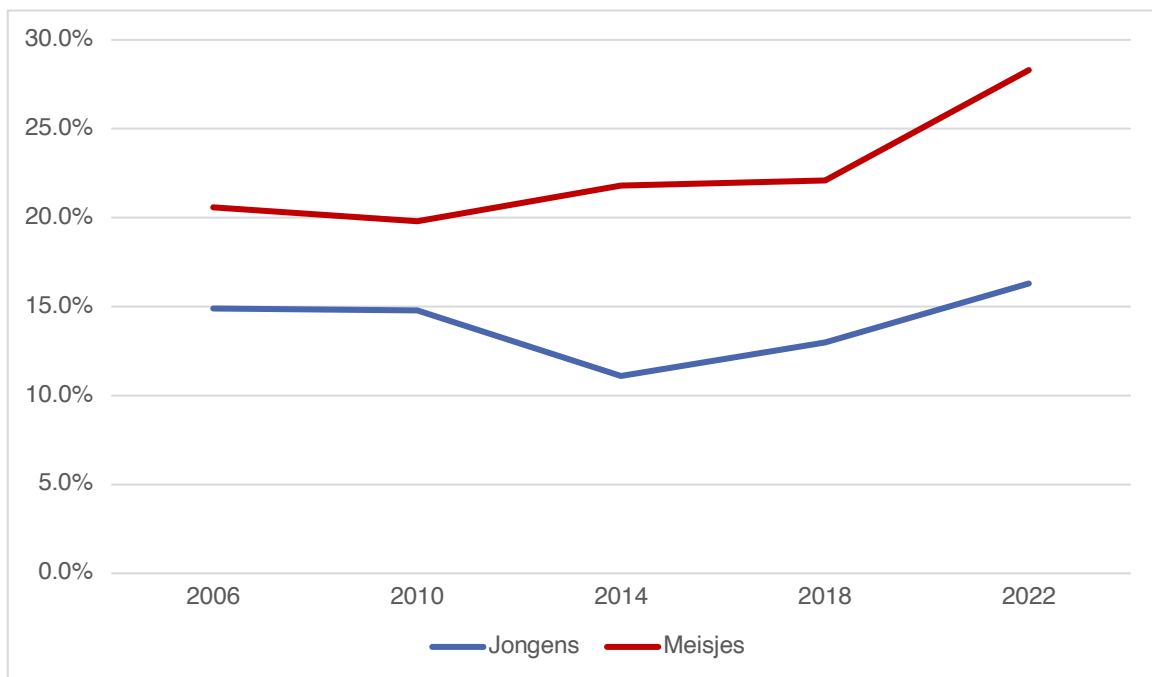


Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

EVOLUTIE

In vergelijking met 2018 werd een ongunstige evolutie geobserveerd in de prevalentie van zelfmoordgedachten en dit bij alle jongeren **en** de jongens en de meisjes afzonderlijk (Zie figuur 5.13).

Figuur 5.13. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022.



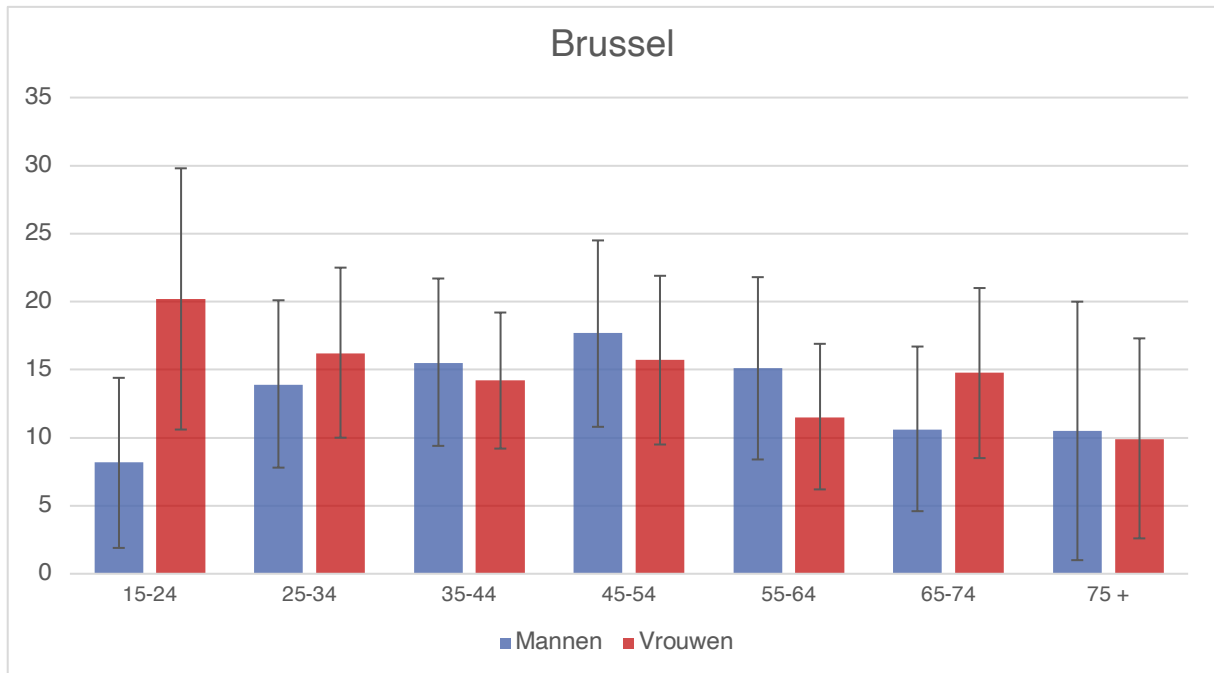
Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

5.3 BRUSSEL

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **14.3% van de Brusselse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suicide heeft gedacht** (zie figuur 5.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 4.9% (zie figuur 5.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

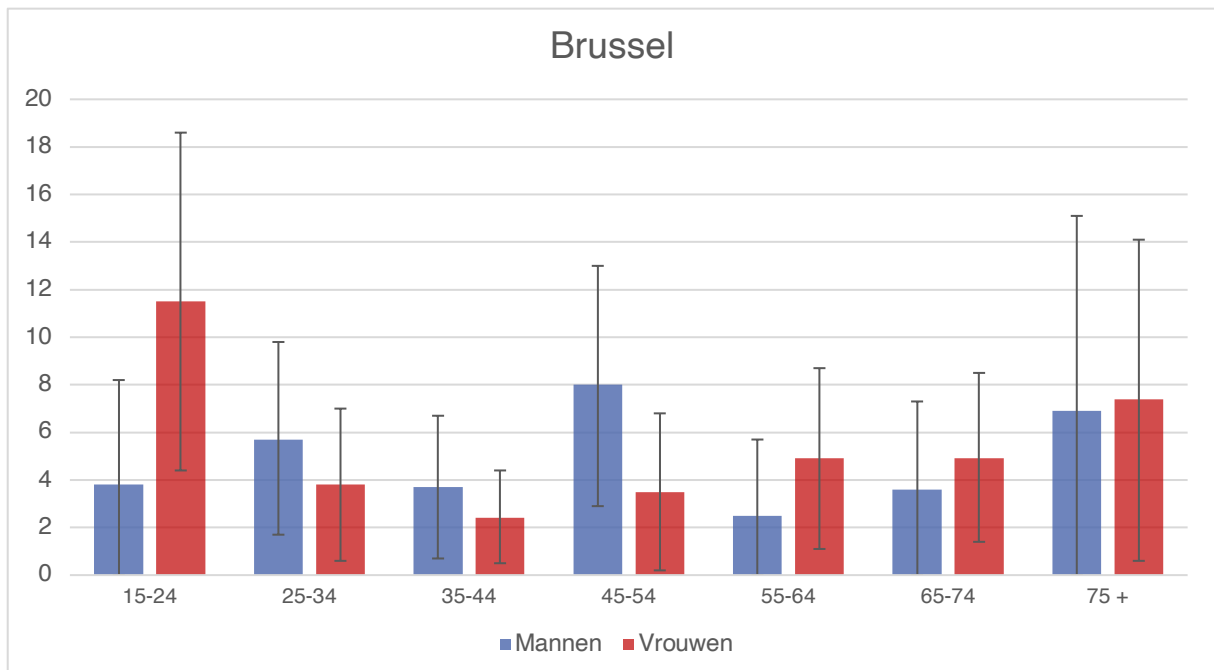
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we eerder een atypisch beeld, waarbij het niet altijd het geval is dat vrouwen gemiddeld gezien vaker aan zelfmoord denken in de loop van hun leven (zie figuur 5.14). Ook zien we dat er in Brussel is een relatief hoog percentage jonge vrouwen (11.5% in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar) dat recent suïcidegedachten gehad heeft en een relatief hoger percentage mannen en vrouwen vanaf de leeftijd van 65 jaar die dergelijke gedachten recent gehad hebben (zie figuur 5.15).

Figuur 5.14. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.15. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



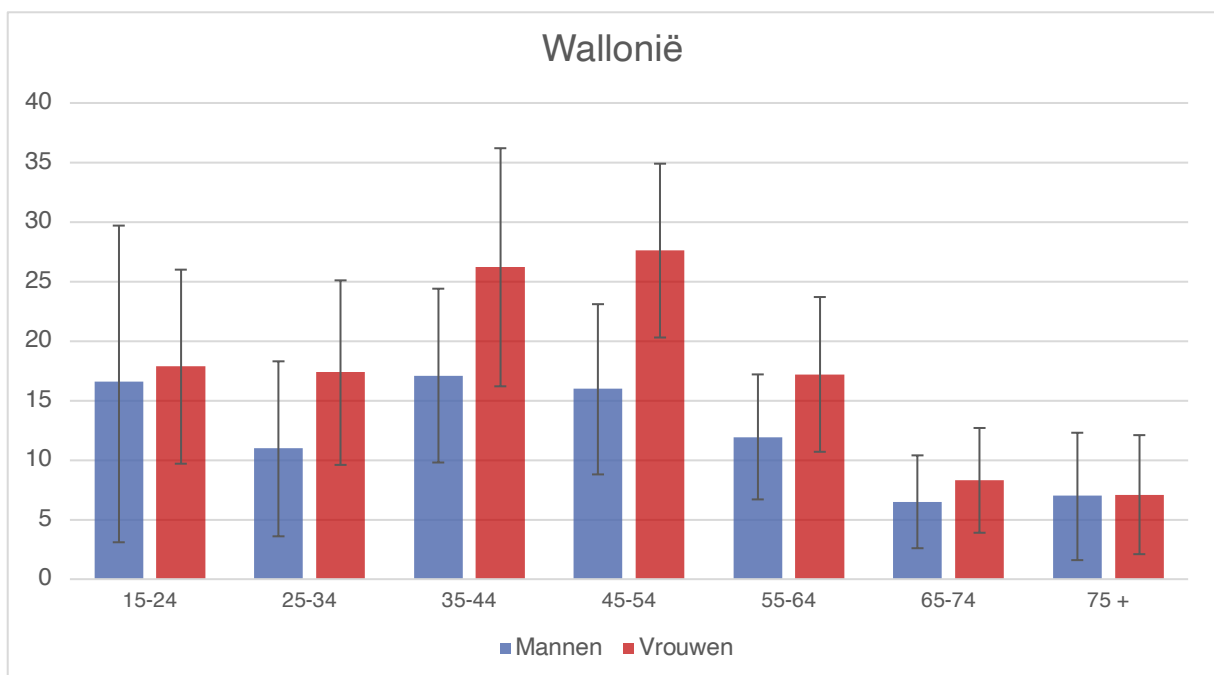
Bron: [Sciensano](#)

5.4 WALLONIË

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **15.8 van de Waalse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht** (zie figuur 5.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 5.9% (zie figuur 5.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

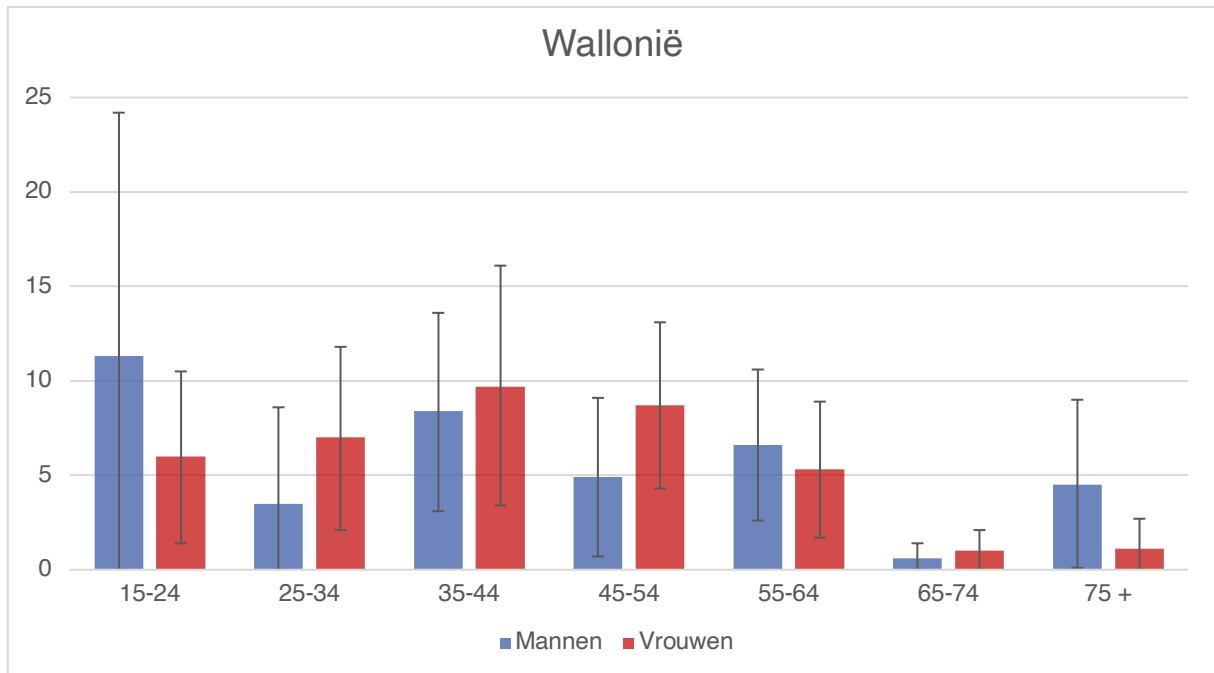
Net als in de andere gewesten, geven vrouwen in Wallonië relatief meer dan mannen aan ooit suïcidededachten gehad te hebben (respectievelijk 18.4% en 13.0%) en dit is ook zo over de verschillende leeftijdscategorieën. In Wallonië hebben relatief meer jonge mannen van 15 tot 24 jaar recent aan suïcide gedacht dan jonge vrouwen (respectievelijk 11.2% en 6.0%).

Figuur 5.16. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.17. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

5.5. COVID-19 PANDEMIE

In het kader van de COVID-19 pandemie onderzocht [Sciensano](#) hoe het welzijn van de Belgen evolueert tijdens de maatregelen die in het kader van deze pandemie werden gesteld. Sinds de start van de coronacrisis in maart 2020 worden er systematisch verschillende COVID-19-Gezondheidsenquêtes uitgevoerd.

COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

De meest recente COVID-19-Gezondheidsenquête waarin deelnemers werd gevraagd naar suïcidale gedachten was de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête, die plaatsvond in maart 2022.

Deelnemers aan de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij ooit in hun leven suïcidegedachten hadden ervaren. De antwoorden waren als volgt: "nee, nooit" (80%), "ja, maar enkel voor de start van de pandemie" (9%), "ja, zowel voor als tijdens de pandemie" (8%), en "ja, maar enkel tijdens de pandemie" (2.5%). Het percentage personen van 18 jaar en ouder die aangaven ooit in hun

leven zelfmoordgedachten te hebben gehad (hier 20%) ligt hoger dan de cijfers uit nationale enquêtes (bv. HIS 2018: 14% van de 18+- jarigen). We zien dus dat de **gedachten aan suïcide toeneemt ten opzichte van 2018**.

Van de volwassenen die aangaven dat zij 'voor en tijdens' de pandemie zelfmoordgedachten hebben gehad (8%), werd gevraagd of deze gedachten sinds het begin van de pandemie vaker (39%), even vaak (42%) of minder vaak (18%) voorkwamen in vergelijking met de periode voor de pandemie.

Van diegenen die aangaven tijdens de pandemie zelfmoordgedachten te hebben gehad (8% + 2.5% = 10,5%), gaf een meerderheid (71%) aan dat deze gedachten voorkwamen in de laatste 3 maanden. In verhouding tot de gehele volwassen bevolking (18+ jaar) komt dit neer op ongeveer 7% die sinds 1 januari 2022 aan zelfmoord heeft gedacht.

SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

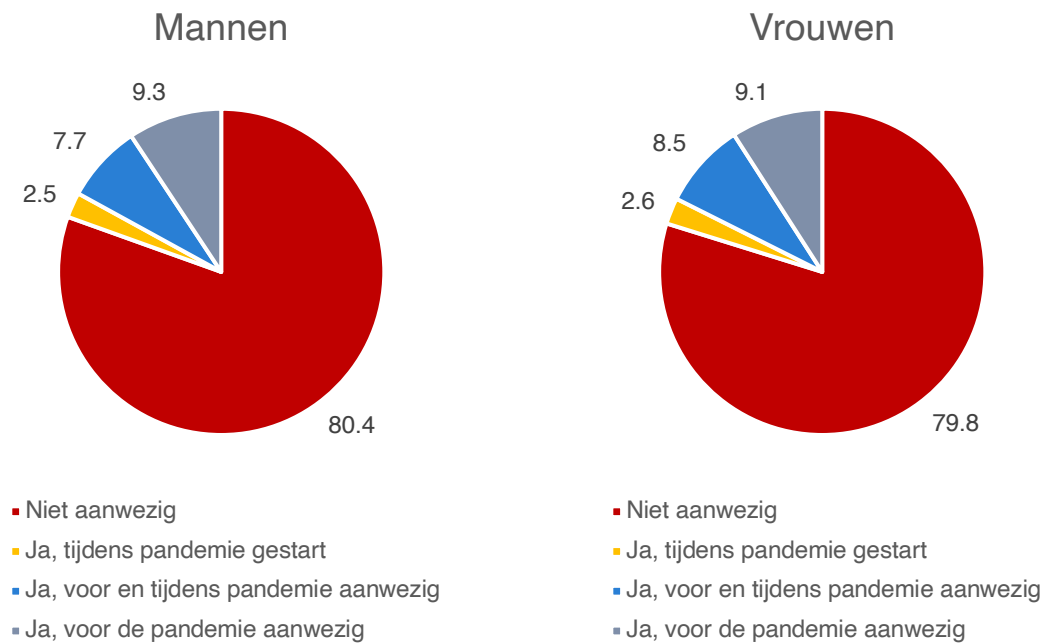
GESLACHT

De resultaten van deze tiende COVID-19-Gezondheidsenquête geven aan dat er na correctie voor leeftijd geen onderscheid is voor wat betreft het voorkomen van suïcidale gedachten ooit in hun leven tussen mannen en vrouwen (zie figuur 5.18)

LEEFTIJD

Er is een significant verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën: jongvolwassenen (18-29 jaar) gaven vaker aan "voor en tijdens" de pandemie (14.5%) en "alleen tijdens" de pandemie (5%) aan zelfmoord te hebben gedacht dan personen tussen 30-64 jaar (8% en 2% voor deze respectievelijke periodes) en 65-plussers (4% en 1% voor deze periodes).

Figuur 5.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19-gezondheidsenquête, België 2022



OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data van de COVID-19 gezondheidsenquêtes verzameld werd aan de hand van zelfrapportage en daardoor mogelijk minder betrouwbaar zijn. Er dienen daarnaast ook nog enkele methodologische kanttekeningen te worden geplaatst wanneer we de cijfers uit de COVID-19-Gezondheidsenquêtes willen vergelijken met de resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2018:

- Voor de COVID-19-Gezondheidsenquêtes werd gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode (bij de aankondiging van de studie werd gevraagd de uitnodiging door te sturen naar familie, vrienden en bekenden). Daarnaast werden deelnemers van de voorafgaande COVID-19-Gezondheidsenquêtes opnieuw gecontacteerd om deel te nemen. De reguliere gezondheidsenquêtes daarentegen, worden afgenomen aan de hand van een gestratificeerd meertraps, geclusterde steekproefmethode. Per gewest worden een beperkt aantal steden of gemeenten geselecteerd, die op hun beurt een beperkt aantal huishoudens selecteren. Per huishouden worden maximum 4 deelnemers weerhouden.

- De gegevens van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes zijn gebaseerd op online enquêtes. Dit is verschillend van de voorafgaande algemene Gezondheidsenquêtes, waarbij het interview bij de respondenten thuis wordt afgenomen door een getrainde enquêteur.

6. SAMENVATTING

6. SAMENVATTING

In het kader van de COVID-19 pandemie en de beperkende maatregelen is het belangrijk om het welzijn in Vlaanderen en bij uitbreiding België goed te monitoren. Vanuit de hulpverlening, het beleid en de algemene bevolking komen namelijk verontrustende berichten over de impact van de huidige coronacrisis op de geestelijke gezondheid van de bevolking en op suïcidaliteit in het bijzonder. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste cijfers uit dit epidemiologisch rapport.

6.1. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Sinds de coronacrisis volgt Sciensano de geestelijke gezondheid op door het systematisch uitvoeren van specifieke COVID-19-Gezondheidsenquêtes. De resultaten uit de tiende (meest recente) COVID-19 enquête (januari 2022) toont dat de bevolking nog steeds **gedestabiliseerd** is en lijdt aan **psychische problemen** (Flamant et al., 2022). In maart 2022 waren de cijfers weliswaar wat **gedaald** met betrekking tot **angst en depressie, 19% en 16% respectievelijk** en in juni 2022 zijn deze nog verder gedaald, **15% en 13% respectievelijk**. Ondanks deze daling in maart en juni van 2022 kunnen we concluderend stellen dat gedurende de pandemie de cijfers steeds verhoogd zijn geweest ten opzichte van 2018 en dat de fluctuaties samen gaan met de bestemmingsgolven en de genomen preventieve maatregelen.

Zoals reeds werd aangetoond door voorgaande COVID-19-Gezondheidsonderzoeken, is er een duidelijk **leeftijdseffect op deze geestelijke gezondheidsproblemen**: Jongvolwassenen tussen 18 en 29 jaar worden het meest getroffen en hebben een grotere kans dan ouderen (65+) om aan deze stoornissen te lijden: respectievelijk 24% tegenover 11% voor angst en 26% tegenover 9% voor depressie.

6.2. SUÏCIDE

Suïdecijfers worden geregistreerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van **overlijdenscertificaten**. Deze registratie is een complex gegeven en neemt de nodige tijd in beslag waardoor er nog geen suïdecijfers bekend zijn van 2022. Bijgevolg kan de impact van de coronacrisis op de suïdecijfers niet worden onderzocht voor 2022. Het vinden van een efficiëntere verwerking van de suïdecijfers lijkt noodzakelijk. Er is een technisch dataproject voor de modernisering van de verwerking van de sterftcijfers lopende is binnen Zorg en Gezondheid. Er zijn momenteel wel cijfers voor coronajaren 2020 en 2021 bekend.

De meest recente sterftcijfers die door het Agentschap Zorg en Gezondheid bekend werden gemaakt, laten zien dat er in **2021** in Vlaanderen **913 personen** door suïcide zijn overleden. Dit komt neer op **2.5**

suïcides per dag. Vermoedelijk is dit een onderschatting, aangezien er ook elk jaar sterfgevallen zijn waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is.

Met de gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse overheid werd in 2020 een afname van de suïcidecijfers beoogd met 20% in vergelijking met het referentiejaar 2000. Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in **2021 34% minder overlijdens ten gevolge van suïcide** waar te nemen dan in 2000. Wanneer hierbij een onderverdeling wordt gemaakt naar geslacht, kan een daling vastgesteld worden van 36% bij mannen en 28% bij vrouwen. De **gezondheidsdoelstelling** lijkt dus op dit moment zowel voor mannen als voor vrouwen over alle leeftijden heen **behaald** te zijn.

Globaal kan deze evolutie als positief en hoopvol beschouwd worden en toont dit aan dat **preventie werkt**. De cijfers tonen echter eveneens aan dat er nog steeds 2.5 suïcides per dag zijn en dat Vlaanderen daarmee blijft horen bij de Europese lidstaten die kampen met hoge suïcidecijfers: het Vlaamse suïcidecijfer ligt 1.4 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Het is daarom zeer belangrijk om **te blijven inzetten op de preventie van suïcide**.

Om toch zicht te krijgen op de impact van de coronacrisis op de suïcidecijfers van 2022, werden cijfers van de **Federale Politie** en het **College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)** van (de eerste helft van) 2022 ter beschikking gesteld aan het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Politiediensten komen namelijk frequent tussen bij een suïcide(poging) en registreren deze in de processen-verbaal waardoor deze cijfers een indicatie kunnen geven van eventuele stijgingen in de suïcidecijfers wanneer deze worden vergeleken met de cijfers van voorgaande jaren.

Voor wat het 1ste semester van 2022 betreft, tonen deze absolute cijfers voor België aan dat voor suïcide **iets hogere cijfers kunnen worden geobserveerd in vergelijking met de voorgaande jaren 2021, maar lager dan** 2019, 2018 en 2017 alsook het eerste coronajaar 2020.

Dus wat betreft suïcide kan voor België in 2022, 2021 en 2020 **geen verhoogde trend worden opgetekend in vergelijking met de jaren ervoor**.

Deze gegevens dienen echter wel met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd¹¹.

6.3. SUÏCIDEPOGINGEN

Het ondernemen van een suïcidepoging heeft een grote voorspellende waarde voor toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico om uiteindelijk te komen overlijden ten gevolge van suïcide is bij mensen die al een poging hebben ondernomen zeer groot. Het is daarom van groot belang om suïcidepogingen goed te monitoren. Binnen dit kader worden suïcidepogingen in Vlaanderen waarvoor medische hulp werd verkregen, geregistreerd op spoedafdelingen middels het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Deze gegevens worden geanalyseerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) en op basis hiervan wordt jaarlijks een verslag uitgebracht. De meest recente cijfers van het Jaarverslag tonen aan dat in 2021 de person-based rate (aantal suïcidepogers per 100.000 inwoners) 124 bedroeg en de event-based rate (aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners) 127. In absolute cijfers betekent dit dat **in 2021 naar schatting 8,449 suïcidepogingen** bij de spoeddienst aangemeld werden, wat neerkomt op ongeveer **23 suïcidepogingen per dag** (Vancayseele et al., 2022).

Ook voor wat betreft de suïcidepogingen kan er op basis van de **cijfers van 2021** een **significante daling van 7.9%** in vergelijking met het jaar 2020 worden vastgesteld.

De cijfers van de Federale Politie en het College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie) laten voor het aantal suïcidepogingen in **België geen verhoogde trend zien in vergelijking met de jaren ervoor**. Zoals ook bij de suïdecijfers die door de Federale Politie en het College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie) ter beschikking werden gesteld, is ook bij deze cijfers de nodige voorzichtigheid geboden.

¹¹ Het betreft de registratie van de processen-verbaal van de suïcides waar de politie bij betrokken was. Dit geeft dus *geen volledig beeld* van het totaal aantal overlijdens door suïcide. Deze cijfers zijn *een onderschatting* van het reële aantal suïcides. Het gaat hierbij ook om absolute aantallen, *geen gestandaardiseerde rates*, waardoor er geen rekening wordt gehouden met verandering in de populatie waardoor vergelijkingen over jaren ook minder betrouwbaar zijn. Het betreft hier cijfers over alle leeftijden heen en voor zowel mannen als vrouwen. Er zijn nog geen leeftijds- of geslachtsspecifieke cijfers beschikbaar waardoor nog geen zicht is op mogelijke leeftijds-of geslachtsverschillen.

6.4. SUÏCIDALE GEDACHTEN

In het kader van de COVID-19 pandemie onderzocht Sciensano hoe het welzijn van de Belgen evolueert tijdens de maatregelen die in het kader van deze pandemie werden gesteld. Sinds de start van de coronacrisis in maart 2020 worden er verschillende COVID-19-Gezondheidsenquêtes uitgevoerd. Deelnemers aan de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij ooit in hun leven suïcidegedachten hadden ervaren. De antwoorden waren als volgt: "nee, nooit" (80%), "ja, maar enkel voor de start van de pandemie" (9%), "ja, zowel voor als tijdens de pandemie" (8%), en "ja, maar enkel tijdens de pandemie" (2.5%). Het percentage personen van 18 jaar en ouder die aangaven ooit in hun leven zelfmoordgedachten te hebben gehad (hier 20%) ligt hoger dan de cijfers uit nationale enquêtes (bv. HIS 2018: 14% van de 18+- jarigen). We zien dus dat de **gedachten aan suïcide toeneemt ten opzichte van 2018 maar deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien een andere onderzoeksmethodologie wordt gebruikt voor de COVID-19-Gezondheidsenquêtes in vergelijking met de 4-jaarlijkse Gezondheidsenquêtes van Sciensano..**

6.5. SAMENVATTEND

Suïcide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. Eerste cijfers van zowel Vlaamse als internationale studies benadrukken de **impact van de COVID-19 pandemie en de beperkende maatregelen op het mentaal welzijn van de bevolking**. Over het algemeen zijn de cijfers voor suïcides en suïcidepogingen niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (2017-2019). Desondanks wijzen studies wel uit dat psychisch onwelbevinden en gedachten aan zelfdoding zijn gestegen tijdens de pandemie. Dit zijn risicofactoren voor suïcides en suïcidepogingen en dit toont aan dat het belangrijk is om deze cijfers goed te blijven monitoren.

7. REFERENTIES

REFERENTIES

- Agentschap Zorg en Gezondheid (2022). Agentschap Zorg en Gezondheid (2022). Evolutie van de sterfte voor verschillende doodsoorzaken [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 14 februari 2022. Beschikbaar op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-de-sterfte-voor-verschillende-doodsoorzaken>
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Alcohol use and risk of suicide: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of addictive diseases, 38*(2), 200-213. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1736757>
- Andersen, K., Hawgood, J., Klieve, H., Kölves, K., & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(3), 243-249. <https://doi.org/10.3109%2F00048670903487142>
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment*.
- 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.
- Bogdanovica, I., Jiang, G. X., Löhr, C., Schmidtke, A., & Mittendorfer-Rutz, E. (2011). Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(11), 1103-1114. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0282-3>
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine, 36*(12), 1747-1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008786>
- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (2022). *Jaarverslag 2021* [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 14 april 2022. Beschikbaar op https://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2022/03/CPZ_Jaarverslag2021.pdf
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health, 13*, 108-114. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.2.108>

- 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>
- Coppens, E., Vermeulen, B., Neyens, I., & Van Audenhove, C. (2014). Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven: LUCAS & Te Gek!?. https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/copy_of_rapport-stigmatisering-psychologischeproblemen-web.pdf
- 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. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- De Leo, D., Evans, R. (2003). International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Report to the Commonwealth of Australia. Canberra: Department of Health and Aging.
- De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Demarest, S., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Charafeddine, R., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J. Zevende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2021/14.440/51. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/4e6z-qa15>
- Demarest, S., Berete, F., Braekman, E., Charafeddine, R., Drieskens, S., Gisle, L., Hermans, L., Nélis, G., Van der Heyden, J. Negende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2022/14.440/2. <https://doi.org/10.25608/7e8n-pa14>
- Giner, L., Carballo, J. J., Guija, J. A., Sperling, D., Oquendo, M. A., Garcia-Parajua, P., ... & Giner, J. (2007). Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *International journal of adolescent medicine and health*, 19(1), 99-113. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2007.19.1.99>
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquete.be.
- Han, B., Crosby, A. E., Ortega, L. A., Parks, S. E., Compton, W. M., & Gfroerer, J. (2016). Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Comprehensive psychiatry*, 66, 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.001>

- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(1), 1372-81.
- Joiner Jr, T. E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., ... & Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of abnormal psychology*, 114(2), 291. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.291>
- Jouglu, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., Johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).
- Joyce, M., Daly, C., McTernan, N., Griffin, E., Nicholson, S., Arensman, E., Williamson, E., & Corcoran, P. (2020). *National self-harm registry Ireland Annual Report 2019*. Cork: National Suicide Research Foundation.
- Kene, P., & Hovey, J. D. (2014). Predictors of suicide attempt status: Acquired capability, ideation, and reasons. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 427-437. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9302-x>
- Kotila, L., & Lonnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 386-393. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb05623.x>
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, 197, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
- Madge, N., Hewit, A., Hawton, K., De Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., ... 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 203(6), 409-416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>
- Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, 345. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4972>
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.) *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.

- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Peterson, C., Sussell, A., Li, J., Schumacher, P. K., Yeoman, K., & Stone, D. M. (2020). Suicide Rates by Industry and Occupation – National Violent Death Reporting System, 32 States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (3). <https://dx.doi.org/10.15585%2Fmmwr.mm6903a1>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., ... & Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(6), 469-485. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0652-x>
- Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015>
- Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Rhodes, A. E., Bethell, J., Carlisle, C., Rosychuk, R. J., Lu, H., & Newton, A. (2014). Time trends in suicide-related behaviours in girls and boys. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 152-159. <https://doi.org/10.1177%2F070674371405900307>
- Shain, B; Committee on Adolescence (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1): e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>

- Schrijvers, K., Dierckens, M. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Beschikbaar op: [HBSC2022 Factsheet_welzijn.pdf \(ugent.be\)](#).
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>
- Vajda, J., Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 437-445. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00712.x>
- 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.
- Vancayseele, N., Van Hevelen, E., van Heeringen, C. & Portzky, G., (2022). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2021*. 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.
- 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; 2021). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. [Suicide worldwide in 2019 \(who.int\)](#)
- Windsor-Sheilard, B., & Gunnell, D. (2019). Occupation-specific suicide risk in England: 2011-2015. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 594-599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.69>
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: a review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12118>

OVERZICHT TABELLEN EN FIGUREN

TABELLEN

HOOFDSTUK 1

Tabel 1.1. Kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag.

Tabel 1.2. Overzicht bronnen van dit epidemiologisch rapport.

HOOFDSTUK 2

Niet van toepassing.

HOOFDSTUK 3

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

Tabel 3.2. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2020 versus 2019, verdeeld naar geslacht.

Tabel 3.3. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners) voor België, landen met hoge inkomens en de wereld als geheel, 2019.

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

HOOFDSTUK 4

Tabel 4.1. Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners 2020) per geslacht, 2021.

Tabel 4.2. Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen.

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

KADER: ZELFBESCHADIGING

Tabel 4.6. Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

Tabel 4.7. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

Tabel 4.8. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.

Tabel 4.9. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14 – 17 jarigen. 2000, 2001.

Tabel 4.10. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

Tabel 4.11. Frequentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

Tabel 4.12. De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

HOOFDSTUK 5

Niet van toepassing.

HOOFDSTUK 1

Niet van toepassing.

HOOFDSTUK 2

Figuur 2.1. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Figuur 2.2. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Figuur 2.3. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Figuur 2.4. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 2.5 Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 2.6. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 2.7. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 2.8. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 2.9. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 2.10. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Figuur 2.11. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Figuur 2.12. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 2.13. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.

Figuur 2.14. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Figuur 2.15. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Figuur 2.16. Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.

Figuur 2.17. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Figuur 2.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Figuur 2.19. Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.

Figuur 2.20. Evolutie van percentage personen naar eenzaamheid per gezondheidsenquête, België, 2021-2022.

HOOFDSTUK 3

Figuur 3.1. Evolutie gestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens geslacht.

Figuur 3.2. Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens gewest.

Figuur 3.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2021.

Figuur 3.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2021.

Figuur 3.6. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.7. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.10. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2021.

Figuur 3.11. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suicide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2021.

Figuur 3.12. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suicide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2021.

Figuur 3.13. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2021, per provincie.

Figuur 3.14. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.

Figuur 3.15. Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.

Figuur 3.16. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2020, volgens geslacht.

Figuur 3.17. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2020, volgens geslacht.

Figuur 3.18. Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2020 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

Figuur 3.19. Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2020 (voor zover beschikbaar).

Figuur 3.20. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.

Figuur 3.21. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.

Figuur 3.22. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.

Figuur 3.23. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.

Figuur 3.24. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Figuur 3.25. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Figuur 3.26. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

HOOFDSTUK 4

Figuur 4.1. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Figuur 4.2. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 4.3. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 4.4. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 4.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.

Figuur 4.6. Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.

Figuur 4.7. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2021, volgens geslacht.

Figuur 4.8. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.

Figuur 4.9. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.

Figuur 4.10. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Figuur 4.11. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Figuur 4.12. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

Figuur 4.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

Figuur 4.14. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020. **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

Figuur 4.15. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Figuur 4.16. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Figuur 4.17. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

KADER: ZELFBESCHADIGING

Figuur 4.18. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.

Figuur 4.19. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

Figuur 4.20. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.

Figuur 4.21. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

Figuur 4.22. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

Figuur 4.23. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

HOOFDSTUK 5

Figuur 5.1. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

Figuur 5.2. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

Figuur 5.3. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 5.4. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

Figuur 5.5. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 5.6. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Figuur 5.7. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.

Figuur 5.8. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.

Figuur 5.9. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2022.

Figuur 5.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2022.

Figuur 5.11. Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.

Figuur 5.12. Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

Figuur 5.13. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022. **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

Figuur 5.14. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Figuur 5.15. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Figuur 5.16. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Figuur 5.17. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Figuur 5.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19- gezondheidsenquête, België 2022.

DATA BIJ FIGUREN

HOOFDSTUK 1

Niet van toepassing

HOOFDSTUK 2

Figuur 2.1. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

	Score	95% CI		Score	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	1,3	0,8	1,7	1,9	1,6	2,3
25-34	1,4	1,1	1,7	2,5	2,2	2,9
35-44	1,8	1,5	2,1	2,2	1,9	2,4
45-54	1,5	1,3	1,8	2,2	2	2,5
55-64	1,4	1,1	1,7	1,8	1,5	2
65-74	0,8	0,6	1	1,5	1,3	1,8
75 +	1,5	1,2	1,9	1,6	1,3	1,9

Figuur 2.2. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	26	19,2	32,6	42,2	35,7	48,7
25-34	28,8	23,1	34,5	48,5	42,7	54,3

35-44	33,7	28,5	38,8	39	33,7	44,2
45-54	29,9	24,9	34,8	41,6	36,9	46,3
55-64	24,9	20,5	29,3	33,9	29,2	38,5
65-74	15,5	11,9	19,2	29,4	24,5	34,3
75 +	27,9	21,6	34,2	32,3	26,9	37,8

Figuur 2.3. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	12,2	6,7	17,6	22,3	17	27,7
25-34	12,8	8,7	17	27,8	22,6	33
35-44	19,7	15,4	24,1	22,4	17,7	27
45-54	14,5	11,2	17,8	22,4	18,8	26,1
55-64	13,4	10,2	16,7	18,5	14,9	22,1
65-74	7,4	4,7	10	17,2	13,2	21,2
75 +	16,5	10,9	22,2	15,9	11,8	20

Figuur 2.4. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1997	1,6	1,4	1,9	1,9

2001	1,3	1,1	1,6	1,5
2004	1,3	1,1	1,6	1,5
2008	1,3	1,2	1,8	1,5
2013	1,7	1,5	2,2	1,8
2018	1,7	1,5	2,1	2

Figuur 2.5 Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1997	31,1	27,2	37,1	35,2
2001	24,8	22,1	30,6	28,2
2004	24,5	20,9	30,7	29,7
2008	26	23,5	34,3	28,7
2013	31,8	29,3	39,8	34,9
2018	33	29,8	39,1	37,1

Figuur 2.6. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1997	17,2	15,1	20,8	20
2001	13,2	11,5	16,8	15,2
2004	12,7	11,2	15,9	14,6
2008	14	12,7	19,3	15,1

2013	17,9	16	24,9	19,9
2018	17,7	15	21,6	21,6

Figuur 2.7. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

	Score	95% CI		Score	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	0,9	0,6	1,3	1,7	1,2	2,2
25-34	1,4	1	1,8	2,2	1,7	2,6
35-44	1,4	1	1,7	1,7	1,4	2,1
45-54	1,4	1,1	1,8	2	1,6	2,4
55-64	1,3	0,9	1,6	1,5	1,2	1,8
65-74	0,7	0,4	0,9	1,4	1,1	1,8
75 +	1,7	1,2	2,3	1,5	1,1	2

Figuur 2.8. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		

15-24	21,4	13,4	29,4	37,6	28,4	46,9
25-34	26,5	19	33,9	44,1	35,8	52,5
35-44	28,6	22	35,3	33,1	26,1	40,1
45-54	27,5	21,1	33,9	38	31,5	44,6
55-64	22,9	16,9	28,9	30,1	24,1	36,2
65-74	14,1	9,3	18,9	28,7	22,1	35,2
75 +	29,5	20,9	38,2	30,9	23,6	38,2

Figuur 2.9. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	6,4	2,8	10,1	16,8	9,8	23,8
25-34	12,5	6,6	18,4	23,4	16	30,8
35-44	14	9,2	18,8	15,8	10,4	21,1
45-54	14,1	9,6	18,6	19,3	14,6	24,1
55-64	11	6,9	15,2	16,4	11,6	21,2
65-74	6,4	3	9,8	16	10,7	21,3
75 +	19,1	11	27,2	15,8	10,1	21,6

Figuur 2.10. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	Score	95% CI		Score	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	1,6	1	2,1	2,5	1,8	3,2
25-34	1,8	1,4	2,3	3	2,4	3,6
35-44	2,1	1,6	2,6	2,3	1,9	2,8
45-54	1,9	1,4	2,4	2,7	2,1	3,3
55-64	2	1,4	2,6	2,2	1,6	2,7
65-74	1,1	0,7	1,6	1,2	0,8	1,6
75 +	1,2	0,6	1,9	1,7	1,1	2,4

Figuur 2.11. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		

15-24	36,9	21,8	52,1	54,1	41,2	67
25-34	38,5	29,8	47,1	56,9	48,7	65,2
35-44	35,3	27,7	42,9	42,8	35,4	50,1
45-54	38,2	29,8	46,6	42,6	34,2	50,9
55-64	35,2	26,3	44	38,1	29,6	46,5
65-74	20,9	12,8	28,9	24,9	17	32,8
75 +	20,9	9,5	32,3	30,4	19,3	41,5

Figuur 2.12. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	12,3	3,9	20,6	25,6	13,9	37,3
25-34	18,9	12,1	25,6	31,6	23,7	39,4
35-44	24,4	17,4	31,4	22,2	16,2	28,2
45-54	20,6	13,4	27,7	30,5	22,7	38,3
55-64	19,7	12,4	27	24,2	16,7	31,8
65-74	13,5	6,8	20,2	14,8	8,3	21,3
75 +	10,1	2,4	17,8	13,2	5,8	20,7

Figuur 2.13. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.

	Score	95% CI		Score	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	1,7	0,6	2,8	2,2	1,6	2,7
25-34	1,3	0,7	1,9	3	2,3	3,7
35-44	2,3	1,7	3	2,9	2,3	3,4
45-54	1,6	1,1	2,1	2,5	2	3
55-64	1,5	1,1	2	2,2	1,7	2,7
65-74	1	0,6	1,4	1,8	1,2	2,3
75 +	1,2	0,7	1	1,8	1,3	2,4

Figuur 2.14. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	30,5	16,8	44,3	46,4	35,2	57,7
25-34	28,8	16,6	41	53,3	42,4	64,1
35-44	42,3	32,2	52,5	47,9	38,2	57,6
45-54	32,2	22,6	41	47,6	39,8	55,4
55-64	26,5	19,3	33,7	39,5	30,7	48,3
65-74	17,1	10,3	23,8	31,9	23,2	40,5
75 +	25,7	16,5	35	35,6	25,8	45,5

Figuur 2.15. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	21,3	7,9	34,6	30,2	20,2	40,2
25-34	10,7	2,7	18,7	34,7	25	44,4
35-44	28,7	18,9	38,5	33,8	23,8	43,8
45-54	13,5	7,8	19,3	25,9	19,2	32,6
55-64	16,8	10,7	22,9	20,9	14,6	27,2
65-74	7,9	3	12,8	19,9	12,6	27,2
75 +	12,3	5,4	19,2	16,7	9,9	23,5

Figuur 2.16. Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Angststoornis	Depressieve stoornis	Angststoornis HIS-2018	Depressieve stoornis HIS-2018
mrt/20	23	20	11	9,5
jun/20	16	15	11	9,5
sep/20	18	14	11	9,5
dec/20	23	22	11	9,5

mrt/21	21	21	11	9,5
jun/21	16	15	11	9,5
okt/21	16	14	11	9,5
dec/21	24	21	11	9,5
mrt/22	19	16	11	9,5
jun/22	15	13	11	9,5

Figuur 2.17. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Mannen				Vrouwen			
	18-29	30-49	50-64	65+	18-29	30-49	50-64	65+
mrt/20	22,09	23,22	14,71	10,31	32,82	33,62	26,99	19,06
jun/20	24,56	15,77	10,09	5,36	27,86	20,92	14,23	10,73
sep/20	25,52	20,02	12,49	7,71	28,73	22,37	16,41	11,05
dec/20	32,68	24,2	16,29	7,21	37,07	30,54	23,43	13,33
mrt/21	26,91	23,46	17,05	6,11	39,82	28,26	17,66	11,86

jun/21	19,69	17,56	11,3	4,65	34,52	20,85	14,14	9,19
okt/21	15,66	17,9	14,07	6,68	29,02	20,29	15,33	11,24
dec/21	26,69	27,8	14,41	8,7	45,73	32,29	22,59	15,79
mrt/22	13,73	20,28	14,67	7,74	33,58	25,37	18,88	14,29
jun/22	15,17	17,72	12,23	5,83	30,39	19,18	15,29	8,39

Figuur 2.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Mannen				Vrouwen			
	18-29	30-49	50-64	65+	18-29	30-49	50-64	65+
mrt/20	28,72	18,59	13,24	10,31	29,49	23,32	20,39	17,23
jun/20	28,93	16,14	11,4	6,34	23,65	15,62	12,58	10,74
sep/20	20,27	17,46	13,04	6,81	19,15	15,14	12,51	8,77
dec/20	35,03	23,51	17,09	8,49	33,91	23,98	20,16	15,34
mrt/21	34,38	22,84	17,02	7,54	41,55	24,28	17,45	11,98

jun/21	22,86	19,08	12,47	5,3	26,18	16,15	13,02	6,92
okt/21	14,93	17,56	13,97	7,05	23,05	16,38	12,46	9,05
dec/21	30,07	25,16	15,33	9,12	36,26	24,79	19,43	13,72
mrt/22	26,39	15,85	15,95	6,87	25,89	18,35	14,87	10,54
jun/22	11,95	16,13	11,83	5,29	25,74	14,6	11,95	7,41

Figuur 2.19. Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.

	Comorbiditeit	Angst	Depressie
Betaald werk	10,3	8,1	4,6
Werkzoekend	27,4	11,4	9,7
Invaliditeit	25,3	15,4	7,7
Student	14,1	9	13,2
Gepensioneerd	6,7	4,8	2,7
Huishoudelijk werk	17,3	5,9	1,7
Andere situatie	12,8	5,1	5,4

Er werden in de tiende Gezondheidsenquête geen geslachtsverschillen naar eenzaamheid gevonden.

	Niet eenzaam	Matig eenzaam	Ernstig eenzaam
mrt '22	46	32	22
dec '21	31	41	28
jun '21	44	34	22
mrt '21	21	50	29

HOOFDSTUK 3

Figuur 3.1. Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1998	32,5	11	20,7
1999	31,8	10,7	20,3
2000	32,9	12,1	21,6
2001	33,9	11,3	21,7
2002	32,2	11,2	20,7

2003	32,8	10,7	20,7
2004	30,2	10,2	19,4
2005	30,5	10,4	19,7
2006	28	10,1	18,6
2007	26,8	10	17,8
2008	29,4	10,2	19
2009	28,6	10,2	18,9
2010	28,3	10,3	18,7
2011	28,71	10,87	19,27
2012	28,96	9,76	18,78
2013	26,09	9,48	17,3
2014	25,7	9,88	17,29
2015	24,69	9,68	16,85
2016	25,5	9,51	17,09
2017	23,05	8,55	15,44
2018	23,83	8,77	15,93
2019	23,16	7,92	15,22
2020	23,16	8,11	15,24

Figuur 3.2. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw.), België, 1998-2020, volgens gewest.

	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1998	18,7	23,92	23,11

1999	19,59	20,73	21,49
2000	20,23	20,08	24,35
2001	19,55	21,15	25,76
2002	18,77	17,73	25,05
2003	18,23	20,97	25
2004	18,24	18,84	21,81
2005	18,6	17,29	22,58
2006	16,16	18,99	22,96
2007	16,11	16,25	21,23
2008	16,71	15,21	24,41
2009	17,78	13,47	22,66
2010	17,17	13,43	23,27
2011	17,98	14,54	23,05
2012	17,41	13,53	22,53
2013	16,1	13,17	20,63
2014	16,29	12,23	20,45
2015	16,18	10,28	19,94
2016	15,97	12,17	20,54
2017	14,82	12,82	17,17
2018	14,85	10,67	19,54
2019	14,3	12,17	17,92
2020	14,5	13,51	17,27

Figuren 3.3 en 3.4:

Figuur 3.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2021.

Figuur 3.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2021.

	Suïcide	Doelstelling (-20%)	Suïcide	Doelstelling (-20%)	Suïcide	Doelstelling (-20%)
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
2000	20,2	16,7	30,6	24,5	11,2	8,9
2001	19,5	16,7	30,3	24,5	10,2	8,9
2002	18,8	16,7	28,9	24,5	10	8,9
2003	18,2	16,7	28,2	24,5	9,6	8,9
2004	18,2	16,7	27,6	24,5	9,9	8,9
2005	18,6	16,7	28,7	24,5	9,8	8,9
2006	16,1	16,7	23,9	24,5	9,1	8,9
2007	16,1	16,7	23,2	24,5	9,7	8,9
2008	16,7	16,7	24,8	24,5	9,5	8,9
2009	17,7	16,7	26,3	24,5	9,9	8,9
2010	17,2	16,7	25,8	24,5	9,3	8,9
2011	18,2	16,7	26,9	24,5	10,4	8,9
2012	17,6	16,7	26,6	24,5	9,4	8,9
2013	16,3	16,7	24,8	24,5	8,5	8,9
2014	16,5	16,7	23,6	24,5	10	8,9

2015	16,3	16,7	23,9	24,5	9,1	8,9
2016	16,2	16,7	24,1	24,5	8,9	8,9
2017	14,9	16,7	22,2	24,5	8,3	8,9
2018	15	16,7	22,6	24,5	7,7	8,9
2019	14,7	16,7	21,8	24,5	7,5	8,9
2020	14,9	16,7	21,85	24,5	7,9	8,9
2021	13,8	16,7	19,6	24,5	8,0	8,9

Figuur 3.5 t/m 3.9:

Figuur 3.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2021.

Figuur 3.6. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.7. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2021.

Figuur 3.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2021.

Doelstelling -20% t.o.v. 2000					
	15-29 jarigen	30-44 jarigen	45-59 jarigen	60-64 jarigen	75 + jarigen
Mannen	21,4	30	27,4	27,9	48
Vrouwen	4,9	12,6	12,6	12,4	10

Gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.)

Jaar	15-29 jarigen		30-44 jarigen		45-59 jarigen		60-67 jarigen		75+ jarigen	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
2000			37,5	15,7	34,2	15,7	34,9	15,5	60	12,4
2001			37,4	11,2	39,2	16,6	31,7	11,8	60	13,4
2002			35,3	9	36,2	17	33	14,2	57,5	13,7
2003			35,2	9,2	35,7	14,8	26,1	15,4	60,1	8,2
2004			32,8	12,6	35,6	15	31,7	12,6	49,5	11,6
2005			33,8	11	37,4	18,8	34,6	13,3	55,3	6,6
2006			31,4	9,6	32,7	15,3	27,2	14	36	8,6
2007			29,1	10,1	34,5	14,2	21,2	15,3	41,5	15,5
2008			32,1	9,7	32	14,9	24,8	13,2	47,3	12
2009			38,5	11,9	32,7	15,5	29	14,1	41,5	8,6
2010			33	10	32,4	15,2	28,3	12,5	44,6	11,7
2011			31,7	10,8	35,3	17,8	33,1	15,3	47,6	8,8
2012	21,6	6,1	30,7	9,3	37,2	14,1	27	15,4	47	9,5
2013	19,1	5,2	28,6	8,8	36,3	15,1	24,5	8,8	45	13,5
2014	17,7	4,9	29,4	10,7	32,4	19,2	25,9	11,7	38,4	12,6
2015	18,5	4	26,4	9	37,1	16,3	23,6	12,5	41,8	12,3
2016	17,2	5,2	26,5	8,6	35,2	15,9	28,9	12	40,4	10,5
2017	18,2	4,5	27,5	7,5	31,5	15,5	22,5	12,3	39,1	9,8

2018	15,8	5	26,7	8,5	30,4	12,9	28,5	10,2	37,7	8,8
2019	15	5,9	24,1	6	33,8	12,8	23,3	10	37,5	10,7
2020	13,7	5,2	27,3	8,7	29,7	12,1	21,7	11,2	45,7	8,7
2021	13,5	6,4	23	7,2	24,2	12,1	24,6	12,6	38,2	9,1

Figuur 3.10 t/m 3.12:

Figuur 3.10. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2021.

Figuur 3.11. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2021.

Figuur 3.12. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2021.

Provincie	Totaal	Mannen	Vrouwen
Antwerpen	12,4	17,9	6,8
Limburg	9,7	14,1	5,4
Oost-Vlaanderen	15	20,3	9,7
Vlaams-Brabant	13,5	18,8	8,2
West-Vlaanderen	17,7	26,1	9,3

Figuur 3.13. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2021, per provincie.

Provincie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Antwerpen	17,1	15,3	13,9	15,5	15,4	12,4	14	12,9	13,1	12,4

Limburg	14,6	13,1	13,2	13	13,2	12,5	13	14,1	14,2	9,7
Oost-Vlaanderen	20,2	16,5	19,7	18,7	19,2	19,7	15,2	18,4	17,5	15
Vlaams-Brabant	16,5	16,3	16,3	14,3	14,4	13,2	12,9	11,7	11,4	13,5
West-Vlaanderen	20,4	21,6	20,8	19,9	20,2	18,1	20,6	15,7	17,9	17,7

Figuur 3.14. Suiciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.

	Artsen			Vlaanderen		
	Man	Vrouw	Totaal artsen	Man	Vrouw	Totaal Vlamingen
2004	18,2	21,9	19,3	35,2	13,8	24,6
2005	18,2	20,9	19,1	35,5	14,3	25
2006	18,2	20,1	18,8	34,3	13,8	24,1
2007	24,1	26,3	24,6	33,5	13,1	23,4
2008	21	30,9	24,4	34,1	13,4	23,9
2009	33,4	30,2	32,3	35,3	14,1	24,8
2010	27,5	29,5	28	36,1	14,8	25,6
2011	27,5	16,7	23,7	36,5	15,2	26
2012	9,2	16	11,7	38,1	13,8	26

Figuur 3.15. Suiciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.

	Artsen	Apothekers	Tandartsen	Kinesisten	Verpleegkundigen	Advocaten	Psychologen
2004	19,3	147,3	22,9	10,4	32	11,9	65,6

2005	19,1	84,2	15,2	17,1	46,5	11,9	36
2006	18,8	52,9	22,9	13,7	57,8	15,6	14,1
2007	24,6	70,9	22,9	3,4	38,9	7,7	14,1
2008	24,4	90,6	23	0	58,8	7,1	0
2009	32,3	91,4	30,7	0	65,7	7,1	5,3
2010	28	111,2	38,2	6,5	92,3	21,4	5,3
2011	23,7	113,4	22,6	19,4	101,1	10,5	0
2012	11,7	59,8	0	19	43,4	20,3	13

Figuur 3.16. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2020, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1998	37,94	14,16	23,92
1999	28,66	14,83	20,73
2000	28,72	12,99	20,08
2001	30,59	12,9	21,15
2002	25,78	10,88	17,73
2003	29,01	15,27	20,97
2004	26,95	12,51	18,84
2005	25,32	10,45	17,29
2006	26,36	13,6	18,99
2007	24,29	10,45	16,25

2008	23,24	9,38	15,21
2009	20,34	7,86	13,47
2010	17,55	10,11	13,43
2011	21,49	8,79	14,54
2012	18,3	9,52	13,6
2013	19,92	8,05	13,18
2014	18,66	7,5	12,2
2015	13,75	7,18	10,26
2016	17,62	7,51	12,22
2017	18,13	8,91	12,83
2018	14,48	7,41	10,7
2019	17,87	7,08	12,17
2020	18,52	9,13	13,51

Figuur 3.17. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2020, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1998	36,88	11,81	23,11
1999	34,91	10,62	21,49
2000	38,48	13,23	24,35
2001	41,93	12,87	25,76
2002	40,89	13,53	25,05

2003	42,41	11,17	25
2004	36,13	10,17	21,81
2005	35,39	11,77	22,58
2006	36,32	11,04	22,96
2007	34,59	10,37	21,23
2008	40,04	11,61	24,41
2009	35,67	11,6	22,66
2010	37,15	11,75	23,27
2011	35,58	12,37	23,08
2012	37,07	10,61	22,55
2013	31,47	11,53	20,62
2014	32,36	10,44	20,45
2015	29,54	11,77	19,94
2016	31,35	11,32	20,59
2017	26,49	8,98	17,21
2018	28,85	10,95	19,21
2019	28,02	9,02	17,92
2020	27,46	8,41	17,27

Figuur 3.18. Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2020 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

		Suïcide (ASR-E)
--	--	-----------------

label	Land	Totaal	Mannen	Vrouwen
CY	Cyprus	3,45	5,36	1,64
MT	Malta	3,98	5,06	2,72
GR	Griekenland	4,03	6,86	1,51
IT	Italië	5,61	9,38	2,29
SL	Slowakije	6,88	13,09	1,78
SP	Spanje	7,87	12,46	3,91
BG	Bulgarije	8,04	14,14	3,07
PT	Portugal	8,48	14,9	3,37
RO	Roemenië	9,04	16,64	2,38
IE	Ierland	9,62	14,18	5,2
LUX	Luxemburg	9,99	16,66	4,43
DK	Denemarken	10,01	14,93	5,58
EU - 27	Europese Uni	10,24	16,85	4,48
DE	Duitsland	10,3	16,6	4,84
NL	Nederland	10,48	14,51	6,65
ZWIT	Zwitserland	11,29	16,95	6,23
TJ	Tsjechië	11,53	20,5	3,92
OO	Oostenrijk	11,68	19,89	4,36
ZW	Zweden	11,91	17,3	6,23
PL	Polen	11,92	21,95	3,01
NW	Noorwegen	11,99	17,5	6,47

SE	Servië	12,61	21,15	5,58
IJS	IJsland	12,62	16,21	8,53
FIN	Finland	12,95	19,55	6,85
KR	Kroatisch	13,19	22,89	5,51
FR	Frankrijk	13,47	21,84	6,38
BR	Brussel	13,51	18,52	9,13
VL	Vlaanderen	14,5	21,75	7,85
BE	België	15,24	23,16	8,11
LIE	Liechtenstein	15,48	22,59	9,44
LET	Letland	15,59	29,93	4,74
EST	Estland	16,28	29,32	6,31
HN	Hongarije	17,08	30,39	7,18
SLO	Slovenië	17,01	29,7	6,19
WL	Wallonië	17,27	27,46	8,41
LIT	Litouwen	21,25	38	8,02

Figuur 3.19. Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2020 (voor zover beschikbaar).

	BE	DE	FR	UK	LU	NL	WHO
1968	15,5		15,97	9,2			
1969	14,92		16,17	8,64		8,41	
1970	16,4		15,91	7,94		9,13	

1971	15,27		15,82	7,92	13,36	9,33	
1972	15,32		16,54	7,67	14,64	9,2	
1973	14,64		15,83	7,83	12,64	9,72	
1974	15,5		15,91	7,94	12,86	10,17	
1975	15,79		15,91	7,52	10,49	9,76	
1976	16,31		15,85	7,76	13,98	10,26	
1977	18,71		16,48	7,98	16,08	9,93	
1978	20,22		17,12	8,09	18,45	10,32	
1979	20,89		18,48	8,53	19,9	11,22	
1980	21,56		18,99	8,74	12,88	10,56	
1981	21,15		19,18	8,84	16,43	10,45	17,71
1982	20,99		20,32	8,7	20,5	11,05	17,98
1983	22,08		21,06	8,62	21,3	12,2	
1984	22,65		21,3	8,61	17,67	12,52	
1985	21,97		21,77	8,81	14,27	11,24	17,42
1986	21,04		22,07	8,24	13,12	10,91	15,39
1987	21,23		20,89	7,82	18,82	10,8	15,33
1988	18,88		19,73	8,35	17,31	10,06	15,15
1989	17,85		19,65	7,34	18,23	10,01	15,52
1990	17,53	15,47	18,95	7,79	16,67	9,28	15,41
1991	16,54	15,49	18,94	7,62	18,59	10,18	15,39
1992	17,19	14,7	19,04	7,72	13,96	9,91	16,31

1993	19,68	13,83	19,84	7,41	15,21	9,62	17,69
1994	19,45	13,84	19,35	7,2	17,47	9,75	18,4
1995	19,68	13,92	18,71	7,09	14,18	9,23	18,27
1996	18,31	13,16	17,84	6,78	16,5	9,5	17,76
1997	19,6	13,15	17,47	6,75	17,98	9,44	17,15
1998	18,2	12,5	16,54	7,15	13,78	9,04	16,45
1999	16,8	11,87	16,08	7,18	15,27	9,02	16,72
2000	19,23	11,7	16,76	7,1673067	13,2	8,85	16,69
2001	19,33	11,7	16,14	6,73	15,34	8,56	16,29
2002	18,41	11,56	16,32	6,7	17,9	9,06	15,86
2003	18,64	11,51	16,48	6,41	9,97	8,62	15,22
2004	17,46	10,97	16,26	6,69	12,3	8,65	14,58
2005	17,58	10,42	15,87	6,42	9,55	8,99	13,8
2006	16,8	9,8	15,29	6,53	12,46	8,69	13,04
2007	15,81	9,38	14,68	6,12	15,36	7,66	12,5
2008	16,99	9,43	14,91	6,66	7,85	8,05	12,24
2009	16,97	9,51	15,04	6,6	8,79	8,46	12,26
2010	16,85	9,95	14,76	6,43	9,69	8,84	11,65
2011	17,13	9,92	14,66	6,75	9,49	9,1	11,23
2012	16,53	9,6	13,52	6,73	8,67	9,63	11,09
2013	15,27	9,85	13,29	7,22	6,61	10,05	10,99
2014	15,14	9,92	12,14	7,13	11,14	9,96	10,45

2015	14,89	9,65		7,24	10,36	9,95	10,08
2016	15,02	9,37		7,07	6,51	9,94	9,57
2017	13,7	8,7		6,9	8,1	10,1	9,2
2018	14	8,8		7,8	3,6	9,6	9
2019		8,2		8,2	10	9,3	8,8
2020		8,5				9,3	

Figuur 3.20. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.

	Afrika	Amerika	Europa	Midden oosten	Westelijk Azië Pacific	Zuidoost Azië	WHO
2000	15,61	7,73	19,65	7,68	14,04	15,11	14,03
2001	15,26	7,98	18,97	7,66	12,81	14,65	13,41
2002	15,03	8,02	18,68	7,58	12,27	14,26	13,08
2003	14,86	7,93	18,21	7,47	12,81	13,6	12,96
2004	14,61	7,9	17,73	7,36	12,96	13,29	12,8
2005	14,45	7,88	17,43	7,18	12,53	13,43	12,62
2006	14,32	7,87	16,17	7,12	11,67	13,36	12,11
2007	14,24	7,93	15,34	7,07	11,21	13,04	11,75
2008	13,34	8,09	15,24	6,97	10,82	12,72	11,55
2009	14,2	8,15	14,68	6,9	10,58	12,27	11,28
2010	13,83	8,13	14,36	6,97	10,1	12,24	11,05

2011	12,39	8,28	13,88	6,89	9,51	12,1	10,75
2012	13,09	8,26	13,61	6,88	8,77	11,75	10,36
2013	12,8	8,23	1334	6,8	8,38	11,26	10,04
2014	12,42	8,41	13,18	6,74	8,04	10,58	9,72
2015	12,15	8,55	12,54	6,67	7,75	10,2	9,43
2016	11,89	8,72	12,01	6,64	7,55	9,99	9,23
2017	11,66	9,16	11,33	6,56	7,42	9,9	9,11
2018	11,43	8,97	11,06	6,47	7,38	10,17	9,09
2019	11,25	8,99	10,5	6,4	7,19	10,2	8,96

Figuur 3.18 t/m 3.20:

Figuur 3.21. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.

Figuur 3.22. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.

Figuur 3.23. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019. **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**

Niet van toepassing.

Figuur 3.24. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federale Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal	1,435	1,397	1,383	1,374	1,228	675
Januari	110	107	120	128	101	113
Februari	119	103	105	116	88	99
Maart	127	146	101	102	107	118

April	130	113	117	111	104	107
Mei	133	110	133	111	97	126
Juni	121	107	124	135	115	112
Juli	116	132	121	115	106	-
Augustus	116	112	116	133	94	-
September	119	112	108	103	129	-
Oktober	116	111	131	107	94	-
November	120	116	99	99	98	-
December	108	128	108	114	95	-
Totaal	1,435	1,397	1,383	1,374	1,228	675

Openbaar Ministerie:

	2019	2020	2021	2022
Januari	138	131	113	103
Februari	123	107	79	96
Maart	127	112	123	142
April	141	116	102	104
Mei	129	114	105	115
Juni	118	143	98	118
Juli	139	127	110	106
Augustus	110	124	91	107
September	123	103	123	123

Oktober	133	118	99	104
November	96	86	95	88
December	108	121	109	86
Totaal	1,485	1,402	1,247	1,292

Figuur 3.25. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federale Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Januari	62	54	49	56	45	48
Februari	54	49	47	47	35	48
Maart	69	61	46	58	52	59
April	58	43	44	43	48	46
Mei	60	55	57	54	40	52
Juni	49	49	48	63	44	50
Juli	51	55	62	49	48	
Augustus	45	39	55	58	36	
September	52	57	42	51	65	
Oktober	64	56	64	53	34	
November	58	50	42	46	31	
December	51	62	35	43	42	
Totaal	673	630	591	621	520	303

Openbaar Ministerie:

	2019	2020	2021
Jan	65	61	44
Feb	68	39	33
Mrt	55	59	55
Apr	63	47	44
Mei	59	54	46
Jun	51	67	43
Jul	70	55	57
Aug	60	56	35
Sept	47	48	63
Okt	61	57	38
Nov	44	47	34
Dec	43	45	47
Totaal	686	635	539
Totaal	108	126	91

Figuur 3.26. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federal Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Jan	42	47	62	64	49	52
Feb	58	47	52	58	46	41
Mrt	52	75	51	34	45	55

Apr	65	64	61	52	47	52
Mei	63	48	66	48	45	56
Jun	56	52	63	61	64	48
Jul	60	67	50	54	52	
Aug	64	63	56	65	50	
Sept	58	51	55	43	55	
Okt	44	48	55	47	56	
Nov	51	58	50	46	62	
Dec	47	57	63	56	44	
Totaal	660	677	684	628	615	304

Openbaar Ministerie:

	2019	2020	2021
Jan	66	63	61
Feb	51	57	40
Mrt	69	44	59
Apr	68	52	48
Mei	60	50	47
Jun	57	64	50
Jul	57	61	47
Aug	45	59	50
Sept	65	45	49
Okt	56	55	57

Nov	44	31	57
Dec	55	59	54
Totaal	693	640	619

HOOFDSTUK 4

Figuur 4.1. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	2.3	0.3	4.2	5	2.5	7.4
25-34	2.6	0.6	4.5	5.2	2.7	7.7
35-44	5.4	3.0	7.8	6.8	3.2	10.5
45-54	4.9	2.8	7.0	8.1	5.6	10.7
55-64	2.3	1.1	3.5	5.3	3.2	7.4
65-74	0.8	0.1	1.5	3	1.5	4.5
75 +	1.8	0.3	3.3	2.8	1.0	4.7

Figuur 4.2. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2004	3,3	2,1	5,2	5
2008	4,4	3,6	5,7	5,4
2013	3,8	3,1	5,4	4,8
2018	3,9	3,1	3,9	5,3

Figuur 4.3. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2004	0,4	0,3	0,6	0,5
2008	0,5	0,4	0,5	0,6
2013	0,6	0,7	0,9	0,4
2018	0,3	0,2	0,4	0,5

Figuur 4.4. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	3	0.0	6.2	4,7	1.3	8.1
25-34	1	0.0	2.5	6,1	2.4	9.8
35-44	5,7	2.2	9.2	3,1	0.7	5.6
45-54	4,7	1.9	7.3	3,9	1.5	6.2
55-64	1,7	0.5	3.0	5,5	2.4	8.6
65-74	0	0.0	0.0	2,3	0.3	4.2
75 +	1	0.0	2.5	2	0.0	4.5

Figuur 4.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.

Totaal	Mannen	Vrouwen
--------	--------	---------

1999	165	131	200
2000	175	132	220
2001	146	109	185
2002	172	133	214
2003	135	102	168
2004	151	123	179
2005	165	144	188
2006	154	124	184
2007	168	145	210
2008	192	147	233
2009	160	124	196
2010	150	128	169
2011	179	143	202
2012	159	143	182
2013	156	135	179
2014	159	132	183
2015	154	125	185
2016	156	130	181
2017	155	127	180
2018	147	122	176
2019	145	123	169
2020	137	113	163

2021	124	104	144
------	-----	-----	-----

Figuur 4.6. Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2021.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
1999	173	139	209
2000	185	138	233
2001	150	112	190
2002	186	148	226
2003	145	108	182
2004	158	127	190
2005	176	153	200
2006	164	129	199
2007	178	151	224
2008	197	148	243
2009	165	127	202
2010	153	129	177
2011	183	146	208
2012	162	145	187
2013	156	138	184
2014	159	135	188
2015	158	128	189
2016	159	132	183

2017	157	129	186
2018	150	123	181
2019	147	123	181
2020	138	115	167
2021	127	106	147

Figuur 4.7. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2021, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen
10-14 jaar	1,1%	2,0%
15-19 jaar	6,6%	15,2%
20-24 jaar	11,5%	14,6%
25-29 jaar	11,5%	8,7%
30-34 jaar	8,7%	8,4%
35-39 jaar	10,9%	9,6%
40-44 jaar	8,3%	7,2%
45-49 jaar	10,4%	6,8%
50-54 jaar	10,9%	7,4%
55-59 jaar	5,8%	7,8%
60-64 jaar	4,9%	3,8%
65-69 jaar	3,6%	3,3%
70-74 jaar	3,2%	2,1%
75-79 jaar	1,1%	2,1%
80-84 jaar	0,9%	0,2%

85-89 jaar	0,4%	0,7%
90+	0,0%	0,1%

Figuur 4.8. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Totaal	2022 n=194	2022 n=176	2022 n=401	2022 n=361	2022 n=421	2022 n=207	2022 n=65	2022 n=2.118
Ja	35,05%	37,53%	54,11%	49,03%	56,29%	36,23%	35,38%	45,94%
Nee	64,95%	62,47%	45,89%	50,97%	43,71%	63,77%	64,62%	54,06%

Figuur 4.9. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2022.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Totaal	2022 n=799	2022 n=806	2022 n=586	2022 n=510	2022 n=532	2022 n=345	2022 n=150	2022 n=3.728
Ja	56,57%	56,82%	59,56%	51,76%	50,38%	43,48%	28,67%	53,2%
Nee	43,43%	43,18%	40,44%	48,24%	49,62%	56,52%	71,33%	46,8%

In figuur 4.10 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 4.10. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	% 95% CI		% 95% CI	
Leeftijd	Mannen		Vrouwen	
15-24	1,7	0.0 - 5.1	7,8	0.7 - 15.0
25-34	2,6	0.0 - 5.2	5,5	1.4 - 9.6
35-44	5,4	1.8 - 8.9	3,8	1.1 - 6.5
45-54	3,1	0.6 - 5.5	3,9	0.7 - 7.0
55-64	5,6	1.7 - 9.5	4,1	0.0 - 8.2
65-74	3,4	0.0 - 6.9	7,1	2.4 - 11.8
75 +	1,6	0.0 - 4.8	2,4	0.0 - 5.9

In figuur 4.11 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 4.11. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	% 95% CI		% 95% CI	
--	----------	--	----------	--

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	1,3	0.0	3.4	4,6	0.8	8.5
25-34	5,6	0.0	11.2	3,5	0.0	7.6
35-44	4,8	0.8	8.8	14	4.3	23.7
45-54	5,8	1.6	10.1	17	10.7	23.4
55-64	2,6	0.0	5.5	5,2	2.1	8.4
65-74	1,7	0.0	3.8	3,4	0.8	6.0
75 +	3,5	0.0	7.4	4,6	1.0	8.1

Figuur 4.12 t/m 4.14:

Figuur 4.12. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

Figuur 4.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

Figuur 4.14. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

	Vlaanderen			Ierland		
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen
2002	172	133	214	202	167	237
2003	135	102	168	209	177	241
2004	151	123	179	201	170	233
2005	165	144	188	198	167	229
2006	154	124	184	184	160	210

2007	168	145	210	188	162	215
2008	192	147	233	200	180	223
2009	160	124	196	209	197	222
2010	150	128	169	223	211	236
2011	179	143	202	215	205	226
2012	159	143	182	211	195	228
2013	156	135	179	199	182	217
2014	159	132	183	200	185	216
2015	154	125	185	204	186	222
2016	156	130	181	205	184	228
2017	155	127	180	199	181	218
2018	147	122	176	210	193	229
2019	145	123	169	206	187	226
2020	137	113	163	200	176	224

Figuur 4.15. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federale Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Januari	266	271	275	331	272	277
Februari	253	234	261	250	269	253
Maart	253	284	275	231	284	297
April	285	249	299	200	272	290

Mei	278	255	327	257	335	308
Juni	275	263	324	302	315	255
Juli	287	312	290	334	270	
Augustus	261	297	312	282	302	
September	254	265	250	267	281	
Oktober	256	274	280	266	274	
November	259	284	296	240	252	
December	236	266	303	221	259	
Totaal	3161	3254	3492	3181	3385	1680

Openbaar Ministerie:

	2019	2020	2021	2022
Januari	267	307	219	256
Februari	245	254	207	204
Maart	248	193	273	268
April	238	173	229	220
Mei	241	240	231	258
Juni	277	278	267	235
Juli	262	266	245	216
Augustus	251	249	271	253
September	253	267	261	259
Oktober	295	260	238	266
November	249	203	208	274

December	225	175	219	249
Totaal	3,051	2,865	2,868	2,958

Figuur 4.16. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federale Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Januari	102	89	97	124	97	93
Februari	95	82	92	90	93	86
Maart	82	103	97	90	99	100
April	103	79	111	76	93	103
Mei	104	83	112	101	132	120
Juni	107	93	132	88	101	89
Juli	103	109	103	100	89	
Augustus	97	109	126	88	108	
September	93	98	95	101	99	
Oktober	87	118	107	100	91	
November	84	101	105	88	84	
December	104	101	106	79	92	
Totaal	1161	1165	1283	1125	1178	591

Openbaar Ministerie:

2019	2020	2021
------	------	------

Januari	102	123	72
Februari	65	87	62
Maart	79	64	86
April	67	60	69
Mei	67	108	80
Juni	106	68	96
Juli	83	84	78
Augustus	91	75	88
September	100	88	103
Oktober	108	90	75
November	98	65	73
December	92	67	70
Totaal	1058	979	952

Figuur 4.17. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van registratie door Federale Politie en Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2017-2022.

Federale Politie:

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Januari	125	147	145	165	149	153
Februari	126	130	132	135	148	149
Maart	143	148	156	120	156	159
April	143	138	152	101	143	153

Mei	140	133	171	127	167	152
Juni	154	142	155	166	169	139
Juli	139	172	136	200	139	
Augustus	133	156	155	156	162	
September	120	131	122	144	147	
Oktober	143	124	138	138	146	
November	132	135	152	115	139	
December	103	134	152	117	144	
Totaal	1.601	1.690	1.760	1.684	1.809	905

Openbaar Ministerie:

	2019	2020	2021
Januari	141	154	128
Februari	156	132	114
Maart	137	106	168
April	142	92	117
Mei	129	105	122
Juni	140	173	136
Juli	140	145	121
Augustus	139	141	153
September	123	151	133
Oktober	154	149	123
November	118	108	112

December	103	81	122
Totaal	1.622	1.537	1.549

KADER: ZELFBESCHADIGING FOUT! VERWIJZINGSBRON NIET GEVONDEN.

Figuur 4.18. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.

	Leeftijd	Nooit	≥ 2 keer
Jongens	13-14	93	7
	15-16	89	12
	17-18	87	13
Meisjes	13-14	78	22
	15-16	69	31
	17-18	72	28

Figuur 4.19. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

	Opleiding	Nooit	≥ 2 keer
Jongens	ASO	90	10
	TSO	88	12
	BSO	85	15
Meisjes	ASO	77	23
	TSO	65	35
	BSP	60	40

Figuur 4.20. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.

	Jongens	Meisjes
2006	9,4%	21,6%
2010	9,1%	17,9%
2014	8,0%	23,2%
2018	8,0%	20,8%
2022	10,50%	27%

Figuur 4.21. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

	Meisjes (%)	Jongens (%)
2000 (totaal: 10,4%)	14,6	6,3
2015 (totaal: 15,5%)	25,7	4,8

Figuur 4.22. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

	Meisjes (%)	Jongens (%)
2000 (totaal: 7,0%)	10,1	4,1
2015 (totaal: 9,8%)	16,5	2,8

Figuur 4.23. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14-tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

	Meisjes	Jongens
2000 (totaal: 20,5%)	28,4	12,8
2015 (totaal: 13,9%)	21,1	6,3

Figuur 5.1. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	11.4	5.9	17.0	19.8	14.4	25.1
25-34	13.7	9.2	18.2	16	11.9	20.1
35-44	16.4	12.3	20.3	15.9	11.6	20.2
45-54	15.6	11.6	19.6	23.2	19.2	27.3
55-64	10.2	7.5	12.9	14.7	11.2	18.2
65-74	5.6	3.4	7.7	8.6	5.9	11.3
75 +	9.1	4.4	13.8	7.2	4.2	10.1

Figuur 5.2. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	5.3	0.3	10.2	5.2	2.8	7.6
25-34	3.9	1.4	6.3	4.1	2.2	6.0
35-44	5	2.9	7.1	4.7	2.4	7.0
45-54	4.6	2.6	6.5	7.6	5.1	10.2
55-64	4.8	2.8	6.7	3.9	2.2	5.5
65-74	1.4	0.4	2.3	1.9	0.8	3.0

75 +	3.5	1.5	5.6	2.1	0.6	3.7
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Figuur 5.3. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2004	12.2	9.8	16.6	15.5
2008	11.7	9.8	16.1	14.4
2013	13.8	12.6	17.5	15.5
2018	13.9	12.9	14.3	15.8

Figuur 5.4. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2008	3.6	2.9	5.5	4.5
2013	5	4.9	5.5	5.1
2018	4.3	3.3	4.9	5.9

Figuur 5.5. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	8.6	3.8	13.4	20.9	12.9	29.0
25-34	15.1	8.4	21.8	15.2	9.5	21.0
35-44	16.1	10.6	21.7	10.2	5.9	14.5
45-54	15.1	9.7	20.6	21.9	16.4	27.5
55-64	8.7	5.3	12.2	13.7	9.1	18.2

65-74	4.5	1.8	7.3	8.1	4.4	11.8
75 +	9.8	3.1	16.6	6.8	2.9	10.8

Figuur 5.6. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	1.5	0.0	3.0	3.7	0.8	6.6
25-34	3.6	0.4	6.8	2.6	0.6	4.5
35-44	3.4	1.1	5.7	2.2	0.5	3.8
45-54	3.9	1.7	6.2	7.6	4.2	11.1
55-64	4.0	1.6	6.5	2.9	1.1	4.7
65-74	1.5	0.0	3.0	2.0	0.3	3.7
75 +	2.8	0.4	5.2	2.0	0.0	4.2

Figuur 5.7. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Aantal	n=327	n=758	n=689	n= 670	n=711	n=374	n=118	n=3.647
Ja	88,69%	90,50%	89,70%	88,06%	88,33%	84,49%	82,20%	88,43%
Neen	11,31%	9,50%	10,30%	11,94%	11,67%	15,51%	17,80%	11,57%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%

Figuur 5.8. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2022.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Aantal	n= 1.318	n=1.267	n=951	n=904	n=961	n=628	n=264	n=6.293
Ja	96,51%	94,95%	92,32%	88,16%	86,89%	84,08%	78,41%	90,89%

Neen	3,49%	5,05%	7,68%	11,84%	13,11%	15,92%	21,59%	9,11%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figuur 5.9. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2022.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=291	n=686	n=612	n=583	n=621	n=314	n=96	n=291
Zelfmoordgedachten	49,48%	48,40%	44,77%	51,29%	47,50%	51,27%	43,75%	49,48%
Zelfmoordwens	18,21%	20,99%	20,10%	20,07%	23,19%	26,11%	22,92%	18,21%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	26,12%	25,22%	29,25%	23,84%	24,80%	20,38%	29,17%	26,12%
Zelfmoordpoging aan de gang	6,19%	5,39%	5,88%	4,80%	4,51%	2,23%	4,17%	6,19%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figuur 5.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2022.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=1.266	n=1.201	n=865	n=786	n=816	n=521	n=216	n=1.266
Zelfmoordgedachten	40,92%	40,30%	41,04%	44,15%	42,52%	53,74%	44,91%	40,92%
Zelfmoordwens	21,01%	23,81%	24,16%	27,74%	28,06%	26,87%	38,43%	21,01%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	32,39%	28,73%	27,75%	23,54%	26,59%	17,85%	16,67%	32,39%
Zelfmoordpoging aan de gang	5,69%	7,16%	7,05%	4,58%	2,82%	1,54%	0,00%	5,69%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figuur 5.11. Percentages suïcidedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.

Leeftijd	Nooit	≥ 2 keer
----------	-------	----------

Jongens	13-14	90	10
	15-16	88	12
	17-18	82	18
Meisjes	13-14	81	20
	15-16	77	23
	17-18	76	24

Figuur 5.12. Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

	Opleiding	Nooit	≥ 2 keer
Jongens	ASO	86,3	13,7
	TSO	86	15,4
	BSO	82,5	17,5
Meisjes	ASO	84,3	15,7
	TSO	72,5	27,5
	BSO	65	35

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Figuur 5.13. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022.

	Jongens	Meisjes
2006	14,9%	20,6%
2010	14,8%	19,8%
2014	11,1%	21,8%
2018	13,0%	22,1%

Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

Figuur 5.14. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
--	---	--------	--	---	--------	--

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	8.2	1.9	14.4	20.2	10.6	29.8
25-34	13.9	7.8	20.1	16.2	10.0	22.5
35-44	15.5	9.4	21.7	14.2	9.2	19.2
45-54	17.7	10.8	24.5	15.7	9.5	21.9
55-64	15.1	8.4	21.8	11.5	6.2	16.9
65-74	10.6	4.6	16.7	14.8	8.5	21.0
75 +	10.5	1.0	20.0	9.9	2.6	17.3

Figuur 5.15. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	3.8	0.0	8.2	11.5	4.4	18.6
25-34	5.7	1.7	9.8	3.8	0.6	7.0
35-44	3.7	0.7	6.7	2.4	0.5	4.4
45-54	8.0	2.9	13.0	3.5	0.2	6.8
55-64	2.5	0.0	5.7	4.9	1.1	8.7
65-74	3.6	0.0	7.3	4.9	1.4	8.5
75 +	6.9	0.0	15.1	7.4	0.6	14.1

Figuur 5.16. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
--	---	--------	--	---	--------	--

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	16.6	3.5	29.7	17.9	9.7	26.0
25-34	11.0	3.6	18.3	17.4	9.6	25.1
35-44	17.1	9.8	24.4	26.2	16.2	36.2
45-54	16.0	8.8	21.1	27.6	20.3	34.9
55-64	11.9	6.7	17.2	17.2	10.7	23.7
65-74	6.5	2.6	10.4	8.3	3.9	12.7
75 +	7.0	1.6	12.3	7.1	2.1	12.1

Figuur 5.17. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	11.3	0.0	24.2	6.0	1.4	10.5
25-34	3.5	0.0	8.6	7.0	2.1	11.8
35-44	8.4	3.1	13.6	9.7	3.4	16.1
45-54	4.9	0.7	9.1	8.7	4.3	13.1
55-64	6.6	2.6	10.6	5.3	1.7	8.9
65-74	0.6	0.0	1.4	1.0	0.0	2.1
75 +	4.5	0.1	9.0	1.1	0.0	2.7

Figuur 5.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19- gezondheidsenquête, België 2022

	%
Niet aanwezig	80,4

Ja, tijdens pandemie gestart	2,5
Ja, voor en tijdens pandemie aanwezig	7,7
Ja, voor de pandemie aanwezig	9,3