

# EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

2021



De Vlaamse suïdecijfers in een nationale en  
internationale context

Mandy Gijzen & Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP)

 [info@vlesp.be](mailto:info@vlesp.be)

<b>1. INLEIDING</b>	<b>4</b>
1.1. ACHTERGROND	5
1.2. DOELSTELLINGEN	6
1.3. DEFINITIES	7
1.4. METHODE	8
1.5. BETROUWBAARHEID	11
1.6. OPBOUW VAN DIT RAPPORT	12
<b>2. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID</b>	<b>14</b>
2.1. BELGIË	15
2.2. VLAANDEREN	16
2.3. BRUSSEL	24
2.4. WALLONIË	28
2.5. COVID-19 PANDEMIE	31
<b>3. CIJFERS SUÏCIDE</b>	<b>39</b>
3.1. BELGIË	40
3.2. VLAANDEREN	42
3.3. BRUSSEL	52
3.4. WALLONIË	53
3.5. INTERNATIONAAL	54
3.6. COVID-19 PANDEMIE	61

<b>4. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN</b>	<b>72</b>
4.1. BELGIË	73
4.2. VLAANDEREN	76
4.3. BRUSSEL	91
4.4. WALLONIË	91
4.5. INTERNATIONAAL	92
4.5. COVID-19 PANDEMIE	96
<b>KADER: ZELFBESCHADIGING</b>	<b>109</b>
<b>5. CIJFERS SUÏCIDEGEDACHTEN</b>	<b>122</b>
5.1. BELGIË	123
5.2. VLAANDEREN	127
5.3. BRUSSEL	134
5.4. WALLONIË	135
5.4. COVID-19 PANDEMIE	137
<b>6. SAMENVATTING</b>	<b>140</b>
6.1. GEESTELIJKE GEZONDHEID	141
6.2. SUÏCIDE	141
6.3. SUÏCIDEPOGINGEN	143
6.4. SUÏCIDEGEDACHTEN	144
6.5. BESLUIT	144
<b>7. REFERENTIES</b>	<b>145</b>

# 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 **verzamelen 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

Net als het jaar 2020 heeft 2021 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. Deze eerste studies tonen voorlopig geen stijging van de suïdecijfers tijdens de coronapandemie voor België en Vlaanderen. Het betreft hier echter eerste ruwe cijfers waardoor het nog **afwachten is op definitieve en volledige cijfers van 2020 en 2021**. Desondanks het uitblijven van stijgende suïdecijfers wijzen studies op veel psychisch

leed wat op de langere termijn een suïciderisico met zich mee kan brengen.<sup>1</sup> Zo kunnen situaties die voortvloeien uit de coronacrisis, 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 suïcidepreventie. 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 suïcide en suïcidepogingen** kunnen gevonden worden op de website [Zelfmoord1813.be](http://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 **suïcide 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

---

<sup>1</sup> 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](http://Zelfmoord1813.be).

gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen moeten voldoen zodanig dat de kwaliteit en uniformiteit van dataverzameling en data-analyse wordt bevorderd.

### 1.3. DEFINITIES

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

#### SUÏCIDE

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

#### SUÏCIDEPOGING

Onder een suïcidepoging verstaan we een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken en met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

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

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

**Tabel 1.1. Kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag.**

DATAVERZAMELING	
1. Is een erkende onderzoeksinstelling of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de dataverzameling?	
2. Wordt de hoedanigheid van degene die de data heeft verzameld beschreven? (Gaat het bijv. om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?)	
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?	
<b>STEEKPROEF</b>	
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?	
<b>DATA-ANALYSE</b>	
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.**

<b>CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID (H2)</b>
▶ Sciensano
<b>CIJFERS SUICIDE (H3)</b>
▶ Agentschap Zorg en Gezondheid
▶ Domus Medica
▶ European HFA database
▶ Eurostat
▶ Federale politie
▶ Sciensano
▶ Statbel
▶ Wereldgezondheidsorganisatie
▶ College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)
<b>CIJFERS SUICIDEPONGINGEN (H4)</b>
▶ 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 is soms lastig om de doodsoorzaak en de intentie om te zetten in een correcte ICD-code, het internationale classificatiesysteem van ziekten en uitwendige oorzaken van ziekten en verwondingen. Om deze reden **weerspiegelen officiële suïdecijfers vermoedelijk een onderrapportering van het reële aantal suïcides** (Belanger et al., 2008; 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 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 suïcidegedachten 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.



2.

CIJFERS

# 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 Gezondheidsenquête<sup>2</sup>, 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%

---

<sup>2</sup> 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

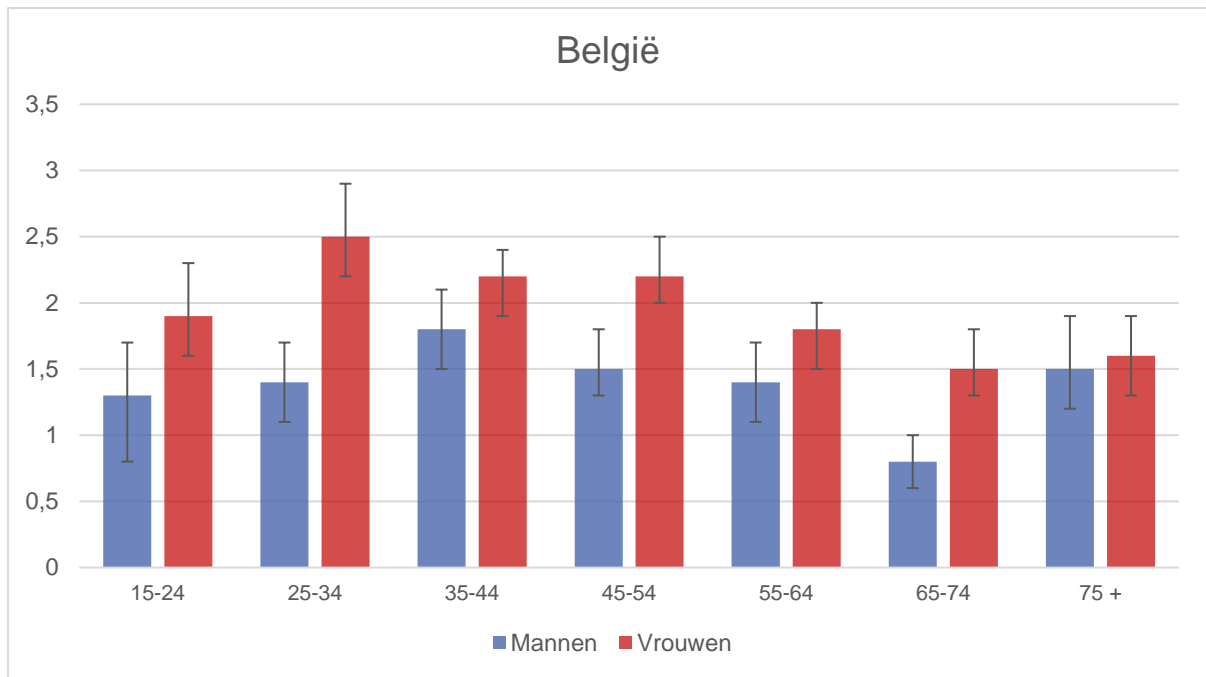
Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2 versus 1.4), hebben vaker psychische problemen (38.2% versus 26.8%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (21% versus 13.7%).

### 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

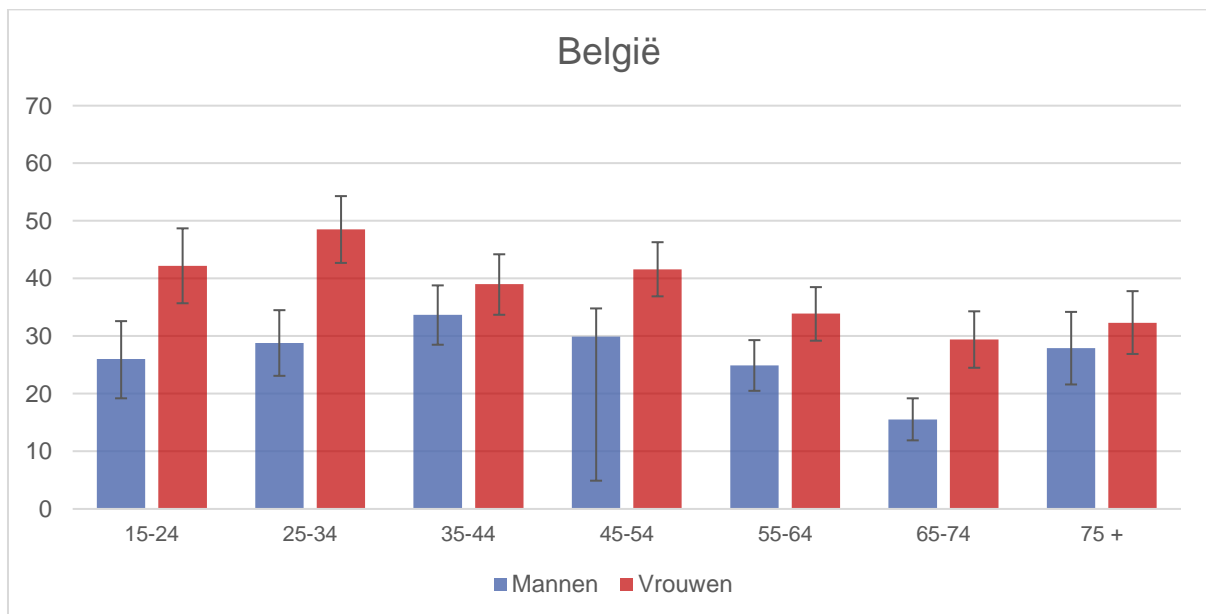
**Figuur 2.1. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.**





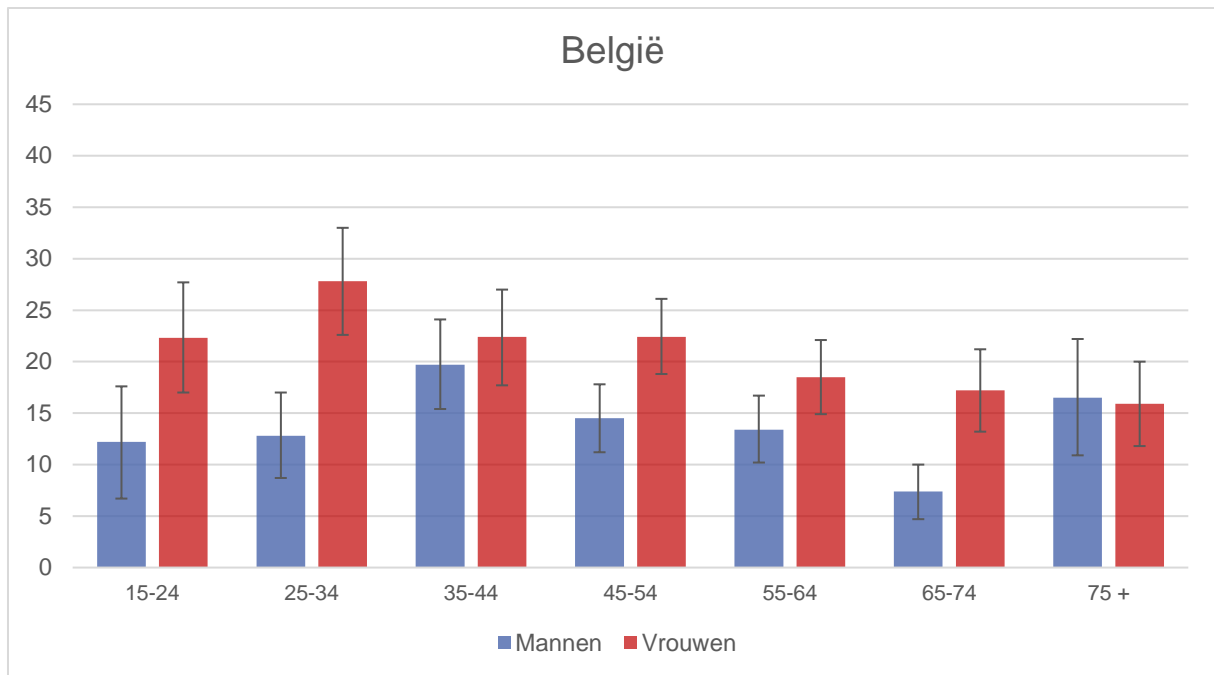
Bron: [Sciensano](#)

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

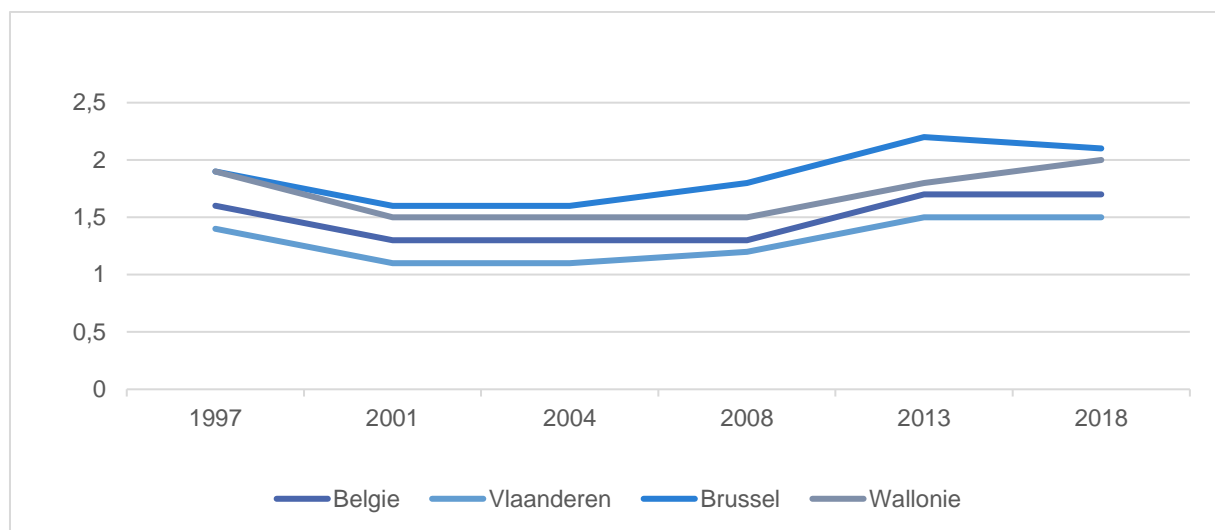
In de **afgelopen tien jaar** is er in België een **toename van het niveau van psychisch onwelbevinden** (Gisle et al., 2020). Zoals in figuur 2.4 te zien is, is de gemiddelde score van psychisch welbevinden stabiel gebleven in vergelijking met 2013 (1.7), maar gestegen (en dus minder positief) in vergelijking 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.

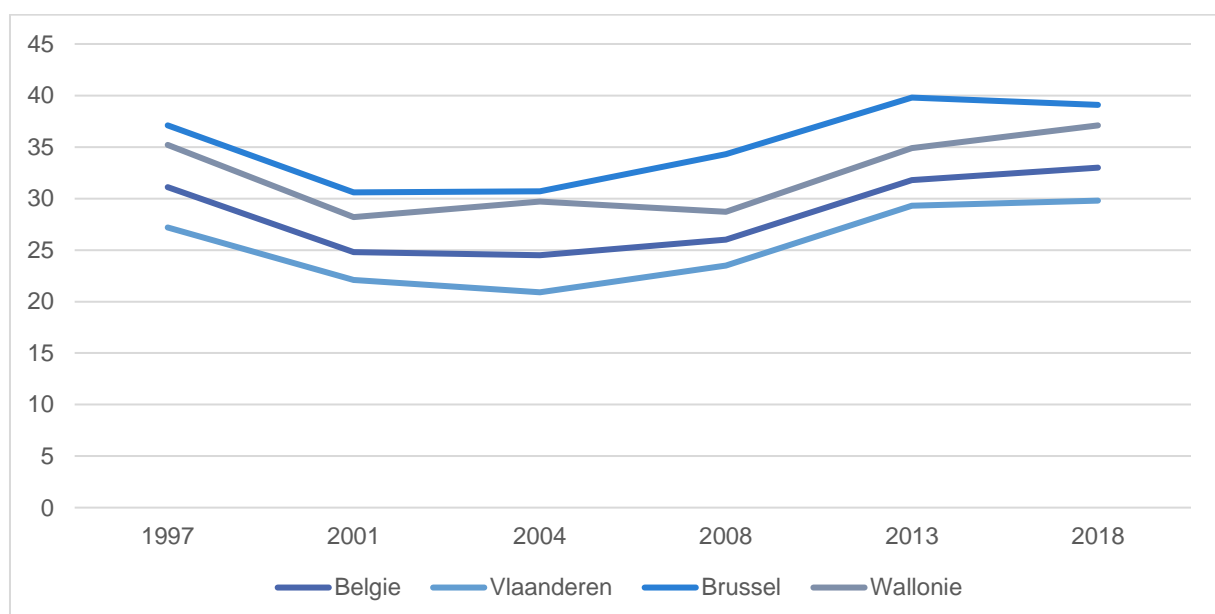
#### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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



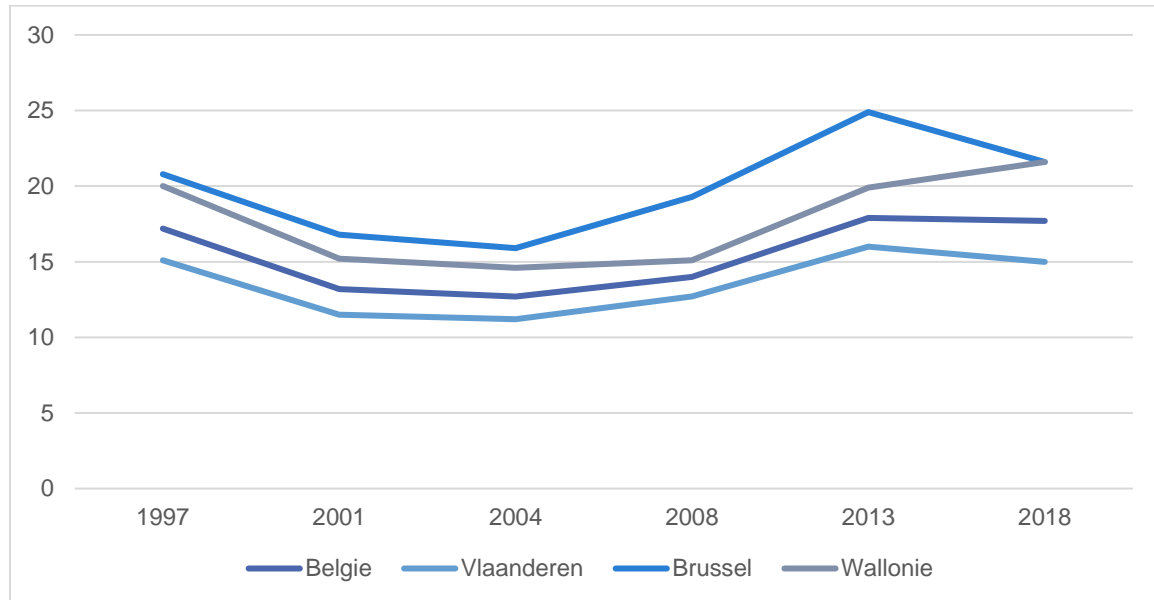
Bron: [Sciensano](#)

**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

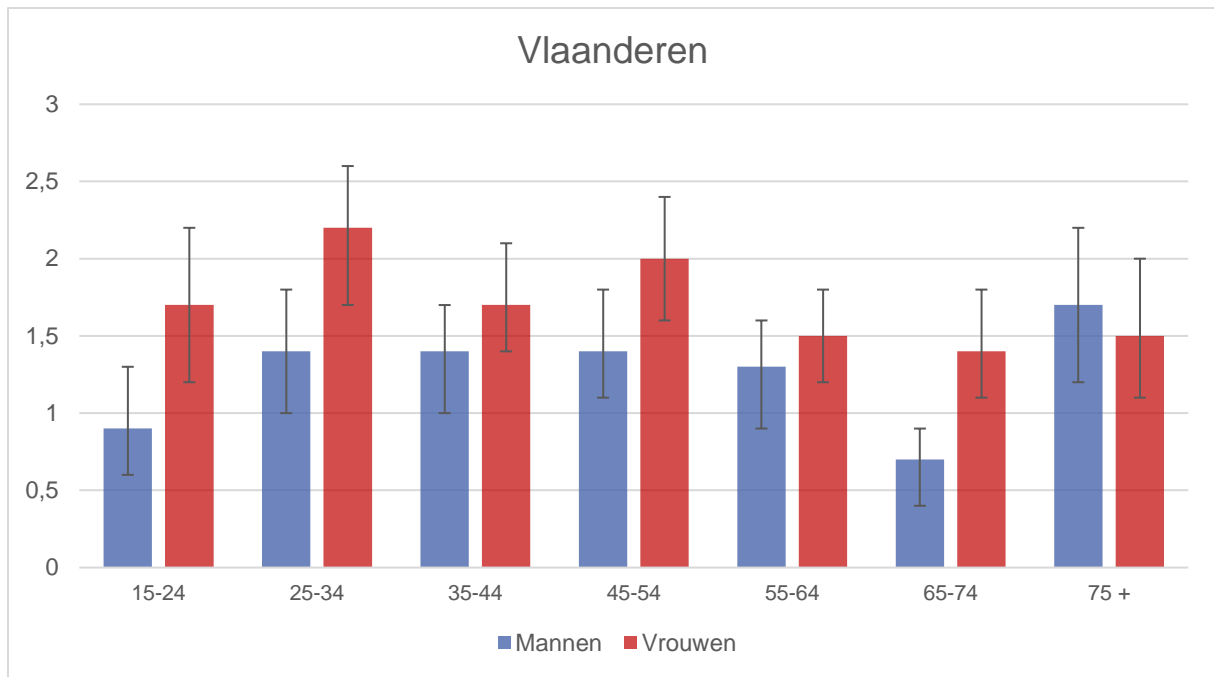
### ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

## PREVALENTIE

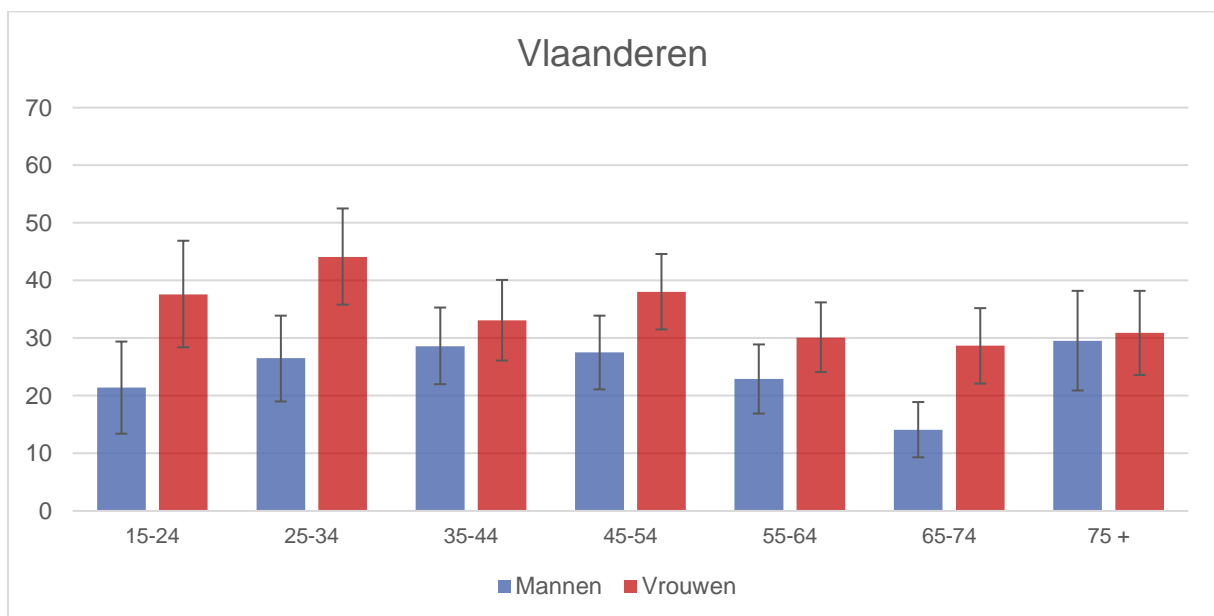
Het niveau van psychisch welbevinden is beter in Vlaanderen (1.5) dan in het Wallonië en Brussel (respectievelijk 2.0 en 2.1). De prevalentie van personen met psychische problemen is 29.8% in Vlaanderen, tegenover 37.1% in Wallonië en 39.1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische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



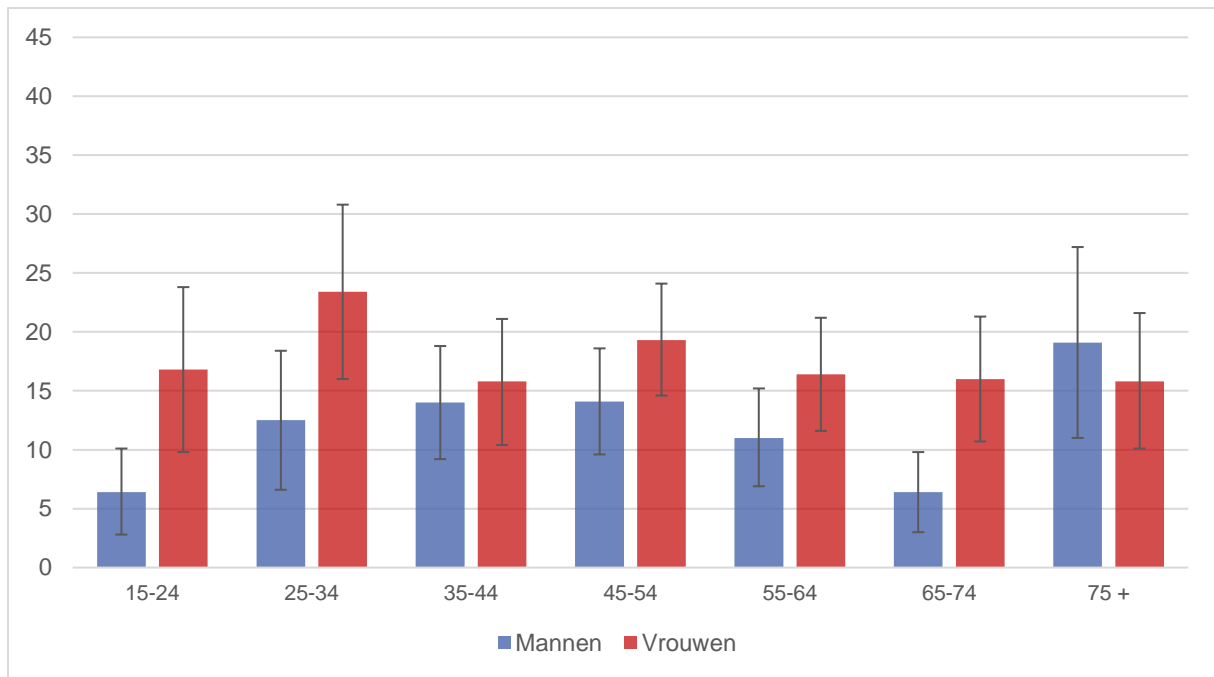
Bron: [Sciensano](#)

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. 19).

## 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

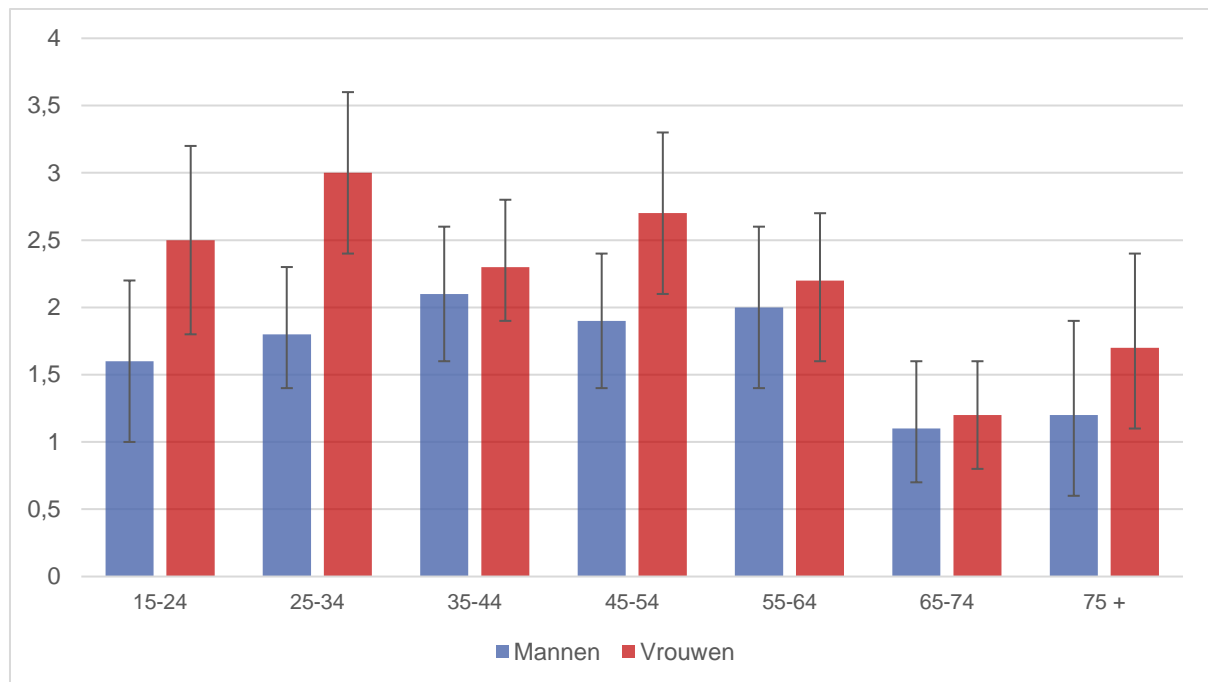
In de Gezondheidsenquête wordt dieper ingegaan op psychisch (on)welbevinden, dat verband houdt met de algemene geestelijke gezondheid van mensen.

#### PREVALENTIE



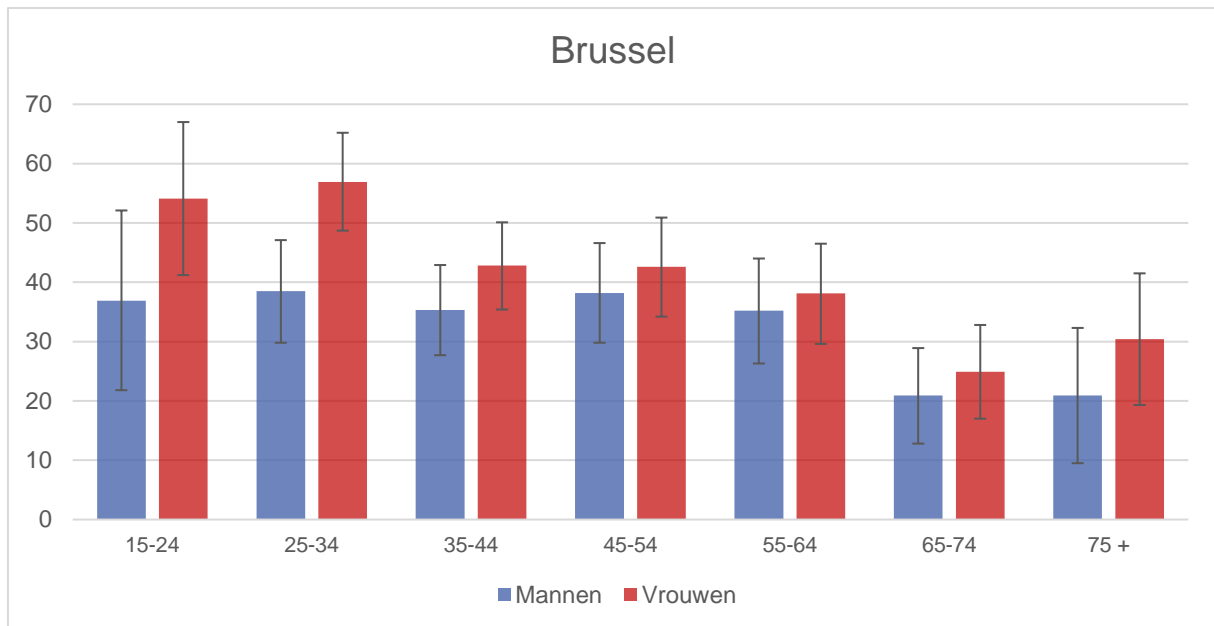
Het niveau van psychisch welbevinden in Brussel is 2.1. De prevalentie van personen met psychische problemen is 39.1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening is 21.5% in Brussel.

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



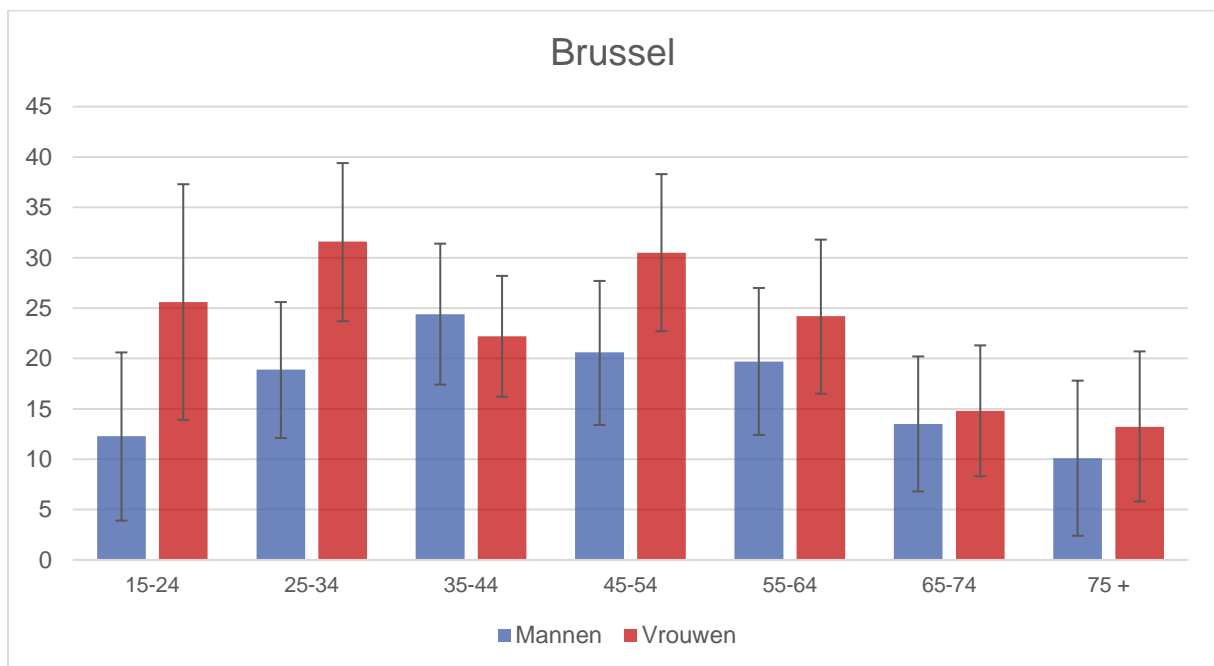
Bron: [Sciensano](#)

**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. 19).

## 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.

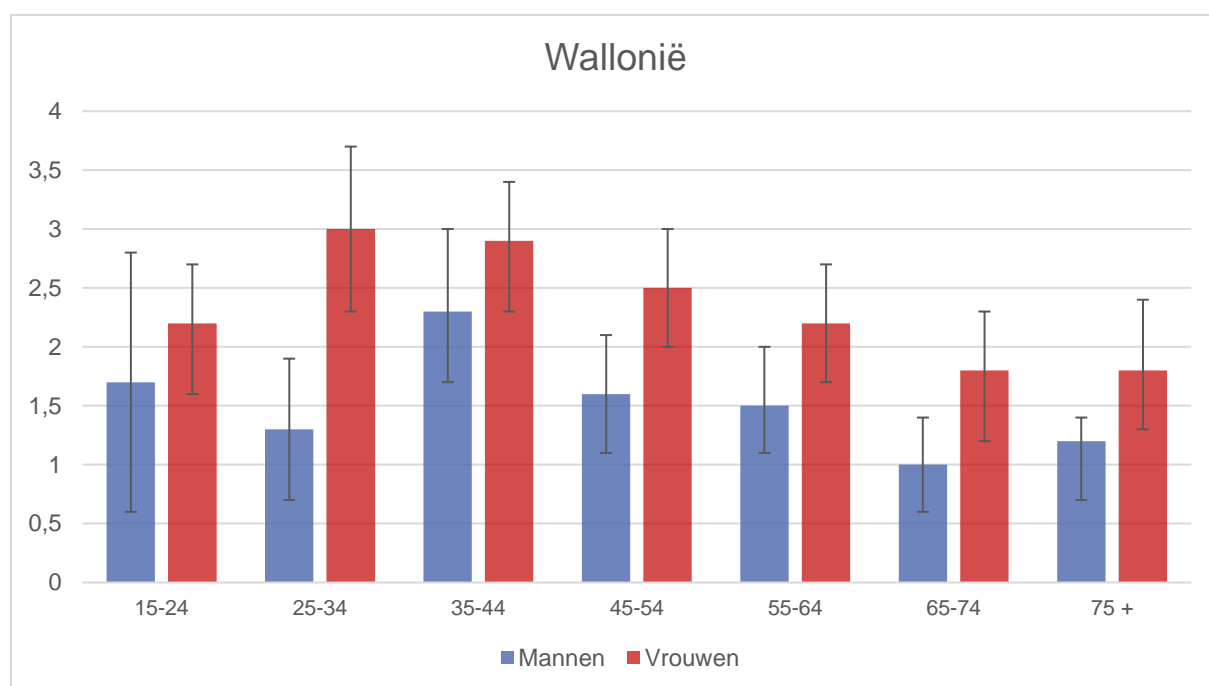
## ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

## PREVALENTIE

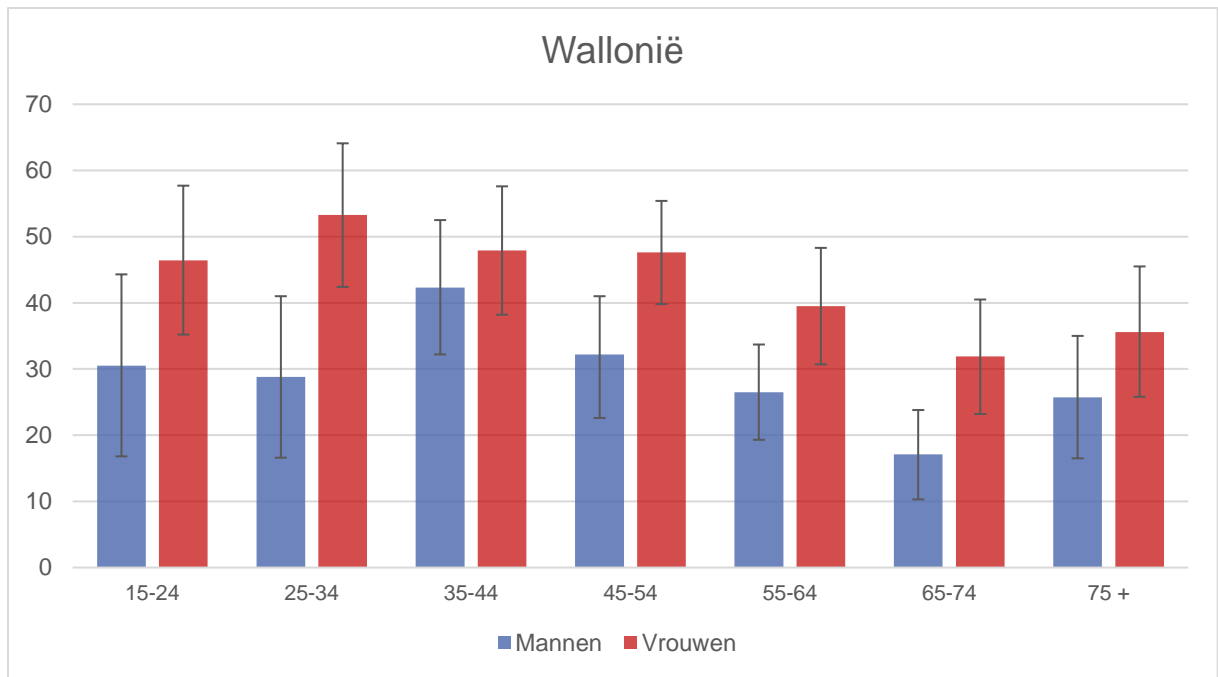
Het niveau van psychisch welbevinden in Wallonië is 2.0. De prevalentie van personen met psychische problemen is 37.1%, terwijl de prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening 21.6% is in Wallonië.

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



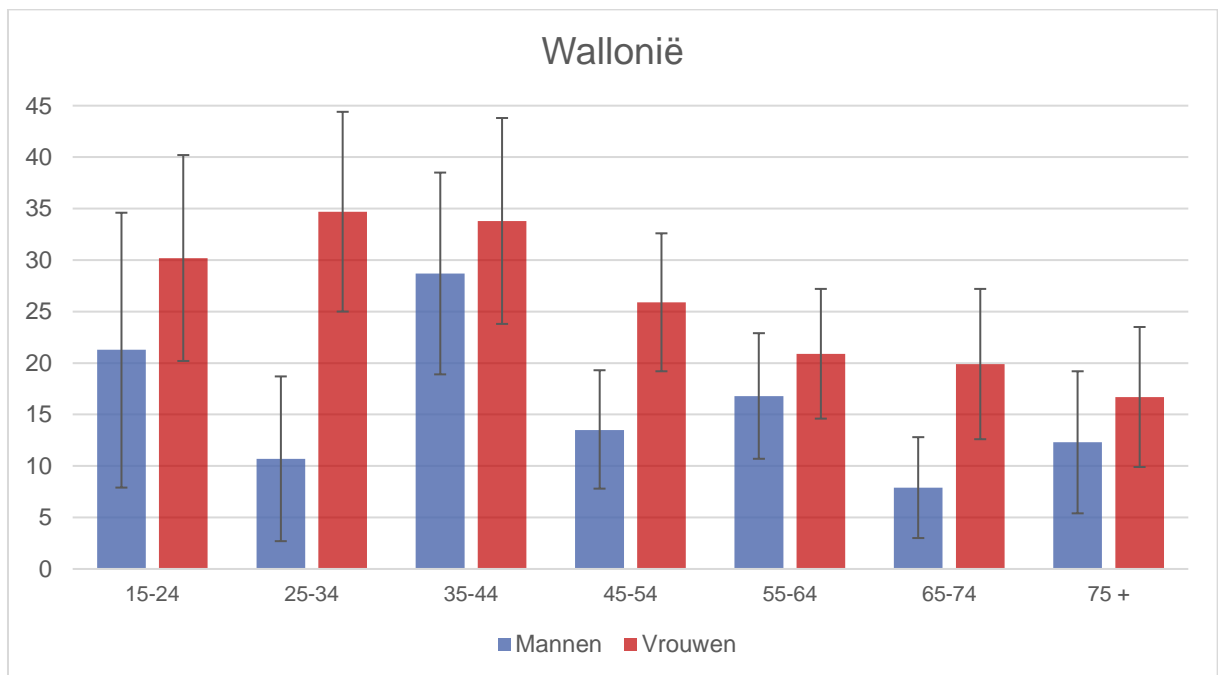
Bron: [Sciensano](#)

**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. 19).

## 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.

### COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

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 negen van dergelijke metingen plaats. Uit alle indicatoren van geestelijke gezondheid blijkt, zoals ook aangetoond werd met het meest recente gezondheidsonderzoek<sup>3</sup> (januari 2022), dat de **bevolking nog steeds zeer gedestabiliseerd** is en **lijdt aan psychische problemen** (Demarest et al., 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

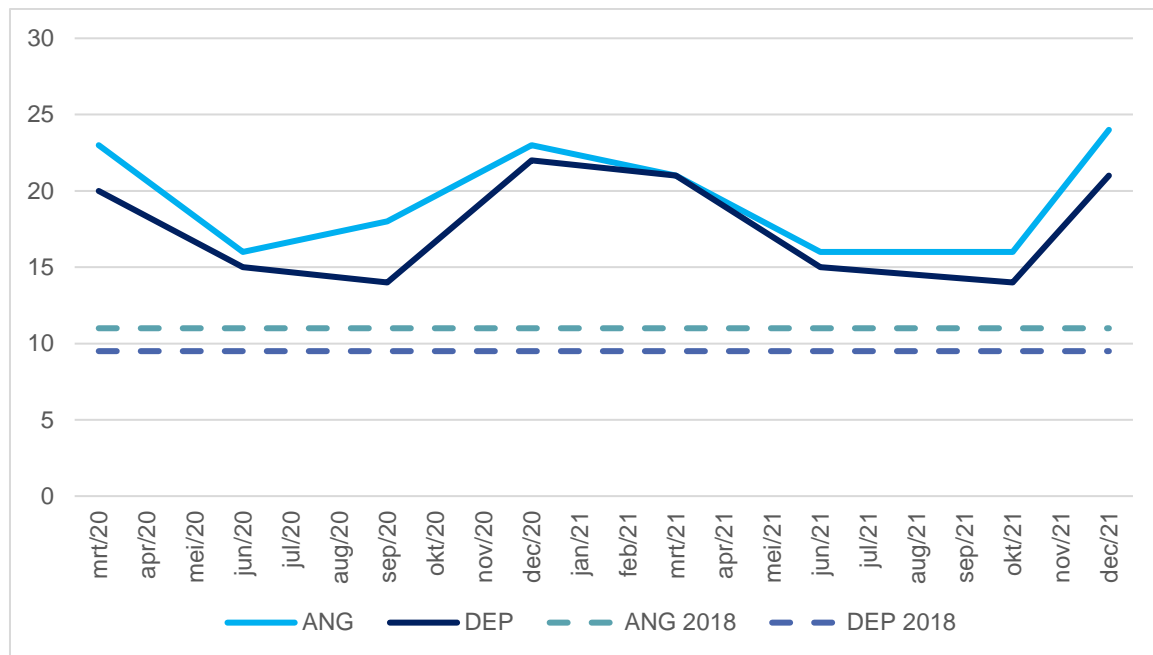
De eerste COVID-19-Gezondheidsenquête (begin april 2020) signaleerde een zeer hoge prevalentie van angststoornissen (23%) en depressieve stoornissen (20%) bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in vergelijking met de prevalentie in 2018 (respectievelijk 11% en 9.5%). Bij het begin van de versoepelingen (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 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**,

---

<sup>3</sup> De negende (meest recente) COVID-19-Gezondheidsenquête werd afgenomen tussen 13 december en 23 december 2021. 22.354 Belgen van 18 jaar en ouder namen deel.

respectievelijk (zie figuur 2.16). Concluderend kunnen we 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 2020-2021.**



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

Depressie en angst komen vaak samen voor bij dezelfde persoon (comorbiditeit). In het negende (meest recente) onderzoek is dit het geval bij 15.5% van de respondenten. Daarnaast lijdt 8.5% van de respondenten aan angst zonder depressie en 6% aan depressie zonder angst. In totaal heeft dus 30% van de mensen van 18 jaar en ouder ten minste één van deze twee aandoeningen, een lichte stijging in vergelijking met vorig jaar december (27%). 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 (28% versus 20%), en het verschil tussen deze twee groepen is significant na correctie voor leeftijd. Depressieve stoornissen komen ook vaker



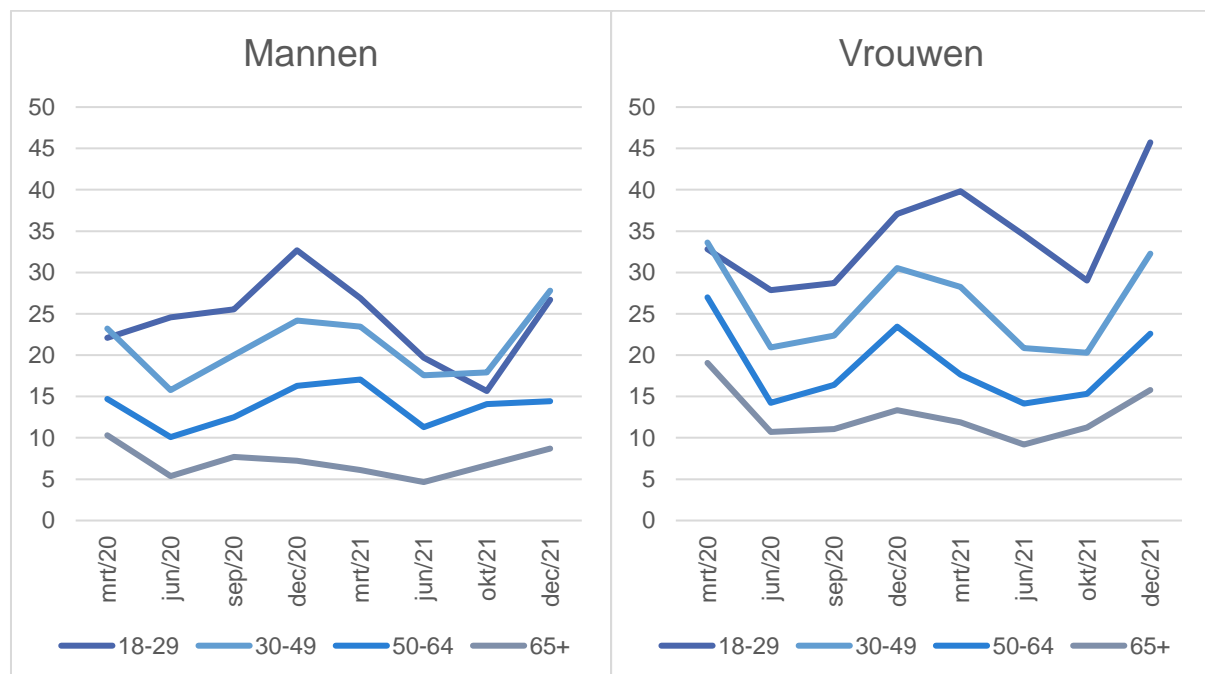
voor bij vrouwen (23% versus 20%), hoewel dit verschil niet statistisch significant is na correctie voor leeftijd.

## LEEFTIJD

Zoals in figuur 2.17 te zien is, zijn angststoornissen duidelijk leeftijdsgebonden bij zowel mannen als vrouwen. Jongvolwassenen tussen 18 en 29 jaar worden het meest getroffen hebben driemaal meer kans dan ouderen (65+) om aan deze stoornissen te lijden: respectievelijk 36.5% tegenover 12.5% voor angst en 33% tegenover 11.5% voor depressie. De prevalentie van angst neemt daarnaast af per leeftijdsgroep en bereikt een percentage van 9% bij de senioren (65 jaar en ouder).

Anderzijds (figuur 2.17) 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).

**Figuur 2.17. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020 en 2021.**



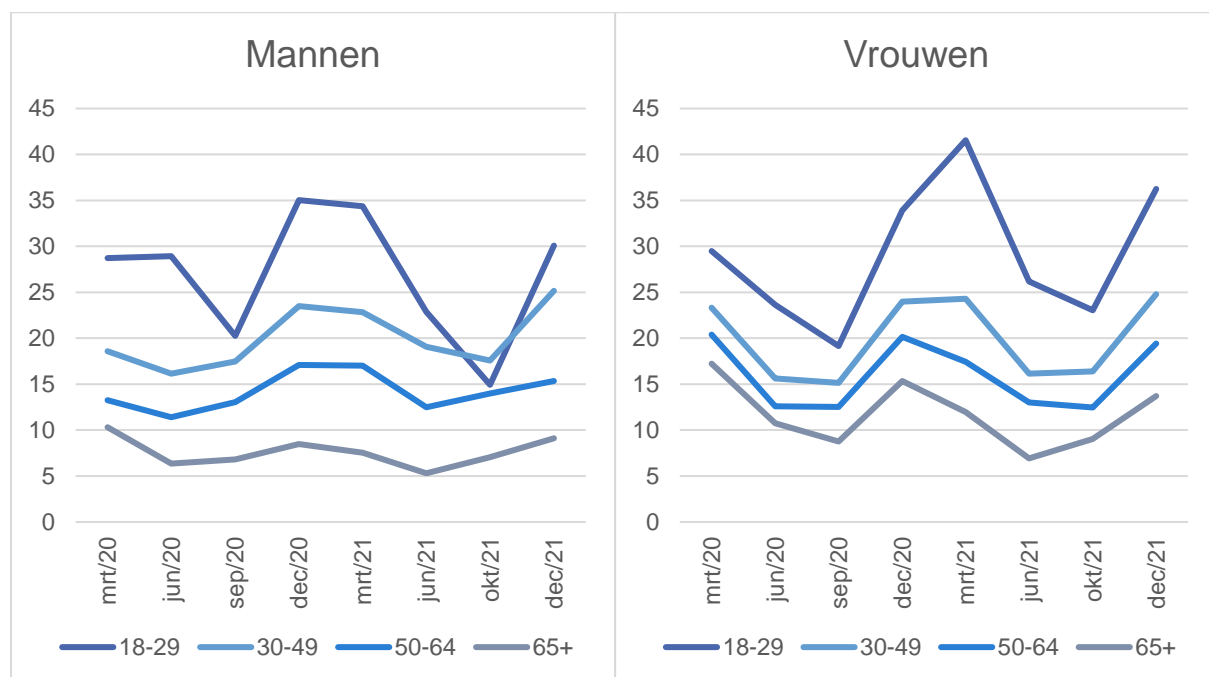
Bron: [Sciensano](#)

Leeftijd is wat betreft depressieve stoornissen ook een bepalende factor: 33% van de jongvolwassenen

(18-29 jaar) meldt symptomen van depressie, en dit aandeel neemt af met de leeftijdsgroep tot 11.5% van de personen van 65 jaar en ouder.

We zien voor depressieve stoornissen een vergelijkbaar patroon als met angststoornissen qua fluctuaties over de tijd. 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).

**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 en 2021.**



Bron: [Sciensano](#)

#### GEZINSSAMENSTELLING

Sinds de eerste COVID-19-Gezondheidsenquête in april zien we dat koppels meer beschermd zijn tegen psychische decompensatie. Na correctie voor leeftijd en geslacht blijkt dat alleenwonenden (23%) en alleenwonenden met kinderen (32%) het kwetsbaarst zijn wat angst betreft in vergelijking met personen die met een partner samenleven (17% angstig). De prevalentie van depressie varieert in dezelfde mate naar huishoudsamenstelling: 14% bij personen die met een partner samenwonen, 24% bij alleenwonenden en 32% in eenoudergezinnen.

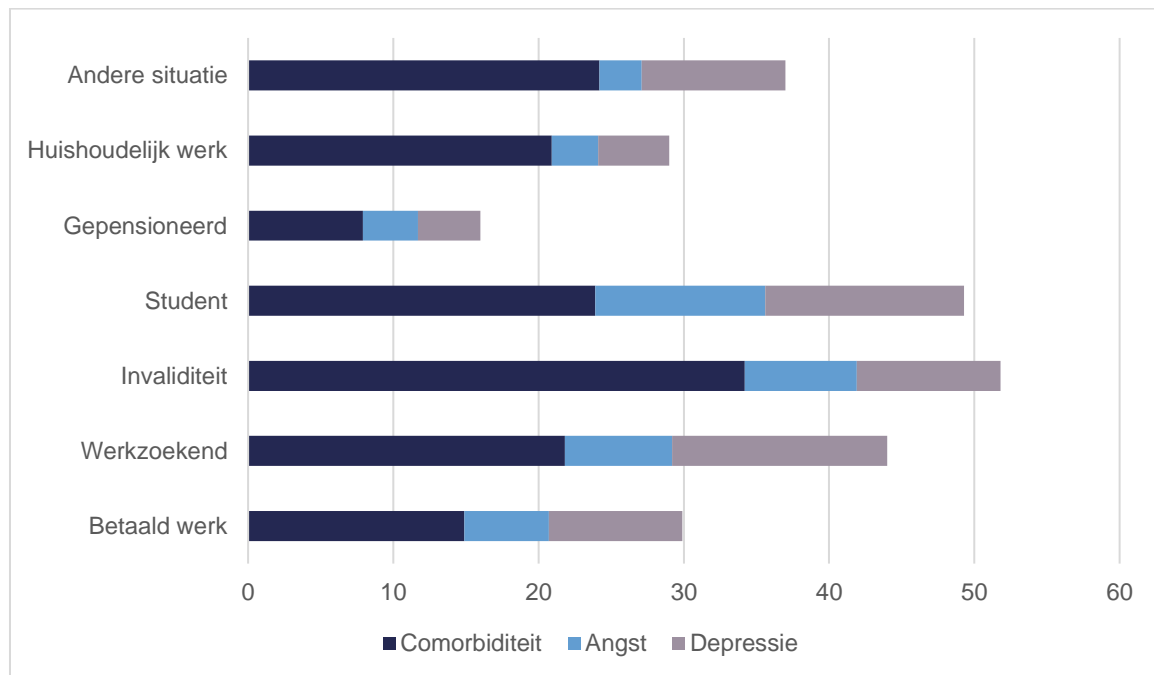
## OPLEIDINGSNIVEAU

Opleidingsniveau is een bepalende factor voor de geestelijke gezondheid. Zo komen angst en depressie vaker voor bij personen met een laag opleidingsniveau (respectievelijk 26% en 23%) 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.

## PROFESSIELE 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, negende Gezondheidsenquête, België, 2021.



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

## 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 negende COVID-19-Gezondheidsenquête tonen aan dat 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder zich ernstig eenzaam voelt, 41% zich matig eenzaam voelt en 31% zich niet eenzaam voelt. De cijfers zijn verslechterd ten opzichte van de zevende COVID-19-gezondheidsenquête van juni '21 (toen niet eenzaam: 44%, matig eenzaam: 34% en ernstig eenzaam: 22%). Het aantal personen dat ernstig eenzaam is komt overeen met de cijfers uit de 6e COVID-19-gezondheidsenquête van maart '21 (toen ernstig eenzaam: 29%).

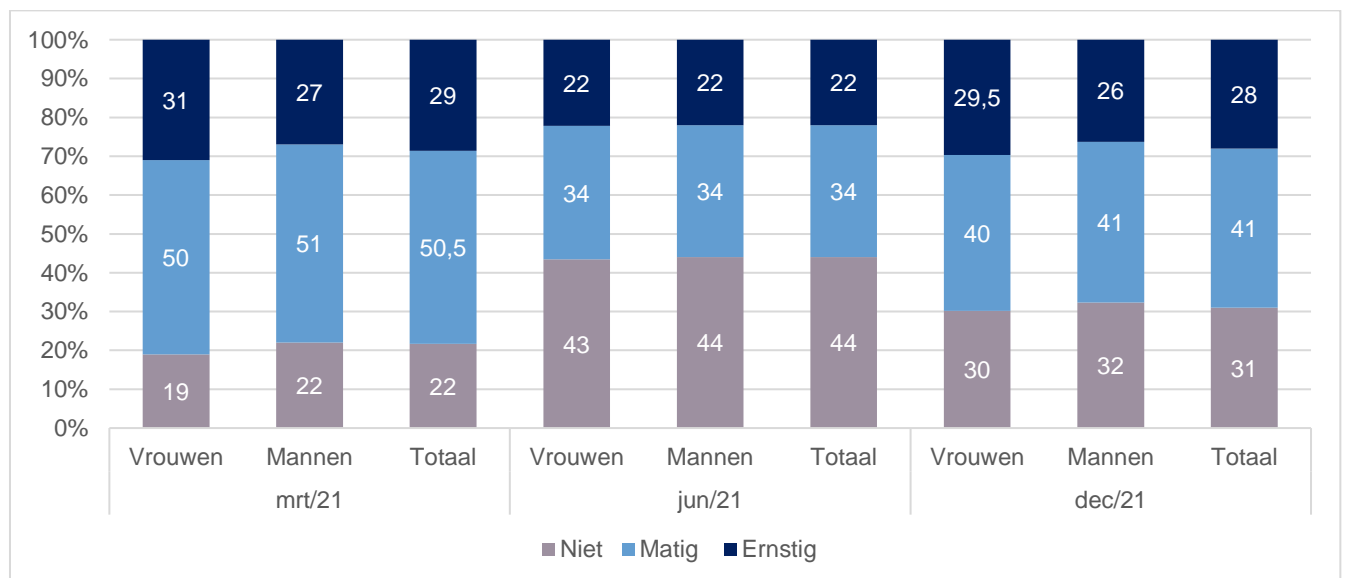
## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT

Vrouwen scoren slechter op het vlak van eenzaamheid. Vrouwen geven vaker aan dat ze zich ernstig eenzaam voelen dan mannen (vrouwen niet eenzaam: 30%, matig eenzaam: 40% en ernstig eenzaam: 29,5% vs. mannen niet eenzaam: 32%, matig eenzaam: 41% en ernstig eenzaam: 26%).

Zowel bij mannen als vrouwen is de gerapporteerde eenzaamheid toegenomen t.o.v. de 7e COVID-19-gezondheidsenquête in juni 2021 (Zie figuur 2.20). Er bevinden zich minder personen in de categorie “Niet eenzaam” en meer personen in de categorie “Ernstig eenzaam”.

**Figuur 2.20. Percentage personen naar eenzaamheid, volgens geslacht, tijdens de zesde, zevende en negende COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België, 2021.**



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

### LEEFTIJD

Er werden in de negende Gezondheidsenquête geen leeftijdsverschillen naar eenzaamheid gevonden.

## GEZINSSAMENSTELLING

Alleenwonenden met kind(eren) (39%), alleenwonenden (36%) melden vaker een ernstige eenzaamheid dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 25.5% en 23%). Het percentage personen dat geen eenzaamheid ervaart is het laagste bij alleenwonenden met of zonder kinderen (resp. 26% en 25%) en het hoogste bij koppels met of zonder kinderen (resp. 33% en 36%).

## 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 (31% t.o.v. 23%). Lager opgeleiden bevinden zich ook minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (29% t.o.v. 36%). Deze verschillen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

## PROFESSIONELE STATUS

Personen die invalide of werkloos zijn melden het vaakste eenzaamheid: zij zijn vaker ernstig eenzaam (resp. 48% en 40%) dan personen met betaald werk en gepensioneerden (beiden 26%). Het aandeel personen in de categorie “Niet eenzaam” is ook het laagste bij personen die invalide of werkloos zijn (resp. 16% en 27%).

## OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data 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 sneeuwbalmethode (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 2018. De meest recente cijfers met betrekking tot suïcides in Vlaanderen stammen uit 2019. Sterftecijfers 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

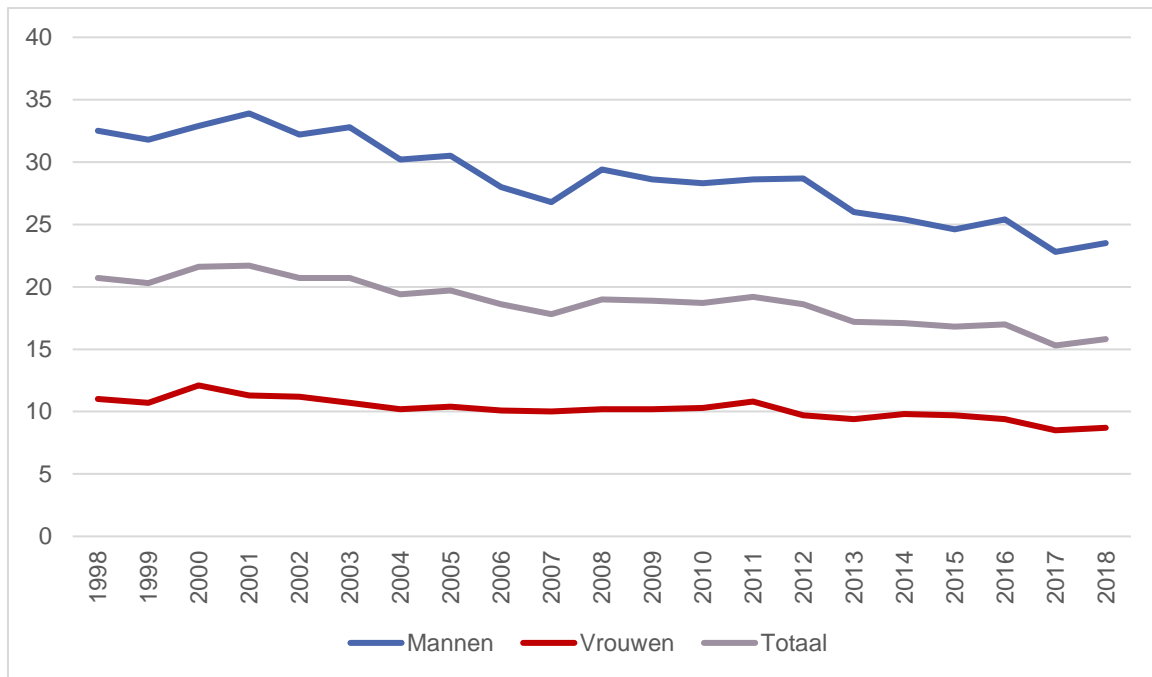
In **2018** overleden in België **1792 personen ten gevolge van suïcide**, waarvan 1283 mannen en 509 vrouwen. Dit komt neer op bijna **vijf suïcides per dag**. De suïciderate lag in 2018 voor mannen op 23.5/100.000 (ten opzichte van 22.8/100.000 in 2017) en voor vrouwen op 8.7/100.000 (ten opzichte van 8.5/100.000 in 2017).

#### EVOLUTIE

In figuur 3.1 en 3.2 wordt de evolutie van de suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) weergegeven op nationaal niveau, uitgesplitst naar geslacht en gewest. Tussen 2000 en 2018 is zelfdoding gedaald bij mannen en, in mindere mate ook bij vrouwen. Tussen 2000 en 2018 is het suïcidecijfer onder mannen met 26% gedaald in Vlaanderen, met 24% in Wallonië (waar de daling begon vanaf 2008) en met 49% in Brussel. Onder vrouwen ligt het sterftecijfer door zelfdoding in alle gewesten gedurende de hele periode op een veel lager niveau dan onder mannen en vertoont een vergelijkbare daling.

**Figuur 3.1. Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2018, volgens geslacht.**

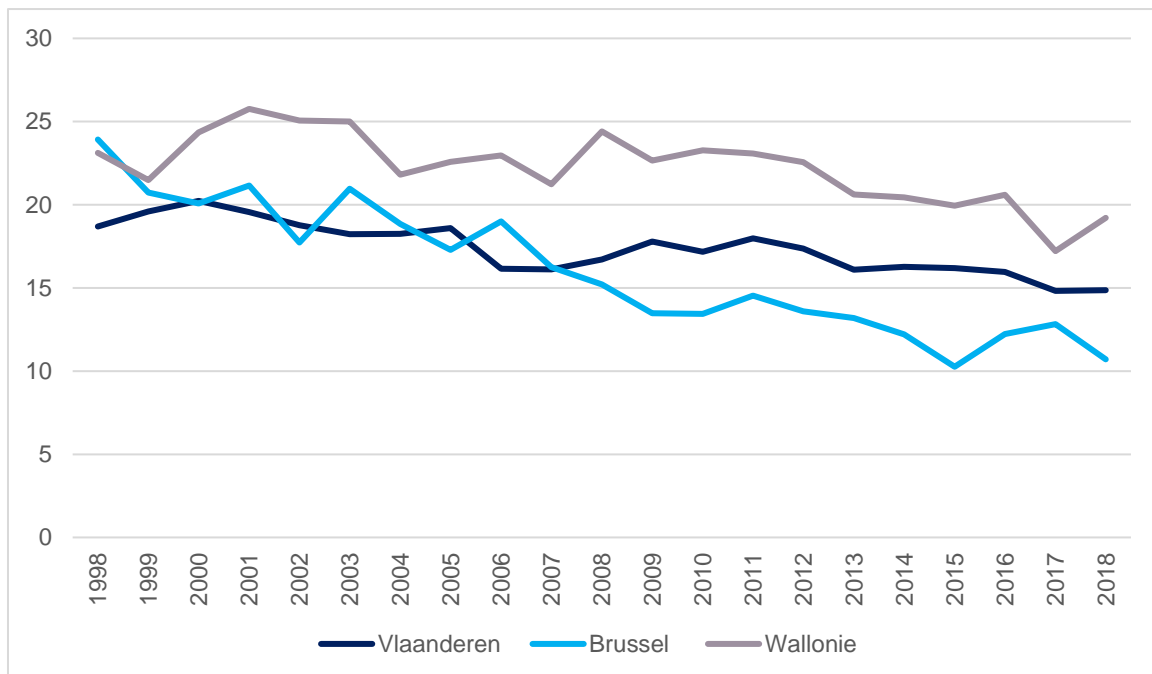




Bron: [Statbel](#) (Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium)

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, 1998-2018, volgens gewest.**



Bron: [Sciensano](#)

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

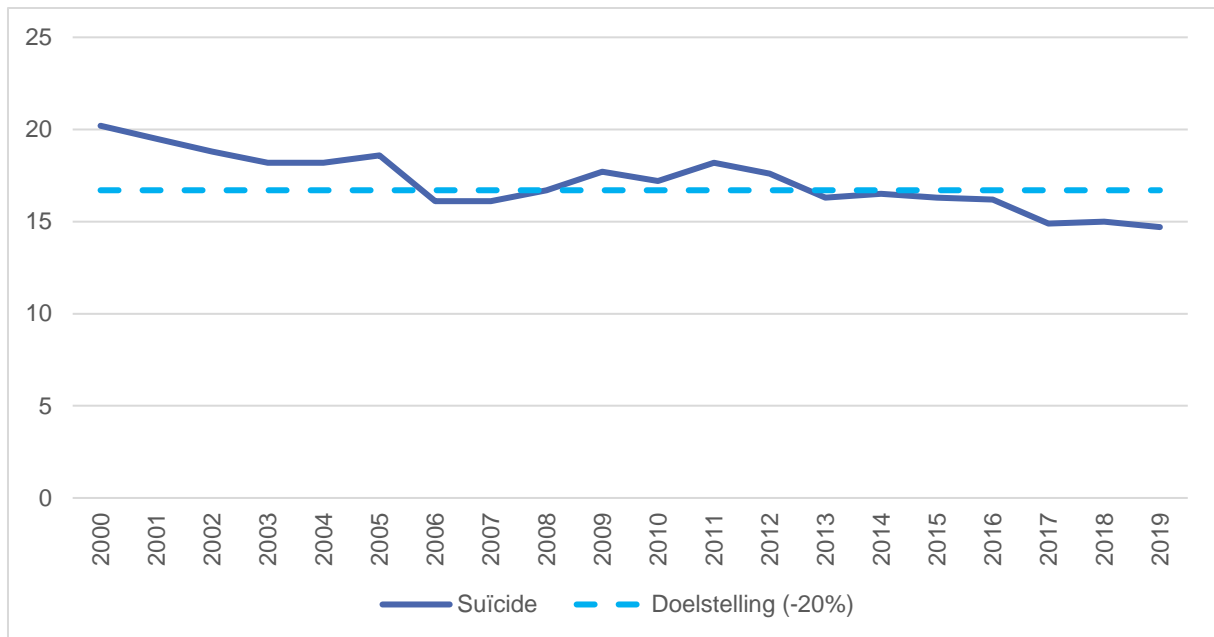
Sterftcijfers door suïcide in Vlaanderen worden geregistreerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van de overlijdenscertificaten. In **2019** (meest recente cijfers) **overleden** in Vlaanderen **960 personen door suïcide**. Dit komt neer op **bijna drie suïcides per dag**. Bijna drie op de vier (73%) suïcides waren mannen. Het sterfterisico voor mannen was 2.8 keer groter dan voor vrouwen. De suïciderate voor mannen in 2019 was 21.8/100.000 ten opzichte van 22.6/100.000 in 2018 en voor vrouwen 7.5/100.000 ten opzichte van 7.7/100.000 in 2018.

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.

### EVOLUTIE

Figuur 3.3 toont de evolutie van de gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbepaalde intentie 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 suïdecijfers 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 suïdecijfers met 30%**. Dit betekent dat de **gezondheidsdoelstelling**, op basis van de **suïdecijfers van 2019**, werd **behaald**.

**Figuur 3.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2019.**

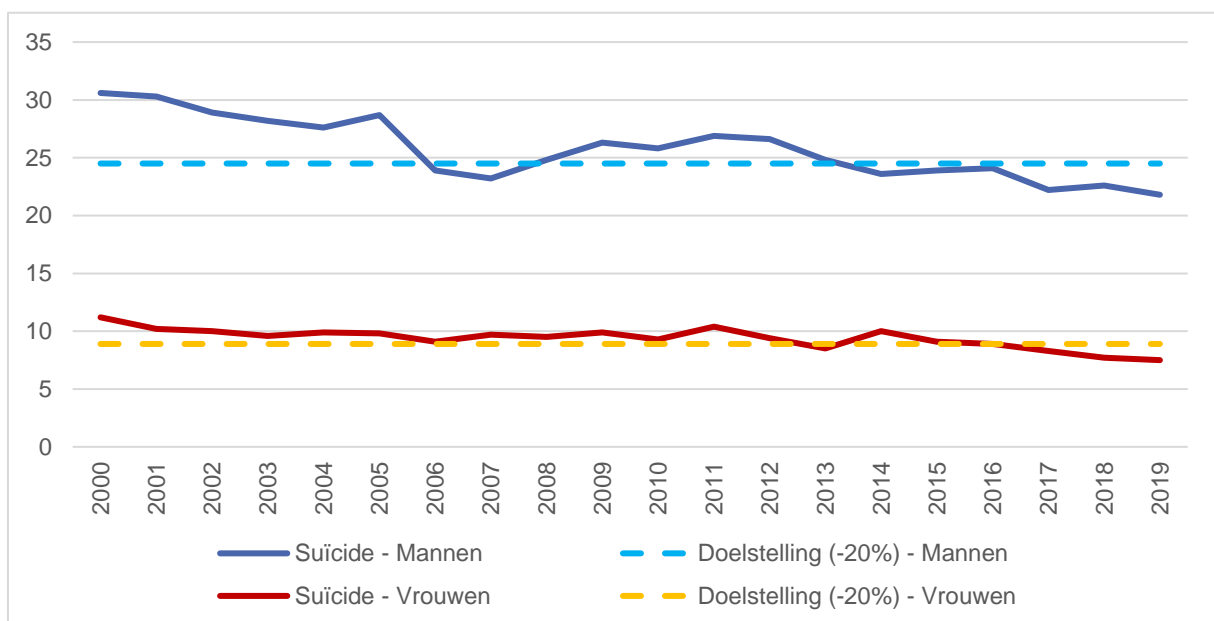


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

## 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 suïcidecijfer worden vastgesteld van **29%** en voor **vrouwen een daling van 33%**. Zie figuur 3.4.

**Figuur 3.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2019.**



Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

## LEEFTIJD

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

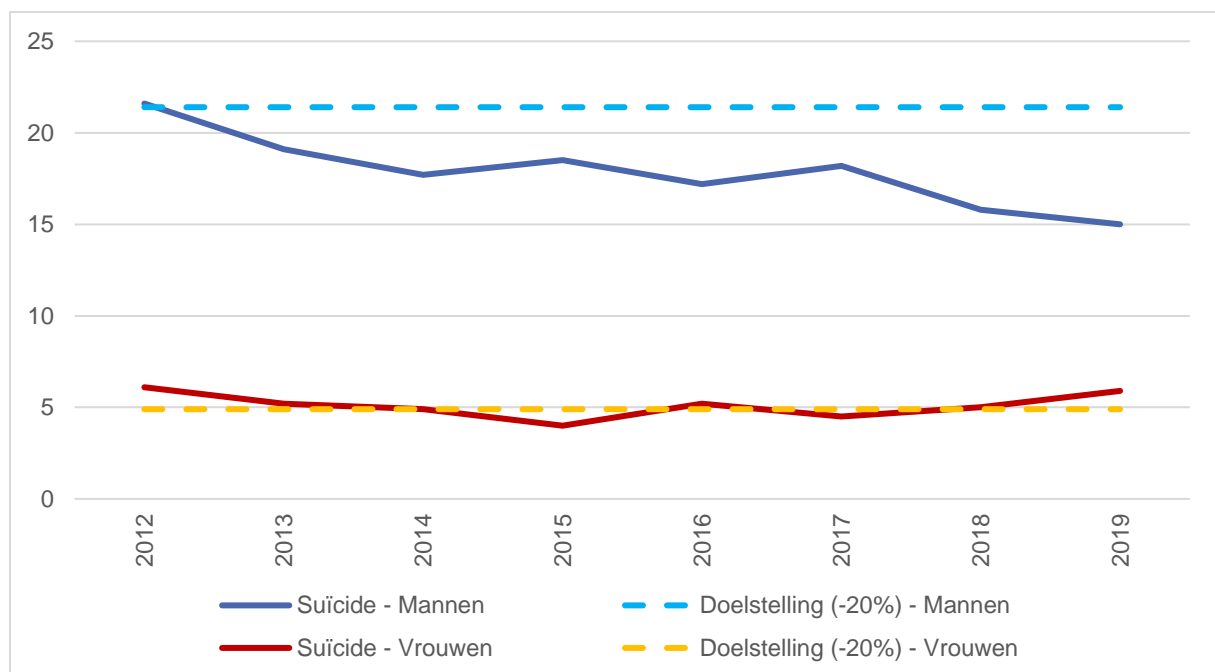
### LEEFTIJDGROEP -15 JAAR

In 2019 zijn er 3 kinderen en jongeren jonger dan 15 jaar overleden aan suïcide. Dit aantal is zo klein dat er geen significante vergelijking met het baselinejaar 2000 gemaakt kan worden.

### LEEFTIJDGROEP 15-29 JAAR

Bij de mannen kon in 2019 een daling van 44% worden vastgesteld ten opzichte van 2000, waarmee de gezondheidsdoelstelling werd gehaald. Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2019 3% lager dan in 2000. Bij de vrouwen werd de gezondheidsdoelstelling dus niet gehaald (zie figuur 3.5).

**Figuur 3.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2019.**

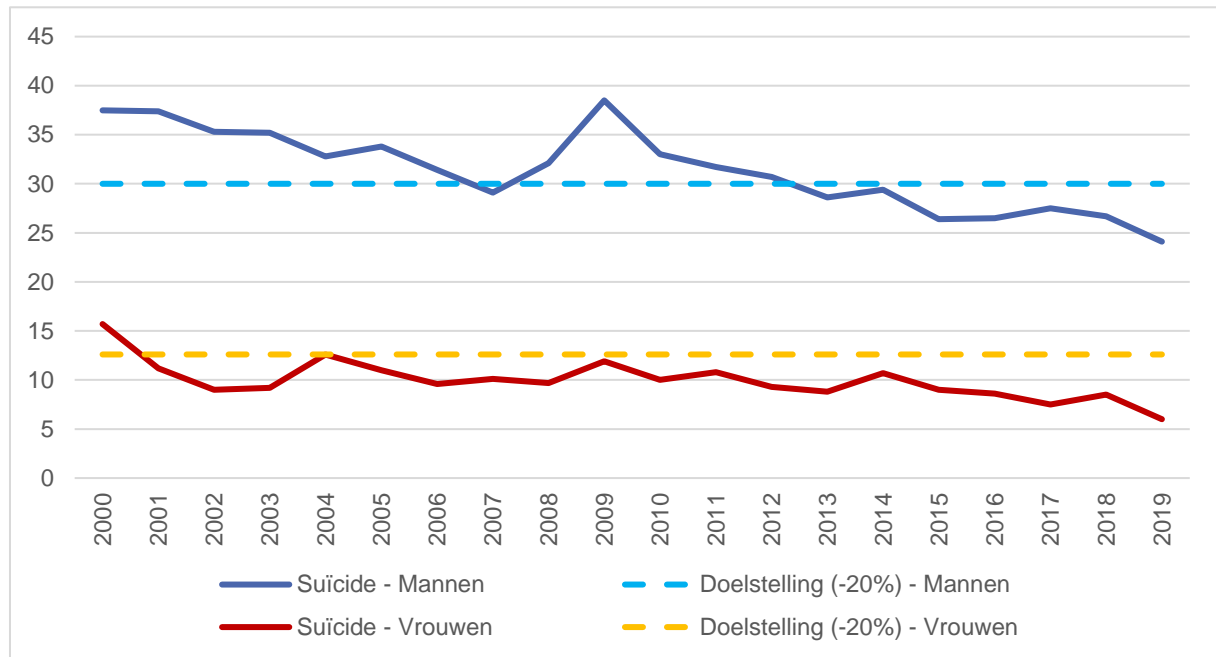


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

### 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 2019 een daling van het aantal suïcides met 36% worden vastgesteld ten opzichte van 2000. Bij de vrouwen bedroeg de daling 62% (zie figuur 3.6).

**Figuur 3.6. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2019.**

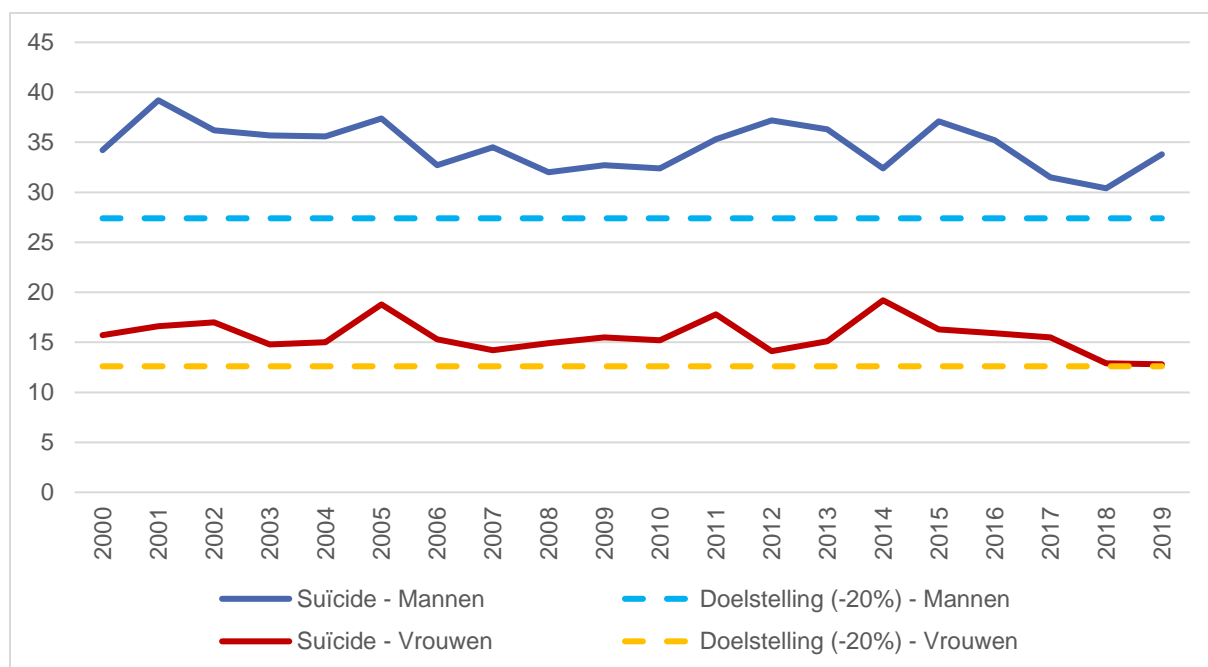


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

#### LEEFTIJDGROEP 45-59 JAAR

Bij de 45-59-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling niet behaald. Bij de mannen kon in 2019 een daling van het aantal suïcides worden vastgesteld van 1% vergeleken met 2000. Bij de vrouwen was er in 2019 een daling van 19% ten opzichte van 2000 (zie figuur 3.7).

**Figuur 3.7. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2019.**

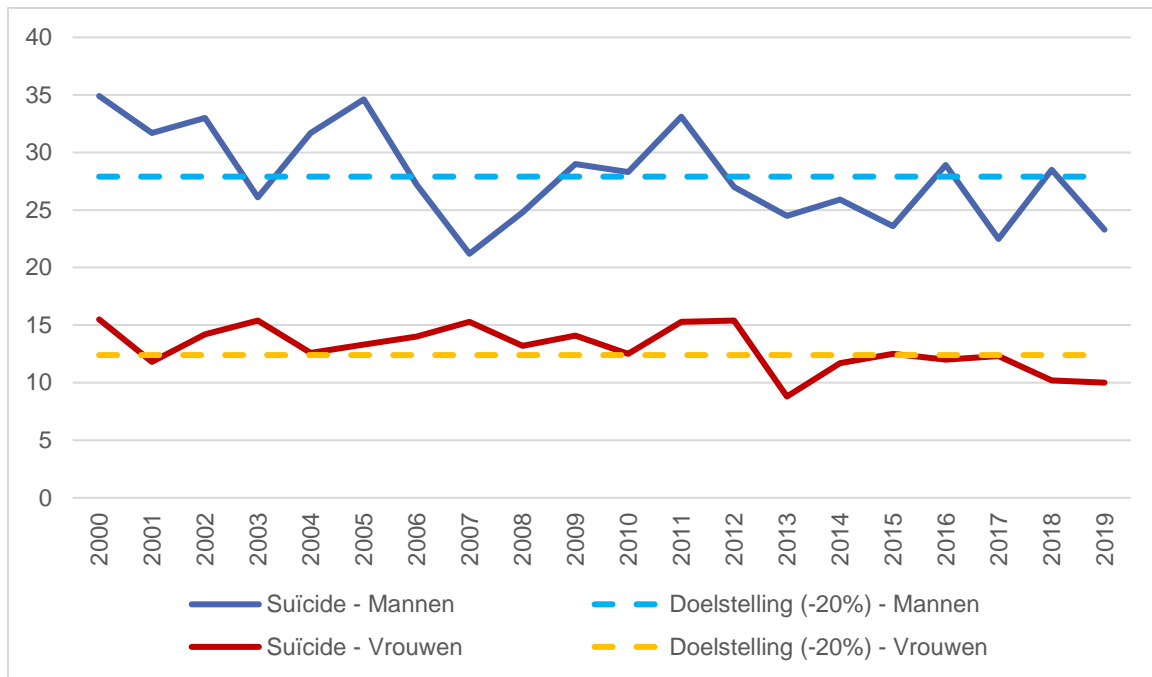


Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

#### LEEFTIJDGROEP 60-74 JAAR

Bij de 60-tot 74-jarigen mannen en vrouwen werd de gezondheidsdoelstelling in 2019 behaald. Bij mannen was er een daling van 33% en bij vrouwen was er in 2019 een daling van de suïcidecijfers met 35% vergeleken met het jaar 2000 (zie figuur 3.8).

**Figuur 3.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2019.**

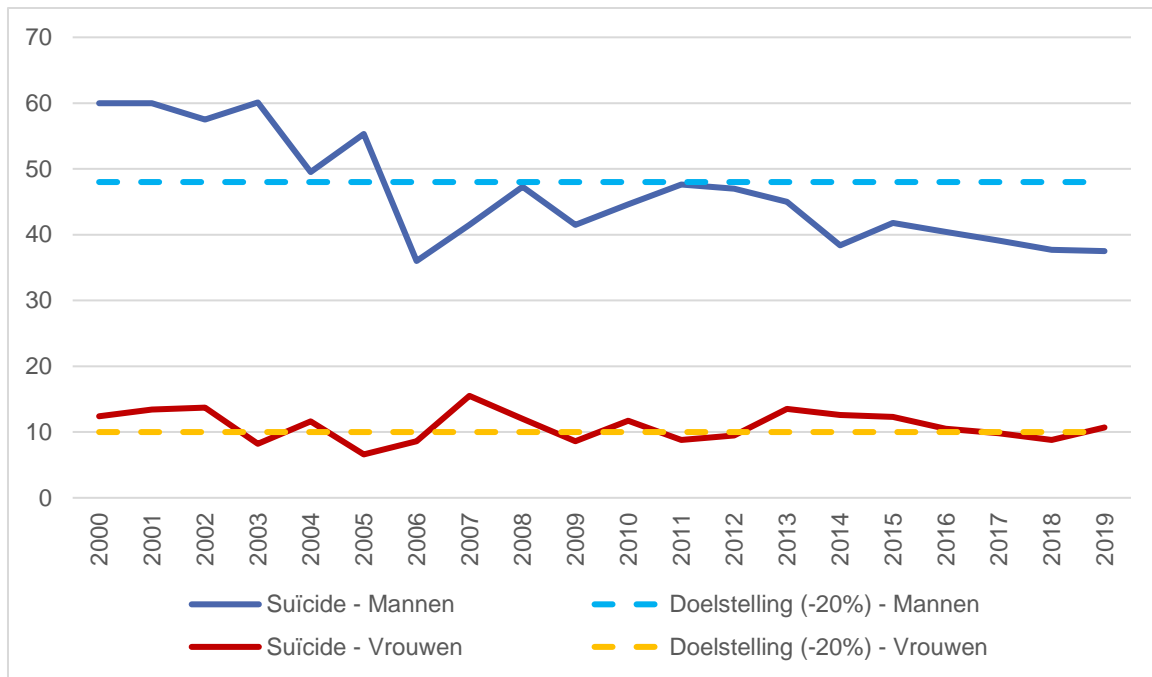


Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

#### LEEFTIJDGROEP 75+

Bij de 75-plussers werd de gezondheidsdoelstelling voor de mannen behaald. Bij de mannen kon in 2019 een daling van het suïcidecijfer worden vastgesteld van 38% ten opzichte van 2000. Bij de vrouwen lag het suïcidecijfer in 2019 14% lager ligt dan in 2000 en werd de doelstelling dus niet behaald (zie figuur 3.9).

**Figuur 3.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2019.**



Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#)

## ALGEMENE EVALUATIE

Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in 2019 minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2000. De gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse overheid stelt dat de suïcides in 2020 met 20% afgenomen moeten zijn in vergelijking met het jaar 2000. Met de recent vrijgegeven cijfers van 2019 kan een daling vastgesteld worden van 29% minder suïcides bij mannen en 33% minder suïcides bij vrouwen in vergelijking met het jaar 2000. De gezondheidsdoelstelling lijkt op dit moment voor zowel mannen als voor vrouwen over alle leeftijden heen behaald te zijn. 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 en vrouwen in de leeftijd van 45 tot 59 jaar, vrouwen in de leeftijd van 15-29 jaar en vrouwen in de leeftijd van 75+.



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
2019 (laatste cijfer)	21.8	7.5
2020 (streefcijfer -20%)	24.5	8.9
Vershil met 2000	-29%	-33%

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)

## BEROEPSGROEPEN

Uit internationaal onderzoek blijkt dat bij sommige beroepsgroepen het risico op suicides hoger is dan bij andere beroepsgroepen <sup>4</sup>. 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 suïdecijfers 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

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

uitgevoerd. Daarnaast worden de verkregen suïciderates van artsen vergeleken met andere beroepsgroepen (Claessens, 2016).

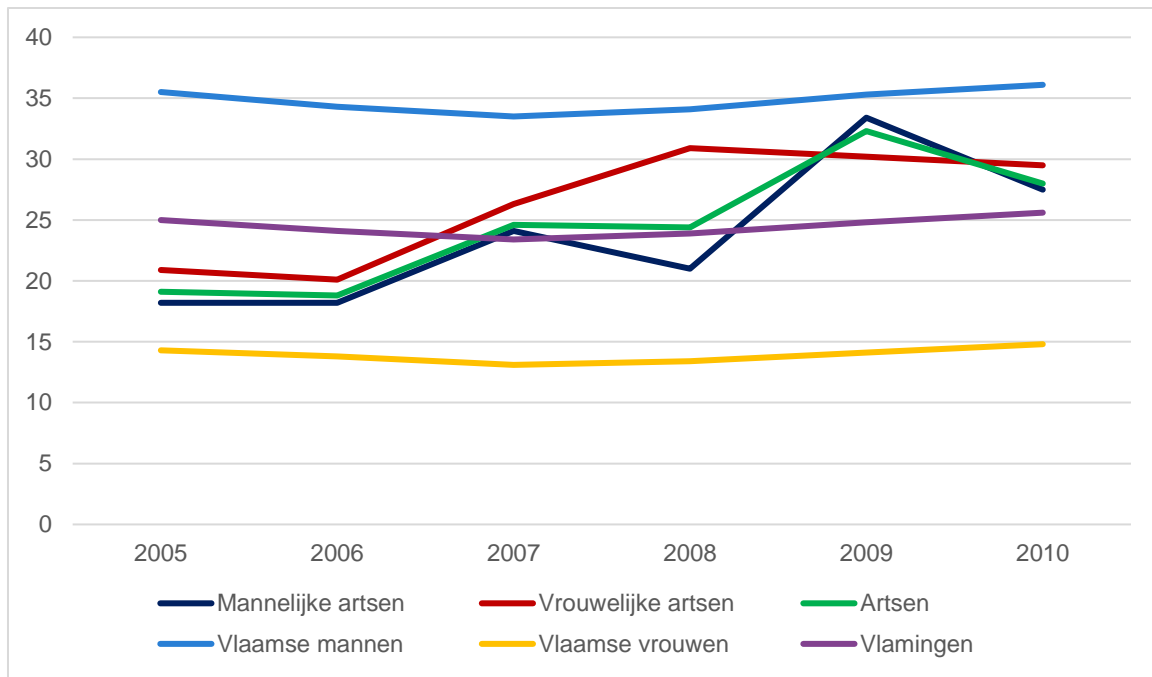
### HUISARTSEN

In de periode 2004-2011 zijn er 41 artsen overleden ten gevolge van suïcide. Hierbij zijn het aantal suïcides 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 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65-jarigen).

### GESLACHT

De suïciderate bij mannelijke artsen ligt onder de suïciderate bij Vlaamse mannen (25 versus 35.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt hoger dan die bij Vlaamse vrouwen, tot (meer dan) het dubbele over de periode 2006-2011 (23.7 versus 14.1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert en overstijgt zelfs de suïciderate bij mannelijke artsen. Enkel vrouwelijke artsen in Vlaanderen hebben dus een (sterk) verhoogd risico. De man-vrouw verhouding in het totaal van suïcides bij 25+'ers tussen 2004 en 2012 bedroeg 2.5:1. Bij artsen is het overwicht aan suïcides bij mannen nog meer uitgesproken dan in de algemene Vlaamse populatie, namelijk 75% versus 25%. 33 zelfdodingen gebeurden bij mannen, 11 bij vrouwen (oftewel 3:1). Zie figuur 3.10.

**Figuur 3.10. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.**



Bron: Claessens, 2016

## LEEFTIJD

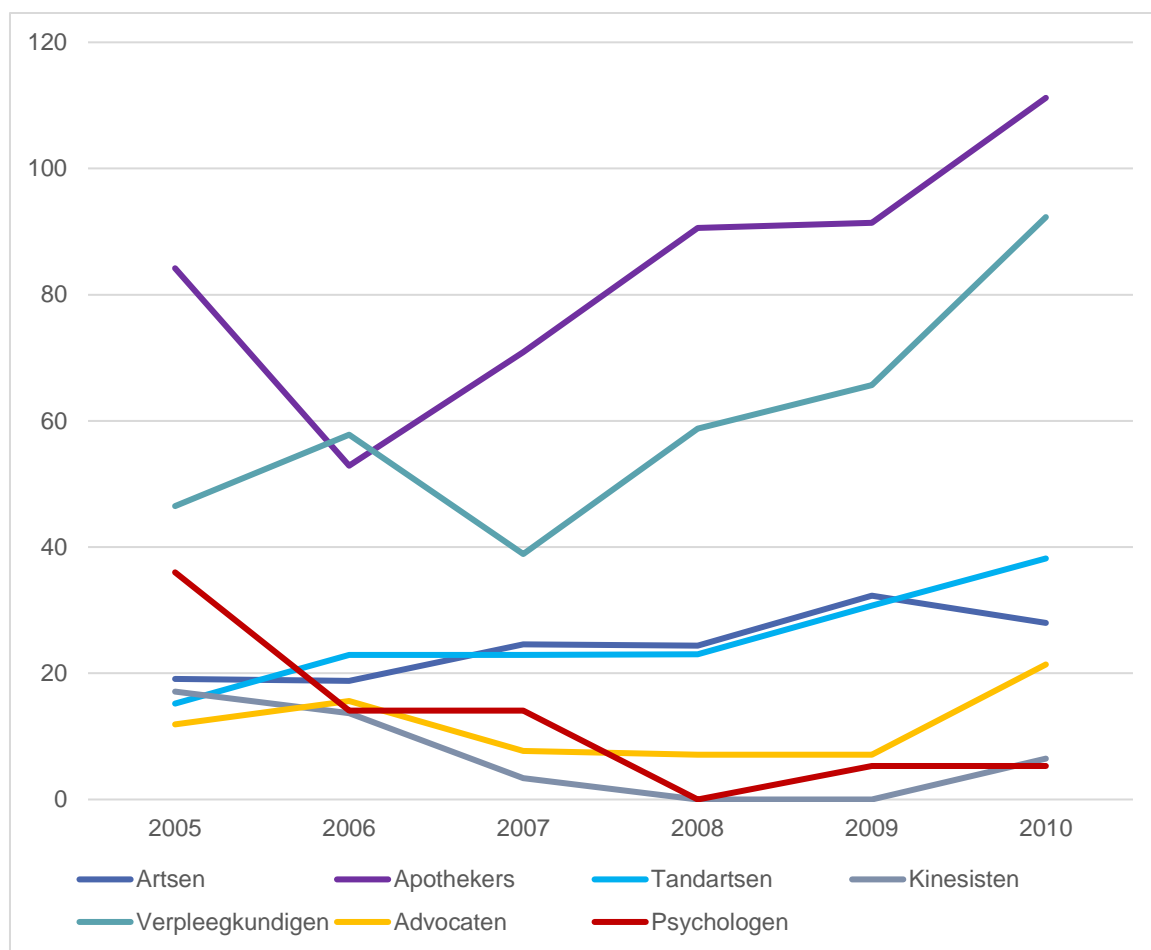
Suicide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (38.6%). Slechts één arts stierf ten gevolge van suicide vóór de leeftijd van 35 jaar. De oudste arts die in de periode 2004-2012 door suicide om het leven kwam was 80 jaar.

## 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 3.11). Net zoals bij artsen, benadert de suïciderate van tandartsen de suïciderate in de algemene Vlaamse bevolking. Advocaten, psychologen en kinesisten lopen minder risico op suicide 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 3.11. 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

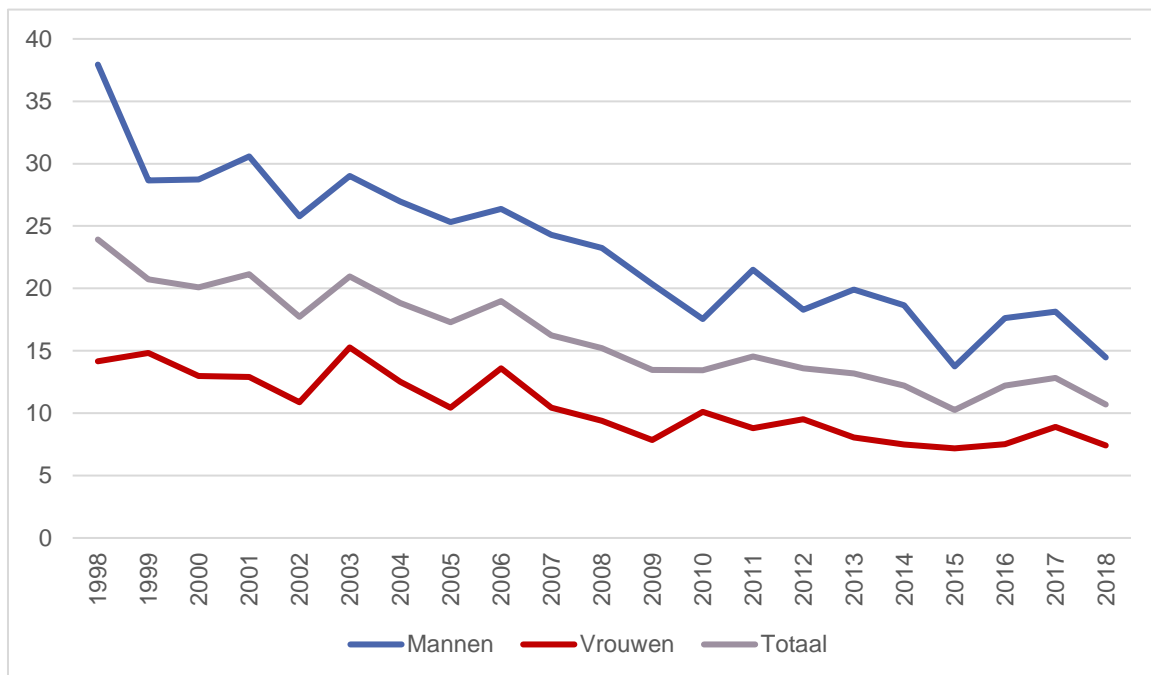
In **2018** overleden in Brussel **134 personen** ten gevolge van **suicide**, waarvan 94 mannen en 40 vrouwen. De suïciderate voor mannen is in 2018 gedaald naar 14.5/100.000 (ten opzichte van 18.1/100.00 in 2017) en voor vrouwen naar 7.4/100.000 (ten opzichte van 8.9/100.000 in 2017).

#### 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 12.8/100.000. In 2018 daalt het suïcidecijfer naar 10.7/100.000. Deze daling is meer uitgesproken bij mannen dan bij vrouwen (zie figuur 3.12).

**Figuur 3.12. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2018, volgens geslacht.**



Bron: [Sciensano](#)

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

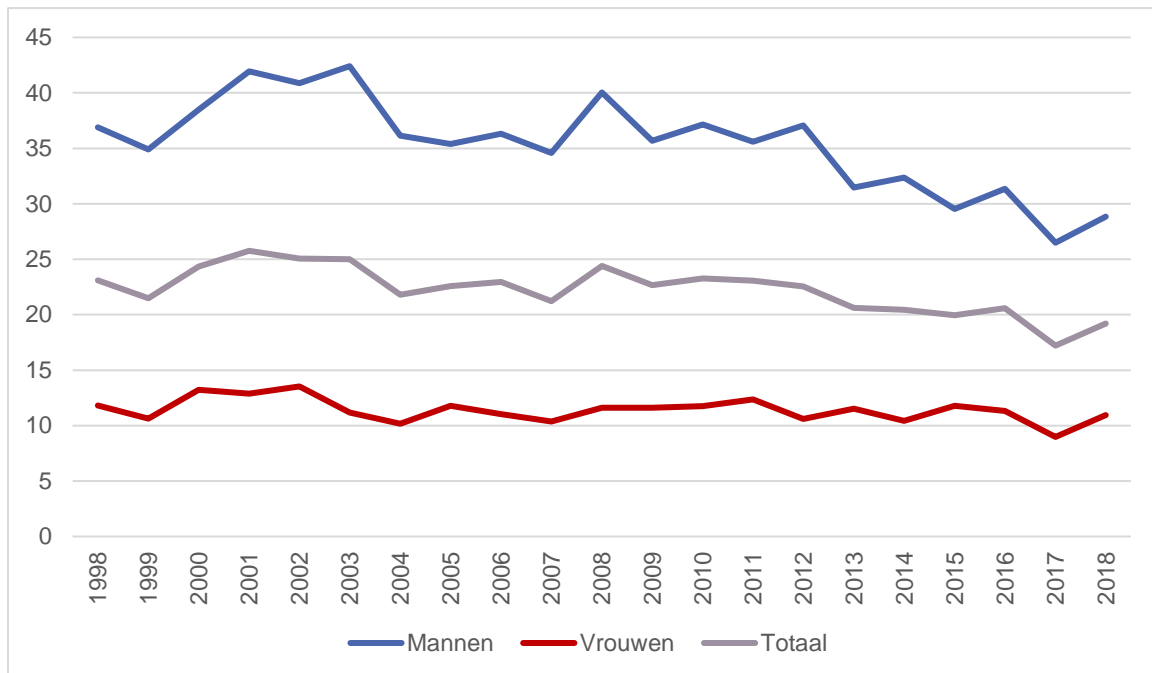
### 3.4. WALLONIË

In **2018** kwamen in Wallonië **696 personen** door suïcide om het leven, waarvan 488 mannen en 208 vrouwen. Dit komt neer op **bijna twee suïcides per dag**. De suïciderate voor mannen is in 2018 gestegen naar 28.9 (ten opzichte van 26.5/100.000 in 2017) en voor vrouwen is er een stijging in 2018 naar 11.0/100.000 ten opzichte van 9.0/100.000 in 2017).

#### EVOLUTIE

Zoals in figuur 3.13 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. Bij de vrouwen is er een lichte schommeling in de cijfers de voorbije jaren, waarbij er net zoals bij de mannen, een stijging van de cijfers valt op te merken in 2018.

Figuur 3.13. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2018, volgens geslacht.



Bron: [Sciensano](#)

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

### 3.5. INTERNATIONAAL

#### VLAANDEREN/BELGIË BINNEN EUROPA

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

Tabel 3.2. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2017 versus 2016, verdeeld naar geslacht.

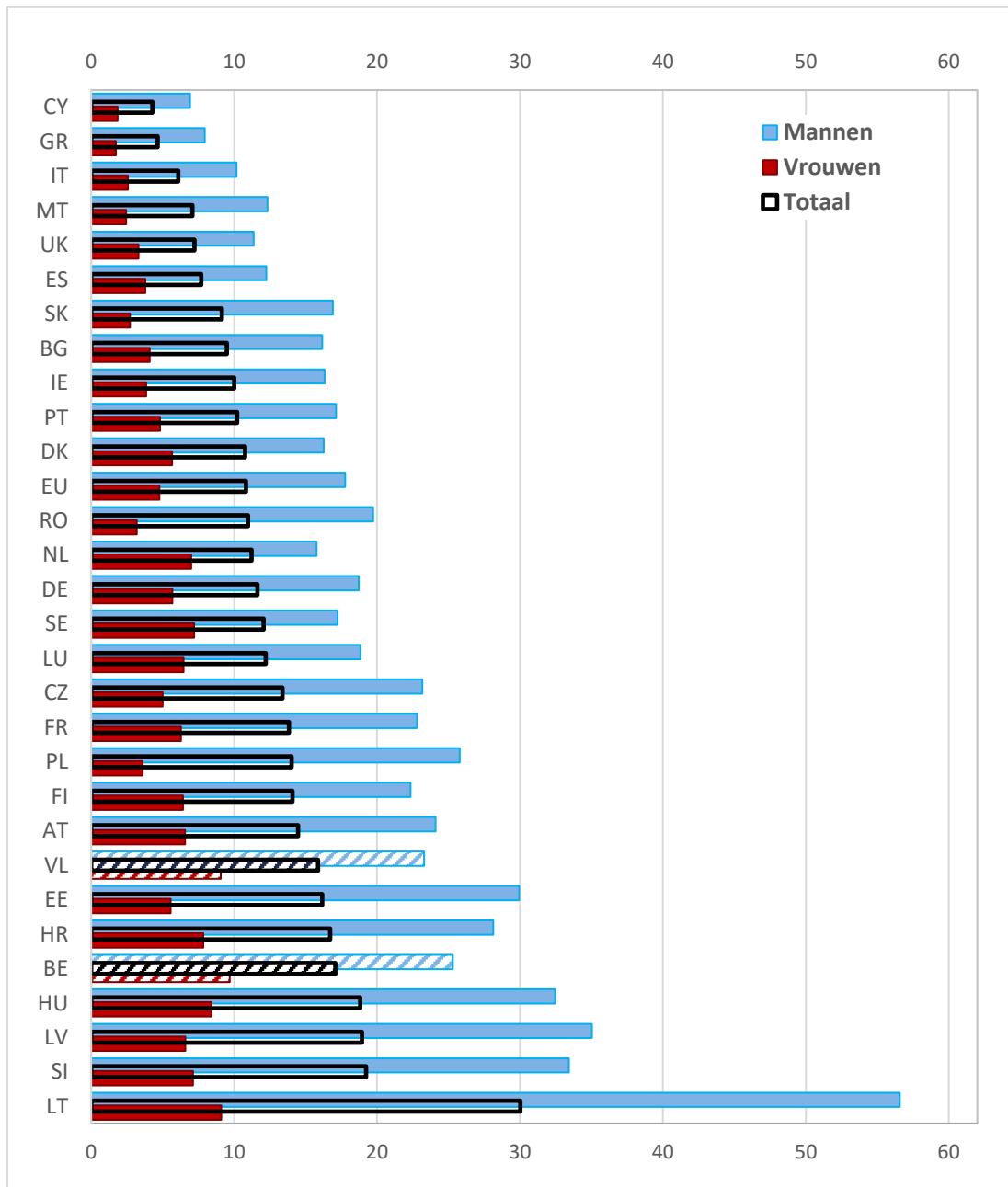
	2016			2017		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
België	25.5	9.5	17.1	23.1	8.6	15.4
EU (28 landen)	17.0	4.5	10.3	16.5	4.5	10.1

Bron: [Eurostat](#)

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

Wat betreft het suïcidecijfer voor vrouwen, bevindt België zich helemaal bovenaan, gevolgd door Litouwen en Vlaanderen. Voor mannen hebben acht landen en België nog hogere suïcidecijfers. Zie figuur 3.14.

Figuur 3.14. Rangschikking Europese lidstaten<sup>5</sup> naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2014-2016 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).



Bron: [Agentschap Zorg en Gezondheid](#); [Eurostat](#)

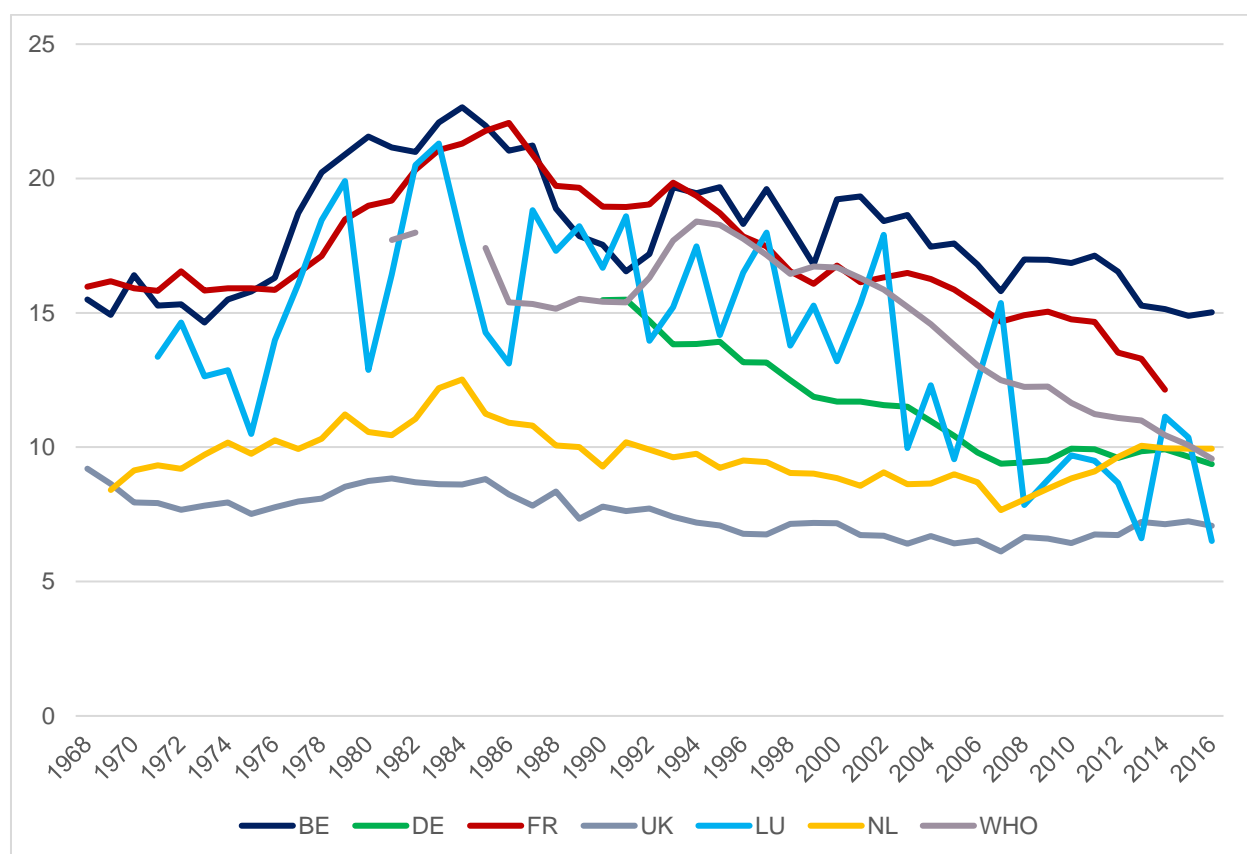
<sup>5</sup> CY: Cyprus, GR: Griekenland, IT: Italië, MT: Malta, UK: Verenigd Koninkrijk, ES: Spanje, SK: Slowakije, BG: Bulgarije, IE: Ierland, PT: Portugal, DK: Denemarken, EU: Europese Unie – 28, RO: Roemenië, NL: Nederland, DE: Duitsland, SE: Zweden, LU: Luxemburg, CZ: Tsjechië, FR: Frankrijk, PL: Polen, FI: Finland, AT: Oostenrijk, VL: Vlaams Gewest, EE: Estland, HR: Kroatië, BE: België, HU: Hongarije, LV: Letland, SI: Slovenië, LT: Litouwen.



## 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 3.15.

**Figuur 3.15.** Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2016 (voor zover beschikbaar).

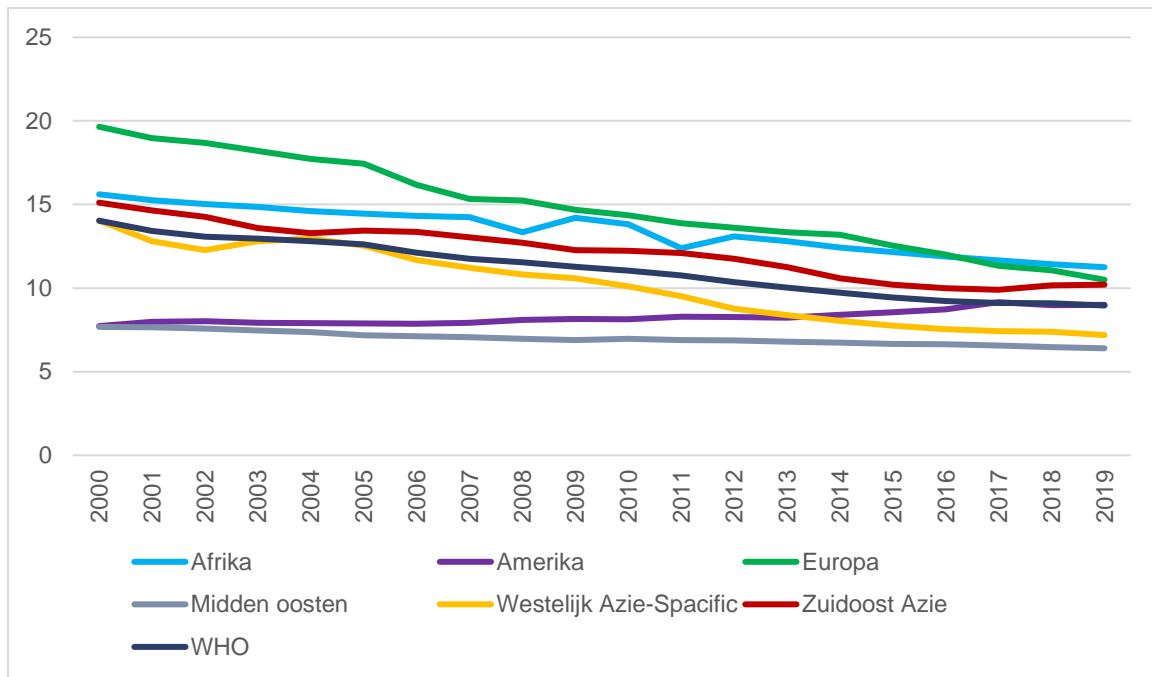


Bron: [European HFA Database](#)

## 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 3.16.

**Figuur 3.16.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.



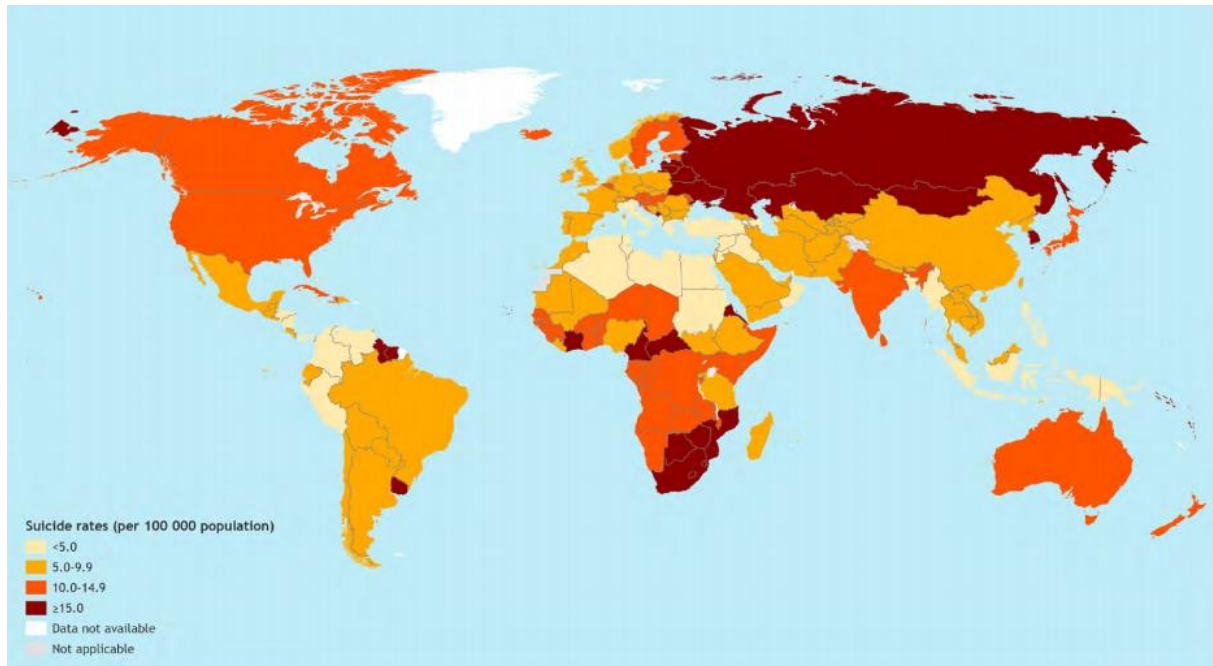
Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

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 3.17). Wanneer een onderverdeling wordt gemaakt naar geslacht, dan behoort België voor mannen zelfs bij de landen met de hoogste suïciderates (zie figuren 3.18 en 3.19). 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).

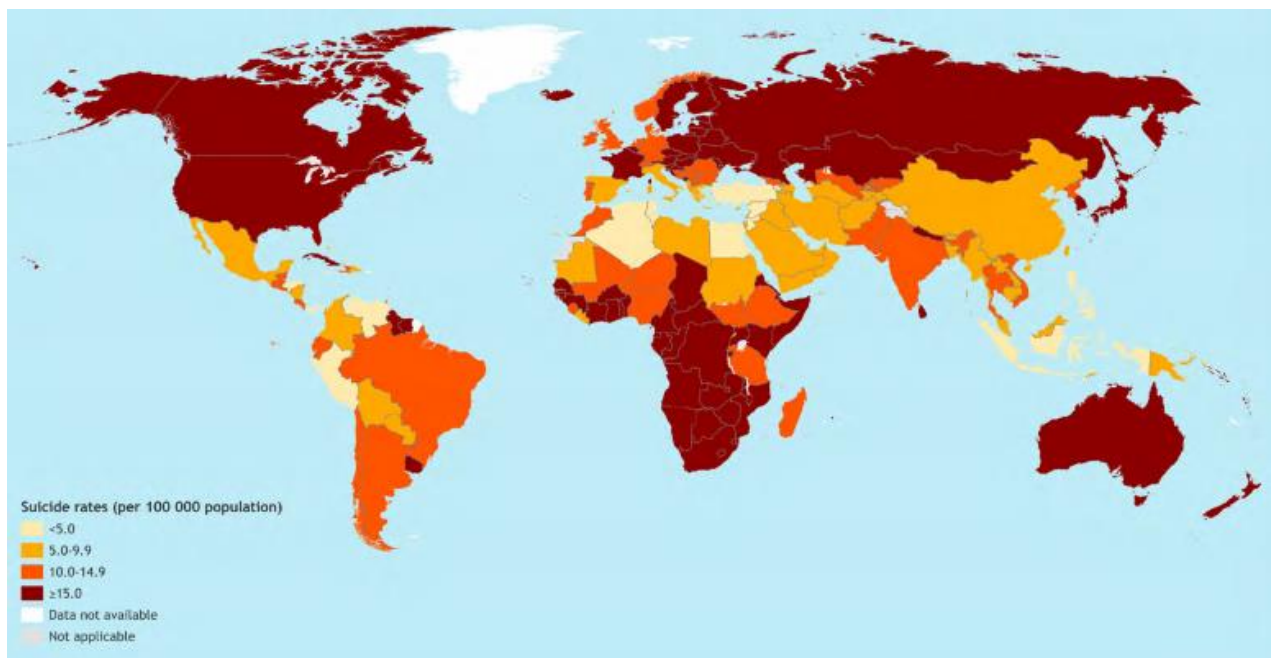
Figuur 3.17. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.



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

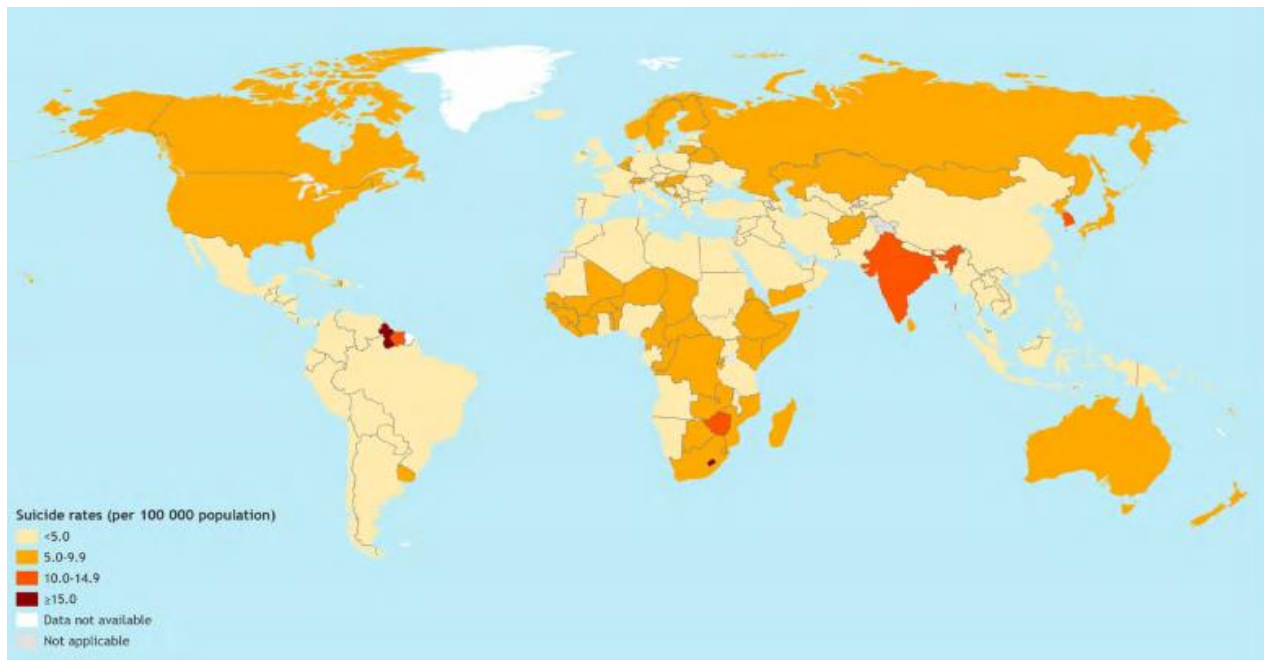
Figuur 3.18. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.



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 3.19. 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 <sup>6</sup>	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 suïcidecijfers werd er gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de standaard wereldbevolking.

### 3.6. COVID-19 PANDEMIE

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 sterftcertificaten. Deze registratie is een intensief en complex proces waardoor de suïcidecijfers van 2020 en 2021 op dit moment nog niet beschikbaar zijn. Bijgevolg kan de impact van COVID-19 op de sterfte door suïcide nog niet worden onderzocht. Het vinden van een efficiëntere verwerking van de suïcidecijfers lijkt dan ook noodzakelijk. Er is een technisch dataproject voor de modernisering van de verwerking van de sterftcijfers lopende binnen Zorg en Gezondheid.

Om inzicht te verwerven in de impact van COVID-19 op de suïcidecijfers, doet het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie momenteel 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

---

<sup>6</sup> Omdat bij deze gestandaardiseerde suïcidecijfers de wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioenemer werd gebruikt, verschillen deze suïcidecijfers met de suïcidecijfers die werden gestandaardiseerd aan de hand van de Europese standaardbevolking (ASR-E).

vergelijking met voorgaande jaren, een indicatie geven van eventuele stijgingen in 2021. 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 2021 voor België. Vanuit de Federale politie hebben wij alleen cijfers beschikbaar van de eerste zes maanden (tot en met juni 2021) van 2021. Vanuit het Openbaar Ministerie zijn cijfers beschikbaar voor alle maanden van 2021. Hieronder worden de cijfers met betrekking tot suïcide besproken. De cijfers met betrekking tot suïcidepogingen worden toegelicht in hoofdstuk 4.6 'COVID-19 pandemie' (p. 96).

## BELGIË

In tabel 3.4 worden de absolute aantallen van suïcide in België in 2021 op basis van de registratie van de Federale Politie vergeleken met de vier voorgaande jaren (2017-juni 2021). In tabel 3.5 worden de absolute aantallen van suïcides in België in 2021 op basis van database van het Openbaar Ministerie vergeleken met twee voorgaande jaren (2019-2021).

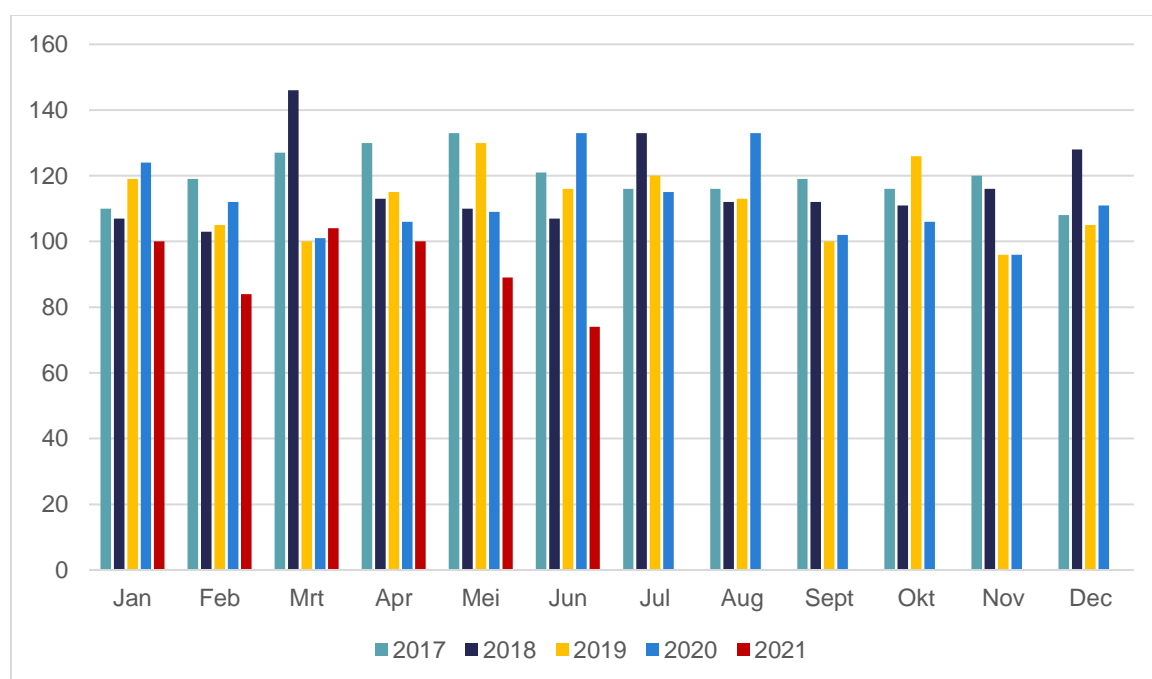
**Tabel 3.4. Aantal geregistreerde suïcides door de Federale Politie in België, 2017-2021, uiteengezet per maand.**

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Totaal</b>	<b>1.435</b>	<b>1.397</b>	<b>1.345</b>	<b>1.352</b>	<b>551</b>
Januari	110	107	119	125	100
Februari	119	103	105	112	84
Maart	127	146	100	101	104
April	130	113	115	106	100
Mei	133	110	130	109	89
Juni	121	107	116	133	74
Juli	116	132	120	115	-

Augustus	116	112	113	133	-
September	119	112	100	102	-
Oktober	116	111	126	107	-
November	120	116	96	97	-
December	108	128	105	112	-
<b>Totaal</b>	<b>1.435</b>	<b>1.397</b>	<b>1.345</b>	<b>1.352</b>	<b>551</b>

Bron: Federale Politie, 2022

**Figuur 3.20. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie, uiteengezet per maand, 2017- juni 2021.**



Bron: Federale Politie, 2021

Uit tabel 3.4. blijkt dat het absolute aantal suïcides in 2020 ongeveer gelijk is aan het aantal suïcides in 2019 (7 gevallen meer in 2020). Het aantal suïcides ligt lager in 2020 vergeleken met 2018 en 2017. **Dus wat betreft suïcide kan voor België in 2020 geen verhoogde trend worden opgetekend in vergelijking met de jaren ervoor.**

Wanneer het aantal suïcides per maand afzonderlijk wordt bekeken (zie tabel 3.4 en figuur 3.20), kan opgemerkt worden dat in de maanden juni en augustus hogere suïcidecijfers in 2020 werden opgetekend in België vergeleken met de drie voorgaande jaren.

Wanneer deze cijfers voor suïcide in het **1<sup>ste</sup> semester van 2021** worden vergeleken met de cijfers van het 1<sup>ste</sup> semester van de voorgaande jaren 2018, 2019 en het eerste coronajaar 2020 kan volgende observatie gemaakt worden voor België:

- Lagere cijfers in januari in vergelijking met alle andere jaren
- Lagere cijfers in februari in vergelijking met alle andere jaren
- Bijna gelijke cijfers in maart in vergelijking met 2020 en 2019. Lagere cijfers dan 2018.
- Lagere cijfers in april in vergelijking met alle andere jaren
- Lagere cijfers in mei in vergelijking met alle andere jaren
- Lagere cijfers in juni in vergelijking met alle andere jaren

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

**Tabel 3.5. Aantal geregistreerde suïcides door het Openbaar Ministerie in België, 2019-2021, uiteengezet per maand.**

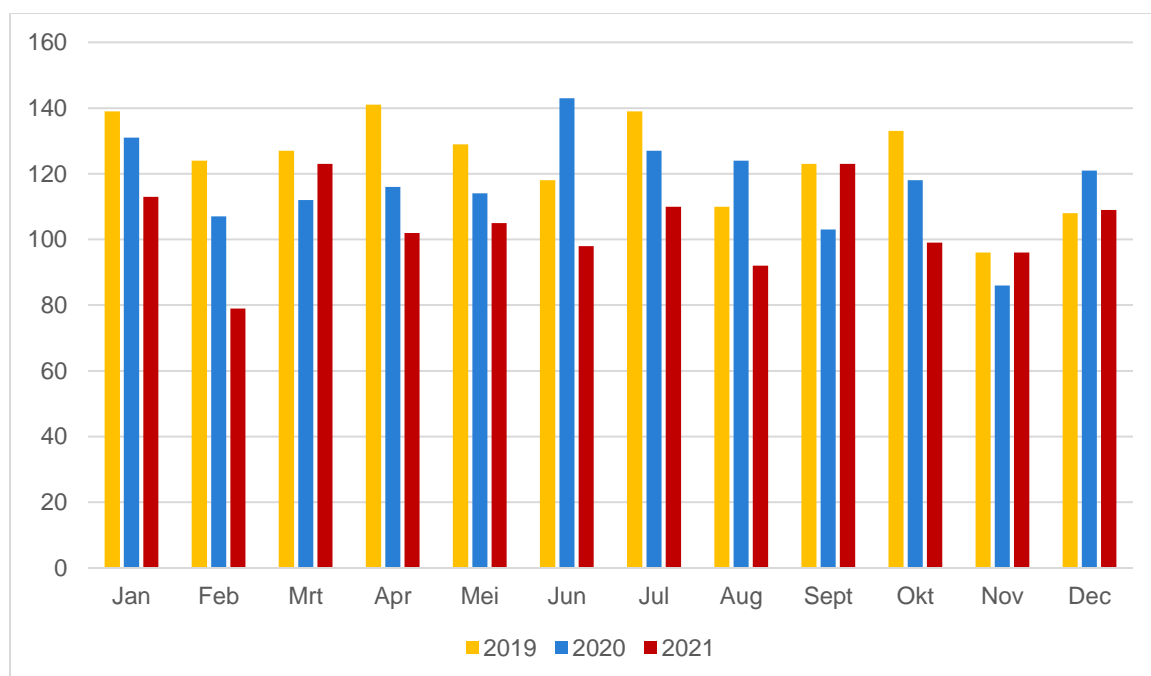
	2019	2020	2021
<b>Totaal</b>	1.487	1.402	1.249
Januari	139	131	113
Februari	124	107	79
Maart	127	112	123
April	141	116	102
Mei	129	114	105
Juni	118	143	98
Juli	139	127	110
Augustus	110	124	92
September	123	103	123



Oktober	133	118	99
November	96	86	96
December	108	121	109
<b>Totaal</b>	<b>1.487</b>	<b>1.402</b>	<b>1.249</b>

Bron: Openbaar Ministerie.

Figuur 3.21. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

Uit tabel 3.5. blijkt dat het absolute aantal suïcides in 2021 lager was dan het aantal suïcides in 2020 (153 gevallen meer in 2020). Daarnaast blijkt dat het absolute aantal suïcides in 2020 ook lager was dan in 2019 (85 gevallen meer in 2019). **Dus wat betreft suïcide kan voor België in 2021 en 2020 geen verhoogde trend worden opgetekend in vergelijking met de jaren ervoor.**

Wanneer het aantal suïcides per maand afzonderlijk wordt bekeken (zie tabel 3.5 en figuur 3.21), kan opgemerkt worden dat in geen enkele maand in 2021 substantieel hogere suïcidecijfers werden opgetekend in België vergeleken met 2019. In 2020 zagen we wel dat in de maanden juni, augustus en

december hogere suïcidecijfers werden opgetekend dan in 2019. Echter, in de meeste maanden zagen wij lagere suïcidecijfers in 2020 dan in 2019.

## VLAANDEREN

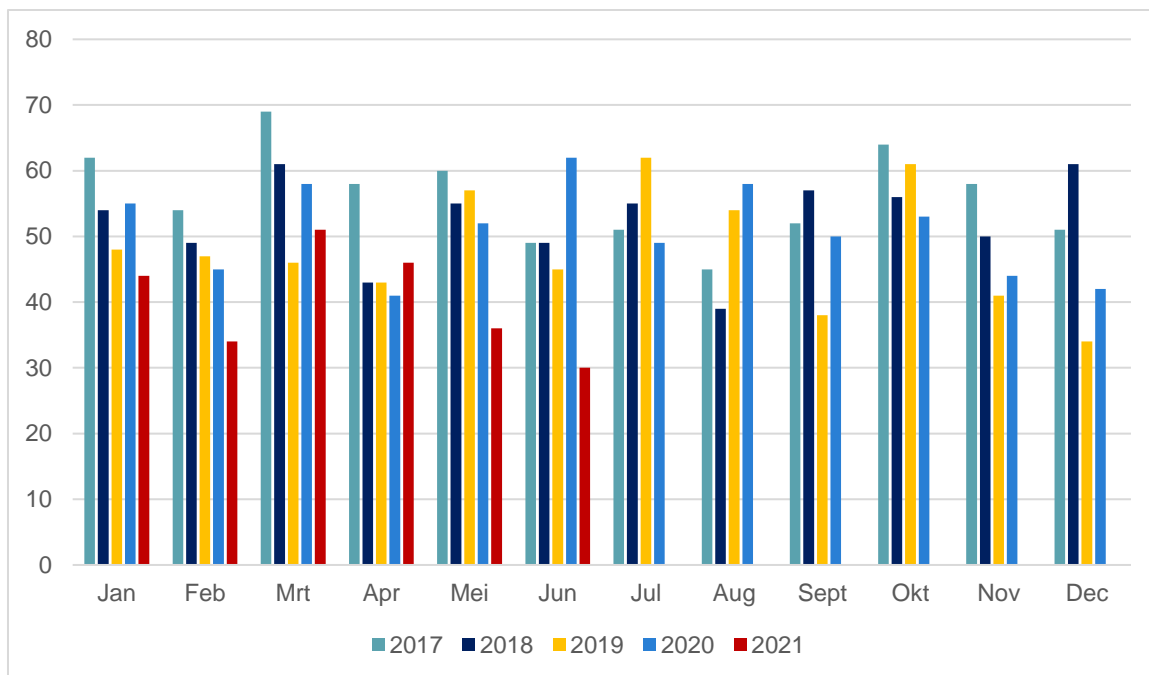
In figuur 3.22 worden voor Vlaanderen de suïdecijfers per maand (vanaf maart, start van de 1ste lockdown) in 2021 vergeleken met deze van 2020 en 2019 en 2018. Hieruit kan worden vastgesteld dat in de maand juni hogere suïdecijfers kunnen worden geobserveerd in Vlaanderen in 2020 in vergelijking met de voorgaande jaren. Voor de andere maanden kunnen geen hogere cijfers in Vlaanderen worden vastgesteld in 2020.

Voor het eerste halfjaar van 2021 kan worden vastgesteld dat in de maanden januari, februari, mei en juni lagere suïcide aantallen kunnen geobserveerd worden in 2021 in vergelijking met de andere jaren. In de maand april liggen deze cijfers hoger in 2021 in vergelijking met de andere jaren. De maand maart toont een iets meer schommelend beeld. De maand juni vertoonde de laagste suïcide aantallen in 2021, terwijl dit in 2020 het hoogste aantal was.

Figuur 3.23 toont de evolutie van de suïdecijfers in Vlaanderen voor de periode 2019-2021 uiteengezet per maand (maart 2020 was de start van de 1ste lockdown) op basis van cijfers van het College van de procureurs-generaal. Uit deze figuur blijkt dat deze cijfers voor 2020 een zeer vergelijkbaar patroon volgen als de cijfers van de Federale Politie. In 2020 bleek dat in de maand juni hogere cijfers konden worden vastgesteld. De meeste overige maanden waren vergelijkbaar aan 2019. In de maanden april, mei, juli en oktober werden lagere cijfers vastgesteld.

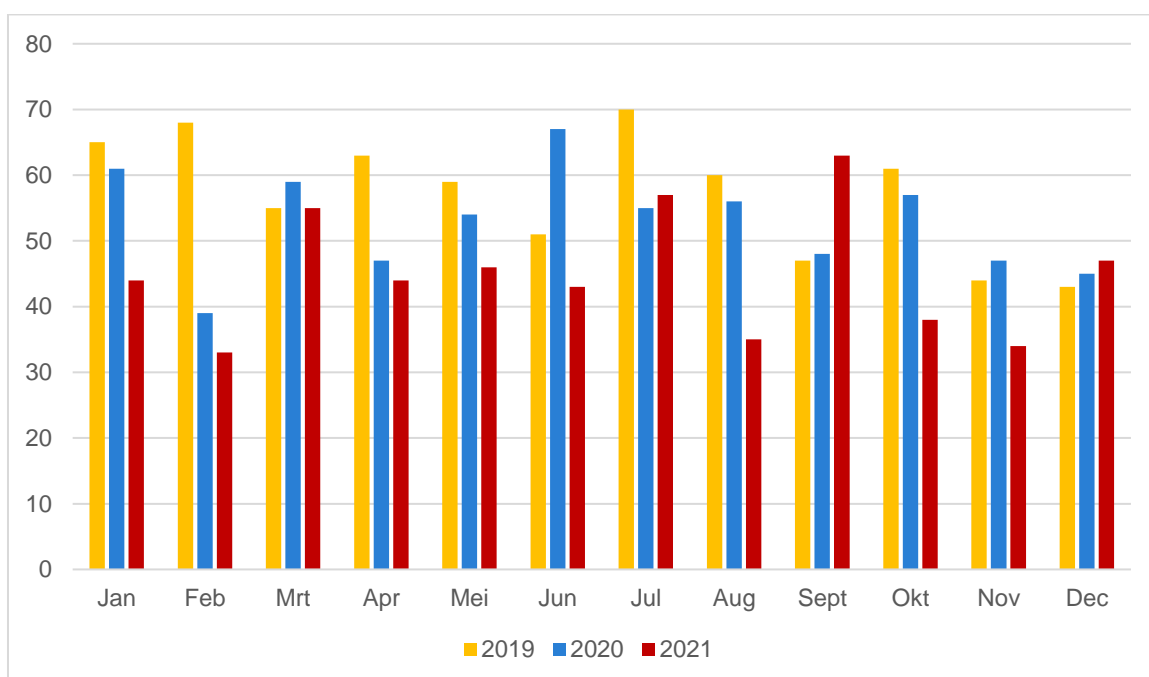
In 2021 blijkt dat in de maand september de cijfers hoger lager dan in 2019 en 2020. In de overige maanden bleek dat de cijfers lager lagen dan in 2019.

**Figuur 3.22. Evolutie suïcide (absolute aantallen) op basis van registraties door de Federal Politie in Vlaanderen, uiteengezet per maand, 2017-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022

**Figuur 3.23. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

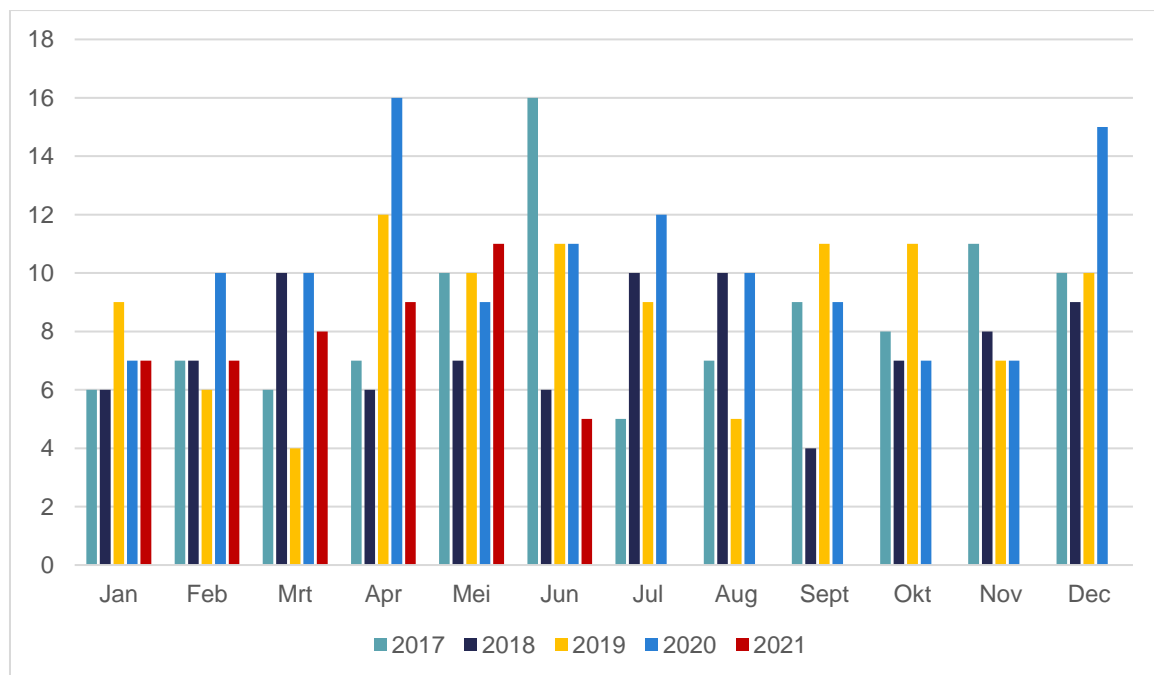
Figuur 3.24 toont de evolutie van de suïcidecijfers in Brussel voor de periode 2018-2021 uiteengezet per maand (maart 2020 was de start van de 1ste lockdown). Hieruit kan worden vastgesteld dat in 2020 de suïcide cijfers hoger lager in de maanden april, juli en december in vergelijking met 2019 en 2018. In de maanden maart en augustus lagen de aantallen ook hoger dan in 2019, maar waren vergelijkbaar met 2018. Daarnaast zien we in de maanden mei, juni, september, oktober en november dat de aantallen lager waren dan 2019.

Als we kijken naar de cijfers uit het eerste half jaar van 2021 zien we in de maand mei een lichte verhoging ten opzichte van 2020, 2019 en 2018. In de overige maanden zagen we dat de cijfers lager lagen dan in het eerste coronajaar 2020.

Figuur 3.25 toont de evolutie van de suïcidecijfers in Brussel voor de periode 2019-2021 uiteengezet per maand (maart 2020 was de start van de 1ste lockdown) op basis van cijfers van het College van de procureurs-generaal. Uit deze figuur blijkt dat in de maanden april, juni en december de cijfers in 2020 hoger lagen dan in 2019.

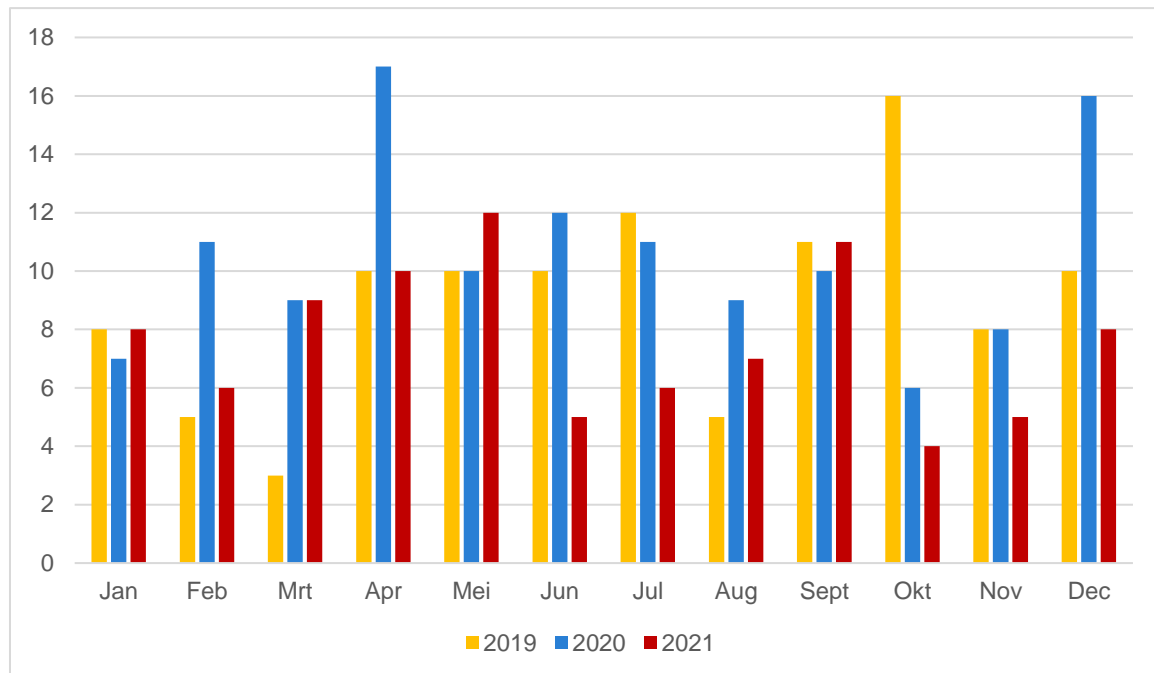
Voor 2021 zien we dat de cijfers iets hoger lagen in de maand mei, maar de overige maanden lieten geen stijging zien ten opzichte van 2020. Wel zien we dat in maart de cijfers vergelijkbaar zijn als in 2020, en daarmee dus ook hoger liggen dan in 2019.

**Figuur 3.24. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2017-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022

**Figuur 3.25. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

### OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens is geboden, aangezien het om lage absolute aantallen gaat.

## WALLONIË

Figuur 3.26 toont de evolutie van de suïcidecijfers in Wallonië voor de periode 2018-2021 uiteengezet per maand (maart 2020 was de start van de 1ste lockdown) op basis van cijfers van de Federale Politie. Uit deze figuur blijkt dat in de maand augustus hogere suïcidecijfers kunnen worden geobserveerd in Wallonië in 2020 in vergelijking met de voorgaande jaren. Voor de andere maanden kunnen geen hogere cijfers in Wallonië worden vastgesteld in 2020.

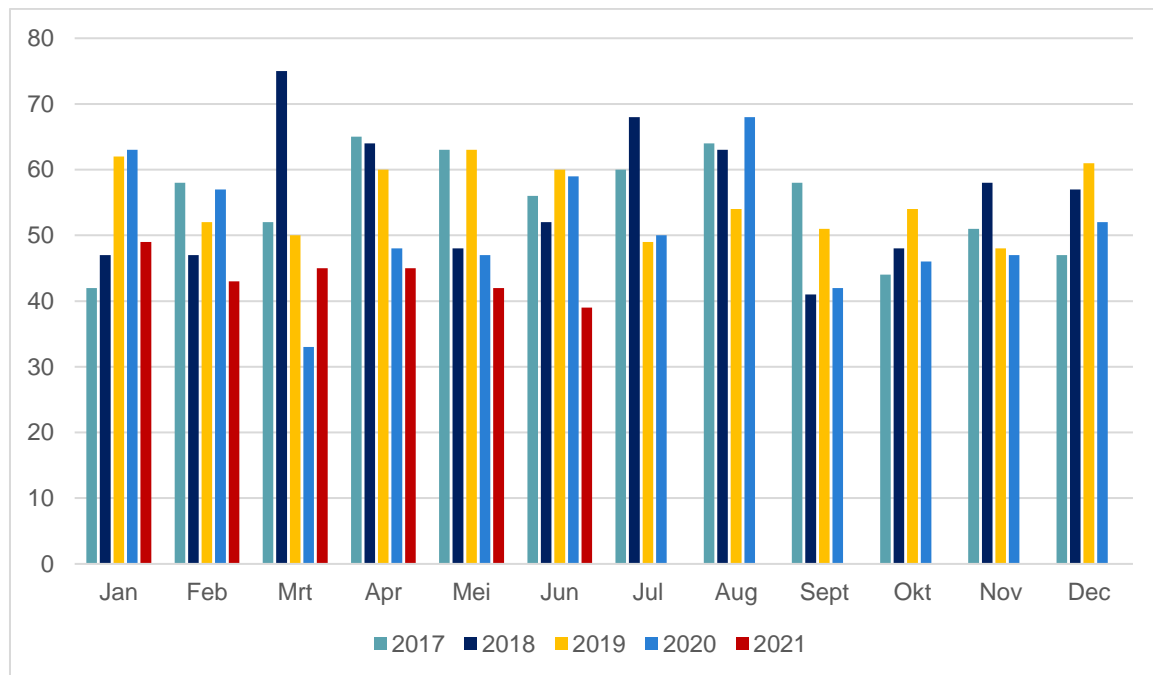
Uit de cijfers over het eerste half jaar van 2021 kan worden vastgesteld dat in de maanden februari, april, mei en juni lagere suïcide aantallen werden opgetekend in vergelijking met 2020, 2019 en 2018.

Figuur 3.27 toont de evolutie van de suïcidecijfers in Wallonië voor de periode 2019-2021 uiteengezet per maand (maart 2020 was de start van de 1ste lockdown) op basis van cijfers van het College van de

procureurs-generaal. Uit deze figuur blijkt dat in 2020 in de maanden juni, juli en augustus de cijfers hoger lagen dan in 2019.

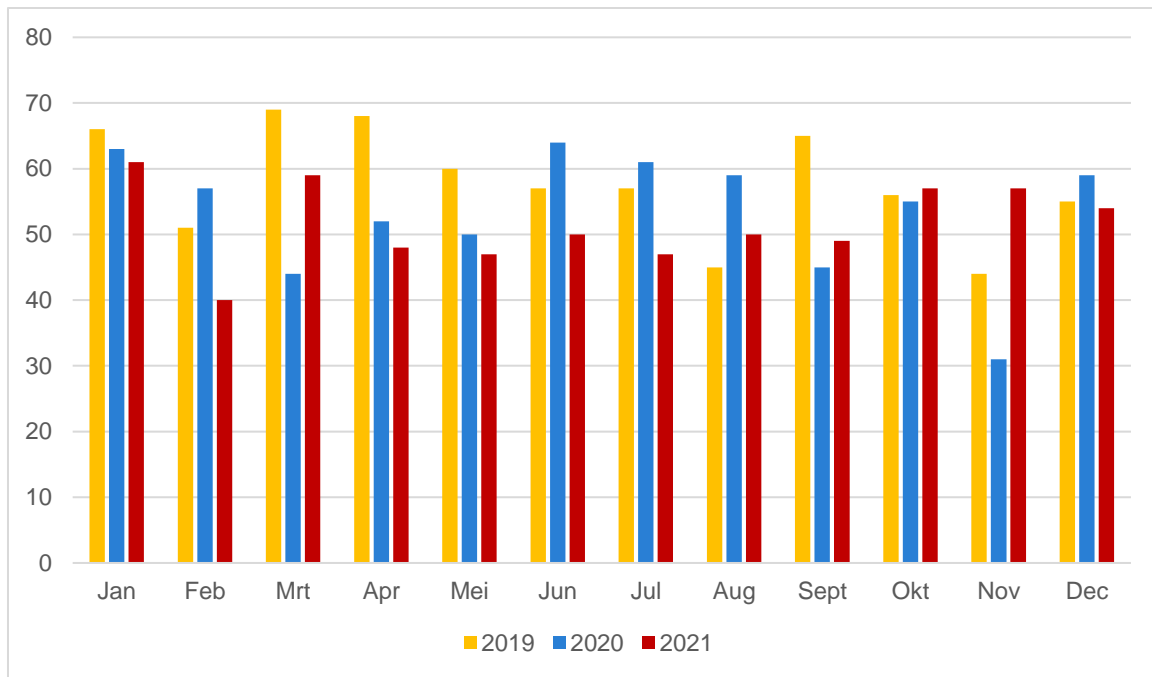
Voor 2021 zien we dat alleen in november de cijfers hoger lagen dan 2019 en 2020.

**Figuur 3.26. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022

**Figuur 3.27. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

### 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 Gezondheidsenquête<sup>7</sup>. 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.

---

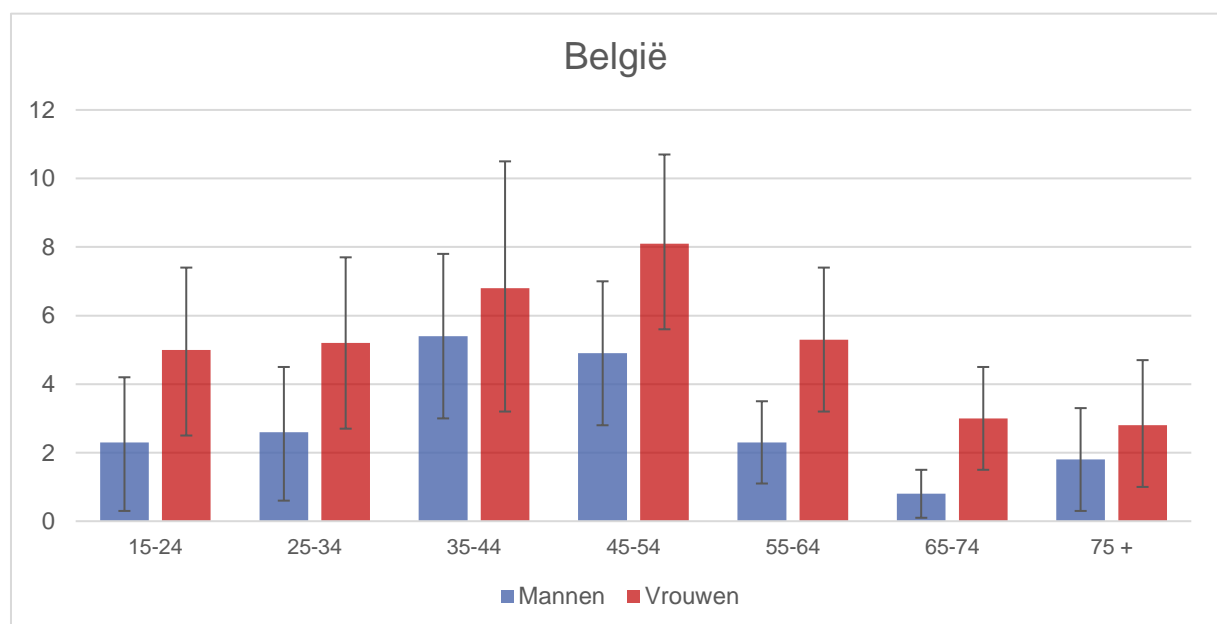
<sup>7</sup> De vierjaarlijkse Gezondheidsenquête geeft inzicht in de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder en is gebaseerd op een netto steekproef van 10.000 deelnemers, waarvan 3.500 personen in Vlaanderen en Wallonië en 3000 personen 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).

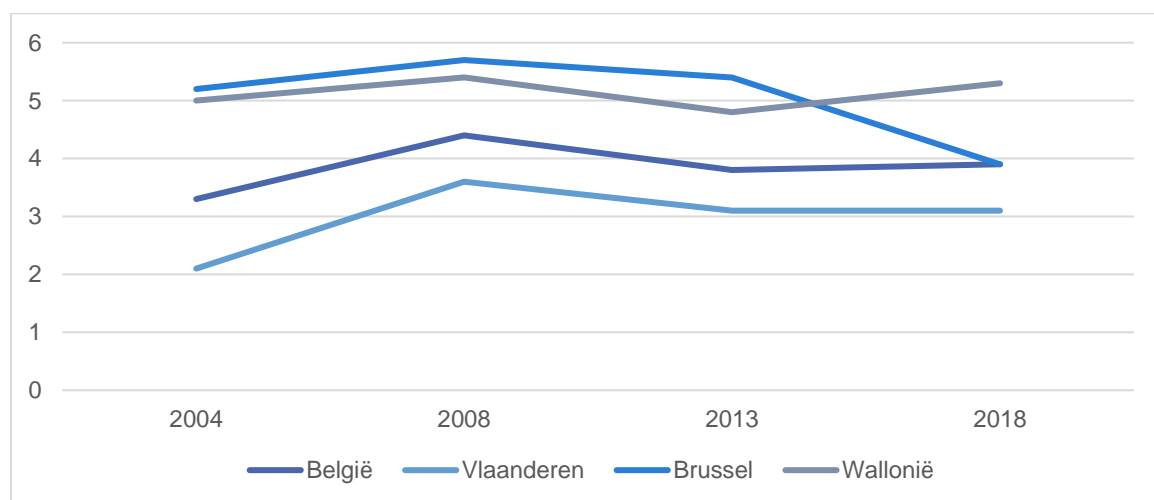
## OPLEIDINGSNIVEAU

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

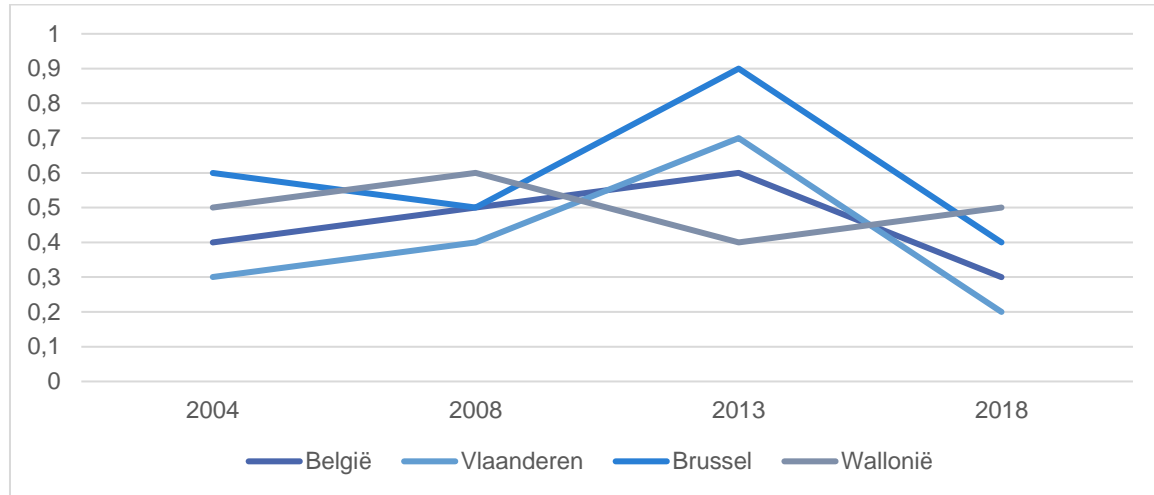
Zoals te zien in figuur 4.2 het percentage personen dat meldt ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, relatief stabiel in de tijd: het varieert tussen minimum 3.3% (in 2004) en maximum 4.4% (in 2008), naargelang de jaren. Het percentage personen dat een recente suïcidepoging meldt, is tot 2013 nooit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

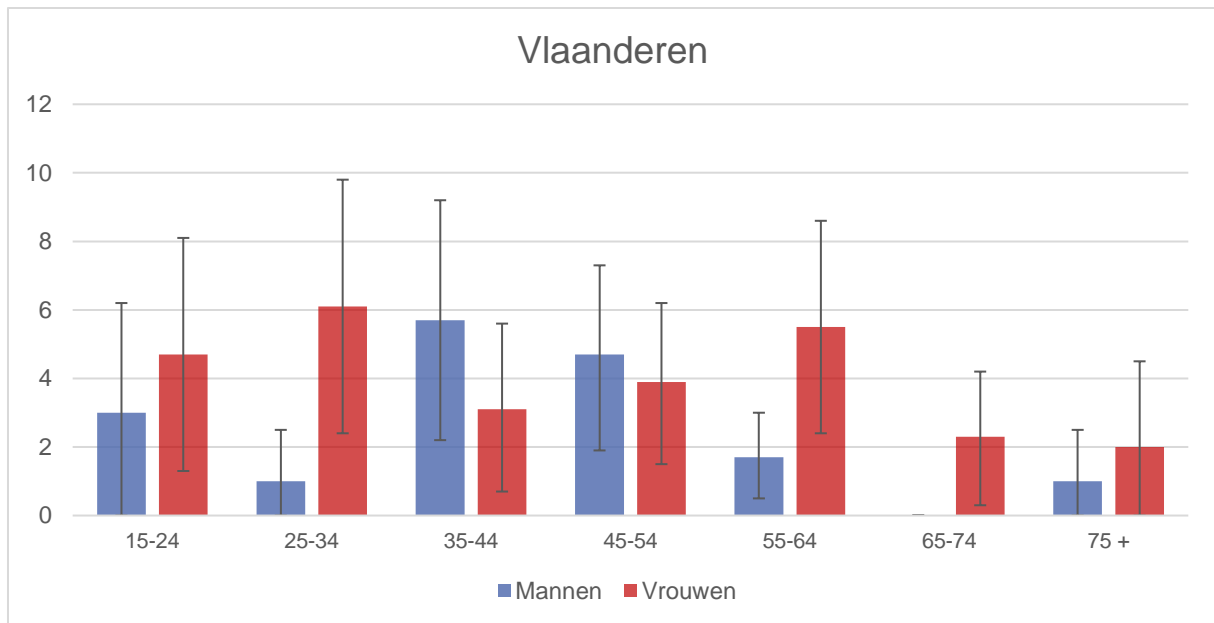
### GEZONDHEIDSENQUÊTE

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 2020 werd hiertoe door 30 Vlaamse spoedopnamediensten data aangeleverd. Hieronder volgt een bespreking van de meest relevante gegevens uit het Jaarverslag 2020 (Vancayseele, Portzky, & van Heeringen, 2021).

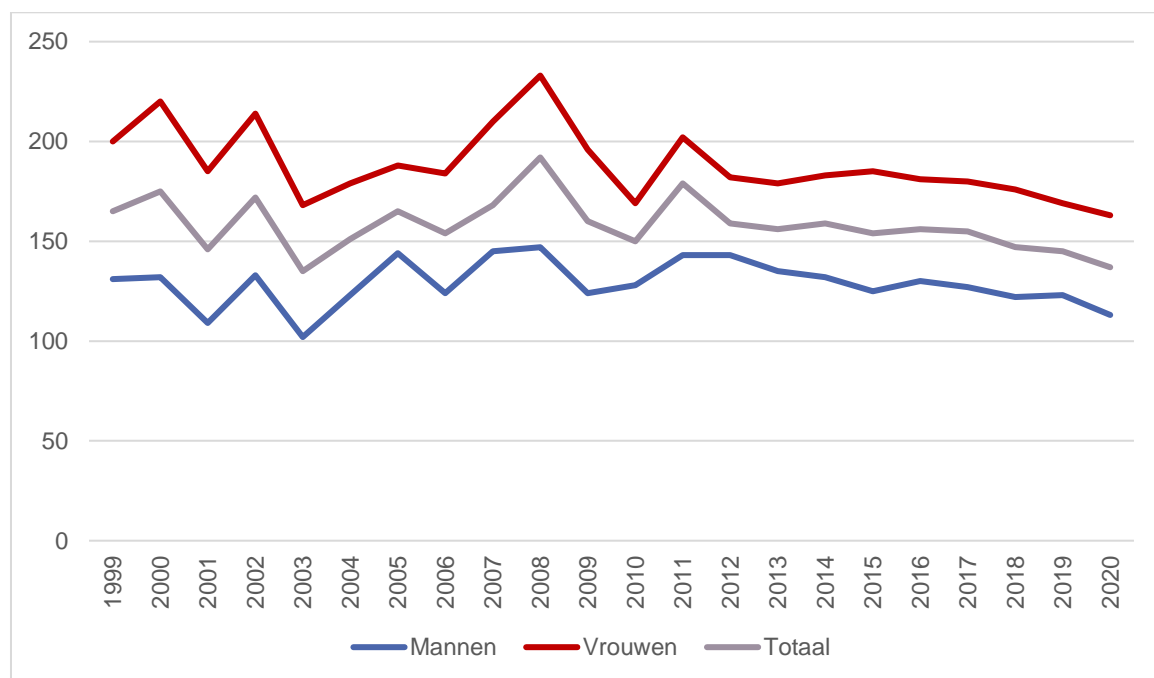
## INCIDENTIE EN EVOLUTIE

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 22 registratiejaren bedraagt 159/100.000 inwoners. In de afgelopen jaren hebben significant meer vrouwen dan mannen zich na een suïcidepoging op de spoeddienst aangemeld (gemiddelde person-based incidentierate van 188/100.000 voor vrouwen ten opzichte van 129/100.000 voor mannen). Wanneer de totale person-based rate van 2020 (137) wordt vergeleken met die van 2019 (145), blijkt dat er een niet-significante daling is van 5.5%. De person-based incidentierate van 2020 voor vrouwen (169) kent een niet-significante daling van 3.6% ten opzichte van 2019. Voor mannen is de person-based incidentierate (113) eveneens niet significant gedaald met 8.1%. Figuur 4.5 toont de evolutie van de person-based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2020.

**Figuur 4.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2020.**



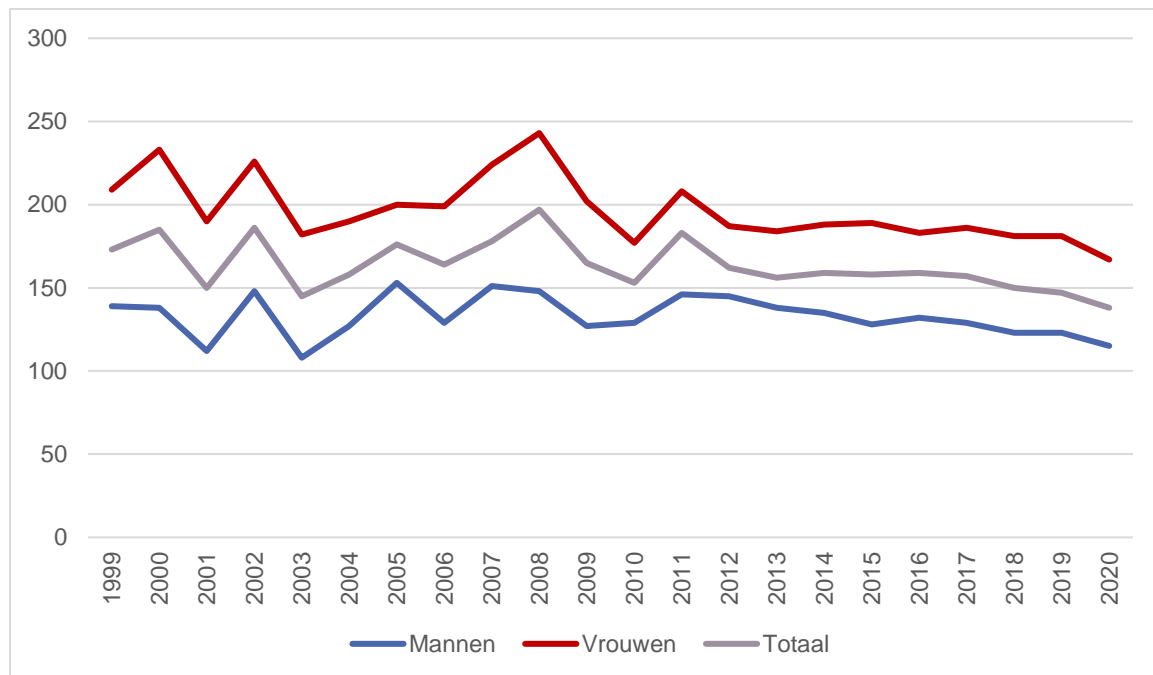
Bron: [Vancayseele et al., 2021](#)

#### 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 22 jaar, bedraagt 164/100.000 inwoners. Ten opzichte van 2019 is de totale EB-rate van 2020 (138) gedaald met 6.1%. Dit betreft geen significante daling. In absolute cijfers dat **in 2020 naar schatting 9.181 pogingen** voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer **25 suïcidepogingen per dag**. Het verschil tussen de gemiddelde event-based rate voor vrouwen (196/100.000) en mannen (133/100.000) is enigszins

meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de person-based rates (respectievelijk 188/100.000 en 128/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan mannen.

**Figuur 4.6. Event-based rate-evolucie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2020.**



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

### DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In de gezondheidsdoelstelling wordt enkel de evolutie van de suïdecijfers 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. Ook voor wat betreft de **suïcidepogingen** kan er op basis van de cijfers van 2020 een **significante daling van 20%** in vergelijking met het jaar 2000 worden vastgesteld. De PB-rate in 2000 was 175 en deze daalde significant met 21.7% in 2020 (PB-rate 137). De EB-rate in 2000 was 185 en daalde significant met 25.4% in 2020 (EB-rate 138). De significante daling van 20% in het aantal suïcidepogingen is dan ook eveneens een belangrijke positieve evolutie.

### PROVINCIALE VERSCHILLEN

Tabel 4.1 geeft een overzicht van de geografische EB-rates distributie per provincie in Vlaanderen. In vier provincies was er een niet-significante daling in de EB-rate van 2020 ten opzichte van 2019, West-

Vlaanderen daling van 3%, in Antwerpen van 6.7%, in Limburg van 10.4% en in Oost-Vlaanderen van 5.8%. Enkel in de provincie Vlaams-Brabant was er een niet significante stijging van 14%.

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

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Antwerpen	93	126	112
Limburg	115	58	86
Oost-Vlaanderen	139	186	161
Vlaams-Brabant	63	161	114
West-Vlaanderen	133	189	160

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

West-Vlaanderen (160) en Oost-Vlaanderen (161) hebben de hoogste EB-rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2020. Antwerpen (112), Vlaams-Brabant (114) en Limburg (86) hebben de laagste rates in Vlaanderen. De EB-rate in West-Vlaanderen (160) is significant hoger dan die in Antwerpen (120), Vlaams-Brabant (100), en Limburg (86). De EB-rate in Oost-Vlaanderen (161) is eveneens significant hoger dan die in Antwerpen (120), Vlaams-Brabant (100) en Limburg (86). De EB-rate in Vlaams-Brabant (114) is significant hoger dan die in Limburg. De geografische distributie van suïcidepogingen is gelijklopend met de distributie van suïcide. De hoogste suïcidecijfers zijn eveneens terug te vinden in West- en Oost-Vlaanderen (Reynders et al., 2009).

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Uit de data van het IPEO en KIPEO samen blijkt dat in 2020 meer vrouwen (n= 1037, 61%) dan mannen (n= 663, 39%) een suïcidepoging hebben ondernomen. Bij 8 registraties werd het geslacht niet ingevuld. De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1.6:1.

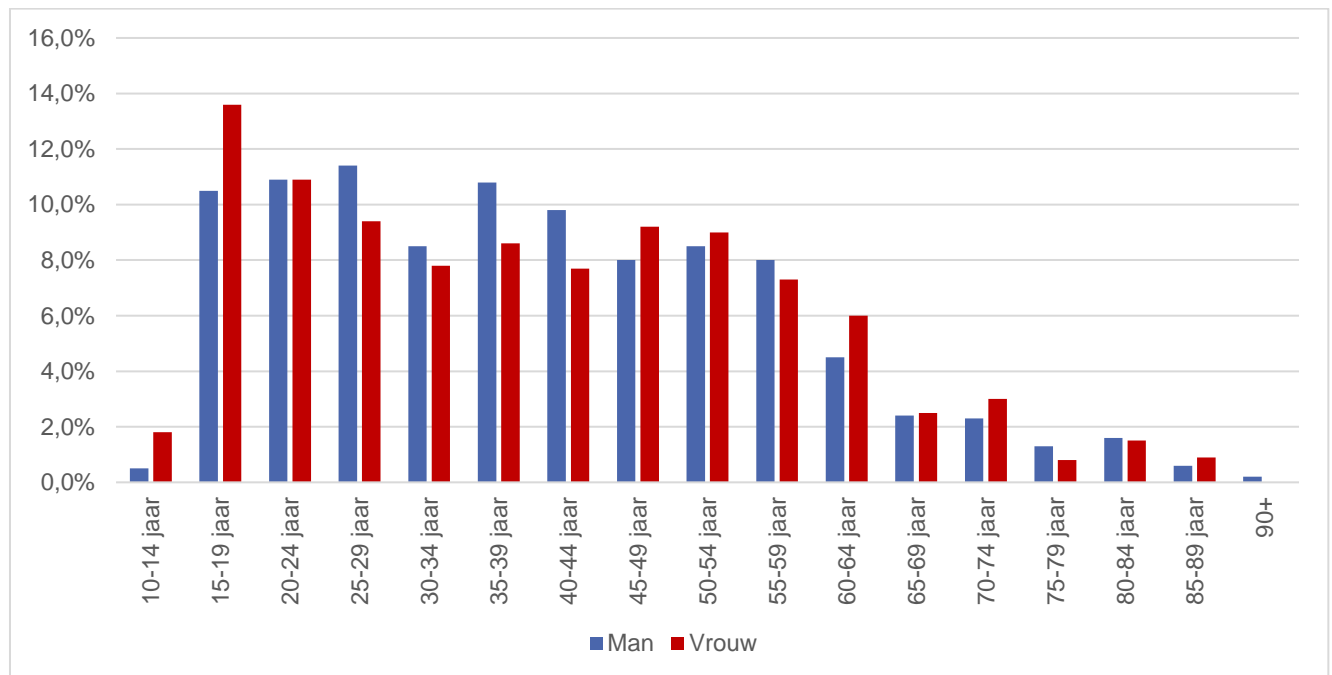
Het hoogst absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19 jaar, 20-24 jaar, 25-29 jaar en 45-49 jaar. Bij de vrouwen zagen we het hoogst aantal pogers terug in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Bij mannen bevinden de meeste pogers zich onder de 20-24 jarigen, de 25-29 jarigen en onder de 35-39 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 2020 was 39.8 jaar; voor mannen was dit 40.1 jaar (min.: 13; max.: 95) en voor vrouwen 39.7 jaar (min.: 12; max.: 89).

**Figuur 4.7. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2020, volgens geslacht.**



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

### BURGERLIJKE STAAT EN SAMENLEVINGSVORM

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat alleenstaanden, personen die gescheiden zijn en alleenwonenden een risicogroep vormen voor suïcidaal gedrag. In Vlaanderen zijn het vooral ongehuwden die een poging ondernemen (43.3%), gevolgd door gehuwden (24.5%), personen die gescheiden zijn (15.6%), officieel samenwonenden (6.6%) en weduwe(naar)s (4.8%). Ongeveer een derde (33.4%) van de personen woonde alleen op het moment van de suïcidepoging. Meer dan de helft van de suïcidepogers (53.4%) 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 (44%). Deze groep bestaat

voornamelijk uit invaliden (44.5%), gepensioneerden (27.8%) en studenten (26%). Ruim een derde van de suïcidepogingen (37.3%) komt voor onder de werkende populatie en 18.6% 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 (80%), had een kleine meerderheid (58.7%) reeds eerder één of meerdere suïcidepogingen ondernomen. Deze eerdere poging vond in bijna de helft van de gevallen (48%) in het afgelopen jaar plaats. Hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging, hoe acuter het gevaar voor herhaald suïcidaal gedrag en hoe meer pogingen, hoe groter het risico op suïcide. Buitenlands onderzoek 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, & Gunnel, 2014).

### 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 47.9% 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 (59.5%), was er géén vermoeden van alcohol- of drugsmisbruik. Bij 7.1% van de suïcidepogers was er sprake van “mogelijk misbruik” en bij 33.4% 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 41.8% van de suïcidepogers werd enkel een probleembeschrijving en geen diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, kwam een “stemmingsstoornis” (26.2%) het vaakst voor. Het kan hierbij gaan om de diagnoses “depressieve episode”, “majeure depressieve stoornis”, “dysthyme stoornis” of “bipolaire stoornis”. Daarnaast werd in 10.1% van de gevallen “afhankelijk van een middel” of “misbruik van een middel” gediagnosticeerd, en in 4,5% van de gevallen werd “middelengebruik” gecombineerd met de diagnose “stemmingsstoornis”. Bij 10.4% werd “acute aanpassingsproblemen” gemeld. In 5.3% 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 (62.6%) het vaakst genoemd. De meerderheid van de pogers gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (50.1%), maanden (13.4%) of weken (4.6%) aanwezig waren. Relationele problemen met de partner werden daarnaast vaak genoemd (52.2%). Ook gevoelens van eenzaamheid werden frequent aangehaald (45.3%), gevolgd door afwijzing door een geliefde (26.1%), problemen in het onderhouden van sociale relaties (25.6), werkproblemen (23.6), problemen met de ouders (21.7%), gezondheidsproblemen (21.7), problemen met kinderen (21.2%) en financiële problemen (15.8%).

Met betrekking tot de problemen die expliciet werden bevraagd, gaf 23.2 aan geconfronteerd te zijn geweest met traumatische gebeurtenissen, en 24.3% met het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander. Ongeveer één op de tien personen (10.3%) gaf aan 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 (48.2%), gevolgd door “ik wilde sterven (39.6%). Daarnaast werden “weg willen uit een onmogelijke situatie (36%), “vreselijke gedachten (35.5%) en controleverlies (21.8%) 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 53.8% van de suïcidepogers

werd het zorgtraject geregistreerd. Binnen deze groep werd bij 5.9% aangeduid dat na het ontslag op de algemene spoeddienst of op de urgentiepsychiatrische spoeddienst géén zorgtraject voorzien werd. Bij 3.3% ging het om een ontslag op advies, bij 1.6% om een ontslag op tegenadvies en 0.5% van de patiënten gingen terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis).

Bij bijna een kwart van de suïcidepogers waarbij het zorgtraject werd geregistreerd (23.8%) werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. Ongeveer drie kwart (76.4%) werd residentieel behandeld nadat hij of zij zich had aangemeld op de spoeddienst: 30.9% werd doorverwezen naar een PAAZ-dienst, 27.1% verbleef minstens één nacht op een urgentie-psychiatrische dienst, 11.6% werd doorverwezen naar een psychiatrisch ziekenhuis en 7.2% 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 44.4% van de mannen en 33.8% van de vrouwen sprake van een hoge suïcidale intentie. Dit geslachtsverschil bleek 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 1.225 patiënten. 44.7% van de patiënten gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 26.4% (n = 324) van de patiënten gaf aan zwakke gedachten te hebben hieromtrent, en 28.9% (n = 354) van de patiënten gaf aan matige tot sterke gedachten te hebben aan zelfverwonding of zelfbeschadiging. Er kon geen significant geslachtsverschil worden weerhouden wat betreft het inschatten van suïcidale plannen tijdens IPEO 1.

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 905 patiënten. Het blijkt dat tijdens IPEO 2 gemiddeld minder gedachten aan zelfverwonding en/of -beschadiging gerapporteerd werden, in vergelijking met IPEO 1. 62.4% van de patiënten (n = 565) gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf, 20.4% (n = 185) had eerder zwakke gedachten, en 13.1% (n = 119) had matige tot sterke gedachten aan zelfbeschadiging.

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 38.4% (n= 205) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 45.5% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 16.1% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

Tijdens IPEO 2 gaf 37.2% (n=103) van deze patiënten aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen. 52% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 10.8% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

## INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG - KINDEREN EN JONGEREN (KIPEO)

In 2020 werden KIPEO'S verkregen via 15 algemene ziekenhuizen en twee centra voor kinderpsychiatrie. In vergelijking met 2013 waarin gestart werd met de afname van het KIPEO, vonden in 2020 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 2020 een suïcidepoging ondernamen en die bevestigd werden met het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (73.8%; n=62) dan jongens (26.2%; n=12). Bij 4 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 15.5 jaar (min=12, max=21). Bij de jongens was de gemiddelde leeftijd 16 jaar, bij de meisjes was dit 15.4 jaar.

### WOONSITUATIE

86.6% van de bevestigde jongeren gaf aan bij familie te wonen, meer specifiek woonde 37.5% bij beide ouders, in een nieuw samengesteld gezin (12.5%), in co-ouderschap (14.3%), in een eenoudergezin (25%) of bij iemand anders zoals broer/zus, grootouders of tante (10.7%). 7.9% van de bevestigde jongeren woonde in een gezinsvervangende situatie, voornamelijk in een pleeg- of adoptiegezin of in een voorziening (BJZ, GGZ, gehandicaptenzorg). 5.3% gaf aan in een andere situatie te wonen.

## SCHOOLSITUATIE

De grootste groep jongeren volgde een ASO-richting in het secundair onderwijs (30.2%), gevolgd door TSO (23.8%), BSO (19%) en BuSO (17.5%). 4.8% volgden deeltijds onderwijs en 1.6% volgde kunstonderwijs. Tenslotte werd door 1.6% van de jongeren aangegeven dat ze nog in het lager onderwijs zitten en 1.6% 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 & Lonnqvist, 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 39.1% van de jongeren aan dat dit de eerste suïcidepoging was, 29% van de jongeren had reeds één eerdere poging ondernomen, 11.6% twee, 5.8% drie en 13% reeds vier pogingen. Bij de helft van de jongeren (50%) was de vorige poging minder dan 6 maanden geleden. Bij 93.5% 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. Ruim drie op de vier jongeren (78.6%) gaf aan dat er hulp werd geboden na de suïcidepoging. 12.1% van de jongeren werd geholpen door een psycholoog of psychiater, gevolgd door hun ouders of voogd (3.1%).

Ongeveer drie op de vier jongeren gaf aan dat er sprake was van automutilatie (77.8%). In 85.4% van de gevallen vond dit gedrag minder dan zes maanden geleden plaats.

## 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 bevroegde jongeren was er geen vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik (92.3%). 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 42.9% van de jongeren aan dat men alcohol, drugs of medicatie had gebruikt om ergens bij te horen, 17.9% gebruikte alcohol, drugs of medicatie als hij/zij alleen is. 17.9% gaf aan soms dingen te vergeten als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt en 17.9% 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. Ook de jongeren gaven het vaakst de aanwezigheid van psychische klachten aan (763.8%). De jongeren gaven vaak aan dat het moeilijk is om vrienden te maken/ te houden (39.3%) en vermeldden vaak dat er problemen waren op school (41.1%). Ruzie tussen ouders (36.4%), gescheiden ouders of ouders die uit elkaar gaan (41.1%) werden ook vaak opgegeven. Tenslotte gaven een aantal jongeren aan gepest te worden (33.9%) en zelf pesten (3.6%), problemen met justitie te hebben (5.4%), dat er iemand in het gezin is overleden of ernstig ziek is (16.1%), het overlijden van een vriend (7.1%), seksuele problemen (7.1%) en fysieke problemen (3.6%).

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. 16.1% rapporteerde ruzie met vrienden, 67.9% problemen met één of beide ouders, 39.3% problemen met een lief, 7.1% een suïcidepoging of suïcide binnen het gezin en tenslotte vermeldde 12.5% 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 "ik wilde sterven" (50.9%), gevolgd door "mijn gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde zijn" (39.6%), "Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie" (34%) en "mensen laten begrijpen hoe ik me voelde en hoe ontredderd ik was" (32.1%). 28.3% van de jongeren gaf aan zich een mislukking te voelen, 13.2% wilde hulp krijgen van iemand en 11.3% wilde aandacht krijgen. Ook "Ik verloor de controle over mezelf en weet niet waarom ik dat toen deed" (17%) werden frequent

aangehaald. Het motief “Ik wilde sterven” wordt bij de jongeren bijna evenveel aangegeven in vergelijking met de volwassenen

### BEHANDELPLAN NA SPOEDOPNAME

Bij 2.4% van de jongeren werd aangeduid dat na het ontslag op de spoeddienst géén verdere behandeling of begeleiding voorzien werd. Bij 97.6% werd er dus wel een zorgtraject na de spoedopname voorgesteld. Bij 34.1% van de jongeren werd een ambulante zorgtraject voorgesteld. 65.9% van de jongeren werden residentieel behandeld. 9.8% verbleef op een jeugdpsychiatrische afdeling, 20.8% verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit, 26.8% op de urgentiepsychiatrie en 12.2% 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 51.5% 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 37% van de jongeren aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden en/of beschadigen van zichzelf. 22.2% van de jongeren gaf aan zwakke suïcidale gedachten te hebben en 40.7% 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. 47.1% van de jongeren gaf aan géén gedachten te hebben omtrent het opnieuw verwonden van zichzelf. 35.3% gaf aan dat er sprake was van zwakke gedachten aan zelfverwonding of zelfbeschadiging en 17.6% 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 bevestigd. Tijdens KIPEO 1 gaf 35.7% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen, 64.3% van de jongeren gaf aan reeds



nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken en geen enkele van de jongeren had een gedetailleerd plan. Tijdens KIPEO2 gaf 40% van de jongeren aan niet nagedacht te hebben over hoe men zichzelf zou kunnen verwonden of beschadigen, 50% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode, evenwel zonder details uit te werken, en 10% had de details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd.

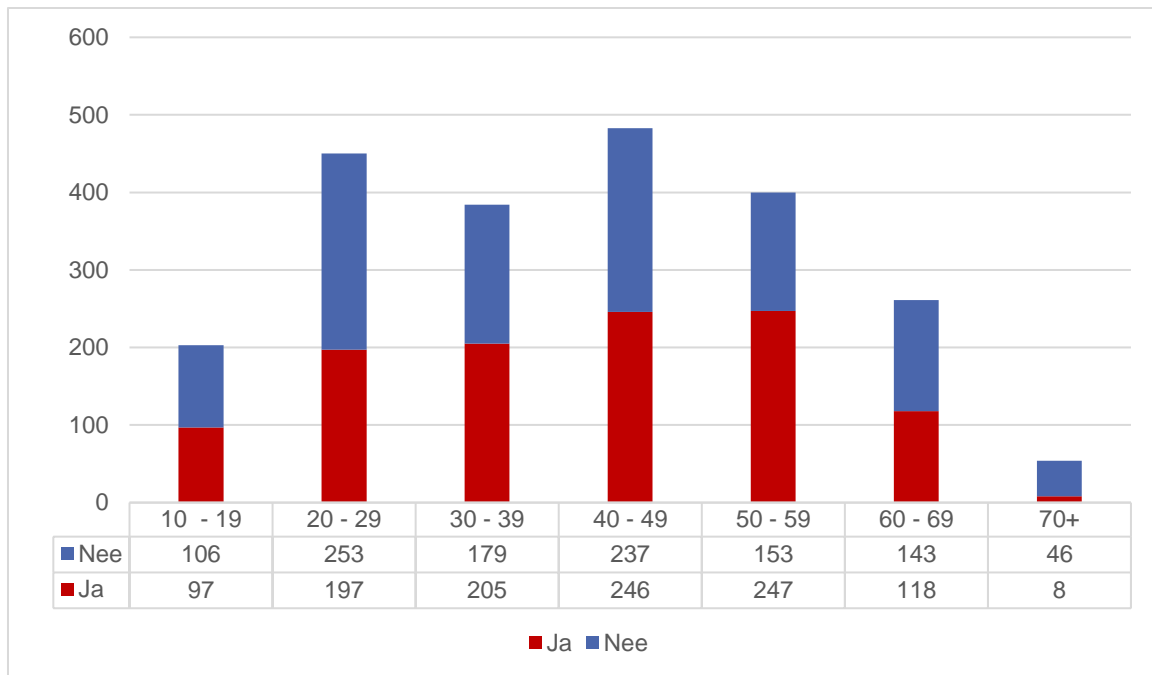
## DE ZELFMOORDLIJN 1813

Het meest recente Jaarverslag (2021) van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding toont dat in 2021 **22.870 oproepen** werden beantwoord aan de Zelfmoordlijn. Met een permanentie van 24/7, is de telefoon nog altijd het voornaamste medium en worden verreweg de meeste oproepen beantwoord via de telefoon (77%), gevolgd door chat (15%) en e-mail (7%).

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.

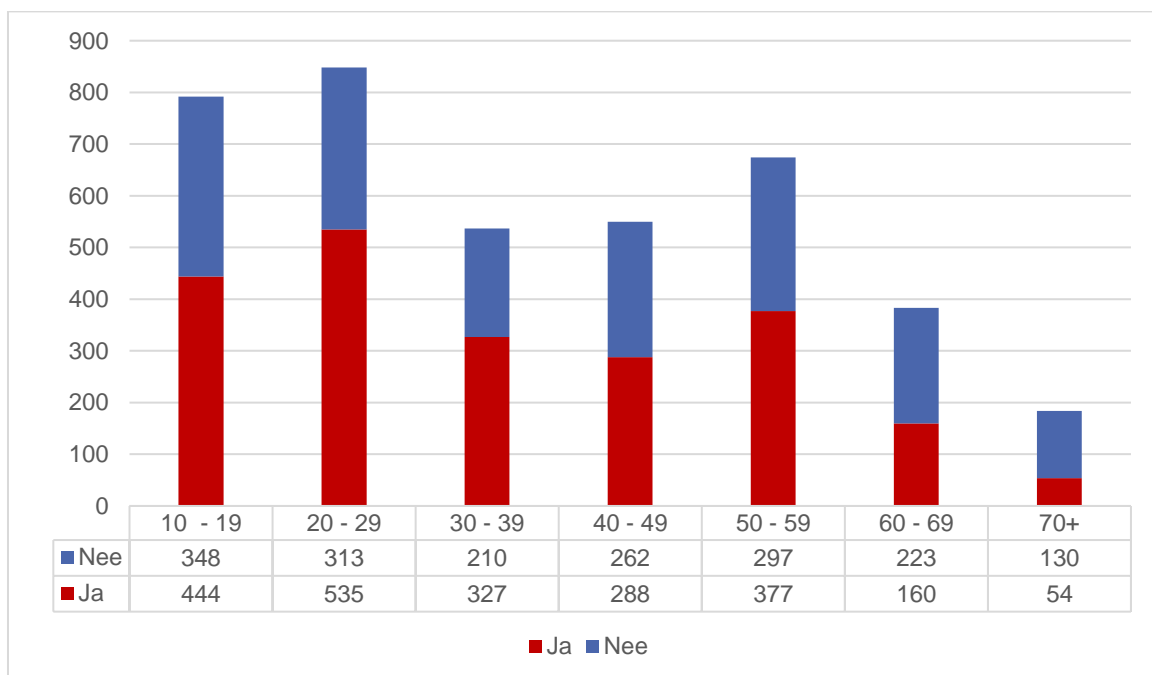
Van alle oproepers, geeft **53.9%** aan al een eerdere poging te hebben ondernomen (n = 3.771). Figuren 4.8 en 4.9 bevatten gegevens van het aantal oproepen wanneer gender en leeftijd geweten zijn. Er is een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen, alsook tussen verschillende leeftijdscategorieën. Bij mannen zijn de hoogste cijfers te zien in de leeftijdscategorie van 50-59 jaar, waar **61.8%** aangeeft eerder een poging te hebben ondernomen. Terwijl bij vrouwen de hoogste cijfers zijn te zien in de leeftijdscategorie 20-29 jaar, waar **55.7%** aangeeft eerder een poging te hebben ondernomen. Over de verschillende leeftijdscategorieën heen geeft **50% van de mannen** en **55.1% 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, 2021.**



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, 2021.



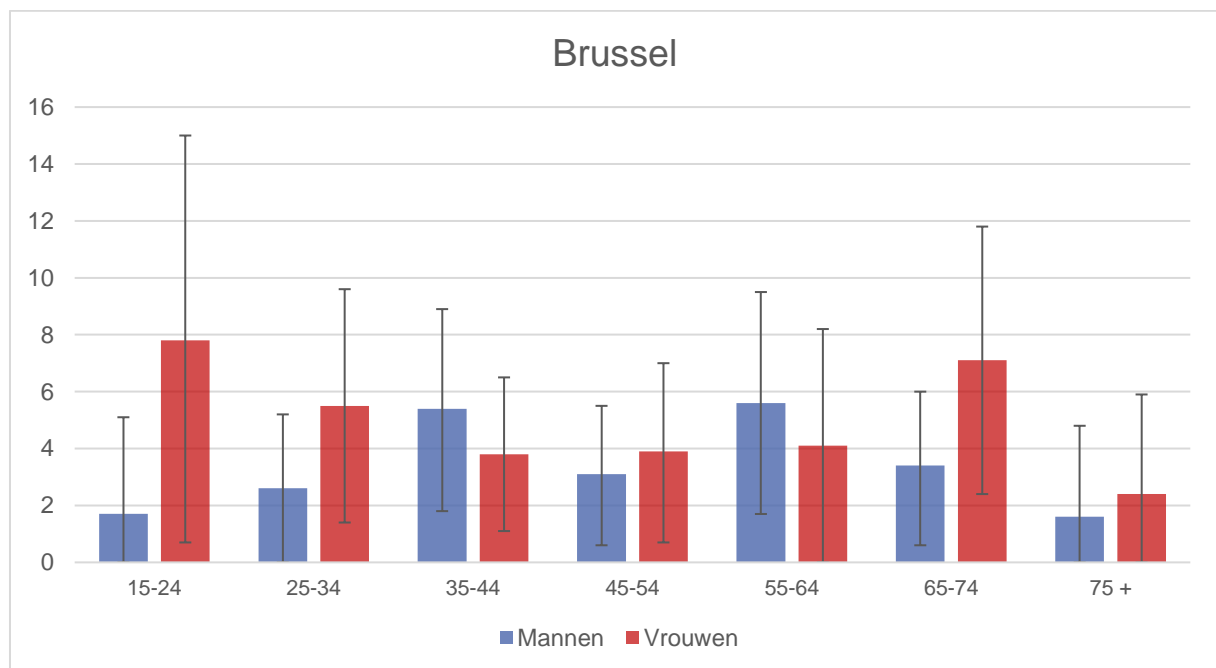
Bron: [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#)

### 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.**



Bron: [Sciensano](#)

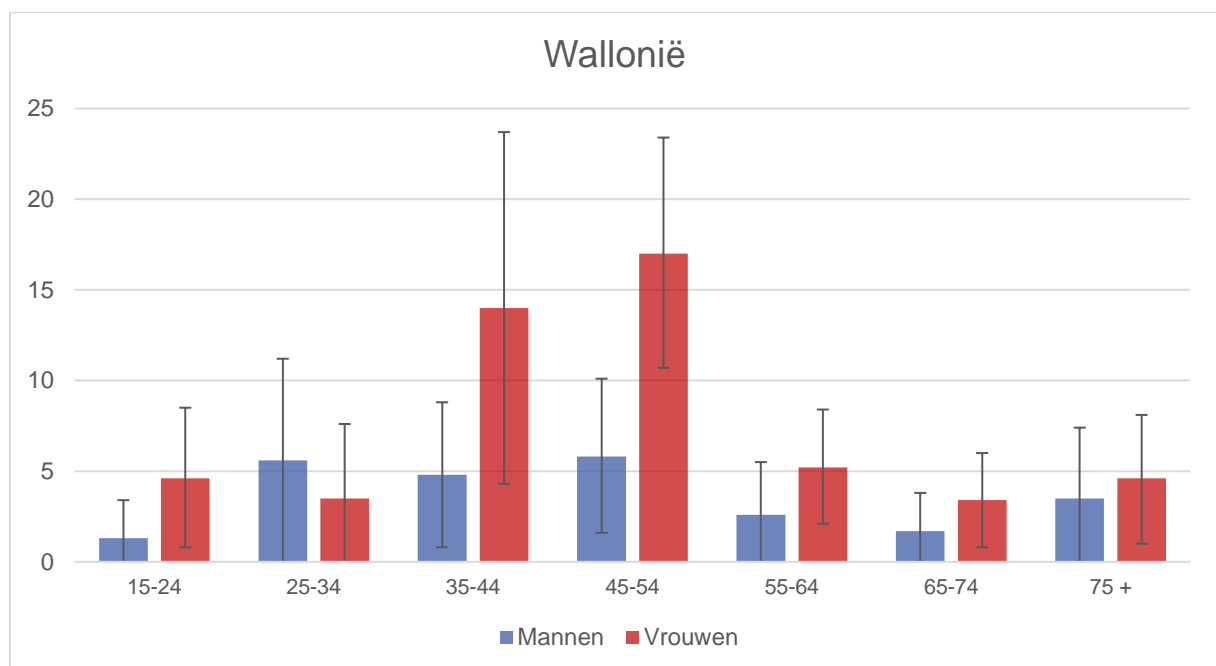
### 4.4. WALLONIË

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 suicidepoging registreren als Vlaanderen wordt enkel de informatie die alle landen/regio's hebben, hieronder beschreven.

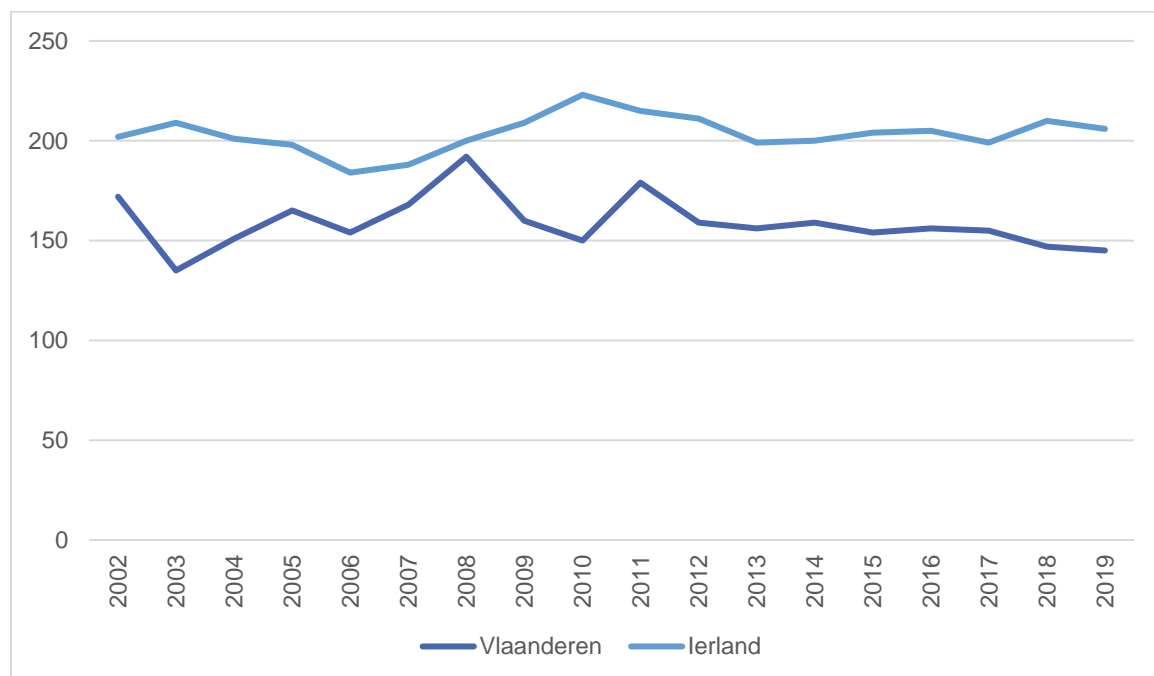
Tabel 4.2. Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen.

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

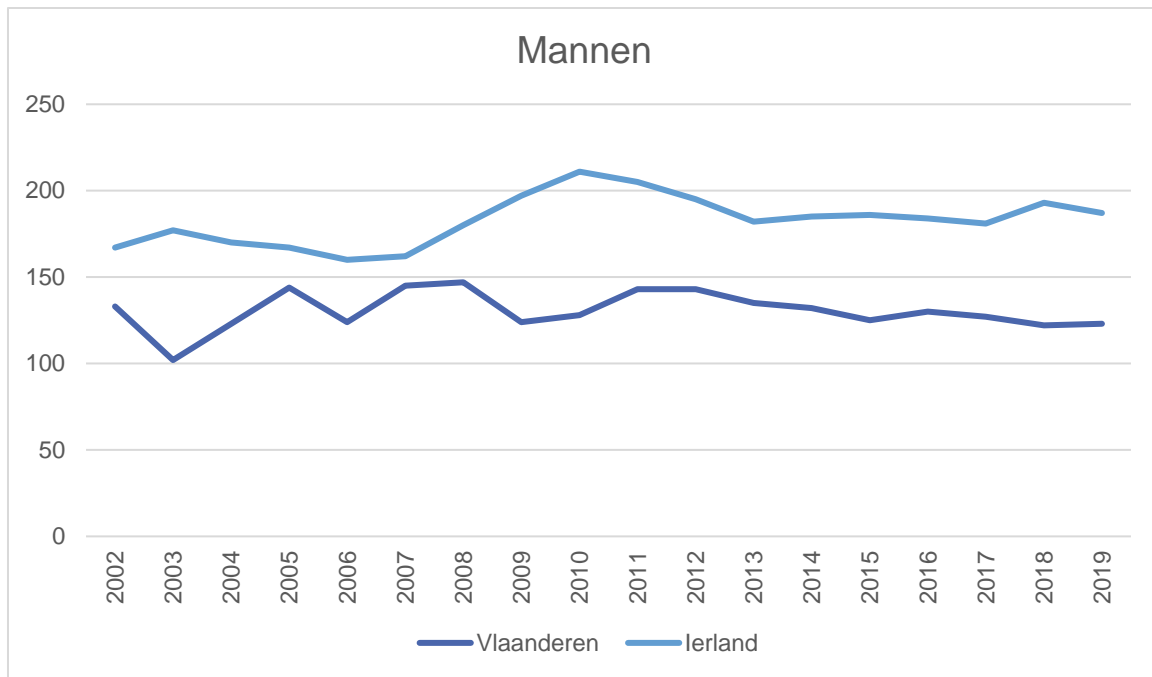
Figuren 4.12, 4.13 en 4.14 geven de evolutie weer van de person-based rates voor Vlaanderen en Ierland voor de periode van 2002-2019 opgedeeld volgens geslacht. In 2018 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen, 123/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 187/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot, respectievelijk 169/100.000 ten opzichte van 226/100.000. In Vlaanderen was er een daling te zien in de rate bij de mannen met 1%, in Ierland daarentegen was een stijging te zien van 3% ten opzichte van 2018. Bij de vrouwen was er in Vlaanderen eveneens een daling met respectievelijk 4%, 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, 2002-2019.**



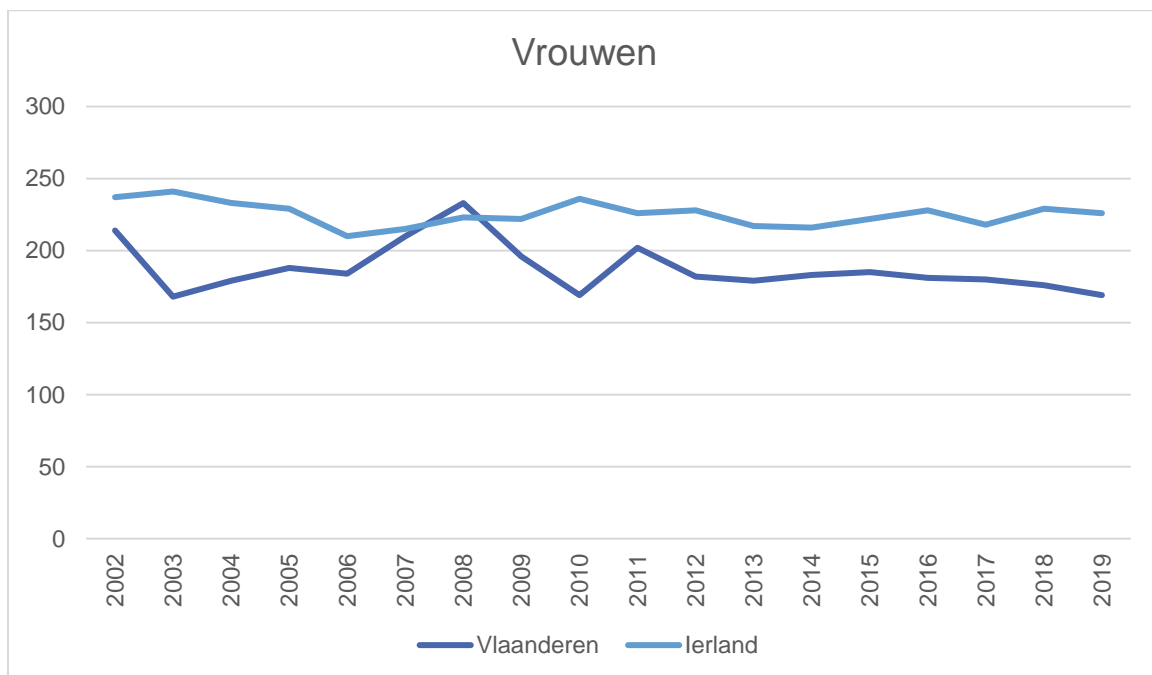
Bron: [Vancayseele et al., 2021](#)

**Figuur 4.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.**



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

**Figuur 4.14.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.



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

#### 4.6. COVID-19 PANDEMIE

Om inzicht te verwerven in de impact van COVID-19 op de suïdecijfers, doet het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie momenteel 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 2021. Het College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie) verzamelt gegevens die geregistreerd zijn door de verschillende parketten.

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.

Tot slot wordt er ook een beroep gedaan op de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek die 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.

#### FEDERALE POLITIE EN COLLEGE VAN PROCUREURS-GENERAAL

##### BELGIË

In tabel 4.3 wordt de evolutie van de absolute aantallen van suïcide en suïcidepogingen voor de periode 2017-2020 weergegeven zoals geregistreerd door de Federale Politie. Een vergelijking van de cijfers van 2020 met de voorgaande jaren (2019, 2018 en 2017), laat zien dat de frequentie van suïcidaal gedrag (dus suïcidepogingen en suïcide samen) in België lager ligt 2020 dan in de jaren ervoor. Voor wat betreft suïcidepogingen tekent zich ook een consistent lagere trend af en vallen er in 2020 lagere cijfers op te merken inzake suïcidepogingen vergeleken met 2019, 2018 en 2017. **Dus wat betreft suïcidepogingen (evenals suïcides) kan voor België in 2020 geen verhoogde trend worden opgetekend in vergelijking met de jaren ervoor.**



Tabel 4.3. Aantal geregistreerde feiten inzake suïcidepogingen in België, 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020
Suïcidepogingen	3.163	3.254	3.402	3.130

Bron: Federale Politie, 2022

Wanneer het aantal suïcidepogingen per maand afzonderlijk wordt bekeken (zie tabel 4.4 en figuur 4.15), kan opgemerkt worden dat in de maanden juni en augustus hogere suïcidepoging cijfers in 2020 werden opgetekend in België vergeleken met de drie voorgaande jaren.

Wanneer deze cijfers voor suïcide in het **1<sup>ste</sup> semester van 2021** worden vergeleken met de cijfers van het 1<sup>ste</sup> semester van de voorgaande jaren 2018, 2019 en het eerste coronajaar 2020 kan de volgende observatie gemaakt worden voor België:

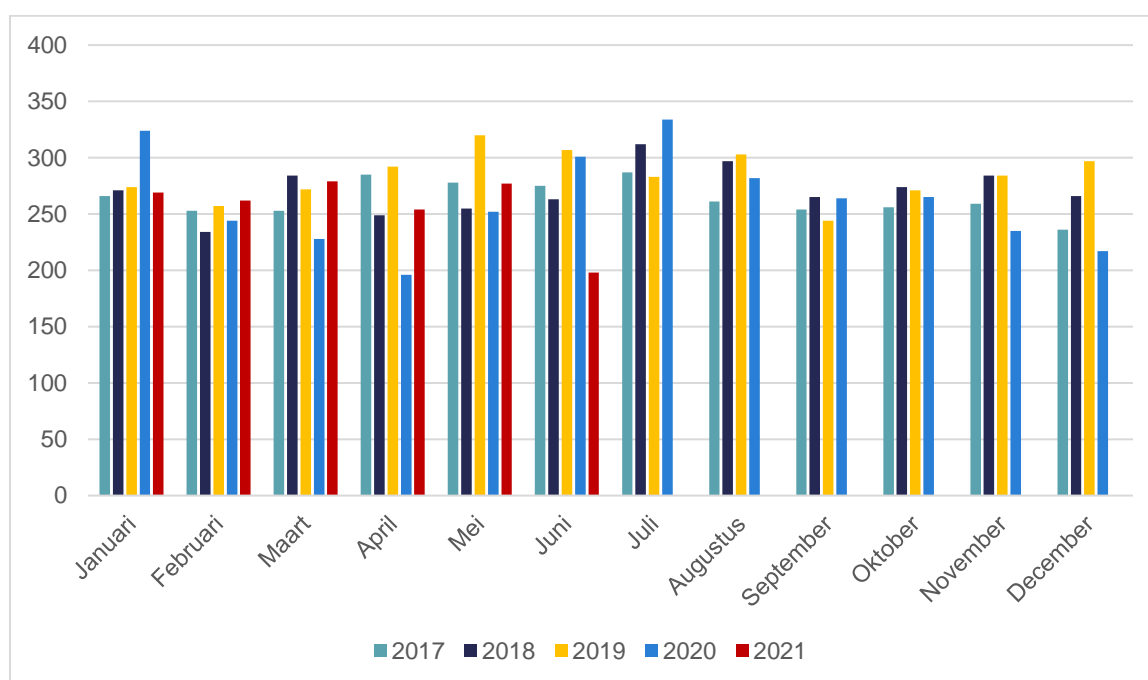
- In de maanden februari, maart hogere suïcidepoging aantallen werden opgetekend in vergelijking met 2020, 2019 en 2018.
- In de maand april zagen we een hoger aantal pogingen dan in 2020, maar een vergelijkbaar aantal met de jaren 2017-2018.
- In de maand juni zagen we een lager aantal suïcidepogingen dan in de jaren daarvoor.

Tabel 4.4. Aantal geregistreerde suïcidepogingen in België, 2017-2021 uiteengezet per maand.

	2017	2018	2019	2020	2021
Januari	266	271	274	324	269
Februari	253	234	257	244	262
Maart	253	284	272	228	279
April	285	249	292	196	254
Mei	278	255	320	252	277
Juni	275	263	307	301	198
Juli	287	312	283	334	-
Augustus	261	297	303	282	-

September	254	265	244	264	-
Oktober	256	274	271	265	-
November	259	284	284	235	-
December	236	266	297	217	-
<b>Totaal</b>	<b>3161</b>	<b>3254</b>	<b>3404</b>	<b>3142</b>	<b>1539</b>

Figuur 4.15. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) door de Federale Politie in België uiteengezet per maand, 2018-2021.



Bron: Federale Politie, 2022.

Wanneer het aantal suïcidepogingen geregistreerd door het College van de procureurs-generaal per maand afzonderlijk wordt bekeken (tabel 4.5 en figuur 4.16), kan worden opgemerkt dat in de maand januari 2020 een hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019, maar dit was voor de start van de coronapandemie (maart 2020). Voor de maanden maart, april, en oktober tot en met december waren de cijfers juist lager in 2020 dan in 2019. In de overige maanden (februari, mei en juni tot en met september) zagen we dat de cijfers in 2020 vergelijkbaar waren met 2019.

Met betrekking tot 2021 zagen we in de maanden januari en februari dat de cijfers zijn gedaald ten opzichte van 2019 en 2020. In de maanden maart en april zagen we juist een stijging ten opzichte van 2019 en 2020. In mei tot en met juli waren de cijfers iets gedaald ten opzichte van eerdere jaren, terwijl

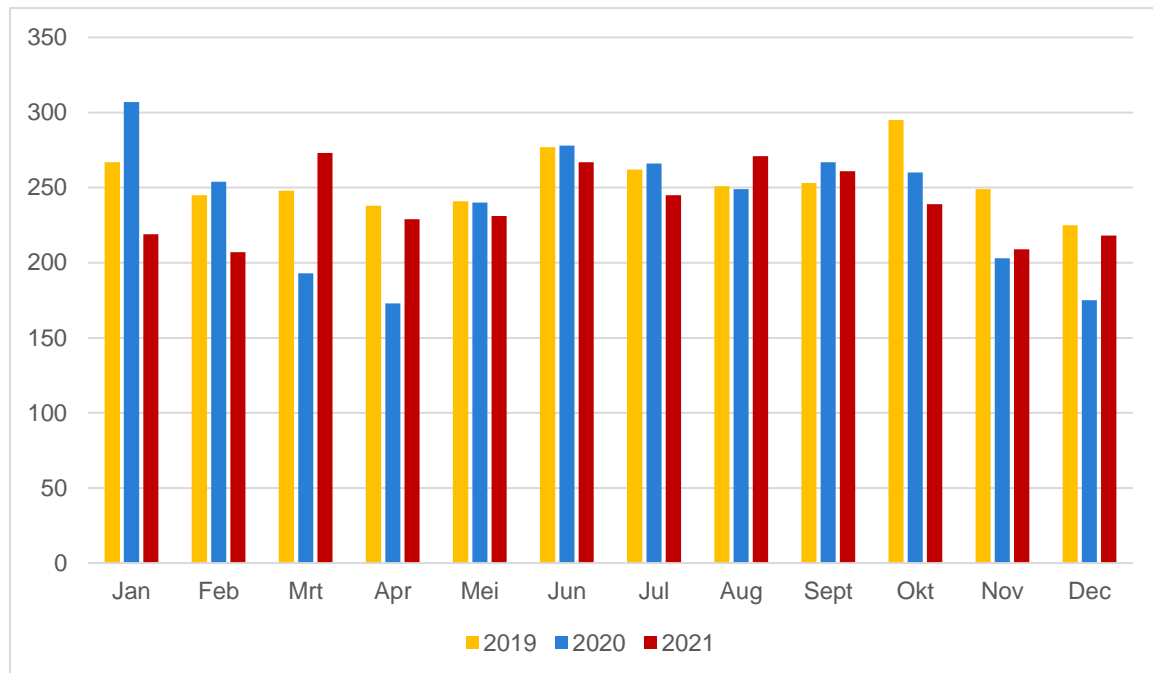
in augustus een lichte stijging merkbaar was. September had een lichte verhoging in het aantal pogingen ten opzichte van 2019, maar een daling ten opzichte van 2020. In de maanden oktober en november zien we een daling in het aantal pogingen in vergelijking met 2019. In december van 2021 zagen we juist dat de cijfers vergelijkbaar zijn aan 2019, maar gestegen ten opzichte van 2020. Over het algemeen lijkt er ten opzichte van voor corona (2019) geen stijging te hebben plaatsgevonden met betrekking tot suïcidepogingen in België op basis van de cijfers van het College van de procureurs-generaal.

**Tabel 4.5. Aantal geregistreerde suïcidepogingen door het Openbaar Ministerie in België, 2019-2021, uiteengezet per maand.**

	2019	2020	2021
<b>Totaal</b>	<b>3,051</b>	<b>2,865</b>	<b>2,869</b>
Januari	267	307	219
Februari	245	254	207
Maart	248	193	273
April	238	173	229
Mei	241	240	231
Juni	277	278	267
Juli	262	266	245
Augustus	251	249	271
September	253	267	261
Oktober	295	260	239
November	249	203	209
December	225	175	218
<b>Totaal</b>	<b>3,051</b>	<b>2,865</b>	<b>2,869</b>

Bron: Openbaar Ministerie.

Figuur 4.16. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

## VLAANDEREN

Wanneer het aantal suïcidepogingen geregistreerd door de Federale Politie per maand afzonderlijk wordt bekeken (figuur 4.17), kan opgemerkt worden dat in de maand januari hogere suïcidepoging cijfers in 2020 werden opgetekend in Vlaanderen vergeleken met de drie voorgaande jaren. In alle overige maanden waren de cijfers juist lager dan in eerdere jaren.

Wanneer deze cijfers voor suïcide in het **1<sup>ste</sup> semester van 2021** worden vergeleken met de cijfers van het 1<sup>ste</sup> semester van de voorgaande jaren 2018, 2019 en het eerste coronajaar 2020 kan de volgende observatie gemaakt worden voor België:

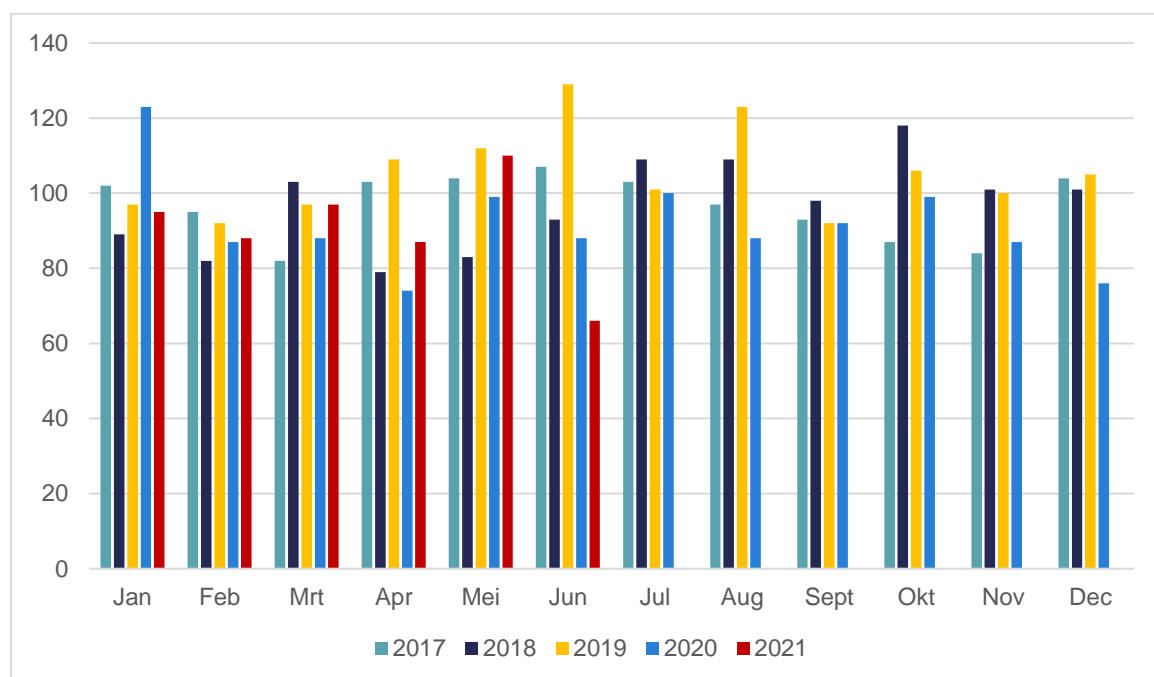
- In de maanden februari, maart, april en mei hogere suïcidepoging aantallen werden opgetekend in vergelijking met 2020.
- In de maanden januari en juni waren de aantallen juist lager dan in 2020.

Wanneer het aantal suïcidepogingen geregistreerd door het College van de procureurs-generaal per maand afzonderlijk word bekeken (figuur 4.18), kan worden opgemerkt dat in de maand mei 2020 een

hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019. Voor de maanden maart, juni, en augustus tot en met december waren de cijfers juist lager in 2020 dan in 2019.

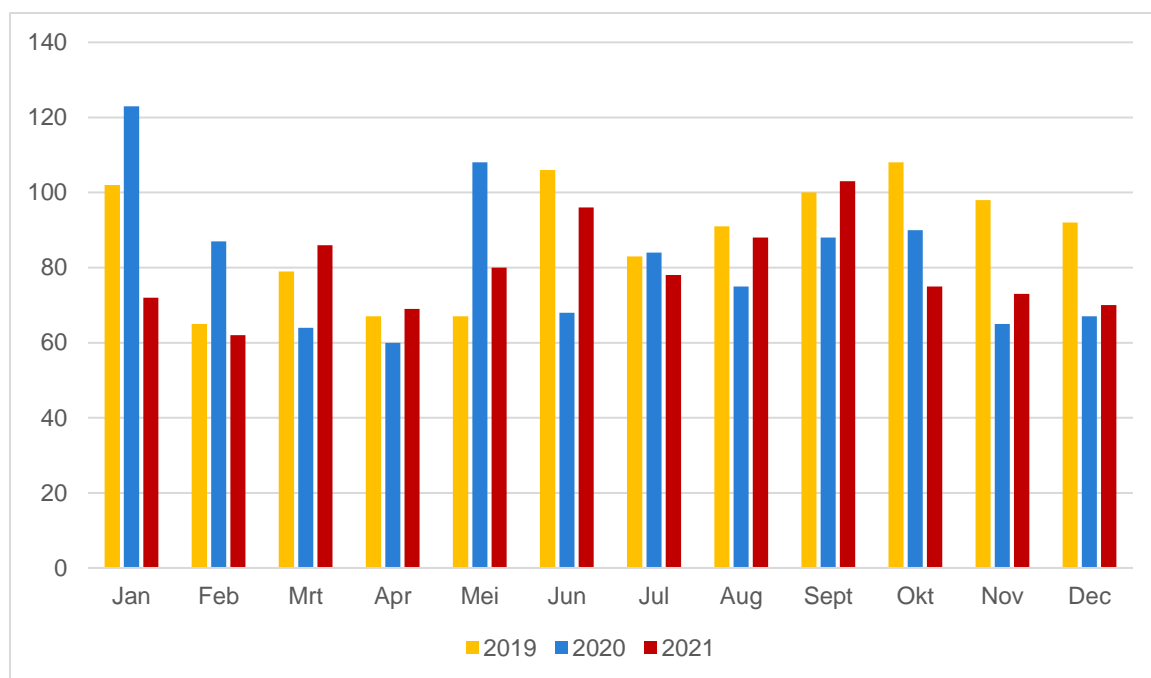
Met betrekking tot 2021 valt op dat in juni een hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2020, maar dat dit aantal nog steeds lager is dan in 2019. In de maanden augustus en september zien we ook een stijging ten opzichte van 2020, maar deze cijfers zijn vergelijkbaar aan 2019 (pre-corona). In de maand mei daarentegen zien we een daling ten opzichte van 2020, terwijl dit aantal dan nog steeds hoger ligt dan in 2019. In maart bleek het aantal geregistreerde suïcidepogingen hoger dan in zowel 2020 als 2019. Over het algemeen lijkt er ten opzichte van voor corona (2019) geen stijging te hebben plaatsgevonden met betrekking tot suïcidepogingen in Vlaanderen op basis van de cijfers van het College van de procureurs-generaal.

**Figuur 4.17. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen uiteengezet per maand, 2018-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022.

**Figuur 4.18. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

## BRUSSEL

Wanneer het aantal suïcidepogingen per maand afzonderlijk wordt bekeken (zie figuur 4.19), kan opgemerkt worden dat in de maanden januari en juni hogere suïcidepoging cijfers in **2020** werden opgetekend in Brussel vergeleken met de drie voorgaande jaren.

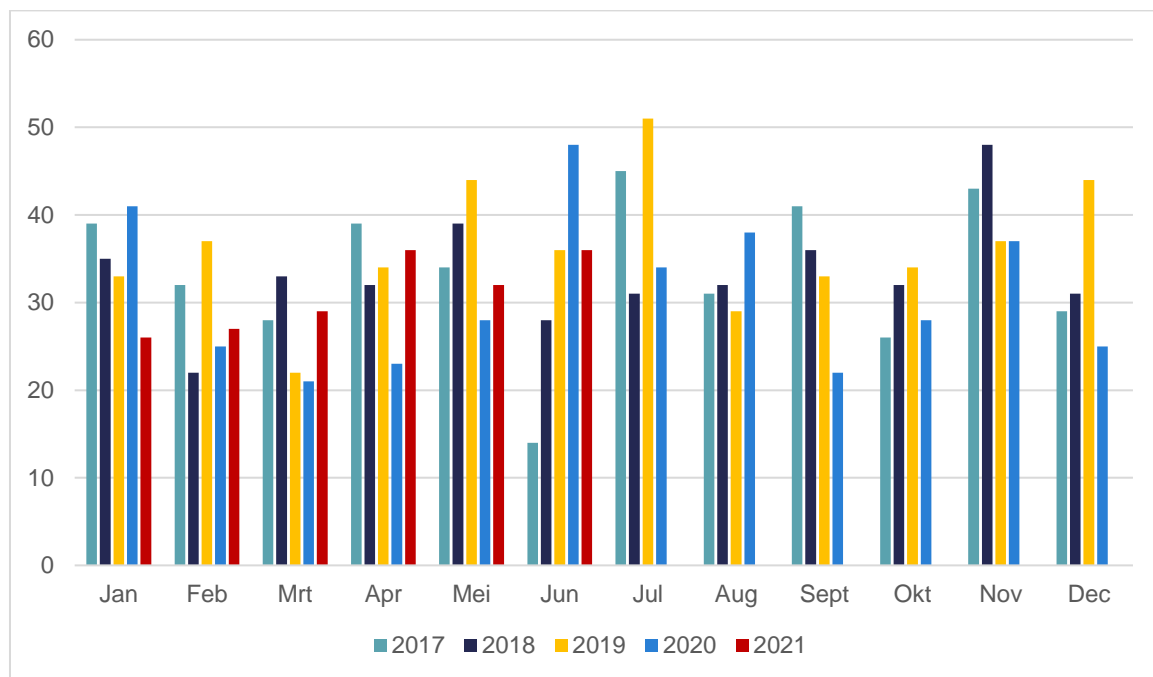
Wanneer deze cijfers voor suïcide in het **1<sup>ste</sup> semester van 2021** worden vergeleken met de cijfers van het **1<sup>ste</sup> semester** van het eerste coronajaar 2020 kan de volgende observatie gemaakt worden voor Brussel:

- In de maanden februari, maart, april en mei hogere suïcidepoging aantallen werden opgetekend in vergelijking met 2020.
- In de maanden januari en juni zagen we een lager aantal suïcidepogingen dan in 2020.

Wanneer het aantal suïcidepogingen geregistreerd door het College van de procureurs-generaal per maand afzonderlijk wordt bekeken (figuur 4.20), kan worden opgemerkt dat in de maanden januari en februari van **2020** een hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019. Dit was echter voordat er corona-maatregelen werden getroffen. Voor de maanden maart, mei, juli, en september tot en met december waren de cijfers juist lager in 2020 dan in 2019. In de maanden april en juni was er een hele lichte verhoging van de cijfers ten opzichte van 2019. De maand augustus verschilde niet van 2019.

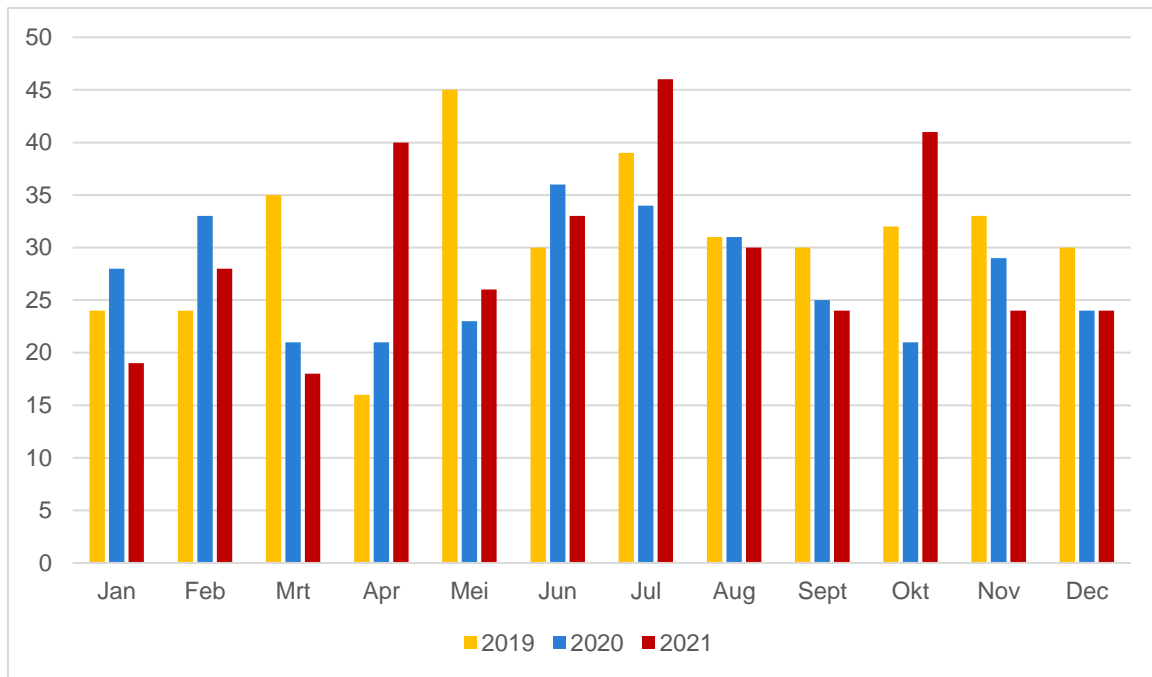
Met betrekking tot **2021** kan worden opgemerkt dat in de maanden april, juli en oktober een hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019 en 2020. In de maanden januari, februari, maart en november bleek dat de cijfers juist lager uitvielen dan in 2019 en 2020. In de maanden mei, september en december zien we dat de cijfers lager zijn dan in 2019, maar vergelijkbaar aan 2020. In juni zien we een daling ten opzichte van 2020, maar de cijfers liggen wel hoger dan 2019. De maand augustus was vergelijkbaar aan zowel 2019 als 2020.

**Figuur 4.19. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2018-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022.

**Figuur 4.20. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

## WALLONIË

Wanneer het aantal suïcidepogingen per maand afzonderlijk wordt bekeken (figuur 4.18), kan opgemerkt worden dat in de maanden juni en juli hogere suïcidepoging cijfers in 2020 werden opgetekend in Wallonië vergeleken met de drie voorgaande jaren.

Wanneer deze cijfers voor suïcide in het **1<sup>ste</sup> semester van 2021** worden vergeleken met de cijfers van het 1<sup>ste</sup> semester van het eerste coronajaar 2020 kan de volgende observatie gemaakt worden voor België:

- In de maanden februari, maart, april en mei hogere suïcidepoging aantallen werden opgetekend in vergelijking met 2020.
- In de maand juni zagen we een lager aantal suïcidepogingen dan in 2020.

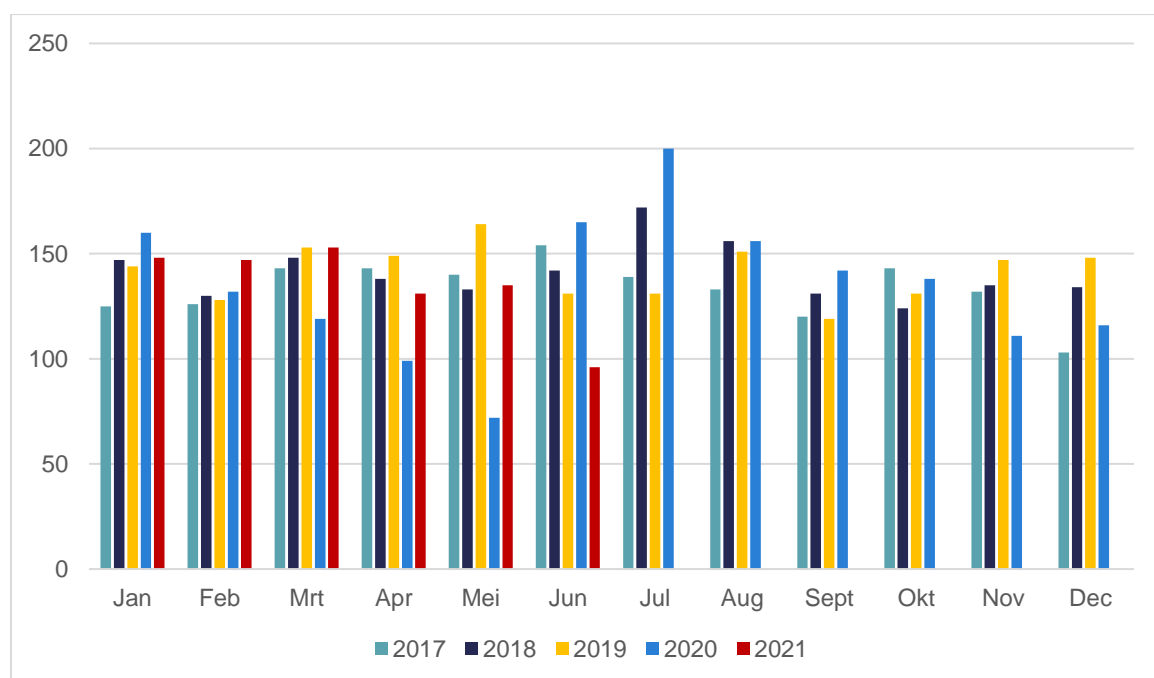
Wanneer het aantal suïcidepogingen geregistreerd door het College van de procureurs-generaal per maand afzonderlijk wordt bekeken (figuur 4.22), kan worden opgemerkt dat in de maanden januari, juni en september van **2020** een hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019. Voor de maanden februari, maart, april, mei, en december waren de cijfers juist lager in 2020 dan in 2019. In de maanden juli en augustus waren de cijfers zeer vergelijkbaar aan 2019, al was er een hele lichte verhoging van de cijfers ten opzichte van 2019. Bij de maanden oktober en november bemerkten we dat de cijfers ook



zeer vergelijkbaar waren aan 2019, al was er in deze maanden een hele lichte daling van de cijfers ten opzichte van 2019.

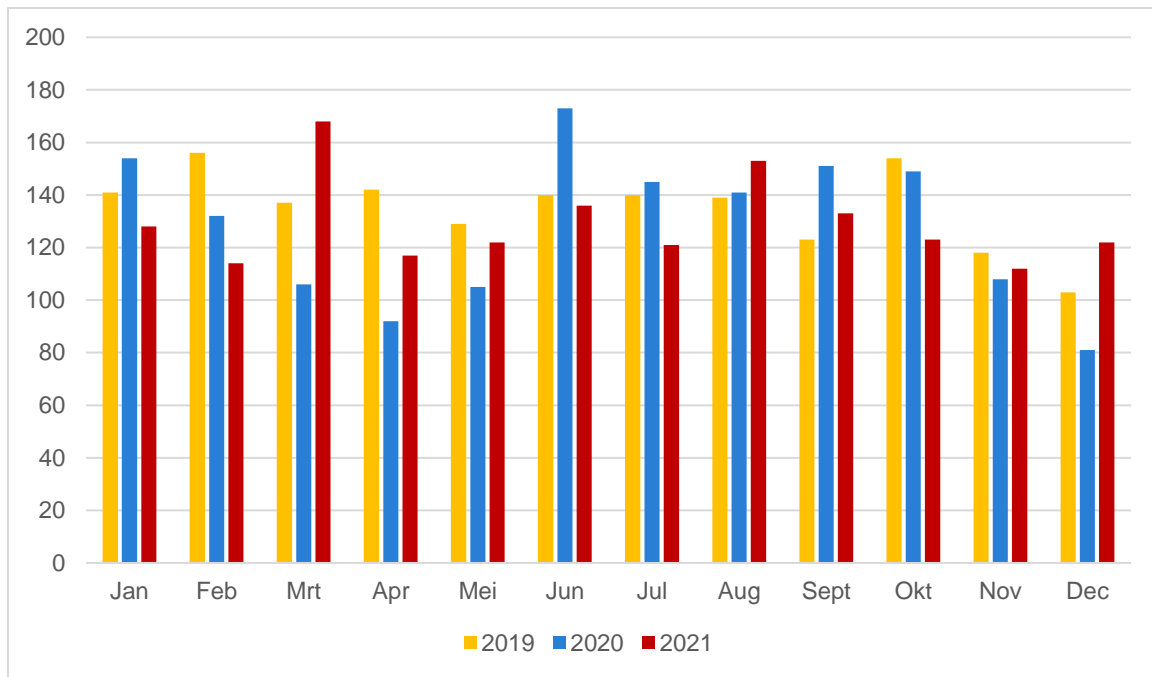
Met betrekking tot **2021** kan worden opgemerkt dat in de maanden maart en december hoger aantal pogingen werden geregistreerd dan in 2019 en 2020. In de maand augustus was er een hele lichte stijging van het aantal pogingen ten opzichte van 2019 en 2020. In april en mei was er eveneens een stijging van het aantal pogingen ten opzichte van 2020, maar deze cijfers lagen weer lager dan in 2019. In de maanden januari, februari, juli en oktober was het aantal geregistreerde pogingen lager in 2021 dan in zowel 2019 en 2020. In de maanden juni en september zagen we ook een daling in het aantal pogingen ten opzichte van 2020. De maand juni was heel vergelijkbaar aan 2019, terwijl in de maand september licht meer pogingen werden geregistreerd. In november was het aantal pogingen vergelijkbaar aan 2020, en daarmee ook licht gedaald ten opzichte van 2019.

**Figuur 4.21. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.**



Bron: Federale Politie, 2022.

**Figuur 4.22. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.**



Bron: College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie).

## COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

De meest recente COVID-19-Gezondheidsenquête waarin deelnemers werd gevraagd naar suïcidepogingen was de zevende COVID-19-Gezondheidsenquête, die plaatsvond in juni 2021. In de achtste en negende COVID-19-Gezondheidsenquête zijn zelfmoordpogingen niet meegenomen in de vragenlijst.

Deelnemers aan de zevende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij *in de afgelopen 12 maanden* een zelfmoordpoging hebben ondernomen. In juni 2021 meldde **0,7%** van de Belgen in de afgelopen 12 maanden een zelfmoordpoging te hebben ondernomen (0,6% in maart 2021). Dit verschil is niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Wanneer de gegevens van de meest recente Gezondheidsenquête uit 2018 er naast gelegd worden dan zien we dat een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden toen werd gerapporteerd bij **0.2%** van de bevolking van 18 jaar en ouder.

In de vierde COVID-19-Gezondheidsenquête (september 2020) meldde **0.1%** een poging om zich van het leven te beroven in de eerste 3 maanden van de crisis (april tot juni 2020) en **0.2%** in de 3 maanden voorafgaand aan de gegevensverzameling (juli tot september 2020).

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

### GESLACHT

Er is geen significant verschil tussen mannen en vrouwen voor de indicatoren m.b.t. zelfmoordpogingen wanneer de analyses worden gecorrigeerd voor leeftijd.

### LEEFTIJD

Het percentage jongvolwassenen dat een zelfmoordpoging heeft ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (2,0% van hen) hoger dan in de oudere leeftijdsgroepen.

## SUÏCIDALITEIT IN RELATIE TOT ANGST EN DEPRESSIE

Een zelfmoordpoging komt vaker voor bij personen die lijden aan angst of depressie. Dit zien we ook uit de resultaten van deze enquête: zelfmoordpogingen in de afgelopen 12 maanden kwamen inderdaad minder voor bij personen die geen van beide stoornissen hadden: **0,2%**. Daarentegen heeft **0,4%** van de personen met een angststoornis een suïcidepoging; en van diegenen met een depressieve stoornis (zonder angst) **0,1%**; bij personen met beide stoornissen (comorbiditeit angst-depressie) is het percentage dat in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête een zelfmoordpoging heeft ondernomen (**4,8%** van hen) nog hoger.

### **OPMERKINGEN!**

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data 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 sneeuwbalmethode (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.<sup>8</sup> 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 werden gepubliceerd in 2018 (Dierckens, Clercq & Deforche, 2019). 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. 131).

### EVOLUTIE

We zien in figuur 4.23 dat de percentages voor jongens over de jaren heen licht zijn gedaald. In vergelijking met 2006 (9.4%) is het percentage in 2018 (8%) significant gedaald ( $p < 0.010$ ). Daarentegen zien we bij meisjes een meer schommelend beeld. In vergelijking met 2014 is er een gunstige en significante afname te zien bij de meisjes ( $p < 0.010$ ), maar het percentage verschilt niet met 2006.

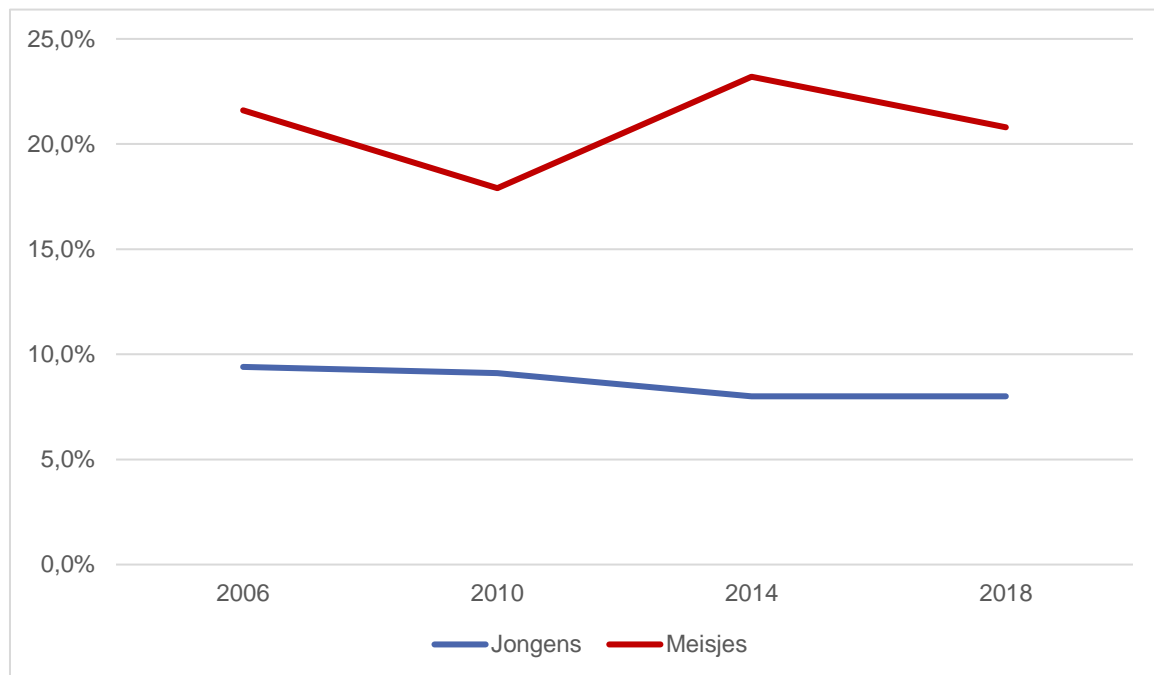
Wanneer we meer toespitsen op de verschillende leeftijdscategorieën dan zien we dat in vergelijking met de resultaten uit 2014 er enkel voor de 15- tot 16-jarige meisjes een significante daling in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag was vast te stellen in 2018. In 2014 bedroeg het percentage

---

<sup>8</sup>. 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 2018 (meest recente bevragingscyclus) bestond de steekproef van de studie Jongeren en Gezondheid uit 11.035 leerlingen (3.157 uit het lager onderwijs en 7.878 uit het secundair onderwijs), waarvan net iets meer meisjes (51.2%) dan jongens.

meisjes tussen de 15-16 jaar dat zichzelf minstens eenmaal opzettelijk schade toebracht 28.6% tegenover 22.6% in 2018.

**Figuur 4.23. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.**



Bron: [Dierckens et al., 2019](#)

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

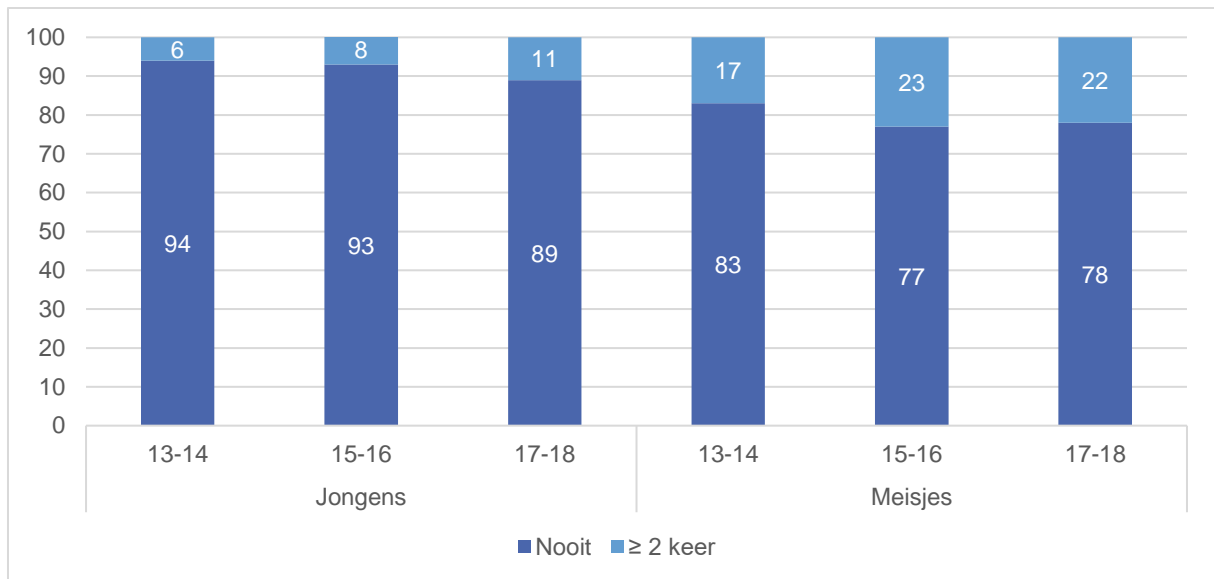
### GESLACHT

In 2018 heeft 8.0% van de jongens en 20.8% 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

De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij de jongens en bij de meisjes is het laagst op 13- tot 14-jarige leeftijd en vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt (zie figuur 4.24).

**Figuur 4.24. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2018.**

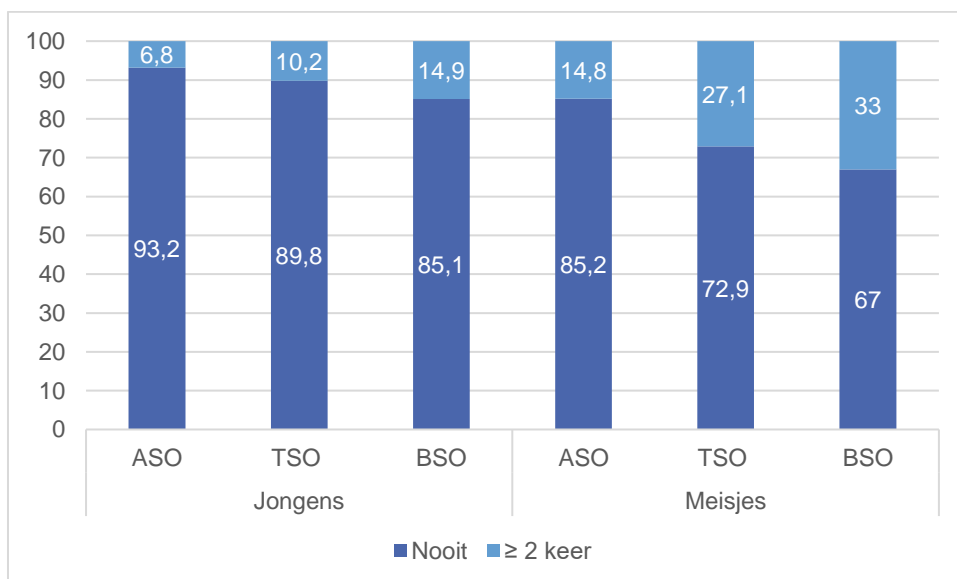


Bron: [Dierckens et al., 2019](#)

## OPLEIDING

Zoals af te leiden is uit figuur 4.25, zijn er ook naargelang opleiding verschillen op te merken. Het percentage jongens dat minstens eenmaal zelfbeschadigend gedrag vertoonde, bedraagt 13.8% in het beroeps secundair onderwijs en 10.2% in het technisch secundair onderwijs tegenover 5.9% in het algemeen secundair onderwijs. Bij meisjes is het percentage zelfbeschadigend gedrag eveneens significant lager in het algemeen secundair onderwijs (14.6%) in vergelijking met het technisch en beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 27.6% en 34.4%).

**Figuur 4.25. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.**



Bron: [Dierckens et al., 2019](#)



Ten opzichte van 2014 is er bij de meisjes uit het technisch secundair onderwijs een afname in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag vast te stellen. In 2014 bedroeg de prevalentie nog 32.7%, in 2018 is dit afgenomen naar 27.1%. Verder worden er geen significante verschillen in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag tussen de diverse opleidingsvormen waargenomen in vergelijking met de resultaten uit 2014 (zie tabel 4.6).

**Tabel 4.6. Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.**

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	ASO	TSO	BSO
<b>Jongens</b>			
2014	7.5%	7.8%	11.6%
2018	6.8%	10.2%	14.9%
<b>Meisjes</b>			
2014	17.4%	32.7%	36.0%
2018	14.8%	27.1% *	33.0%

\* significante daling in 2018 t.o.v. 2014.

Bron: [Dierckens et al., 2019](#)

## 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)<sup>9</sup>. Dit betreft echter

---

<sup>9</sup> 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.

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.

**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 <sup>ste</sup>	4 <sup>de</sup>
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Alle landen	2.6%	8.9%
Vlaanderen	4.2%	10.5%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 <sup>ste</sup>	4 <sup>de</sup>
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
Alle landen	1.0%	2.6%
Vlaanderen	1.4%	3.2%

Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen

1<sup>ste</sup>

3<sup>de</sup>

Bron: Madge et al., 2008

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,<sup>10</sup> 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.**

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

---

<sup>10</sup> Deze vergelijkende studie is gebaseerd op de gegevens van 4431 Vlaamse en 4458 Nederlandse adolescenten. De meerderheid (86%) van de bevroegde jongeren waren 15- en 16-jarigen.

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 <sup>de</sup>	5 <sup>de</sup>

Bron: Madge et al., 2008

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

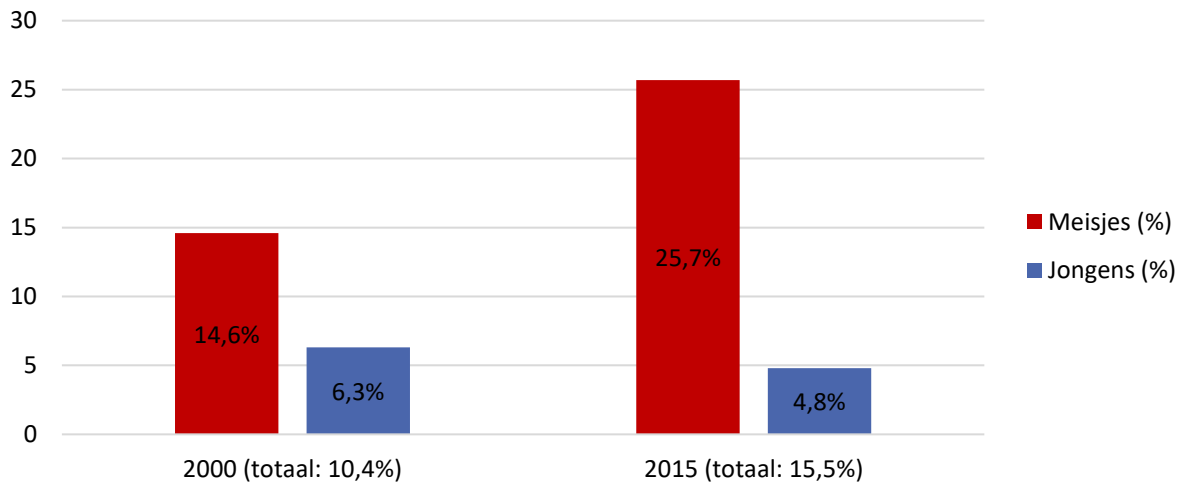
Bron: Vanderstraeten (2016)

#### 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 4.26 en 4.27). Dit is vooral

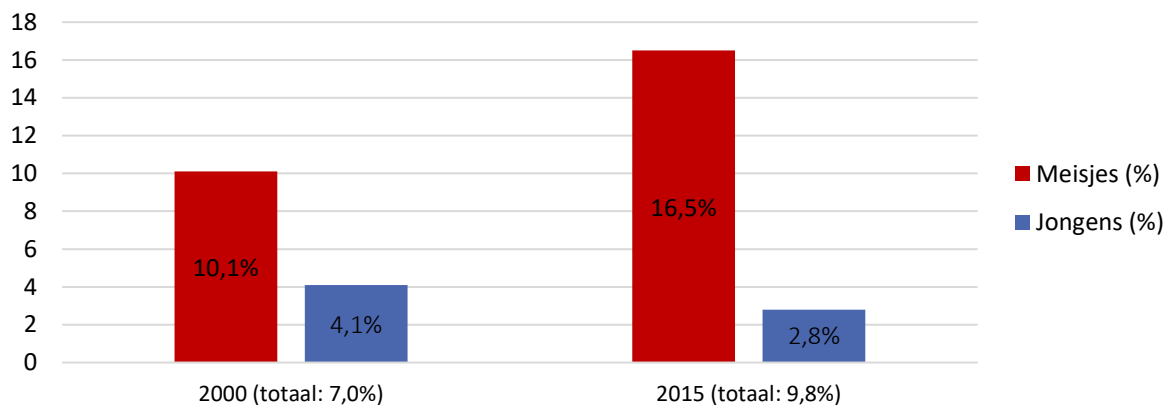
te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevraagd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

**Figuur 4.26. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.**



Bron: Vanderstraeten, 2016

**Figuur 4.27. 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 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.

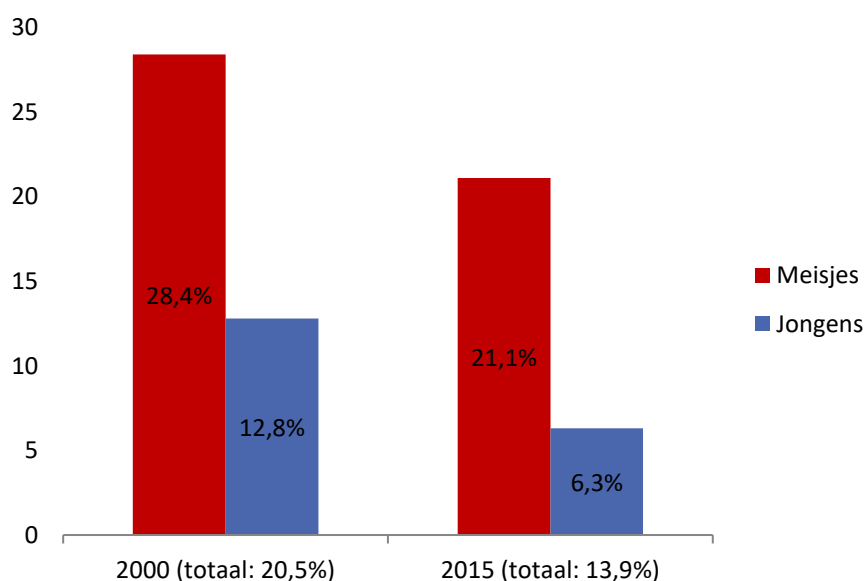
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar		
Totaal	20.5%	13.9%
Meisjes	28.4%	21.1%
Jongens	12.8%	6.3%

Bron: Vanderstraeten, 2016

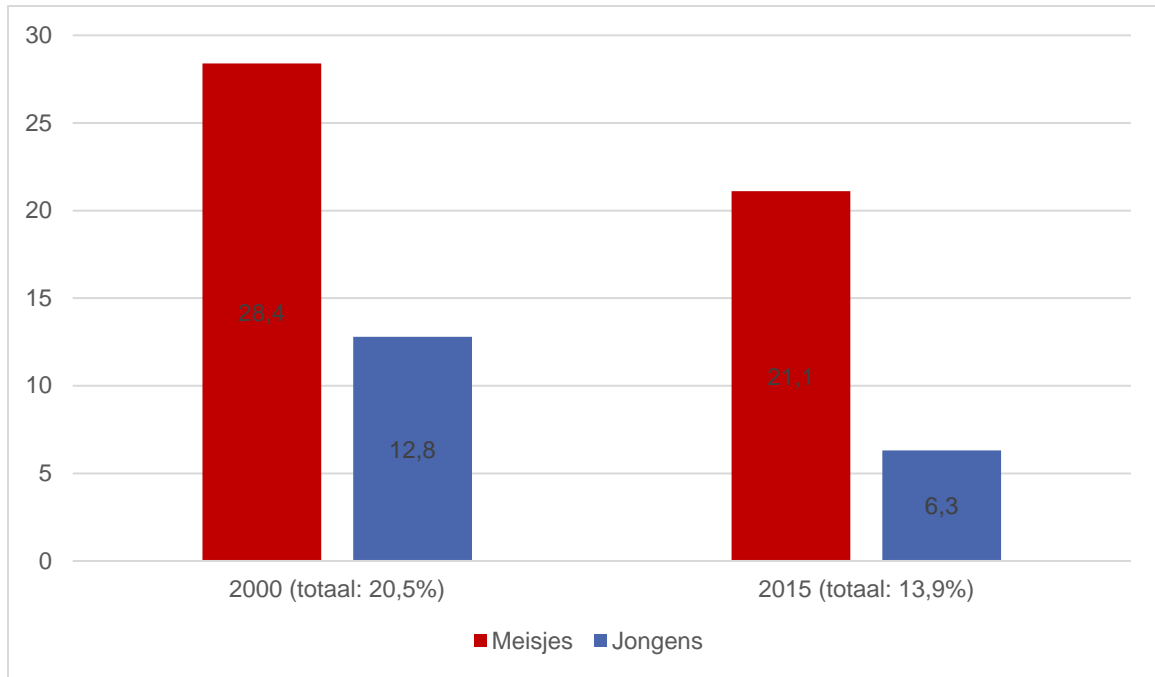
#### PREVALENTIE 2015 VERSUS 2000

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

Figuur 4.28. 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.

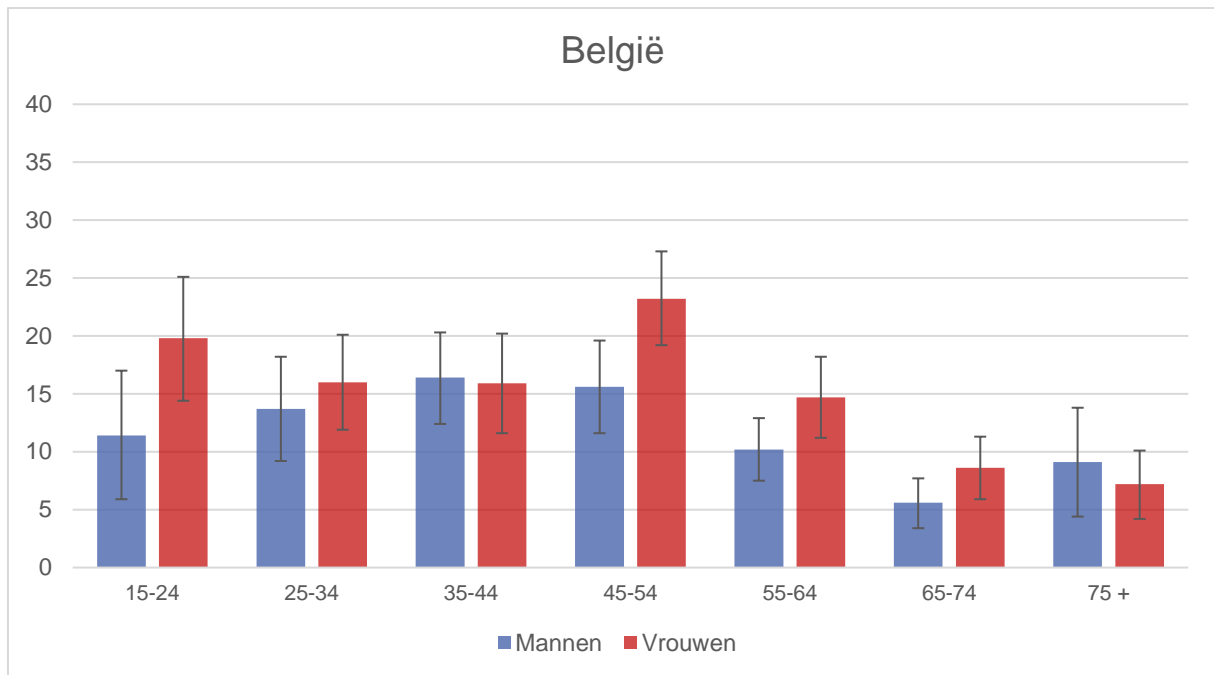
#### PREVALENTIE

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

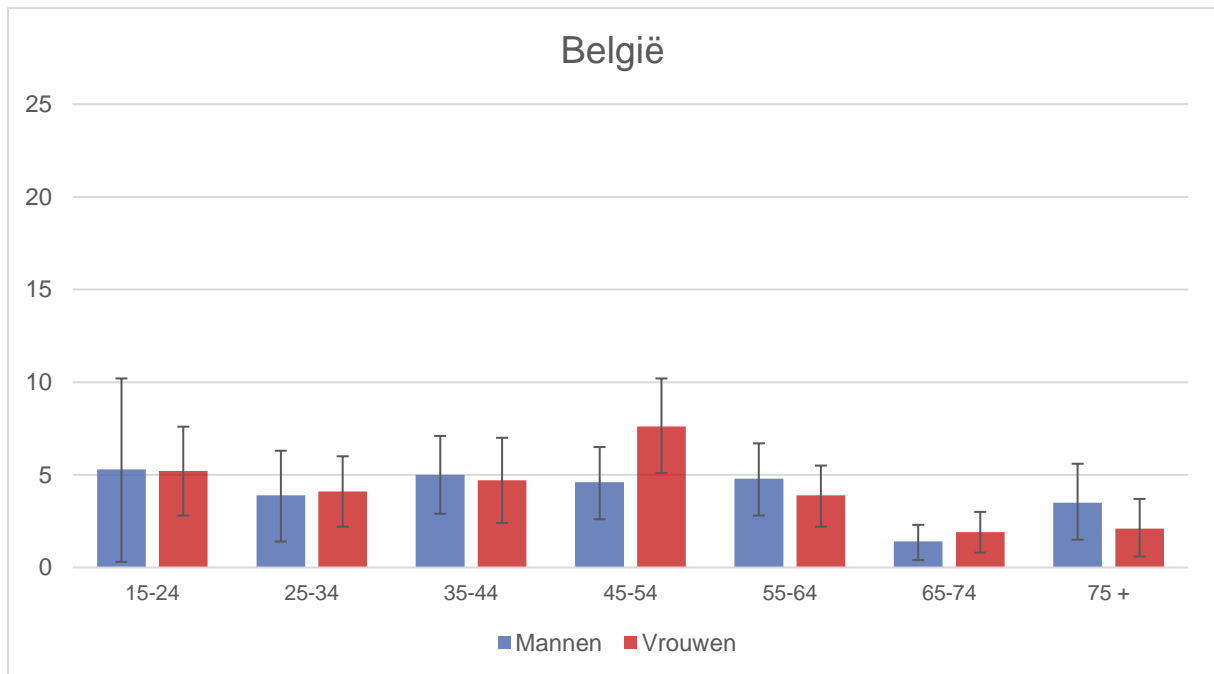
We zien dat trends voor suïcidale gedachten vergelijkbaar zijn met suïcidepogingen. Vrouwen lopen meer risico op suïcidale gedachten dan mannen, die dan weer wel meer risico lopen op overlijden door suïcide. Net als bij pogingen neemt het risico op gedachten af met de leeftijd, terwijl het risico op 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

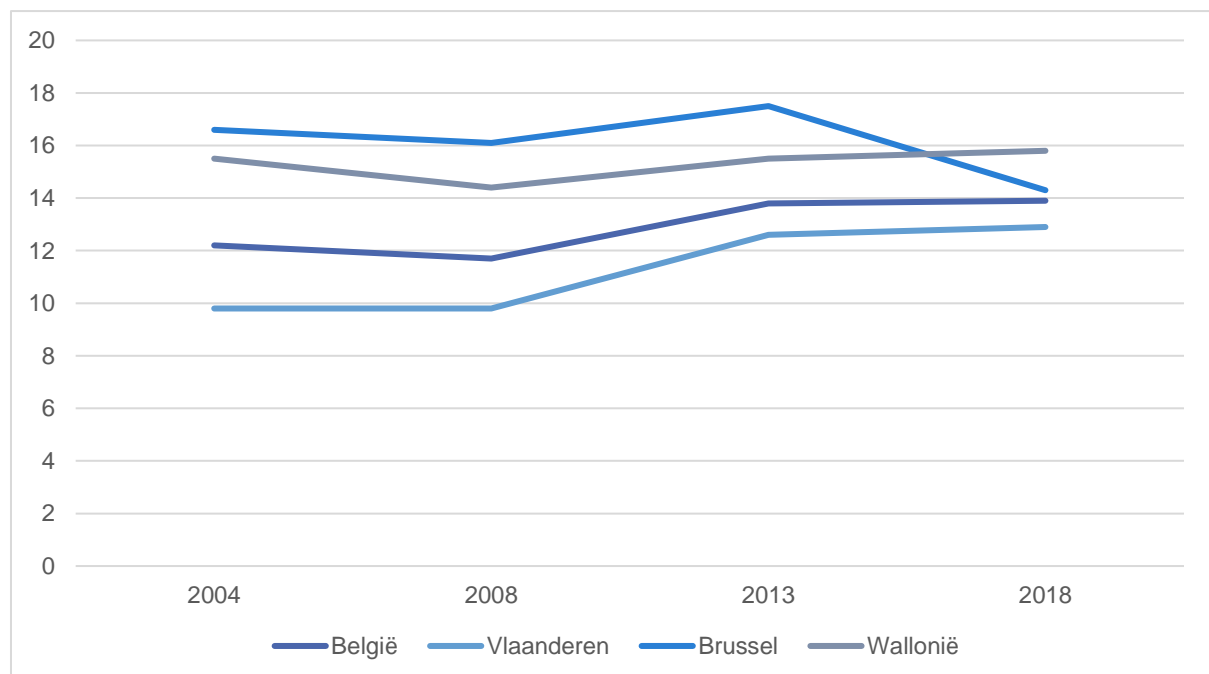
Zoals in figuur 5.3 te zien is, is het percentage mensen dat ooit aan suïcide heeft gedacht, tussen 2018 (13.9%) en 2013 (13.8%) stabiel gebleven in België, maar blijft groter dan in de periode 2004-2008 (ongeveer 12%). In figuur 5.4 zien we dat suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden in 2018 (4.3%) 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.

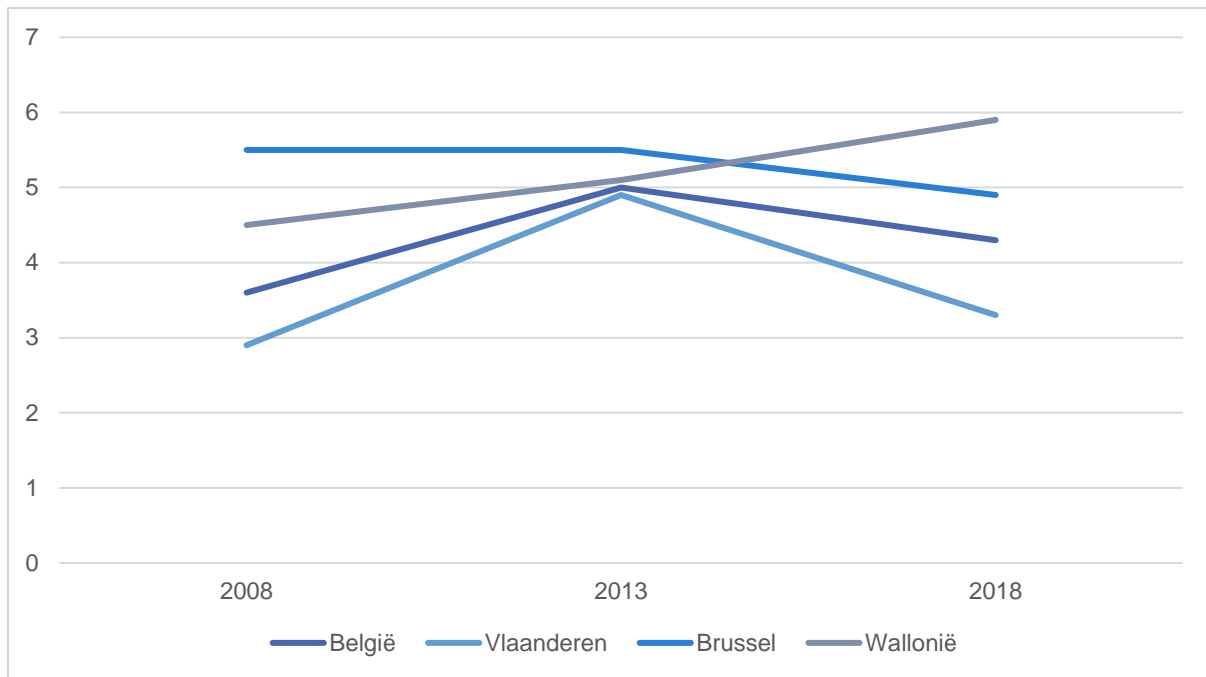
De prevalentie van mensen die recente suïcidegedachten melden, is in Vlaanderen (3.3%) gedaald in vergelijking met 2013 (4.9%) terwijl deze stabiel is gebleven in Brussel en Wallonië (niet significante verschillen), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

**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](#)

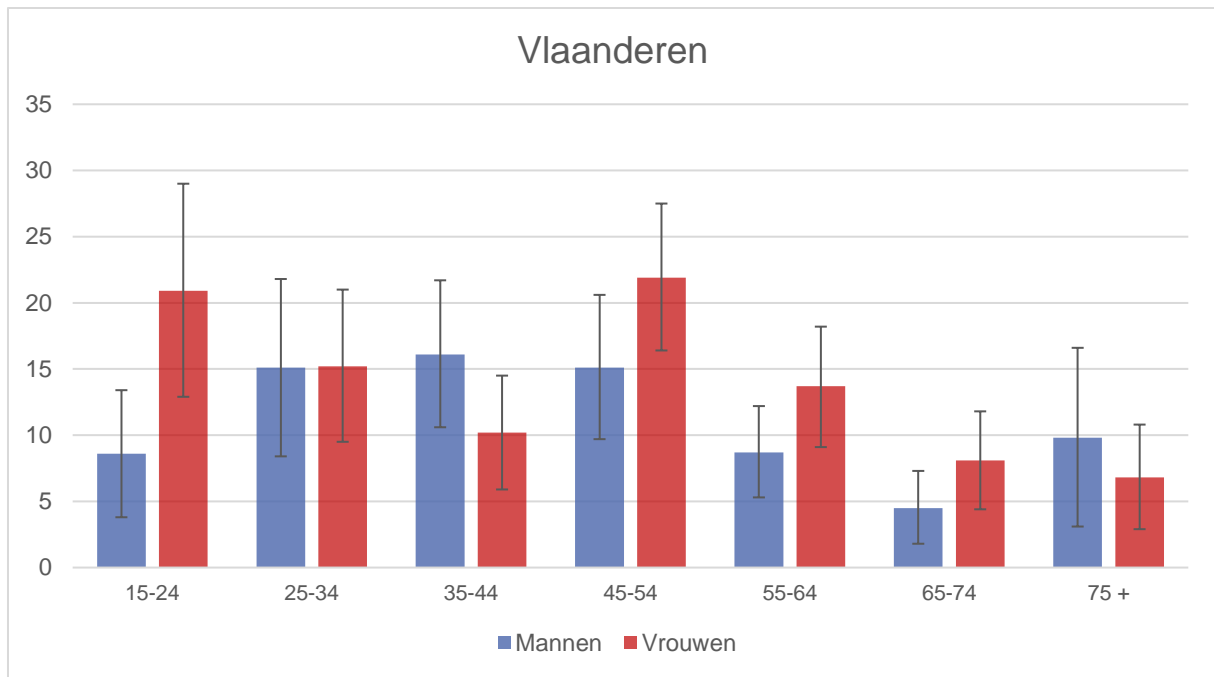
## 5.2. VLAANDEREN

### 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).

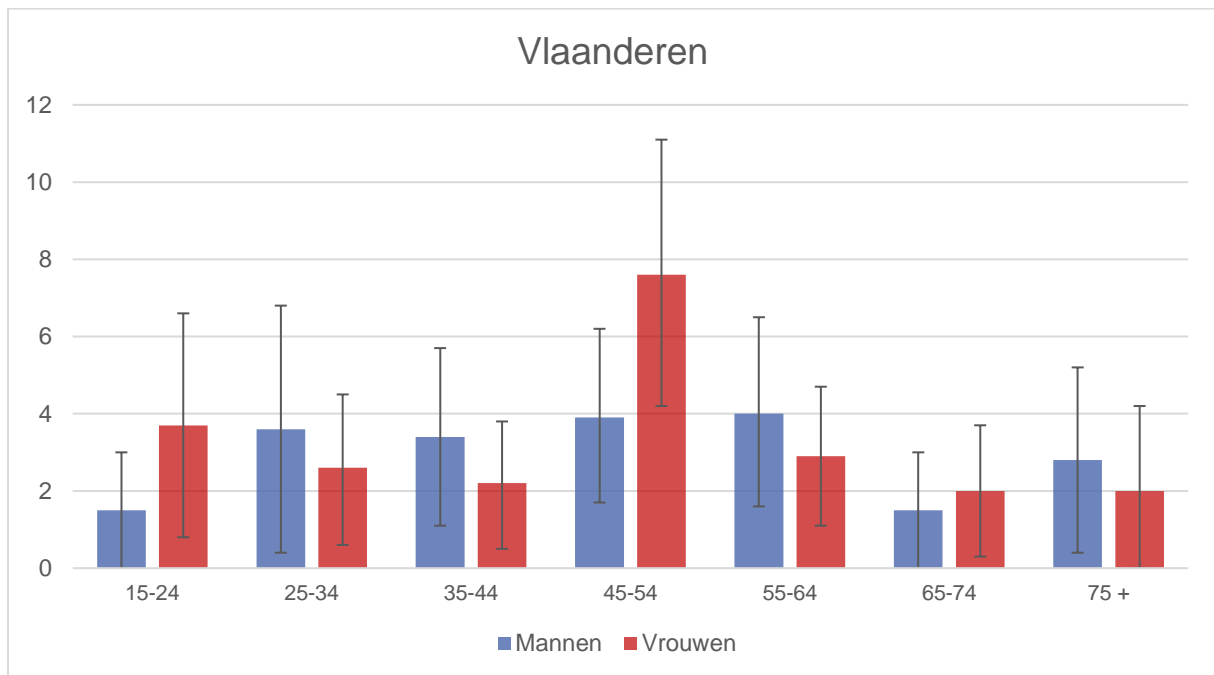
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we dat vrouwen ook hier over het algemeen meer denken aan suïcide, behalve in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar. Er kunnen geen verschillen in leeftijd en geslacht gevonden worden voor gedachten aan zelfmoord in de afgelopen 12 maanden.

**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.



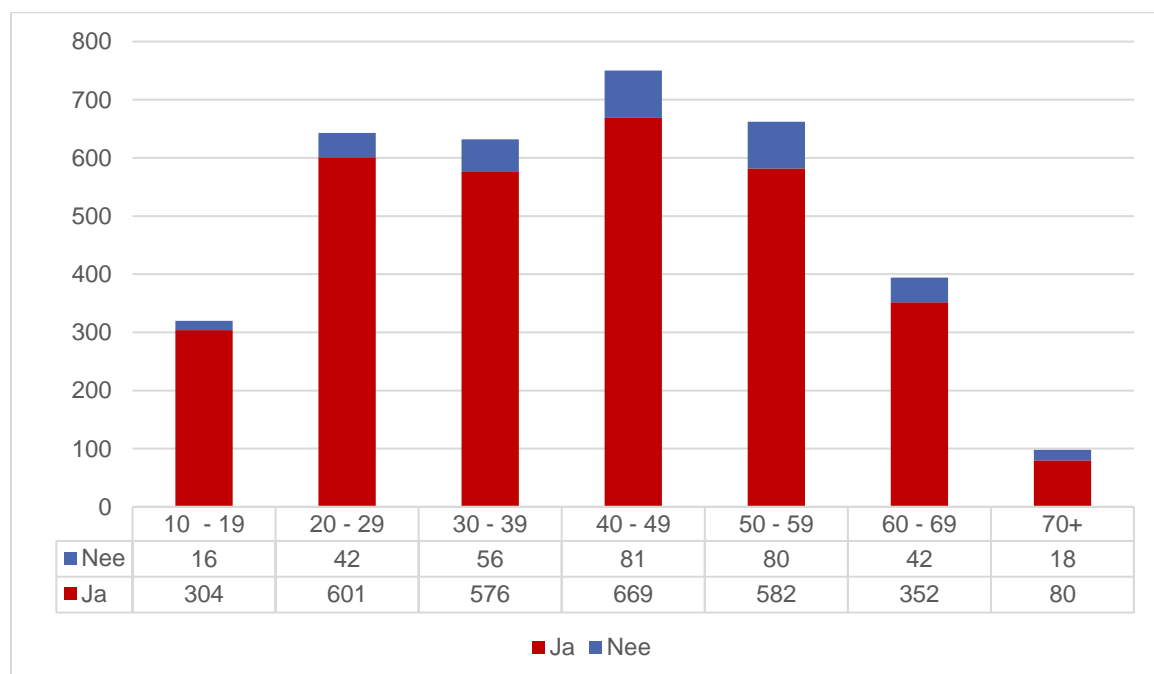
Bron: [Sciensano](#)



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.

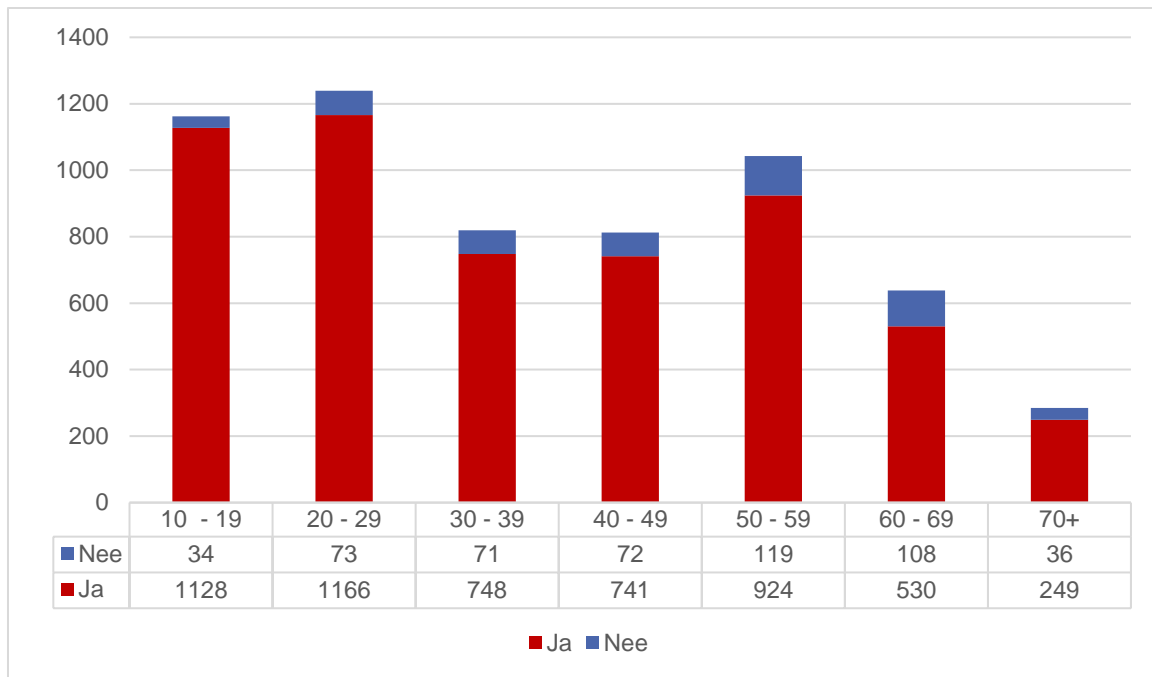
Figuur 5.7 en 5.8 tonen voor vrouwen en mannen afzonderlijk in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd tijdens het telefoon- of chatgesprek met de Zelfmoordlijn. Zoals verwacht, denkt het overgrote deel zelf ook aan zelfdoding op het moment dat zij de Zelfmoordlijn contacteren.

**Figuur 5.7. Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2021.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

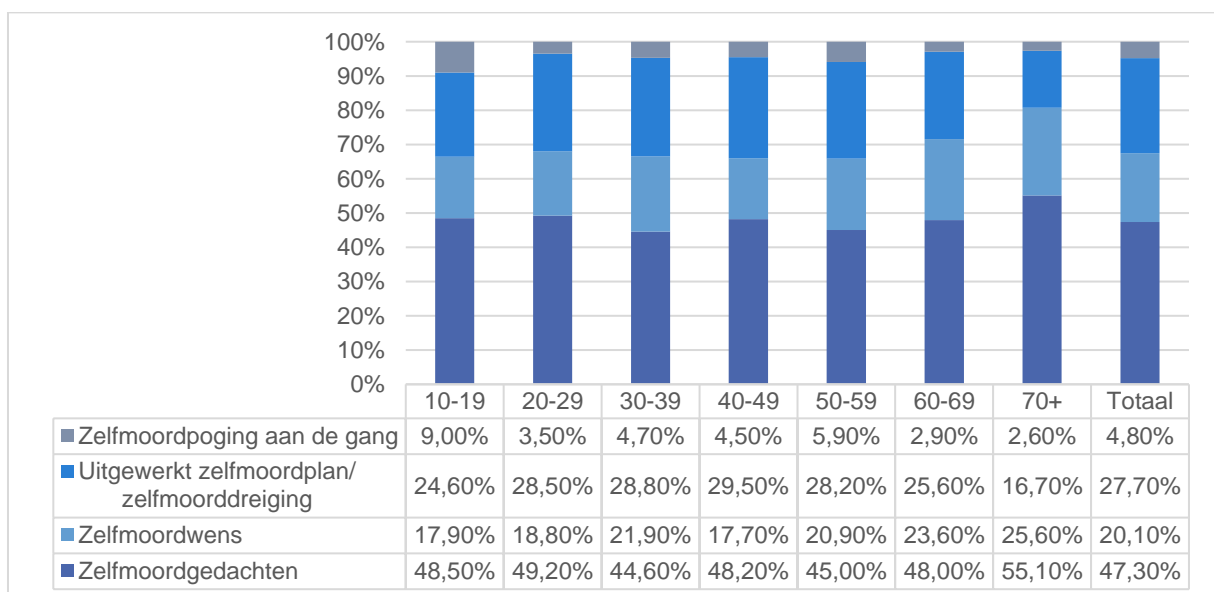
**Figuur 5.8. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2021.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

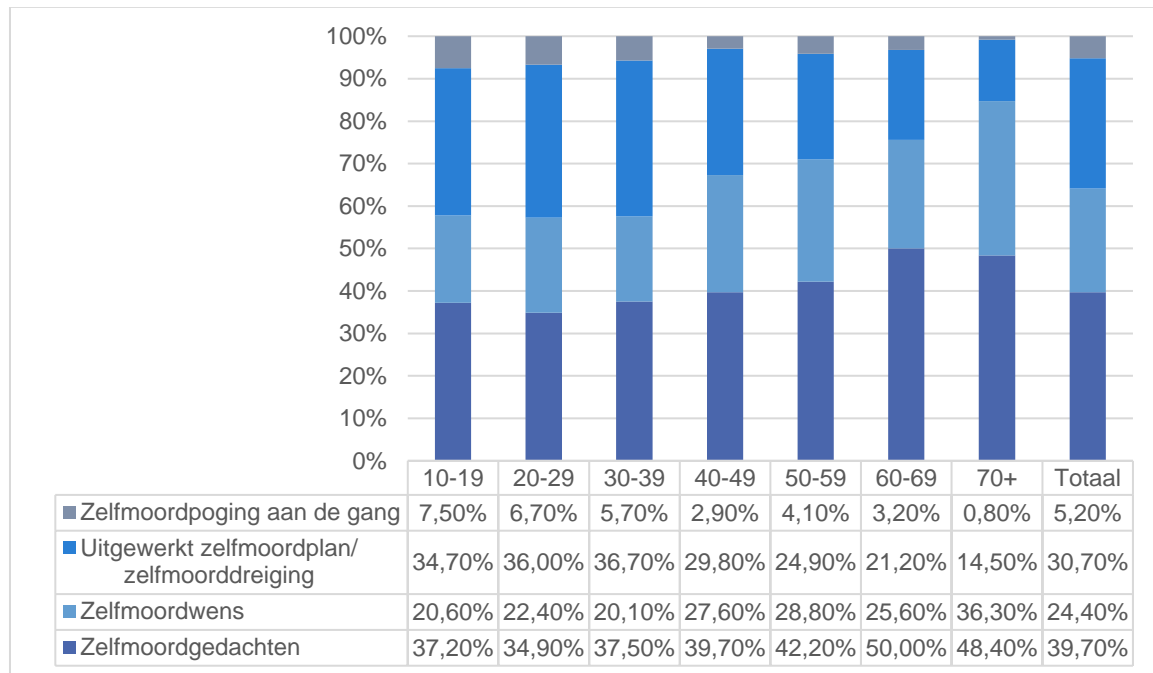
In figuur 5.9 en 5.10 is het suïcidale proces weergegeven wanneer de oproeper contact opnam met de Zelfmoordlijn. Zoals in de figuren te zien is, is er een duidelijk verschil zichtbaar naar gender en naar leeftijd. Bij vrouwen en met name jonge vrouwen wordt vaker een acutere situatie ingeschat. Bij 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 oproepers in de leeftijd van 10-19 jaar, bij vrouwen is in 7,5% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang is en bij mannen bij 9%.

**Figuur 5.9. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2021.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

**Figuur 5.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2021.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

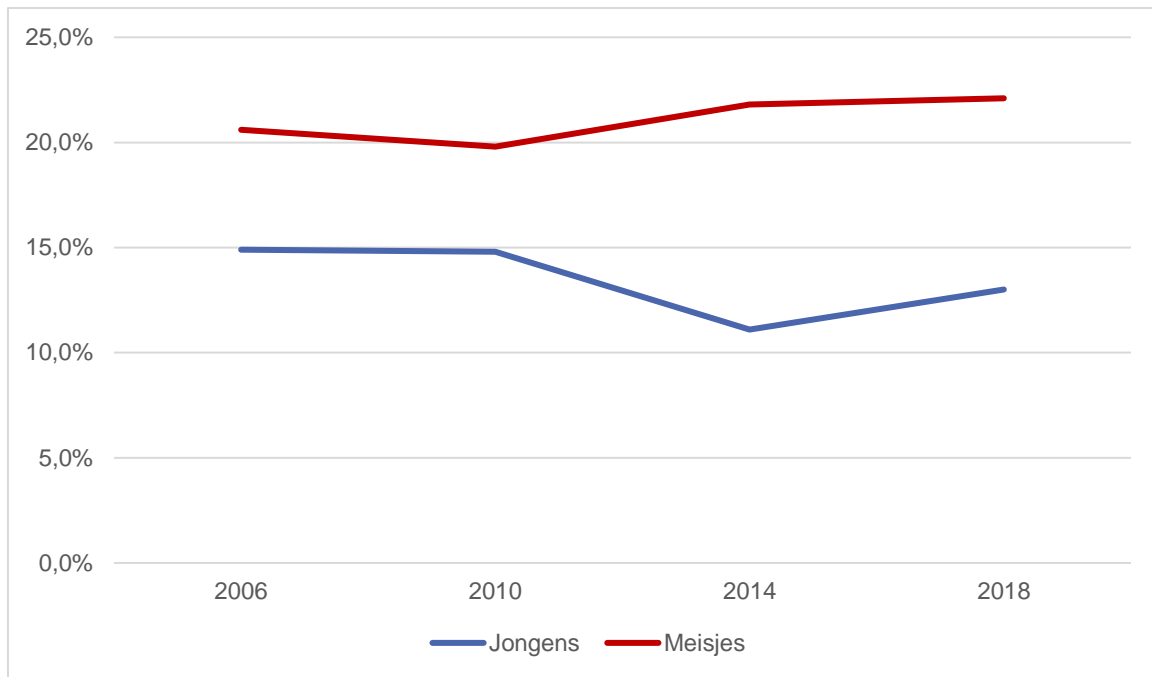
## STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

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 werden gepubliceerd in 2018.

## EVOLUTIE

Ten opzichte van 2006 kan er geen significante evolutie in suïcidegedachten bij zowel jongens als meisjes worden opgenomen. Voor jongens is er wel een significant, weliswaar klein verschil op te merken (Dierckens, De Clercq, & Deforche, 2019).

**Figuur 5.11. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.**



Bron: [Dierckens et al, 2019](#)

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

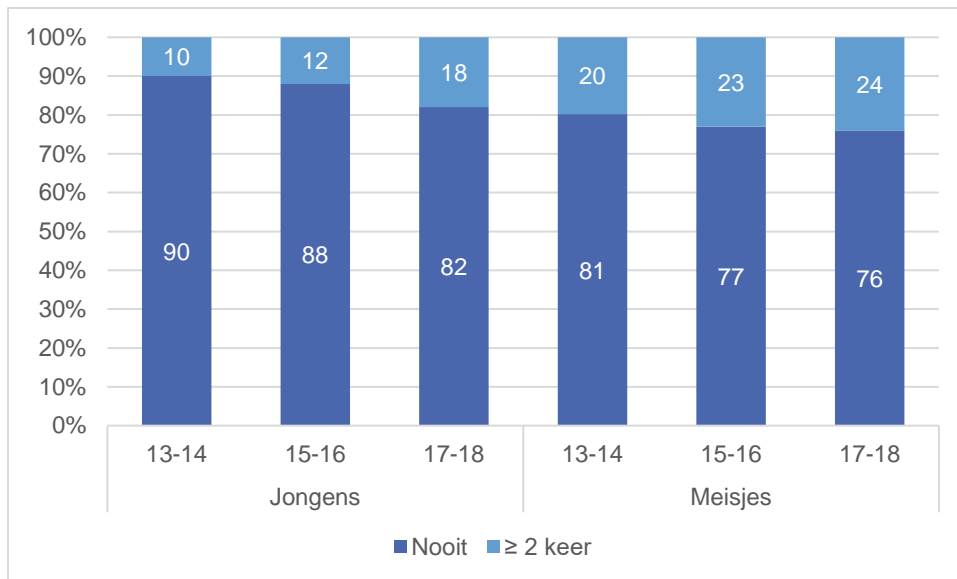
### GESLACHT

De prevalentie van jongeren die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben bedroeg bij jongens 13% en bij meisjes 22.1% in 2018. 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 10% 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 17.8%. Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken, van 19.5% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 23.6% op 17- tot 18-jarige leeftijd (Dierckens, De Clercq, & Deforche, 2019). Zie figuur 5.8.

**Figuur 5.12. Percentages suïcidedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2018.**

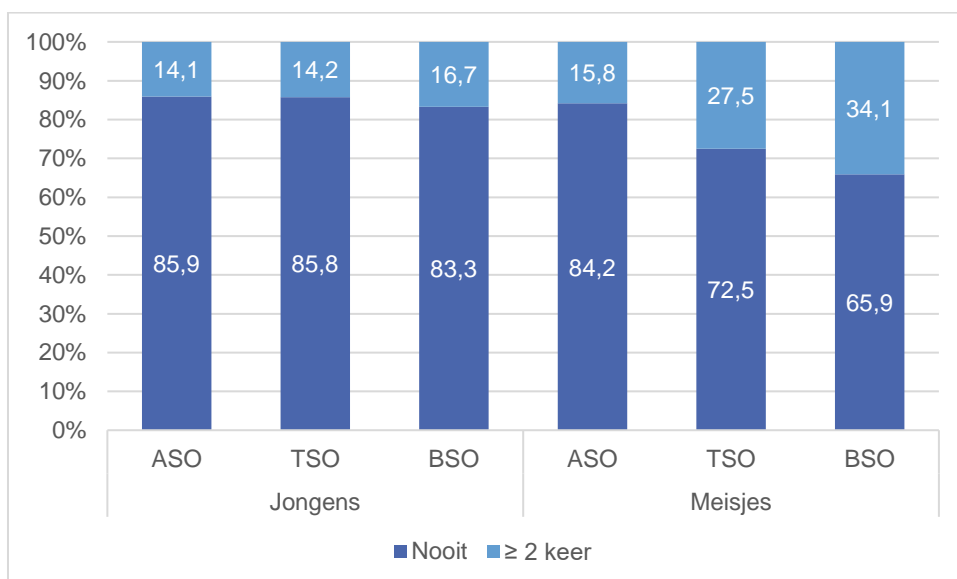


Bron: [Dierckens et al., 2019](#)

## 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 ( $p < .0001$ ). De prevalentie van zelfmoordgedachten ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (34.1%) en het technisch secundair onderwijs (27.5%) ten opzichte van het algemeen secundair onderwijs (15.8%). Zie figuur 5.9.

**Figuur 5.13. Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.**



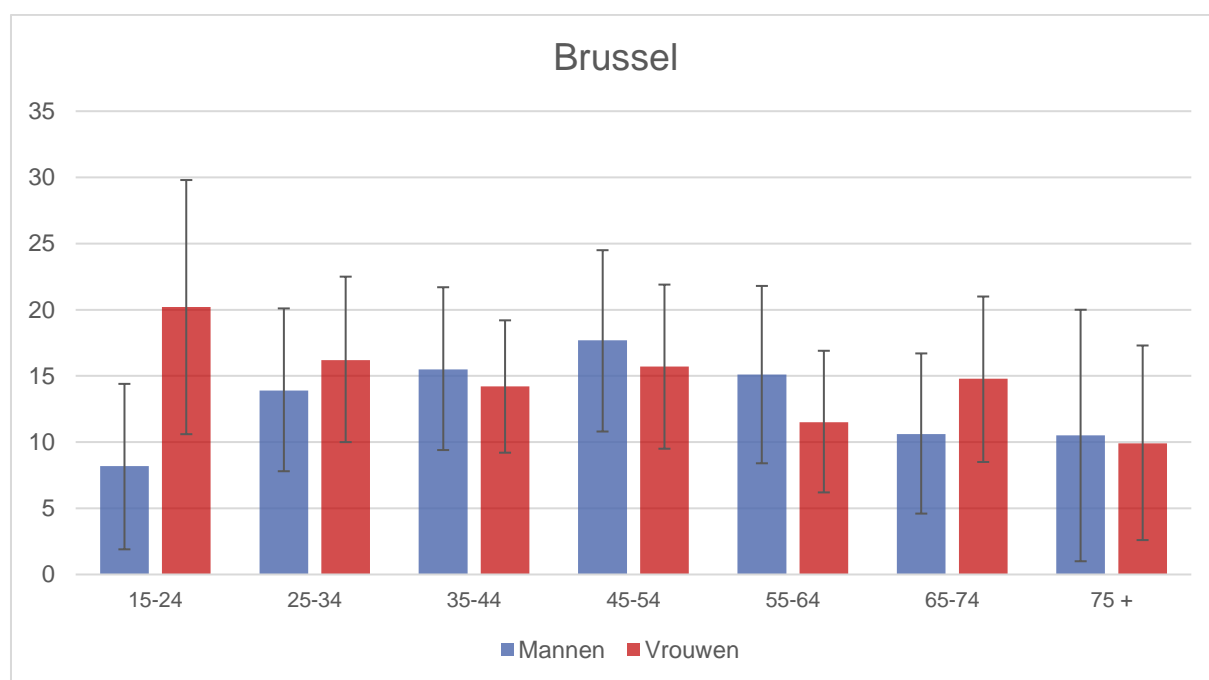
Bron: [Dierckens et al., 2019](#)

### 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 suïcide 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).

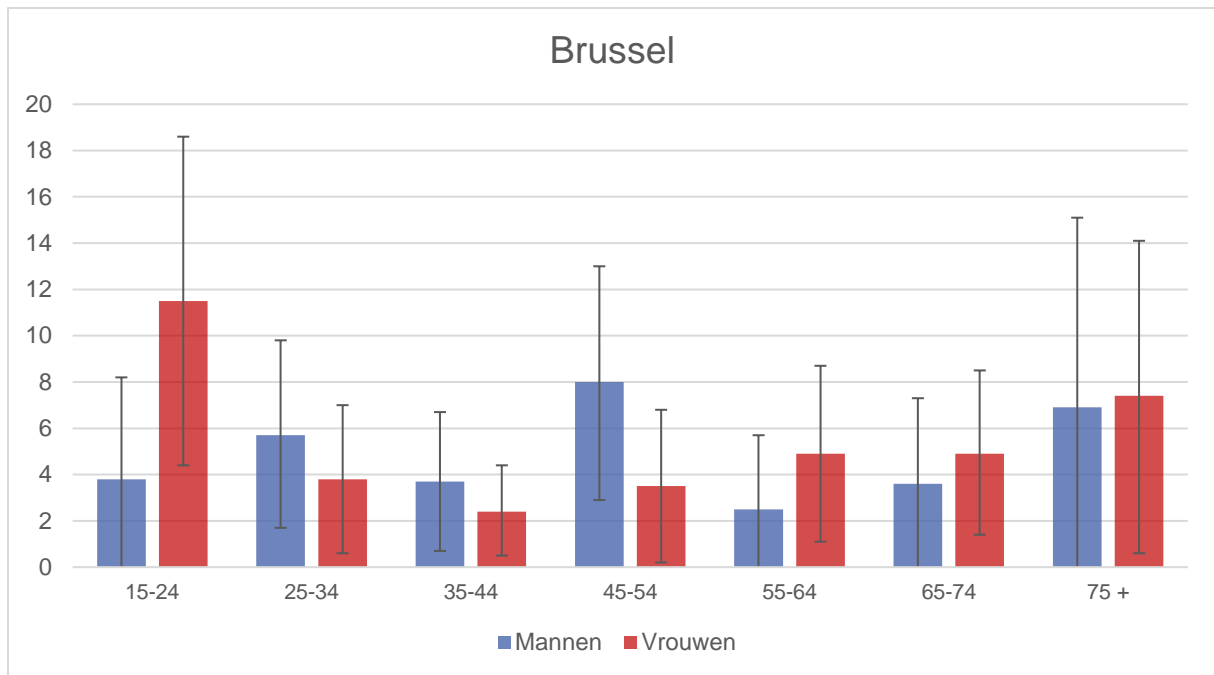
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we eerder een atypisch beeld, waarbij het niet altijd het geval is dat vrouwen gemiddeld gezien vaker aan zelfmoord denken in de loop van hun leven (zie figuur 5.14). Ook zien we dat er in Brussel is een relatief hoog percentage jonge vrouwen (11.5% 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.**



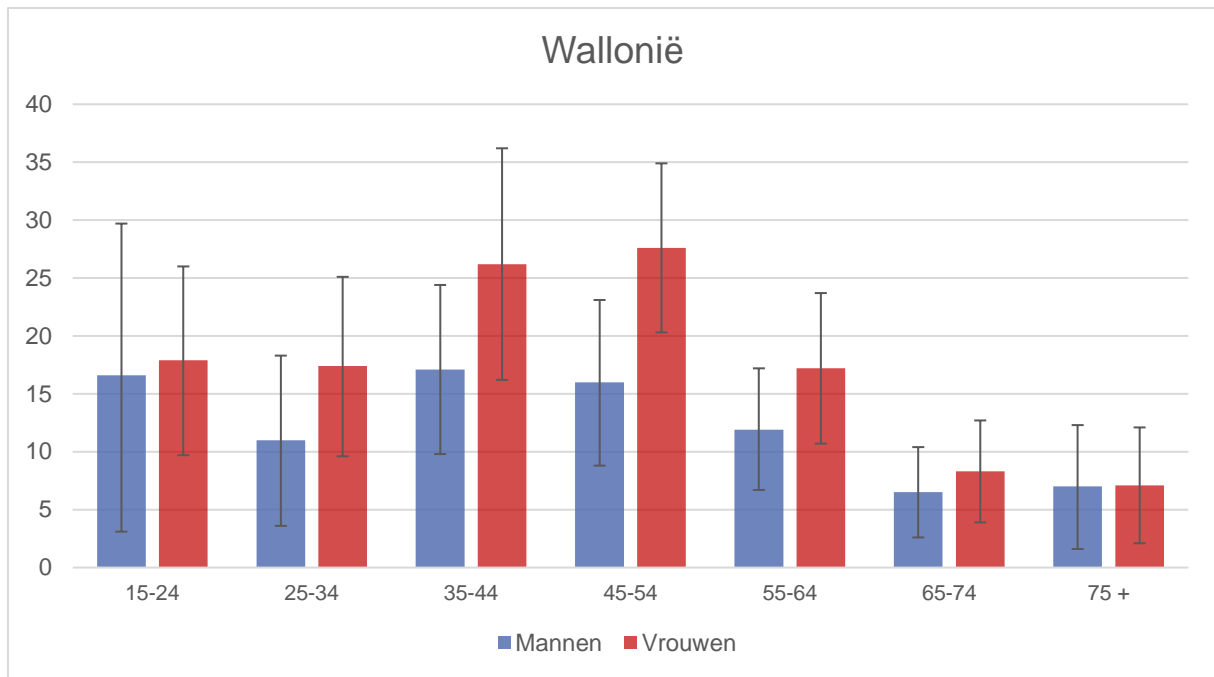
Bron: [Sciensano](#)

#### 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).

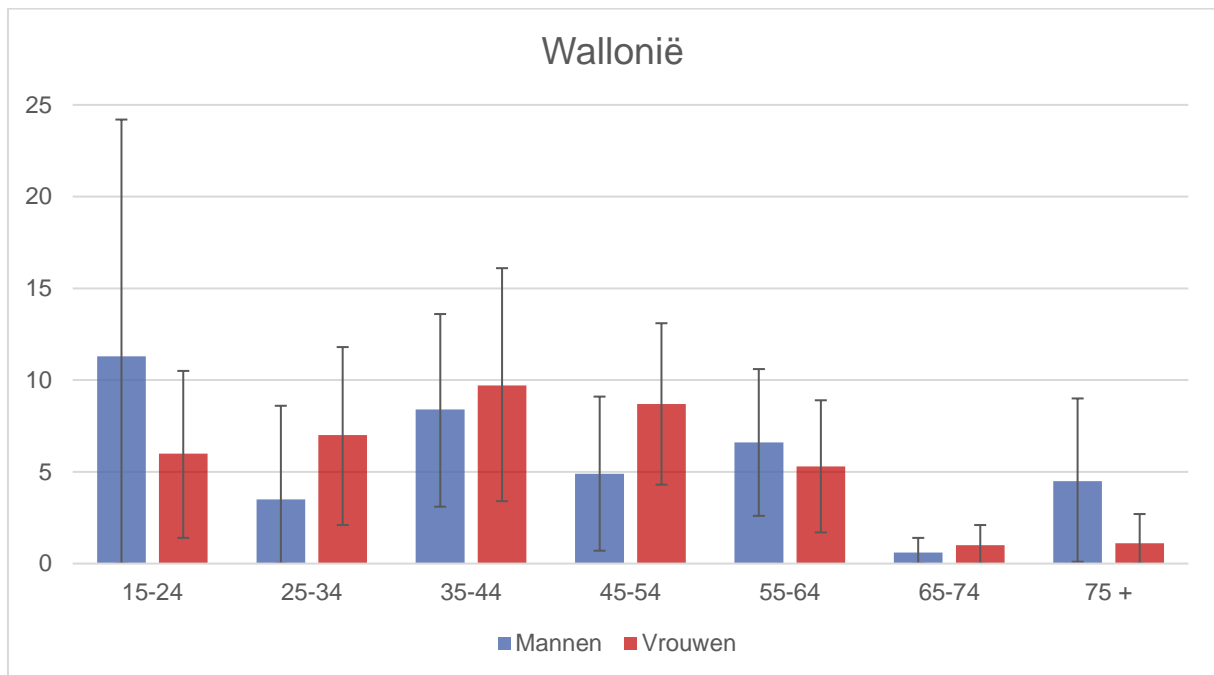
Net als in de andere gewesten, geven vrouwen in Wallonië relatief meer dan mannen aan ooit suïcidegedachten gehad te hebben (respectievelijk 18.4% en 13.0%) en dit is ook zo over de verschillende leeftijdscategorieën. In Wallonië hebben relatief meer jonge mannen van 15 tot 24 jaar recent aan suïcide 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 zevende COVID-19-Gezondheidsenquête, die plaatsvond in juni 2021. In de achtste en negende COVID-19-Gezondheidsenquête zijn gedachten aan zelfmoord niet meegenomen in de vragenlijst.

Deelnemers aan de zevende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij *in de afgelopen 12 maanden* (die daarmee de gehele periode van de coronacrisis bestrijkt) suïcidededachten hadden ervaren. In juni 2021 gaf **10.5%** van de Belgen aan in de afgelopen 12 crisismaanden aan zelfmoord te hebben gedacht. Dit is een **daling** ten opzichte van de vorige gezondheidsenquête. In maart 2021 gaf **12.5%** van de Belgen aan in de afgelopen 12 maanden. Hoewel het verschil tussen de jaarprevalenties met slechts 3 maanden verschil tussen de enquêtes moeilijk te interpreteren is, stelden we in juni 2021 een significante daling vast van het aantal personen dat tijdens deze referentieperiode (in de afgelopen 12 maanden) suïcidale gedachten had ten opzichte van de vorige afname in maart 2021 ( $p=0.01$ ).

In de 4de COVID-19-Gezondheidsenquête (september 2020) werd informatie verzameld over suïcidededachten tijdens de eerste drie maanden van de coronacrisis (april - juni 2020) en de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek (juli - september 2020) en waren de prevalenties respectievelijk 2.4% en 3.5%.

In vergelijking met de meest recente Gezondheidsenquête uit 2018, dan zagen we dat in 2018 **4.3%** van de personen in de afgelopen 12 maanden aan suïcide heeft gedacht, ongeveer drie keer minder dan in de 12 maanden voor juni 2021.

We zien dus dat de **gedachten aan suïcide toeneemt ten opzichte van 2018**, maar ook omdat de **coronacrisis aanhoudt**.

### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

## GESLACHT

De resultaten van deze zevende COVID-19-Gezondheidsenquête geven aan dat er na correctie voor leeftijd geen onderscheid is voor wat betreft het voorkomen van suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden tussen mannen en vrouwen.

## LEEFTIJD

Het percentage jongvolwassenen (18-29 jaar) dat in het afgelopen jaar aan zelfmoord heeft gedacht (17%) is hoger dan in de andere leeftijdsgroepen, en de verschillen zijn significant na correctie voor geslacht.

## SUÏCIDALITEIT IN RELATIE TOT ANGST EN DEPRESSIE

Suicidegedachten komen vaker voor bij mensen die lijden aan angst of depressie. Dat blijkt ook uit de resultaten: suïcidale gedachten in de afgelopen 12 maanden (juni 2020 - juni 2021) waren inderdaad zeldzamer bij mensen die geen van deze stoornissen hadden: 4.6%. Anderzijds had 21% van de mensen met een angststoornis (zonder depressie) aan suïcide gedacht. Diegenen met een depressieve stoornis (zonder angst) denken er ook vaker aan (31%). Mensen met zowel angst- als depressieve stoornissen (comorbiditeit van angst en depressie) rapporteren veel vaker aan suïcide te hebben gedacht (42%) in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek.

## OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data 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 negende (meest recente) gezondheidsenquête (januari 2022) toont dat de bevolking nog steeds **zeer gedestabiliseerd** is en lijdt aan **psychische problemen** (Demarest et al., 2022).

Na een jaar van gezondheids crisis zijn angststoornissen (24%) en depressieve stoornissen (21%) nog steeds sterk aanwezig in de Belgische bevolking van 18 jaar en ouder, met prevalenties die slechts iets lager liggen dan in april en december 2020. Het percentage van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen blijft bijzonder hoog bij mensen jonger dan 50 jaar.

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 hebben driemaal meer kans dan ouderen (65+) om aan deze stoornissen te lijden: respectievelijk 36.5% tegenover 12.5% voor angst en 33% tegenover 11.5% voor depressie

### 6.2. SUÏCIDE

Suïdecijfers worden geregistreerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid op basis van **overlijdenscertificaten**. Deze registratie is een intensief en complex proces waardoor er nog geen suïdecijfers bekend zijn van 2020. Bijgevolg kan de impact van de coronacrisis op de suïdecijfers nog niet worden onderzocht. 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.

De meest recente sterftcijfers die door het Agentschap Zorg en Gezondheid bekend werden gemaakt, laten zien dat er in **2019** in Vlaanderen **960 personen** door suïcide zijn overleden. Dit komt neer op **bijna drie 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 **2019 30% 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 29% bij mannen en 33% 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 3 suïcides per dag zijn en dat Vlaanderen daarmee blijft horen bij de Europese lidstaten die kampen met hoge suïcidecijfers: het Vlaams/Belgisch suïcidecijfer ligt 1,5 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, werden cijfers van de **Federale Politie** en het **College van de procureurs-generaal (Openbaar Ministerie)** van 2020 en begin 2021 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.

Op basis van de cijfers (absolute aantallen) van de Federale Politie kan gesteld worden dat in België het aantal suïcides in 2020 ongeveer gelijk is aan het aantal suïcides in 2019 (3 gevallen meer in 2020). Het aantal suïcides ligt lager in 2020 vergeleken met 2018 en 2017. **Dus wat betreft suïcide kon voor België in 2020 geen verhoogde trend worden opgetekend in vergelijking met de jaren ervoor**. Voor wat het 1ste semester van 2021 betreft, tonen deze absolute cijfers voor België aan dat voor suïcide **eerder lagere cijfers kunnen worden geobserveerd in vergelijking met de voorgaande jaren 2019, 2018 en 2017** alsook het eerste coronajaar 2020.

Op basis van de cijfers (absolute aantallen) van het College van de procureurs-generaal kan gesteld worden dat het absolute aantal suïcides in 2021 lager was dan het aantal suïcides in 2020 (153 gevallen meer in 2020). Daarnaast blijkt dat het absolute aantal suïcides in 2020 ook lager was dan in 2019 (85 gevallen meer in 2019). **Dus wat betreft suïcide kan voor België in 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 geïnterpreteerd<sup>11</sup>.

### 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 2020 de person-based rate (aantal suïcidepogers per 100.000 inwoners) 137 bedroeg en de event-based rate (aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners) 138. In absolute cijfers betekent dit dat **in 2020 naar schatting 9.181 suïcidepogingen** bij de spoeddienst aangemeld werden, wat neerkomt op ongeveer **25 suïcidepogingen per dag** (Van Cayseele et al., 2021).

Ook voor wat betreft de suïcidepogingen kan er op basis van de **cijfers van 2020** een **significante daling van 20%** in vergelijking met het jaar 2000 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.

---

<sup>11</sup> 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 zevende COVID-19 Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij *in de afgelopen 12 maanden* (die de gehele periode van de coronacrisis bestrijkt) suïcidegedachten hebben gehad. In totaal gaf **10.5% van de Belgen** aan dat ze **ernstige suïcidegedachten** hebben gehad **in de afgelopen 12 maanden** (juni 2020 tot juni 2021). Dit is beduidend **hoger dan voor de coronapandemie** toen 4.3% van de Belgen aangaf in de afgelopen 12 maanden aan suïcide te hebben gedacht.

#### 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**. Deze studies tonen geen stijging van de suïdecijfers sinds de start van de coronacrisis (maart 2020), het is echter **afwachten op definitieve en volledige cijfers**. 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 gedurende de pandemie en daarna.



# 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., Kølves, 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](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](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>
- Dierckens, M., De Clercq, B., & Deforche, B. (2019). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Beschikbaar op: [HBSC201718 Factsheet\\_welzijn.pdf \(ugent.be\)](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.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be).
- Griffin, E., Dillon, C.B., McTernan, N., Arensman, E., Williamson, E., & Perry I.J. & Corcoran, P. (2019). *National self-harm registry Ireland Annual Report 2018*. Cork: National Suicide Research Foundation.
- 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>
- Jouglà, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., Johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).
- 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>
- 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>
- 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>
- 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 suïcidecijfers 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>
- 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., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2021). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2020*. 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](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf)
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2020). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. [Suicide worldwide in 2019 \(who.int\)](https://www.who.int/health-topics/suicide)
- 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>

#### 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 suïdecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2017 versus 2016, verdeeld naar geslacht.

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

**Tabel 3.4.** Aantal geregistreerde suïcides door de Federale Politie in België, 2017-2021, uiteengezet per maand.

#### HOOFDSTUK 4

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

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

**Tabel 4.3.** Aantal geregistreerde feiten inzake suïcidepogingen in België, 2017-2020.

**Tabel 4.4.** Aantal geregistreerde suïcidepogingen in België, 2017-2021 uiteengezet per maand.

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Tabel 4.6.** Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.

**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 2020-2021.

**Figuur 2.17.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020 en 2021.

**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 en 2021.

**Figuur 2.19.** Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, negende Gezondheidsenquête, België, 2021.

**Figuur 2.20.** Percentage personen naar eenzaamheid, volgens geslacht, tijdens de zesde, zevende en negende COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België, 2021.

## HOOFDSTUK 3

**Figuur 3.1.** Evolutie gestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2018, volgens geslacht.

**Figuur 3.2.** Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw.), België, 1998-2018, volgens gewest.

**Figuur 3.3.** Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2019.

**Figuur 3.4.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.5.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2019.

**Figuur 3.6.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.7.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.8.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.9.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.10.** Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.

**Figuur 3.11.** Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.

**Figuur 3.12.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2018, volgens geslacht.

**Figuur 3.13.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2018, volgens geslacht.

**Figuur 3.14.** Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2014-2016 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

**Figuur 3.15.** Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2016 (voor zover beschikbaar).

**Figuur 3.16.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.

**Figuur 3.17.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.

**Figuur 3.18.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.

**Figuur 3.19.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.

**Figuur 3.20.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie, uiteengezet per maand, 2017- juni 2021.

**Figuur 3.21.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 3.22.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) op basis van registraties door de Federal Politie in Vlaanderen, uiteengezet per maand, 2017-2021.

**Figuur 3.23.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 3.24.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2017-2021.

**Figuur 3.25.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 3.26.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.

**Figuur 3.27.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

## 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, 1999-2020.

**Figuur 4.6.** Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2020.

**Figuur 4.7.** Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2020, volgens geslacht.

**Figuur 4.8.** Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2021.

**Figuur 4.9.** Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2021.

**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, 2002-2019.

**Figuur 4.13.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.

**Figuur 4.14.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.

**Figuur 4.15.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) door de Federale Politie in België uiteengezet per maand, 2018-2021.

**Figuur 4.16.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 4.17.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen uiteengezet per maand, 2018-2021.

**Figuur 4.18.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 4.19.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2018-2021.

**Figuur 4.20.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

**Figuur 4.21.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.

**Figuur 4.22.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Figuur 4.23.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.

**Figuur 4.24.** Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2018.

**Figuur 4.25.** Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.

**Figuur 4.26.** De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Figuur 4.27.** De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Figuur 4.28.** 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, 2021.

**Figuur 5.8.** Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2021.

**Figuur 5.9.** Positie suïcidaal proces van oproepeer, mannen, 2021.

**Figuur 5.10.** Positie suïcidaal proces van oproepeer, vrouwen, 2021.

**Figuur 5.11.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.

**Figuur 5.12.** Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2018.

**Figuur 5.13.** Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.

**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.

## 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		

<b>15-24</b>	1,6	1	2,1	2,5	1,8	3,2
<b>25-34</b>	1,8	1,4	2,3	3	2,4	3,6
<b>35-44</b>	2,1	1,6	2,6	2,3	1,9	2,8
<b>45-54</b>	1,9	1,4	2,4	2,7	2,1	3,3
<b>55-64</b>	2	1,4	2,6	2,2	1,6	2,7
<b>65-74</b>	1,1	0,7	1,6	1,2	0,8	1,6
<b>75 +</b>	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		
<b>15-24</b>	36,9	21,8	52,1	54,1	41,2	67
<b>25-34</b>	38,5	29,8	47,1	56,9	48,7	65,2
<b>35-44</b>	35,3	27,7	42,9	42,8	35,4	50,1
<b>45-54</b>	38,2	29,8	46,6	42,6	34,2	50,9
<b>55-64</b>	35,2	26,3	44	38,1	29,6	46,5
<b>65-74</b>	20,9	12,8	28,9	24,9	17	32,8
<b>75 +</b>	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		
<b>15-24</b>	30,5	16,8	44,3	46,4	35,2	57,7
<b>25-34</b>	28,8	16,6	41	53,3	42,4	64,1
<b>35-44</b>	42,3	32,2	52,5	47,9	38,2	57,6
<b>45-54</b>	32,2	22,6	41	47,6	39,8	55,4
<b>55-64</b>	26,5	19,3	33,7	39,5	30,7	48,3
<b>65-74</b>	17,1	10,3	23,8	31,9	23,2	40,5
<b>75 +</b>	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		
<b>15-24</b>	21,3	7,9	34,6	30,2	20,2	40,2
<b>25-34</b>	10,7	2,7	18,7	34,7	25	44,4
<b>35-44</b>	28,7	18,9	38,5	33,8	23,8	43,8
<b>45-54</b>	13,5	7,8	19,3	25,9	19,2	32,6
<b>55-64</b>	16,8	10,7	22,9	20,9	14,6	27,2
<b>65-74</b>	7,9	3	12,8	19,9	12,6	27,2
<b>75 +</b>	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 2020-2021.

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

**Figuur 2.17.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020 en 2021.

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

**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 en 2021.

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

**Figuur 2.19.** Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, negende Gezondheidsenquête, België, 2021.

	Comorbiditeit	Angst	Depressie
Betaald werk	14,9	5,8	9,2
Werkzoekend	21,8	7,4	14,8
Invaliditeit	34,2	7,7	9,9
Student	23,9	11,7	13,7
Gepensioneerd	7,9	3,8	4,3
Huishoudelijk werk	20,9	3,2	4,9
Andere situatie	24,2	2,9	9,9

**Figuur 2.20.** Percentage personen naar eenzaamheid, volgens geslacht, tijdens de zesde, zevende en negende COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België, 2021.

	mrt/21			jun/21			dec/21		
	Vrouwen	Mannen	Totaal	Vrouwen	Mannen	Totaal	Vrouwen	Mannen	Totaal
<b>Niet</b>	19	22	22	43	44	44	30	32	31
<b>Matig</b>	50	51	50.5	34	34	34	40	41	41
<b>Ernstig</b>	31	27	29	22	22	22	29.5	26	28

### HOOFDSTUK 3

**Figuur 3.1.** Evolutie gestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.), België, 1998-2018, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
<b>1998</b>	32,5	11	20,7
<b>1999</b>	31,8	10,7	20,3
<b>2000</b>	32,9	12,1	21,6
<b>2001</b>	33,9	11,3	21,7
<b>2002</b>	32,2	11,2	20,7
<b>2003</b>	32,8	10,7	20,7
<b>2004</b>	30,2	10,2	19,4
<b>2005</b>	30,5	10,4	19,7
<b>2006</b>	28	10,1	18,6
<b>2007</b>	26,8	10	17,8
<b>2008</b>	29,4	10,2	19
<b>2009</b>	28,6	10,2	18,9

2010	28,3	10,3	18,7
2011	28,6	10,8	19,2
2012	28,7	9,7	18,6
2013	26	9,4	17,2
2014	25,4	9,8	17,1
2015	24,6	9,7	16,8
2016	25,4	9,4	17
2017	22,8	8,5	15,3
2018	23,5	8,7	15,8

Figuur 3.2. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw.), België, 1998-2018, 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	17,97	14,54	23,08
2012	17,37	13,6	22,55
2013	16,09	13,18	20,62
2014	16,27	12,2	20,45
2015	16,19	10,26	19,94
2016	15,95	12,22	20,59
2017	14,82	12,83	17,21
2018	14,86	10,7	19,21

**Figuren 3.3 en 3.4:**

**Figuur 3.3.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2019.

**Figuur 3.4.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide en onbepaalde intentie (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2019.

	Suïcide	Doelstelling (-20%)	Suïcide	Doelstelling (-20%)	Suïcide	Doelstelling (-20%)
	Totaal		Mannen		Vrouwen	
2000	20,2	16,1	30,6	24,5	11,2	8,9
2001	19,5	16,1	30,3	24,5	10,2	8,9
2002	18,8	16,1	28,9	24,5	10	8,9

2003	18,2	16,1	28,2	24,5	9,6	8,9
2004	18,2	16,1	27,6	24,5	9,9	8,9
2005	18,6	16,1	28,7	24,5	9,8	8,9
2006	16,1	16,1	23,9	24,5	9,1	8,9
2007	16,1	16,1	23,2	24,5	9,7	8,9
2008	16,7	16,1	24,8	24,5	9,5	8,9
2009	17,7	16,1	26,3	24,5	9,9	8,9
2010	17,2	16,1	25,8	24,5	9,3	8,9
2011	18,2	16,1	26,9	24,5	10,4	8,9
2012	17,6	16,1	26,6	24,5	9,4	8,9
2013	16,3	16,1	24,8	24,5	8,5	8,9
2014	16,5	16,1	23,6	24,5	10	8,9
2015	16,3	16,1	23,9	24,5	9,1	8,9
2016	16,2	16,1	24,1	24,5	8,9	8,9
2017	14,9	16,1	22,2	24,5	8,3	8,9
2018	15	16,1	22,6	24,5	7,7	8,9
2019	14,7	16,1	21,8	24,5	7,5	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, 2012-2019.

**Figuur 3.6.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.7.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.8.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2019.

**Figuur 3.9.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2019.

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

Gestandaardiseerde sterftcijfers 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
<b>2000</b>	21,6	6,1	37,5	15,7	34,2	15,7	34,9	15,5	60	12,4
<b>2001</b>	19,1	5,2	37,4	11,2	39,2	16,6	31,7	11,8	60	13,4
<b>2002</b>	17,7	4,9	35,3	9	36,2	17	33	14,2	57,5	13,7
<b>2003</b>	18,5	4	35,2	9,2	35,7	14,8	26,1	15,4	60,1	8,2
<b>2004</b>	17,2	5,2	32,8	12,6	35,6	15	31,7	12,6	49,5	11,6
<b>2005</b>	18,2	4,5	33,8	11	37,4	18,8	34,6	13,3	55,3	6,6
<b>2006</b>	15,8	5	31,4	9,6	32,7	15,3	27,2	14	36	8,6
<b>2007</b>	15	5,9	29,1	10,1	34,5	14,2	21,2	15,3	41,5	15,5

2008	21,6	6,1	32,1	9,7	32	14,9	24,8	13,2	47,3	12
2009	19,1	5,2	38,5	11,9	32,7	15,5	29	14,1	41,5	8,6
2010	17,7	4,9	33	10	32,4	15,2	28,3	12,5	44,6	11,7
2011	18,5	4	31,7	10,8	35,3	17,8	33,1	15,3	47,6	8,8
2012	17,2	5,2	30,7	9,3	37,2	14,1	27	15,4	47	9,5
2013	18,2	4,5	28,6	8,8	36,3	15,1	24,5	8,8	45	13,5
2014	15,8	5	29,4	10,7	32,4	19,2	25,9	11,7	38,4	12,6
2015	15	5,9	26,4	9	37,1	16,3	23,6	12,5	41,8	12,3
2016	21,6	6,1	26,5	8,6	35,2	15,9	28,9	12	40,4	10,5
2017	19,1	5,2	27,5	7,5	31,5	15,5	22,5	12,3	39,1	9,8
2018	17,7	4,9	26,7	8,5	30,4	12,9	28,5	10,2	37,7	8,8
2019	18,5	4	24,1	6	33,8	12,8	23,3	10	37,5	10,7

Figuur 3.10. Suïciderates 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 3.11.** Suïciderates 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 3.12.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 1998-2018, 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

**Figuur 3.13.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2018, 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

**Figuur 3.14.** Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2014-2016 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

label	Land	Suïcide		
		Totaal	Mannen	Vrouwen
CY	Cyprus	4,28	6,91	1,86
GR	Griekenland	4,65	7,94	1,72
IT	Italië	6,08	10,18	2,57
MT	Malta	7,08	12,34	2,45
UK	Verenigd Koninkrijk	7,22	11,36	3,30
ES	Spanje	7,70	12,25	3,77
SK	Slovakije	9,14	16,90	2,71
BG	Bulgarije	9,49	16,16	4,10
IE	Ierland	10,00	16,32	3,84
PT	Portugal	10,20	17,14	4,82
DK	Denemarken	10,77	16,27	5,65
EU	Europese Unie - 28	10,83	17,77	4,76
RO	Roemenië	10,96	19,72	3,18
NL	Nederland	11,23	15,77	6,99
DE	Duitsland	11,63	18,72	5,68
SE	Zweden	12,06	17,22	7,20
LU	Luxemburg	12,22	18,85	6,47
CZ	Tsjechië	13,39	23,17	4,99

FR	Frankrijk	13,83	22,79	6,27
PL	Polen	14,01	25,78	3,61
FI	Finland	14,09	22,34	6,42
AT	Oostenrijk	14,48	24,09	6,57
VL	Vlaams Gewest	15,87	23,29	9,06
EE	Estland	16,17	29,95	5,56
HR	Kroatië	16,72	28,12	7,85
BE	België	17,08	25,30	9,69
HU	Hongarije	18,81	32,46	8,41
LV	Letland	18,95	35,04	6,59
SI	Slovenië	19,23	33,43	7,12
LT	Litouwen	30,02	56,57	9,10

**Figuur 3.15.** Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2016 (voor zover beschikbaar).

	BE	DE	FR	UK	LU	NL	WHO
<b>1968</b>	15,5		15,97	9,2			
<b>1969</b>	14,92		16,17	8,64		8,41	
<b>1970</b>	16,4		15,91	7,94		9,13	
<b>1971</b>	15,27		15,82	7,92	13,36	9,33	
<b>1972</b>	15,32		16,54	7,67	14,64	9,2	
<b>1973</b>	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	7,167307	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

**Figuur 3.16.** 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	13,34	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 3.17 t/m 3.19:**

**Figuur 3.17.** Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.

**Figuur 3.18.** Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.

**Figuur 3.19.** Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.

**Figuur 3.20.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van registratie door Federale Politie, uiteengezet per maand, 2017- juni 2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Jan	110	107	119	124	100
Feb	119	103	105	112	84
Maart	127	146	100	101	104
April	130	113	115	106	100
Mei	133	110	130	109	89
Juni	121	107	116	133	74
Juli	116	133	120	115	
Aug	116	112	113	133	
Sept	119	112	100	102	
Okt	116	111	126	106	
Nov	120	116	96	96	
Dec	108	128	105	111	
Totaal	1.435	1.398	1.345	1.348	

**Figuur 3.21.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

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

Januari	139	131	113
Februari	124	107	79
Maart	127	112	123
April	141	116	102
Mei	129	114	105
Juni	118	143	98
Juli	139	127	110
Augustus	110	124	92
September	123	103	123
Oktober	133	118	99
November	96	86	96
December	108	121	109
<b>Totaal</b>	<b>1.487</b>	<b>1.402</b>	<b>1.249</b>

**Figuur 3.22.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) op basis van registraties door de Federal Politie in Vlaanderen, uiteengezet per maand, 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Januari	62	54	48	55	44
Februari	54	49	47	45	34
Maart	69	61	46	58	51
April	58	43	43	41	46
Mei	60	55	57	52	36
Juni	49	49	45	62	30

Juli	51	55	62	49	
Augustus	45	39	54	58	
September	52	57	38	50	
Oktober	64	56	61	53	
November	58	50	41	44	
December	51	61	34	42	
<b>Totaal</b>	<b>673</b>	<b>526</b>	<b>481</b>	<b>509</b>	

**Figuur 3.23.** Evolutie suicide (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	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
--------	-----	-----	-----

**Figuur 3.24.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Jan	6	6	9	7	7
Feb	7	7	6	10	7
Mrt	6	10	4	10	8
Apr	7	6	12	16	9
Mei	10	7	10	9	11
Jun	16	6	11	11	5
Jul	5	10	9	12	
Aug	7	10	5	10	
Sept	9	4	11	9	
Okt	8	7	11	7	
Nov	11	8	7	7	
Dec	10	9	10	15	
Totaal	102	90	105	123	

**Figuur 3.25.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	2019	2020	2021
Jan	8	7	8
Feb	5	11	6
Mrt	3	9	9

Apr	10	17	10
Mei	10	10	12
Jun	10	12	5
Jul	12	11	6
Aug	5	9	7
Sept	11	10	11
Okt	16	6	4
Nov	8	8	5
Dec	10	16	8
<b>Totaal</b>	<b>108</b>	<b>126</b>	<b>91</b>

Figuur 3.26. Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Jan	42	47	62	63	49
Feb	58	47	52	57	43
Mrt	52	75	50	33	45
Apr	65	64	60	48	45
Mei	63	48	63	47	42
Jun	56	52	60	59	39
Jul	60	68	49	50	
Aug	64	63	54	68	
Sept	58	41	51	42	
Okt	44	48	54	46	

Nov	51	58	48	47	
Dec	47	57	61	52	
<b>Totaal</b>	<b>660</b>	<b>574</b>	<b>550</b>	<b>492</b>	

**Figuur 3.27.** Evolutie suïcide (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	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
<b>Totaal</b>	<b>693</b>	<b>640</b>	<b>619</b>

#### 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.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
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	% 95% CI		% 95% CI	
	Mannen		Vrouwen	
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, 1999-2020.

	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

**Figuur 4.6.** Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2020.

	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

Figuur 4.7. Leeftijdverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2020, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen
10-14 jaar	0,5%	1,8%
15-19 jaar	10,5%	13,6%

20-24 jaar	10,9%	10,9%
25-29 jaar	11,4%	9,4%
30-34 jaar	8,5%	7,8%
35-39 jaar	10,8%	8,6%
40-44 jaar	9,8%	7,7%
45-49 jaar	8,0%	9,2%
50-54 jaar	8,5%	9,0%
55-59 jaar	8,0%	7,3%
60-64 jaar	4,5%	6,0%
65-69 jaar	2,4%	2,5%
70-74 jaar	2,3%	3,0%
75-79 jaar	1,3%	0,8%
80-84 jaar	1,6%	1,5%
85-89 jaar	0,6%	0,9%
90+	0,2%	0,0%

**Figuur 4.8.** Aantal mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suicidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2021.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
<b>Totaal</b>	n=203	n=450	n=384	n=483	n=400	n=261	n=54	n=2.235
<b>Ja</b>	47,8%	43,8%	53,4%	50,9%	61,8%	45,2%	14,8%	50,0%
<b>Nee</b>	52,2%	56,2%	46,6%	49,1%	38,3%	54,8%	85,2%	50,0%

**Figuur 4.9.** Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2021.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
<b>Totaal</b>	n=792	n=848	n=537	n=550	n=674	n=383	n=184	n=3.968
<b>Ja</b>	56,1%	63,1%	60,9%	52,4%	56,2%	41,8%	29,3%	55,1%
<b>Nee</b>	43,9%	36,9%	39,1%	47,6%	44,3%	58,2%	70,7%	44,9%

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.

Leeftijd	% 95% CI			% 95% CI		
	Mannen			Vrouwen		
<b>15-24</b>	1,7	0.0	5.1	7,8	0.7	15.0
<b>25-34</b>	2,6	0.0	5.2	5,5	1.4	9.6
<b>35-44</b>	5,4	1.8	8.9	3,8	1.1	6.5
<b>45-54</b>	3,1	0.6	5.5	3,9	0.7	7.0
<b>55-64</b>	5,6	1.7	9.5	4,1	0.0	8.2
<b>65-74</b>	3,4	0.0	6.9	7,1	2.4	11.8
<b>75 +</b>	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, 2002-2019.

**Figuur 4.13.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.

**Figuur 4.14.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2019.

	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

**Figuur 4.15.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) door de Federale Politie in België uiteengezet per maand, 2018-2021.



Januari	266	271	274	324	269
Februari	253	234	257	244	262
Maart	253	284	272	228	279
April	285	249	292	196	254
Mei	278	255	320	252	277
Juni	275	263	307	301	198
Juli	287	312	283	334	
Augustus	261	297	303	282	
September	254	265	244	264	
Oktober	256	274	271	265	
November	259	284	284	235	
December	236	266	297	217	
<b>Totaal</b>	<b>3163</b>	<b>3254</b>	<b>3404</b>	<b>3142</b>	

**Figuur 4.16.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in België op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	2019	2020	2021
Januari	267	307	219
Februari	245	254	207
Maart	248	193	273
April	238	173	229
Mei	241	240	231
Juni	277	278	267

Juli	262	266	245
Augustus	251	249	271
September	253	267	261
Oktober	295	260	239
November	249	203	209
December	225	175	218
<b>Totaal</b>	<b>3051</b>	<b>2865</b>	<b>2869</b>

Figuur 4.17. Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen uiteengezet per maand, 2018-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Januari	102	89	97	123	95
Februari	95	82	92	87	88
Maart	82	103	97	88	97
April	103	79	109	74	87
Mei	104	83	112	99	110
Juni	107	93	129	88	66
Juli	103	109	101	100	
Augustus	97	109	123	88	
September	93	98	92	92	
Oktober	87	118	106	99	
November	84	101	100	87	
December	104	101	105	76	



<b>Totaal</b>	<b>1161</b>	<b>1165</b>	<b>1263</b>	<b>1101</b>	
---------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--

**Figuur 4.18.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Vlaanderen op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	2019	2020	2021
<b>Januari</b>	102	123	72
<b>Februari</b>	65	87	62
<b>Maart</b>	79	64	86
<b>April</b>	67	60	69
<b>Mei</b>	67	108	80
<b>Juni</b>	106	68	96
<b>Juli</b>	83	84	78
<b>Augustus</b>	91	75	88
<b>September</b>	100	88	103
<b>Oktober</b>	108	90	75
<b>November</b>	98	65	73
<b>December</b>	92	67	70
<b>Totaal</b>	<b>1058</b>	<b>979</b>	<b>952</b>

**Figuur 4.19.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel uiteengezet per maand, 2018-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Januari</b>	39	35	33	41	26

Februari	32	22	37	25	27
Maart	28	33	22	21	29
April	39	32	34	23	36
Mei	34	39	44	28	32
Juni	14	28	36	48	36
Juli	45	31	51	34	
Augustus	31	32	29	38	
September	41	36	33	22	
Oktober	26	32	34	28	
November	43	48	37	37	
December	29	31	44	25	
<b>Totaal</b>	<b>401</b>	<b>399</b>	<b>434</b>	<b>370</b>	

**Figuur 4.20.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Brussel op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	2019	2020	2021
Januari	24	28	19
Februari	24	33	28
Maart	35	21	18

April	16	21	40
Mei	45	23	26
Juni	30	36	33
Juli	39	34	46
Augustus	31	31	30
September	30	25	24
Oktober	32	21	41
November	33	29	24
December	30	24	24
<b>Totaal</b>	<b>369</b>	<b>326</b>	<b>353</b>

**Figuur 4.21.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië uiteengezet per maand, 2018-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Januari	125	147	144	160	148
Februari	126	130	128	132	147
Maart	143	148	153	119	153
April	143	138	149	99	131
Mei	140	133	164	72	135
Juni	154	142	131	165	96
Juli	139	172	131	200	
Augustus	133	156	151	156	
September	120	131	119	142	

Oktober	143	124	131	138	
November	132	135	147	111	
December	103	134	148	116	
Totaal	<b>1.601</b>	<b>1.690</b>	<b>1.696</b>	<b>1.610</b>	

**Figuur 4.22.** Evolutie suïcidepogingen (absolute aantallen) in Wallonië op basis van database Openbaar Ministerie, uiteengezet per maand, 2019-2021.

	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	<b>1.622</b>	<b>1.537</b>	<b>1.549</b>

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Figuur 4.23.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.

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

**Figuur 4.24.** Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2018.

	Leeftijd	Nooit	≥ 2 keer
<b>Jongens</b>	13-14	94	6
	15-16	93	8
	17-18	89	11
<b>Meisjes</b>	13-14	83	17
	15-16	77	23
	17-18	78	22

**Figuur 4.25.** Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.

	Opleiding	Nooit	≥ 2 keer
<b>Jongens</b>	ASO	94	6
	TSO	93	8
	BSO	89	11
<b>Meisjes</b>	ASO	83	17
	TSO	77	23

	BSP	78	22
--	-----	----	----

**Figuur 4.26.** 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 4.27.** 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 4.28.** 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

## 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.

	%	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 suicide 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 suicide 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.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
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.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		



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, 2021.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
<b>Aantal</b>	n=320	n=643	n=632	n=750	n=644	n=394	n=98	n=3.481
<b>Ja</b>	95,00%	93,50%	91,10%	89,20%	87,60%	89,30%	81,60%	90,40%
<b>Neen</b>	5,00%	6,50%	8,90%	10,80%	12,40%	10,70%	18,40%	9,60%
<b>Totaal</b>	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, 2021.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
<b>Aantal</b>	n=1.162	n=1.239	n=819	n=813	n=1.043	n=638	n=285	n=6.001
<b>Ja</b>	97,10%	94,10%	91,30%	91,10%	88,60%	83,10%	87,40%	91,50%
<b>Neen</b>	2,90%	5,90%	8,70%	8,90%	11,40%	16,90%	12,60%	8,50%
<b>Totaal</b>	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, 2021.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=301	n=592	n=572	n=660	n=560	n=348	n=78	n=3.111
<b>Zelfmoordgedachten</b>	48,50%	49,20%	44,60%	48,20%	45,00%	48,00%	55,10%	47,30%

Zelfmoordwens	17,90%	18,80%	21,90%	17,70%	20,90%	23,60%	25,60%	20,10%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	24,60%	28,50%	28,80%	29,50%	28,20%	25,60%	16,70%	27,70%
Zelfmoordpoging aan de gang	9,00%	3,50%	4,70%	4,50%	5,90%	2,90%	2,60%	4,80%
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, 2021.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=1.114	n=1.156	n=736	n=731	n=912	n=528	n=248	n=5.425
Zelfmoordgedachten	37,20%	34,90%	37,50%	39,70%	42,20%	50,00%	48,40%	39,70%
Zelfmoordwens	20,60%	22,40%	20,10%	27,60%	28,80%	25,60%	36,30%	24,40%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	34,70%	36,00%	36,70%	29,80%	24,90%	21,20%	14,50%	30,70%
Zelfmoordpoging aan de gang	7,50%	6,70%	5,70%	2,90%	4,10%	3,20%	0,80%	5,20%
Totaal	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Figuur 5.11. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2018.

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

Figuur 5.12. Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2018.

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 5.13.** Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2018.

	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

**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.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
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 suïcide 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 suïcide 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