

# DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

**2024**

MSc. N. Vancayseele  
Prof. dr. G. Portzky



# DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

**2024**

MSc. N. Vancayseele  
Prof. dr. G. Portzky

Een onderzoek naar de verspreiding van suïcidepogingen en naar de factoren die deze verspreiding beïnvloeden door middel van een registratie in 27 Vlaamse spoedopnamediensten.

Uitgevoerd met de steun van de Vlaamse Regering, in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Eenheid voor Zelfmoordonderzoek  
Universitair Ziekenhuis – 1K12A  
C. Heymanslaan 10  
9000 Gent  
[www.eenheidzelfmoordonderzoek.be](http://www.eenheidzelfmoordonderzoek.be)





## Een woord van dank

Dit jaarverslag is tot stand gekomen dankzij de medewerking van veel verschillende organisaties. De onderzoekers willen graag iedereen bedanken die actief bijgedragen hebben aan de dataverzameling.

Het registreren aan de hand van het IPEO- en KIPEO-instrument of de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) vraagt een grote inzet van alle hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, psychologen,...) en bij deze wensen wij, van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, iedereen te danken voor deze inspanning. In kader van 'good practices' zijn wij dan ook erg dankbaar dat het IPEO- en KIPEO-instrument of de leidraad worden gebruikt voor de eerste opvang bij personen met suïcidale gedachten en zorg na een suïcidepoging. In het bijzonder gaat onze dank uit naar de artsen, psychologen en verpleegkundigen van de deelnemende ziekenhuizen m.n. AZ Alma Eeklo, ASZ Aalst, AZ Delta Roeselare/Menen/Torhout, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Herentals, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Maria Middelaars Gent, AZ Sint-Blasius Dendermonde, Ziekenhuis Geel, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Maarten Mechelen, AZ Sint-Vincentius Deinze, AZ Turnhout, AZ voorkempen Malle, AZ West Veurne, Imeldaziekenhuis Bonheiden, Jan Yperman ziekenhuis, OLV Aalst en Asse, OLV v Lourdes Waregem, RZ Sint-Maria Halle, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, Sint-Jozefskliniek Izegem, Sint-Trudo, ZNA-UKJA, ZOL Genk-Maaseik. Zonder jullie actieve inzet kunnen wij immers niet verder.

Verder danken wij ook het Rijksregister en het Department Zorg voor het ter beschikking stellen van de populatiecijfers voor de verschillende regio's, en de Vlaamse Regering, met name de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor het mogelijk maken van het onderzoek.



# Feiten en cijfers 2024

## EPIDEMIOLOGISCHE STUDIE



VROUWEN: 62.5%  
EVENT BASED RATE  
164/100.000



MANNEN: 37.5%  
EVENT BASED RATE  
111/100.000

EB-rate is gestegen met 7.9%

EB-rate is gedaald met 0.9%

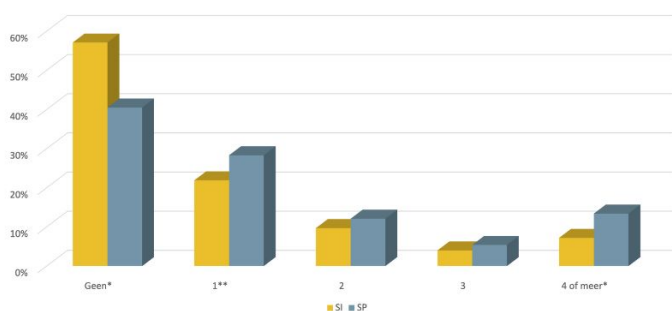
### RATES



EVENT BASED RATE 137/100.000  
→ 4.6% HOGER T.O.V. 2023  
PERSON BASED RATE 134/100.000  
→ 5.5% HOGER T.O.V. 2023

= 9405 POGINGEN IN  
VLAANDEREN  
= 26 POGINGEN PER DAG

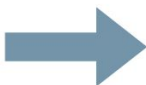
### VOORGESCHIEDENIS VAN SUÏCIDAAL GEDRAG



- 45.6% VAN DE PERSONEN GAF AAN GEEN EERDERE POGING TE HEBBEN GEDAAN IN DE VOORGESCHIEDENIS
- 26.4% VAN DE PERSONEN GAF AAN REEDS ÉÉN EERDERE SUÏCIDEPOGING TE HEBBEN ONDERNOMEN
- 11.4% TWEE EERDERE POGINGEN
- 5.0% DRIE EERDERE POGINGEN
- 11.6% REEDS VIER OF MEERDERE POGINGEN

### AANWEZIGHEID SUÏCIDALE GEDACHTEN EN PLANNEN NA AANMELDING

48.4% VAN DE SUÏCIDALE PERSONEN GAF AAN MOMENTEEL (OPNIEUW) AAN ZELFMOORD TE DENKEN



48.1%: GEEN PLANNEN  
36.5%: REEDS NAGEDACHT OVER DE METHODE, ZONDER DETAILS  
15.3% DETAILS REEDS UITGEWERKT EN GOED GEFORMULEERD

### BEHANDELING

GEEN BEHANDELING:  
2.6%

RESIDENTIËLE BEHANDELING:  
25.7%

AMBULANTE BEHANDELING:  
72.9%

Het hoogst absolute aantal personen **aangemeld na een poging** vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19 jaar, 20-24jaar en 50-54jaar

Het hoogst aantal personen gemeld met **suïcidale gedachten** vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19 jaar en 20-24jaar

## 49.9% VAN DE SUÏCIDALE PERSONEN WAREN ECONOMISCH INACTIEF

68% van de suïcidale personen kende een voorgeschiedenis van psychische problemen en werd hiervoor reeds behandeld

**DE PB-RATE VAN 2024 (134) STEEG MET 5.5% T.O.V. DE PB-RATE VAN 2023 (127)**  
**DE EB-RATE VAN 2024 (137) STEEG MET 4.6% T.O.V. DE EB-RATE VAN 2023 (131)**

75.5% VAN DE JONGEREN MET SUÏCIDALE GEDACHTEN KENDEN EEN VOORGESCHIEDENIS VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN; 54.7% VAN DE JONGEREN WERD HIERVOOR REEDS BEHANDELD

Meer dan de helft van de personen aangemeld na een poging had al een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

Bij 52.2% van de personen aangemeld na een poging was er waarschijnlijk een vermoeden van alcohol- of drugmisbruik

68.9% van de patiënten volgende een psychotherapeutische behandeling na de laatste suïcidepoging

Na de suïcidepoging blijft vooral de familie belangrijk als steunfiguren, dit zowel bij de jongeren als volwassenen

Adolescenten rapporteren significant vaker dan volwassenen de aanwezigheid van zelfbeschadigend gedrag

De vijf meest frequent gerapporteerde problemen waren: psychische klachten of psychiatrische symptomen, relationele problemen met partner, gevoelens van eenzaamheid, relationele problemen met ouders en financiële problemen

De vijf meest frequent gerapporteerde problemen bij adolescenten waren: psychische klachten, traumatische gebeurtenissen, problemen op school, gevoelens van eenzaamheid en problemen met de ouders

33.5% van de personen die werden aangemeld na een poging gaf aan dat ze niet geneigd zijn om te praten met iemand over de dingen die hen dwars zitten

79.6% van de personen met suïcidale gedachten en 75.7% van de personen aangemeld na een poging gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren

# Inhoudstafel

<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	<b>1</b>
Achtergrond	1
Onderzoeksmethode	2
Berekening van de incidentiecijfers/rates	5
Inhoud jaarverslag	5
<b>Hoofdstuk 2: Voorkomen suïcidepogingen in Vlaanderen 2024</b>	<b>7</b>
Rates	7
<b>Hoofdstuk 3: Leidraad Opvang &amp; Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en Instrument Psychosociale Evaluatie &amp; Opvang (IPEO)</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Persoonsgerelateerde gegevens</b>	<b>17</b>
<b>3.1.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten</b>	<b>18</b>
Burgerlijke staat, woonsituatie & economische toestand	19
Behandelgeschiedenis	20
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	22
Sociaal netwerk	23
Alcohol- en middelenmisbruik	23
Coping	24
Diagnose	25
<b>3.1.2 Aanmelding owv suïcidepoging</b>	<b>26</b>
Burgerlijke staat, woonsituatie & economische toestand	27
Behandelgeschiedenis	29
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	30
Sociaal netwerk	31
Alcohol- en middelenmisbruik	32
Coping	32
Diagnose	33
<b>3.1.3 Personen met suïcidale gedachten vs. na een suïcidepoging</b>	<b>34</b>
Burgerlijke staat & economische toestand	34
Behandelgeschiedenis	36
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	37
Alcohol- en middelenmisbruik	38
Coping	39

<b>3.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens</b>	<b>41</b>
<b>3.2.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten</b>	<b>41</b>
Gevoelens en suïcidaliteit	41
Ervaren problemen en motieven	46
Zorgtraject	48
<b>3.2.2 Aanmelding owv suïcidepoging</b>	<b>51</b>
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging	51
Ervaren problemen en motieven	55
Suïcidale intentie	57
Zorgtraject	58
<b>3.2.3 Personen met suïcidale gedachten vs. na een suïcidepoging</b>	<b>61</b>
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging	61
Ervaren problemen en motieven	66
Zorgtraject	68
<b>Hoofdstuk 4: Adolescenten vs Volwassenen</b>	<b>71</b>
<b>4.1 Persoonsgerelateerde gegevens</b>	<b>71</b>
Behandelgeschiedenis	72
Voorgeschiedenis suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag	73
Sociaal netwerk	74
Coping	75
Diagnose	76
<b>4.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens</b>	<b>77</b>
Ervaren problemen en motieven	77
Zorgtraject	80
<b>Bespreking</b>	<b>82</b>
Korte samenvatting van de bevindingen	82
Sterktes en beperkingen	83
Implicaties voor preventie	84
Implicaties voor verder onderzoek	86
<b>Hoofdstuk 5: Suïcidepogingen Vlaanderen vs. Ierland 2023</b>	<b>88</b>
Inleiding	88
Suïcidepogingen in Vlaanderen vs Ierland in 2023	89
<b>Hoofdstuk 6: Publicaties</b>	<b>92</b>

Bijlage: relevante invloedssferen	95
Referenties	100
Overzichtstabel	102

## Hoofdstuk 1: Inleiding

## Achtergrond

Epidemiologische registratieprojecten zijn essentiële onderdelen van doeltreffende preventieprogramma's. Gezien de hoge cijfers wat betreft het voorkomen van suïcide in Vlaanderen, is de epidemiologische monitoring van één van de belangrijkste risicofactoren, namelijk suïcidepogingen, een essentieel onderdeel van het Vlaams suïcidepreventieprogramma. Op basis van deze registratie kunnen andere risicofactoren worden bepaald, waardoor preventie inhoudelijk kan worden bijgestuurd. Tevens kan het effect van preventieprogramma's worden opgevolgd. De Vlaamse registratiestudie is, na die van Oxford, de op één na grootste en langstlopende studie wereldwijd omtrent suïcidepogingen. Deze studie werd opgenomen in het rapport over het belang van het registreren van suïcidepogingen, opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (1).

Sinds 1998 worden jaarlijks, met steun van de Vlaamse Regering, in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gegevens geregistreerd betreffende de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van personen na een suïcidepoging die gezien werden op de spoedopname-dienst. In het kader van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006 – 2010) (2) werd vanaf 2007 gestart met het verzamelen van registraties van suïcidepogingen a.d.h.v. het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO<sup>1</sup>). Hierdoor zijn er meer gegevens over de kenmerken van suïcidepogingen beschikbaar. Dit instrument werd in de eerste plaats ontwikkeld om de organisatie van het zorgproces na een suïcidepoging te ondersteunen. Het kan echter ook gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Sinds 2012 wordt het KIPEO geïmplementeerd in de Vlaamse ziekenhuizen, kinderpsychiatrische ziekenhuizen, CLB's en CGG's. Het KIPEO is bedoeld voor de psychosociale evaluatie en opvang van kinderen en jongeren na een suïcidepoging, maar kan net als het IPEO ook gebruikt worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De informatie die sindsdien verzameld wordt, bevat niet alleen epidemiologische gegevens, maar ook data in verband met het suïcidaal proces, de psychiatrische voorgeschiedenis, de belangrijkste life-events, de suïcidale intentie, de motieven voor de poging, en het uiteindelijke behandelplan na het ontslag op de spoedopname.

Vanuit het werkveld werd in 2019 de vraag gesteld om het IPEO en KIPEO te herwerken. Men had vooral de vraag om ook een instrument ter beschikking te hebben dat kan gebruikt worden voor patiënten met suïcidale gedachten. IPEO en KIPEO werd herwerkt tot de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (=LOES). Vanaf 2022 werd LOES geïmplementeerd in verschillende organisaties waaronder ook algemene ziekenhuizen. In 2024 hadden al veel ziekenhuizen de overgang gemaakt van het gebruik van het (K)IPEO bij de eerste opvang naar het gebruik van LOES. In huidig jaarverslag zijn de resultaten voornamelijk gebaseerd op de LOES data en nog een klein stukje gebaseerd op de IPEO-data.

---

<sup>1</sup> Dit instrument werd ontwikkeld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) in samenwerking met Sein – Instituut voor Gedragwetenschappen (UHasselt) & het Project Zelfmoordpreventie van Vlaanderen (CGGZ) i.o.v. het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Het is terug te vinden op: [www.zelfmoord1813.be/publicaties](http://www.zelfmoord1813.be/publicaties).

Bij de start van de registraties in 2007 leverden 5 ziekenhuizen data aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, doorheen de jaren nam het aantal deelnemende ziekenhuizen gradueel toe. Het totaal aantal ziekenhuizen dat in 2024 data heeft geleverd is 27 (van de 67 erkende ziekenhuizen), m.n. AZ Alma Eeklo, ASZ Aalst, AZ Delta Roeselare/Menen/Torhout, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Herentals, AZ Jan Palfijn Gent, AZ Maria Middelaes Gent, AZ Sint-Blasius Dendermonde, Ziekenhuis Geel, AZ Sint-Jan Brugge, AZ Sint-Lucas Brugge, AZ Sint-Maarten Mechelen, AZ Sint-Vincentius Deinze, AZ Turnhout, AZ voorkempen Malle, AZ West Veurne, Imeldaziekenhuis Bonheiden, Jan Yperman ziekenhuis, OLV Aalst en Asse, OLV v Lourdes Waregem, RZ Sint-Maria Halle, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, Sint-Jozefskliniek Izegem, Sint-Trudo, ZNA-UKJA, ZOL Genk-Maaseik.

Omdat we nog volop in de omschakeling zijn van het gebruik van het IPEO/KIPEO naar LOES, worden de instrumenten op verschillende manier gebruikt. Zowel het (K)IPEO als LOES is beschikbaar in een papieren versie. Deze is gratis te downloaden op de website van zelfmoord1813 (<https://www.zelfmoord1813.be/loes>). Het (K)IPEO op papier werd in twee ziekenhuizen gebruikt, LOES op papier werd in één ziekenhuis gebruikt. De overige 24 ziekenhuizen gebruiken een digitale versie van de instrumenten. De gegevens die ingegeven worden in het elektronisch patiëntendossier kunnen digitaal en anoniem aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek bezorgd worden. Voor dit jaarverslag leverden vijf op zes ziekenhuizen elektronische data.

## Onderzoeksmethode

### DEFINITIE EN TERMINOLOGIE

#### Suïcidepoging

Om zo weinig mogelijk vals positieve en vals negatieve registraties te hebben en om de inclusie van suïcidepogingen over de verschillende ziekenhuizen heen te uniformiseren, werd in de handleiding van het IPEO en LOES een definitie van een suïcidepoging geformuleerd, afkomstig van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Deze definitie wordt in de handleiding toegelicht aan de hand van een beslissingsboom met voorbeelden. De definitie gaat als volgt:

**Een suïcidepoging is een handeling, met een niet fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk, weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding(-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaardbare therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde verandering(en) te bewerkstelligen (3).**

### INCLUSIECRITERIA

- Alle methodes die worden gebruikt tijdens de suïcidepoging worden geïnccludeerd. Wat betreft de methode van suïcidepogingen wordt een onderscheid gemaakt tussen zelfverwonding (verhanging, wurging, verdrinking, steek- en snijwonden, sprong van

een hoogte e.d.) en zelfvergiftiging (inname van (psycho-)farmaca, drugs, alcohol, chemicaliën of andere schadelijke stoffen).

- Iedereen die levend na een suïcidepoging wordt aangemeld op de spoedafdeling wordt geïnccludeerd.

### EXCLUSIECRITERIA

Onderstaande cases worden niet beschouwd als een suïcidepoging:

- Accidentele overdosis, vb. iemand die medicatie inneemt in kader van ziekte, zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Alcoholintoxicatie zonder enige intentie om zichzelf te verwonden
- Accidentele overdosis met partydrugs
- Personen die zijn overleden bij aankomst in het ziekenhuis door suïcide

### Suïcidale ideaties/ suïcidale gedachten

Suïcidale ideatie of suïcidale gedachten is een brede term die wordt gebruikt om wensen en preoccupaties met de dood en zelfmoord te beschrijven. De omvang en de kenmerken van suïcidale ideaties fluctueren heel hard waardoor het niet mogelijk is om tot een éénduidige definitie te komen. Daarom is het heel belangrijk dat hulpverleners in de gezondheidszorg erkennen dat suïcidale gedachten een heterogeen fenomeen is (4). Het is dan ook belangrijk om suïcidale gedachten regelmatig opnieuw te beoordelen vanwege het fluctuerende patroon.

### KWALITEITSCONTROLE

Het geschatte aantal suïcidepogingen of personen na een suïcidepoging wordt berekend aan de hand van een schattingsfactor. De schattingsfactoren worden berekend op basis van kwaliteitscontroles. Bij een kwaliteitscontrole wordt in de aanmeldingsregisters van spoed en eventueel urgentiepsychiatrie op zoek gegaan naar “missings”, patiënten die zich aanmelden ten gevolge van een suïcidepoging en niet geïnterviewd zijn met behulp van het (K)IPEO of LOES. Belangrijk hierbij op te merken is dat de schattingsfactor enkel wordt berekend op de (K)IPEO's of LOES die werden geregistreerd in de ziekenhuizen.

In ziekenhuizen die gebruik maken van elektronische aanmeldingsregisters vindt er jaarlijks een kwaliteitscontrole plaats. In de overige registrerende ziekenhuizen wordt de kwaliteitscontrole slechts om de drie jaar uitgevoerd omwille van een tekort aan tijd en middelen. De kwaliteitscontrole wordt ook enkel in een ziekenhuis uitgevoerd wanneer het (K)IPEO of LOES reeds een jaar of langer in gebruik is.

Op basis van de kwaliteitscontrole wordt een schatting gemaakt van het reële aantal suïcidepogingen gemeld op de spoedafdeling van een ziekenhuis. De schattingsfactor wordt berekend door het aantal geregistreerde (K)IPEO's of LOES op te tellen bij het aantal “missings” en dit vervolgens te delen door het aantal geregistreerde (K)IPEO's of LOES formulieren. Voor de ziekenhuizen waar geen kwaliteitscontrole plaatsvond in 2023, of waar ons toegang geweigerd werd tot de aanmeldingsregisters, wordt een algemene schattingsfactor berekend. De algemene schattingsfactor is gelijk aan de som van de schattingsfactoren afkomstig uit de kwaliteitscontroles van de afgelopen drie jaar gedeeld door het aantal ziekenhuizen waarin een kwaliteitscontrole gebeurde.

## SCHATTINGSFACTOREN

Tabel 1 en 2 geven een overzicht weer per instelling en geslacht waar de afgelopen twee jaar een kwaliteitscontrole is uitgevoerd, het jaar van de kwaliteitscontrole, het aantal LOES registraties en geregistreerde (K)IPEO's, het aantal missings en de EB- en PB-schattingsfactoren. Hierbij dient er ook opgemerkt te worden dat deze schattingsfactoren onderhevig zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan de kwaliteitscontroles (vb. frequent voorkomende vage terminologie in de opnameregisters of onduidelijkheid over habituele versus niet-habituele zelfvergiftiging en/of zelfverwonding).

Op basis van deze kwaliteitscontroles werden de rates voor deze tien ziekenhuizen berekend. Voor de overige ziekenhuizen werd gebruik gemaakt van de algemene EB- en PB-schattingsfactoren.

Tabel 1: Overzicht van EB-schattingsfactoren (SF) per instelling en geslacht en de algemene EB-schattingsfactor, 2024

Instelling/regio*	Jaar van KC	Man	Missing M	SF M	Vrouw	Missing V	SF V	Tot.	Missing tot.	SF tot.
AZ Alma, Eeklo ^	2022	19	58	4,1	17	81	5,8	40	139	4,5
AZ Groeninge, Kortrijk ^	2022	111	53	1,5	146	49	1,3	257	102	1,4
AZ Jan Palfijn Gent ~	2022	17	27	2,6	21	46	3,2	38	73	2,9
AZ Sint-Blasius, Dendermonde	2022	23	58	3,5	50	81	2,6	73	139	2,9
AZ Sint-Dimpna, Geel ^	2022	26	22	1,8	48	52	2,1	74	74	2,0
AZ Sint-Jan, Brugge ^	2023	20	34	2,7	38	56	2,5	58	118	3,0
AZ Sint-Maarten, Duffel ~	2023	16	44	3,8	22	55	3,5	38	99	3,6
Jan Yperman, Ieper ^	2023	42	10	1,2	61	9	1,1	103	19	1,2
OLV Aalst & Asse ~	2022	14	70	6,0	26	158	7,1	40	228	6,7
OLV van Lourdes Waregem	2024	6	30	6,0	19	29	2,5	25	59	3,4
<b>Algemene Schattingsfactor EB</b>				<b>3,3</b>			<b>3,2</b>			<b>3,2</b>

\*Zie bijlage voor de gemeenten die tot een bepaalde regio behoren

^Kwaliteitscontrole uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

~Kwaliteitscontrole uitgevoerd door het ziekenhuis

Tabel 2: Overzicht van PB-schattingsfactoren (SF) per instelling en geslacht en de algemene PB-schattingsfactor, 2024

Instelling/regio*	Jaar van KC	Man	Missing M	SF M	Vrouw	Missing V	SF V	Tot.	Missing tot.	SF tot.
AZ Alma, Eeklo ^	2022	19	58	4,1	17	81	5,8	40	139	4,5
Az Groeninge, Kortrijk ^	2022	109	53	1,5	138	49	1,4	247	102	1,4
AZ Jan Palfijn Gent ~	2022	17	27	2,6	20	46	3,3	37	73	3,0
AZ Sint-Blasius, Dendermonde	2022	23	58	3,5	47	81	2,7	70	139	3,0
AZ Sint-Dimpna, Geel ^	2022	26	22	1,8	45	52	2,2	71	74	2,0
AZ Sint-Jan, Brugge ^	2023	20	34	2,7	38	56	2,5	58	118	3,0
AZ Sint-Maarten, Duffel ~	2023	16	44	3,8	22	55	3,5	38	99	3,6
Jan Yperman, Ieper	2023	59	8	1,1	77	12	1,2	136	20	1,1
OLV Aalst & Asse ^	2022	14	70	6,0	26	158	7,1	40	228	6,7
OLV van Lourdes, Waregem	2024	6	30	6,0	17	29	2,7	23	59	3,6
<b>Algemene Schattingsfactor PB</b>				<b>3,3</b>			<b>3,2</b>			<b>3,2</b>

\*Zie bijlage voor de gemeenten die tot een bepaalde regio behoren

^Kwaliteitscontrole uitgevoerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek

~Kwaliteitscontrole uitgevoerd door het ziekenhuis

## Berekening van de incidentiecijfers/rates

Het incidentiecijfer oftewel de rate, zijnde het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar, per spoedopnamedienst wordt aan de hand van volgende procedure berekend: de populatioener wordt berekend aan de hand van de bevolking waaruit de spoedopnamedienst de patiënten werft. Er wordt nagegaan per gemeente hoeveel procent van de inwoners van die regio opgenomen werden in een Belgisch ziekenhuis in het beschouwde kalenderjaar (voor dit jaarverslag werd gebruik gemaakt van de meest recente relevante invloedssferen, namelijk van 2024). Vervolgens wordt bekeken hoeveel patiënten opgenomen werden in het registrerende ziekenhuis in datzelfde kalenderjaar. Het percentage (aantal patiënten gehospitaliseerd in dit ZH/ aantal patiënten gehospitaliseerd in alle ZHN) wordt vervolgens vermenigvuldigd met het totale aantal inwoners van die gemeente voor het beschouwde kalenderjaar (met name 2024) om de populatioener voor die gemeente voor het desbetreffende ziekenhuis te bekomen. De totale populatioener voor het ziekenhuis wordt bekomen door de populatioeners voor de verschillende gemeentes op te tellen. Het incidentiecijfer wordt uiteindelijk bekomen door het aantal geschatte suïcidepogingen (event-based, EB) of aantal personen na een suïcidepoging (person-based, PB) van het beschouwde kalenderjaar te delen door de populatioener. Daarna wordt het cijfer herleid naar 100.000. De rates voor Vlaanderen als geheel worden berekend door de som van het aantal geschatte suïcidepogingen (event-based) of aantal personen na een suïcidepoging (person-based) te delen door de som van de populatioeners van de 27 registrerende ziekenhuizen.

## Inhoud jaarverslag

Het huidige jaarverslag bevat zes hoofdstukken. In het tweede hoofdstuk worden de EB-rates en PB-rates van 2024 beschreven. In het derde hoofdstuk worden gegevens gerapporteerd die van personen werden verzameld aan de hand van de *Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit* (LOES) en het *Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang* (IPEO). In dit hoofdstuk worden de analyses gerapporteerd voor personen ouder dan 18 jaar. Er worden persoons- en gebeurtenisgerelateerde analyses uitgevoerd voor twee afzonderlijke groepen, nl personen aangemeld met (acute) suïcidale gedachten en personen aangemeld na een suïcidepoging. In hoofdstuk vier worden persoons- en gebeurtenisgerelateerde informatie vergeleken tussen adolescenten en volwassenen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten en personen aangemeld na een poging. In hoofdstuk vijf wordt er even stilgestaan bij de Europese cijfers omtrent suïcidepogingen. In het laatste hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de publicaties (artikels en posters) die werden geschreven en gebracht op (inter)nationale congressen. Tenslotte wordt aan de hand van een overzichtstabel informatie per ziekenhuis terug gerapporteerd.

## Hoofdstuk 2: Voorkomen van suïcidepogingen in Vlaanderen 2024

## Hoofdstuk 2: Voorkomen suïcidepogingen in Vlaanderen 2024

In dit hoofdstuk worden de rates in Vlaanderen en de rates per provincies uitgebreid besproken. Wegens de tweetaligheid in Brussel<sup>2</sup> wordt het (K)IPEO of LOES nog niet gebruikt. Op heden hebben we geen cijfers voor deze regio. Verder wordt er stilgestaan bij het aantal gebeurtenissen (Event-based, EB) en het aantal personen (Person-based, PB).

### Rates

#### RATES IN VLAANDEREN

In tabel 1 worden de rates per instelling en geslacht gepresenteerd. De incidentiecijfers van suïcidepogingen in Vlaanderen werden berekend op basis van het aantal gebeurtenissen (event-based rates; EB) en op basis van het aantal personen dat één of meerdere pogingen ondernam (person-based rates; PB) geregistreerd met de *Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit* (LOES) of met het *Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang* (IPEO).

---

<sup>2</sup> De vertaling van LOES in het Frans en het Engels is terug te vinden op de website van zelfmoord1813 <https://www.zelfmoord1813.be/publicaties/loes-leidraad-opvang-en-evaluatie-suïcidale-personen>. Op deze manier kan LOES eveneens aangeboden worden aan de ziekenhuizen in Brussel.

Tabel 3: Overzicht rates verdeeld volgens instelling en geslacht (per 100.000 inwoners), 2024

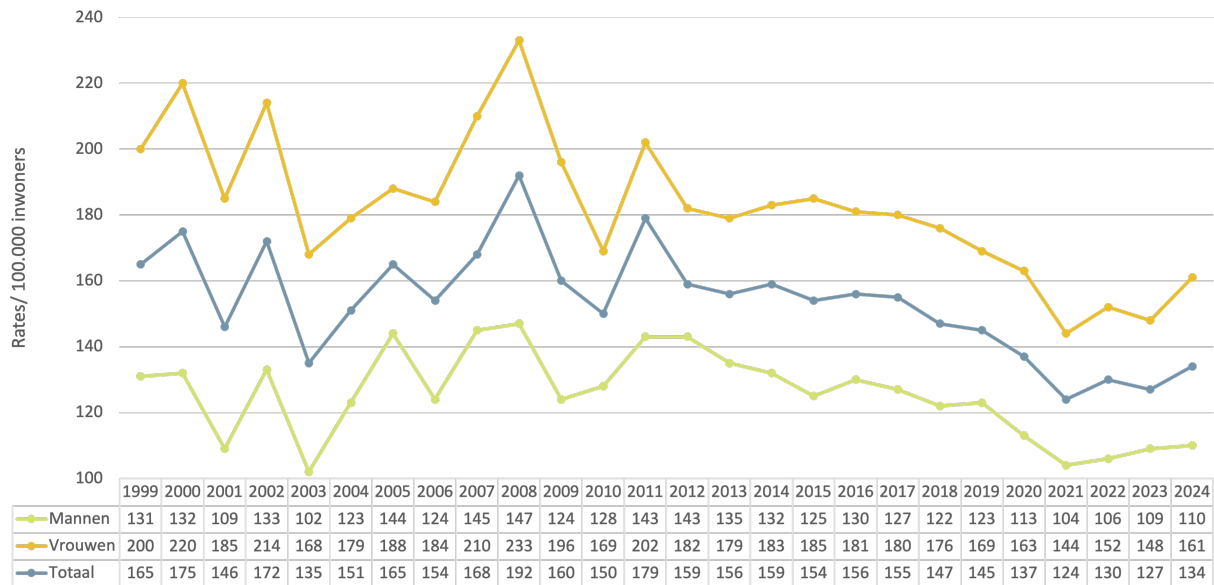
Instelling/Regio*	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	EB	PB	EB	PB	EB	PB
AZ Alma / Eeklo	151	151	240	240	193	183
ASZ / Aalst	120	120	184	184	152	152
AZ Delta / Roeselare	139	139	142	142	141	141
AZ Groeninge / Kortrijk	151	146	194	180	172	163
AZ Herentals	165	165	325	325	242	242
AZ Jan Palfijn / Gent	125	125	178	178	155	155
AZ Maria Middelaars / Gent	123	123	191	191	157	157
AZ Oudenaarde / Oudenaarde	201	201	265	265	230	230
AZ Sint-Blasius / Dendermonde	180	178	256	252	218	215
AZ Sint-Dimpna / Geel	142	136	214	208	179	173
AZ Sint-Jan / Brugge	68	65	96	96	81	79
AZ Sint-Lucas / Brugge	111	111	158	158	134	134
AZ Sint-Maarten / Mechelen	98	98	108	108	104	104
AZ Sint-Vincentius / Deinze	184	184	236	236	203	203
AZ Turnhout / Turnhout	85	85	111	107	97	95
AZ Voorkempen / Malle	57	57	150	150	103	103
AZ West / Veurne	242	214	312	302	252	237
Imeldaziekenhuis / Bonheiden	76	76	123	123	99	99
Jan Yperman / Ieper	92	92	178	178	132	132
OLV Aalst en Asse	64	64	108	107	86	85
OLV van Lourdes ZH / Waregem	108	108	145	139	128	124
RZ Sint-Maria / Halle	92	92	178	178	132	132
Sint-Andriesziekenhuis / Tielt	254	237	293	293	280	270
Sint-Jozefskliniek / Izegem	233	233	282	282	238	238
Sint-Trudo / Sint Trudo	106	106	124	124	114	114
ZH Oost-Limburg / Genk en Maaseik	65	65	124	113	93	87
<b>Totaal / Vlaanderen</b>	<b>111</b>	<b>110</b>	<b>164</b>	<b>161</b>	<b>137</b>	<b>134</b>

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

Figuur 1 toont de evolutie aan van de PB-rates in Vlaanderen. Het gemiddelde van de totale PB rates gedurende de voorbije 26 registratiejaren bedraagt 154 op 100.000 inwoners. De gemiddelde PB-incidentierate voor vrouwen (183/100.000) ligt hoger dan deze voor mannen (126/100.000), dit betreft een significant verschil tussen beide groepen ( $\chi^2(1) = 10.53$ ;  $p < .001$ ). Vrouwen werden overheen de jaren significant vaker aangemeld op de spoedafdeling na een suïcidepoging dan mannen.

Wanneer de totale **PB-rate van 2024 (134)** wordt vergeleken met die van 2023, blijkt er een stijging van 5.5%, maar deze is niet significant ( $\chi^2(1) = 0.188$ ;  $p > .05$ ). De PB-incidentierate van 2024 voor vrouwen (161) kent een niet significante stijging van 8.8% ten opzichte van 2023 ( $\chi^2(1) = 0.548$ ;  $p > .05$ ). Voor mannen is de PB-incidentierate (110) zo goed als gelijk gebleven tov 2023 (109).

Fig. 1: Person-based rate-evolutive van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2024



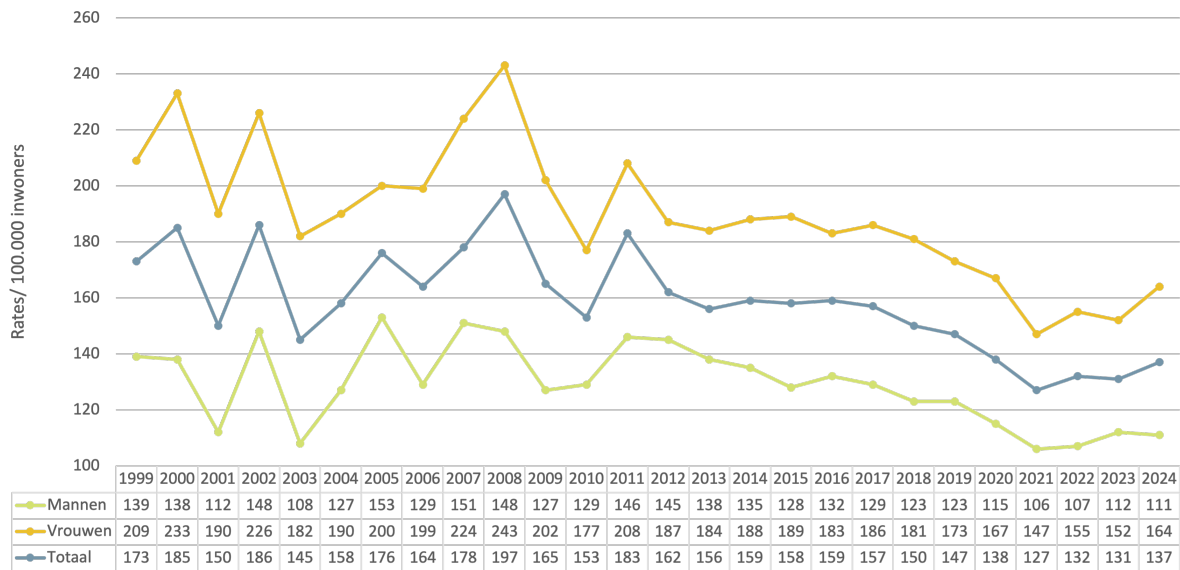
Figuur 2 toont aan dat de EB-rates quasi dezelfde evolutie volgen als de PB-rates. De gemiddelde EB-rate voor Vlaanderen, berekend over de laatste 26 jaar, bedraagt 159/100.000 inwoners. Het verschil tussen de gemiddelde EB-rate voor vrouwen (190/100.000) en mannen (129/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de PB-rates (respectievelijk 126/100.000 en 183/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan de mannen.

Ten opzichte van 2023 is de totale **EB-rate van 2024 (137)** gestegen met 4.6%. Dit betreft geen significante stijging ( $\chi^2(1) = 0.135$ ;  $p > .05$ ). Ter verduidelijking van deze rate betekent dit in absolute cijfers dat in 2024 naar schatting 9405 pogingen voorkwamen in Vlaanderen<sup>3</sup>, wat neerkomt op ongeveer 26 suïcidepogingen per dag.

Ten opzichte van 2023 is de EB-incidentierate van 2024 voor mannen niet significant gedaald met 0.9% ( $\chi^2(1) = 0.004$ ;  $p > .05$ ). De EB-rate van de vrouwen is in 2024 niet significant gestegen met 7.9% ten opzichte van 2023 ( $\chi^2(1) = 0.456$ ;  $p > .05$ ).

<sup>3</sup> Berekend op basis van de bevolkingscijfers van Vlaanderen op 1 januari 2024, afkomstig van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie.

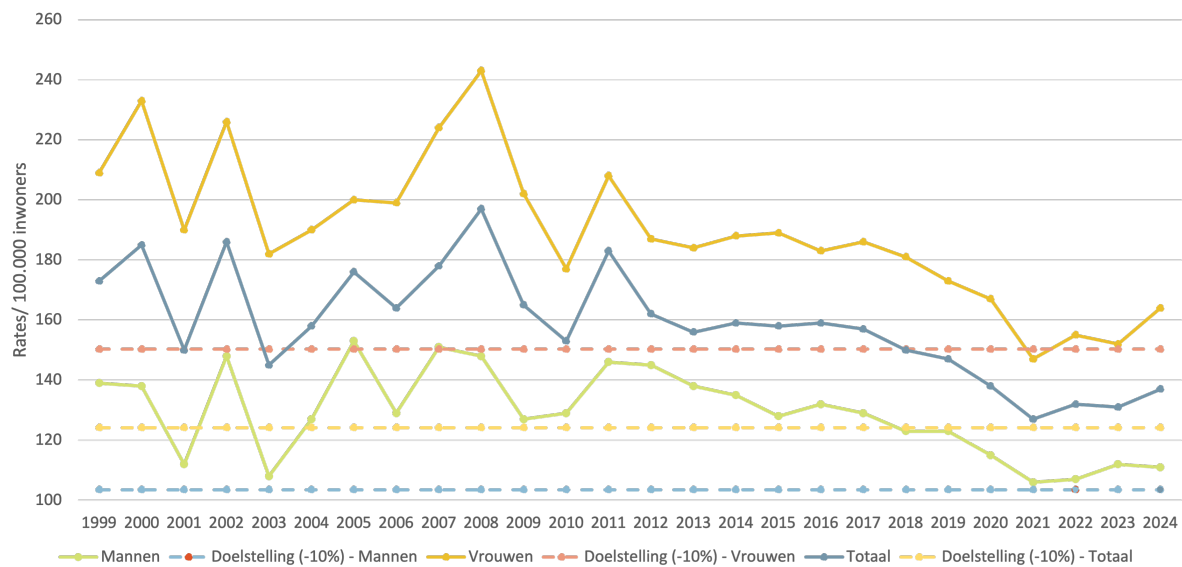
Fig. 2: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2024



In het **tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II)** werd de gezondheidsdoelstelling vooropgesteld die een daling van de suïdecijfers bij mannen en vrouwen van 20% nastreefde in 2020 ten opzichte van het jaar 2000. Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide, daarom wordt er hier even stilgestaan bij de evolutie van de EB-rate van suïcidepogingen. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2000 met de EB-rate in 2020, komt dit neer op een daling van het aantal suïcidepogingen met 25.4%

Voor het **derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III; 2020-2030)** werd er een nieuwe gezondheidsdoelstelling vooropgesteld, nl. een daling in het aantal zelfdodingen met 10% tegen 2030 t.o.v. 2020. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen de baseline van het jaar 2020 (138) en de EB-rate in 2024 (137) voor het aantal personen aangemeld na een poging, komt dit neer op een daling van 0.7%

Fig 2.1: Event-based rate evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling (VAS III), 1999-2024



## RATES PER PROVINCIE

Tabel 2 - 6 geven een overzicht van de EB-rates per provincie volgens instelling. Aangezien de PB-rates nauw aansluiten bij de EB-rates, werd ervoor gekozen om hier enkel de EB-rates per provincie en instelling weer te geven.

### West-Vlaanderen

In West-Vlaanderen (zie tabel 2) daalden de rates in 2024 ten opzichte van 2023 in AZ Sint-Jan Brugge (13.0%), OLV van Lourdes Waregem (18.5%) en Sint-Jozefsziekenhuis Izegem (7.8%). Deze daling was randsignificat in het OLV van Lourdes Waregem ( $\chi^2(1) = 2.96$ ;  $p = .08$ ). In AZ Sint-Lucas Brugge (25%), AZ Groeninge Kortrijk (9.5%), AZ West Veurne (10%), Jan Yperman ziekenhuis (9.8%), AZ Delta Roeselare (29.4%) en in Sint-Andriesziekenhuis Tielt (47.8%) steeg de EB-rate. De stijging was significant in AZ Delta ( $\chi^2(1) = 4.10$ ;  $p < .05$ ) en Sint-Andriesziekenhuis Tielt ( $\chi^2(1) = 71.10$ ;  $p < .001$ ).

Tabel 4: Overzicht van EB-rates in West-Vlaanderen volgens instelling, 2005-2024

Instelling, regio*	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24
AZ Sint-Jan, Brugge	221	278	331	251	221	210	208	179	170	153	115	105	113	116	111	121	81		93	81
AZ Sint-Lucas, Brugge°				166	169	228	190	175	197	175	187	185	192	154	170	156	132	154	107	134
AZ Damiaan, Oostende						101	86	85	100	119	152	228	215	226	196	191	176	181	182	
AZ Groeninge, Kortrijk						109	246	244	140	251	243	190	208	209	224	203	183	188	157	172
AZ West, Veurne						212	352	278	320	297	298	284	310	315					229	252
Jan Yperman, Ieper						295	299	318	330	371	333	232	245	244	197	196	205	207	132	145
OLV van Lourdes ZH, Waregem						299	224	333	333	322	246	168	212	221	244	210	164	145	157	128
AZ Delta, Roeselare/Menen**									220	205	181	165	132	138	125	111	115	116	109	141
Sint-Andries ZH, Tielt***													261	180	160	248	181	131	113	280
Sint Jozefskliniek, Izegem																			258	238

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Randsignificant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p = .08$ ); \*\*Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .05$ ); \*\*\*Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .05$ )

## Oost-Vlaanderen

In Oost-Vlaanderen (zie tabel 3) daalden de rates in 2024 ten opzichte van 2023 in OLV Aalst en Asse (29%), Jan Palfijn Gent (3.2%) en AZ Oudenaarde (27.9%). Deze daling was significant in het OLV Aalst en Asse ( $\chi^2(1) = 5.92$ ;  $p < .05$ ) en AZ Oudenaarde ( $\chi^2(1) = 14.47$ ;  $p < .001$ ). In AZ Alma (5.5%) en AZ Sint-Vincentius Deinze (8.6%) steeg de EB-rate niet significant. In ASZ, AZ Maria Middelaes en AZ Sint-Blasius Dendermonde bleef de EB-rate zo goed als gelijk t.o.v. 2023.

Tabel 5: Overzicht van EB-rates in Oost-Vlaanderen volgens instelling, 2005-2024

Instelling, regio *	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24	
UZ Gent	310	231	271	280	294	280	206	191	183	183	227	231	240	217	196	134	105	92	92		
AZ Lokeren					188	242	134	117	169	141	219	140	276	226	213	248	200				
AZ Maria Middelaes, Gent						95	30	32	116	126	101	120	114	97	95	147	140	161	158	157	
AZ Sint-Blasius, Dendermonde						164	245	257	175	179	218	196	186	184	212	214	178	204	216	218	
OLV ZH Aalst-Asse°						121	134	169	47	131	146	123	156	132		104	102	123	121	86	
AZ Sint-Lucas, Gent							264	242	222	164	195	148	152	118	120	123	107				
AZ Sint-Vincentius, Deinze							189	180	309	185	220	172	155	137	148	187	201	211	187	203	
ASZ, Aalst										40	45	152	159	145	136					151	152
Jan Palfijn, Gent										240	268	286	253	247	224	248	167	163	160	155	
AZ Alma, Eeklo										228	251	308	261	308	335	246	229	161	183	193	
AZ Oudenaarde**														227	225	194	268	210		319	230

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .05$ ); \*\*Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .05$ )

## Antwerpen

In Antwerpen (zie tabel 4) daalden de rates in 2024 ten opzichte van 2023 in AZ Voorkempen Malle (18.3%), AZ Herentals (18.8%) en AZ Turnhout (6.7%). De daling in AZ Herentals was significant ( $\chi^2(1) = 5.82$ ;  $p < .05$ ). In AZ Sint-Maarten Mechelen (4%) en AZ Sint-Dimpna Geel (11.2%) steeg de EB-rate t.o.v. 2023. De stijging was in beide ziekenhuizen niet significant.

Tabel 6: Overzicht van EB-rates in Antwerpen volgens instelling, 2009-2024

Instelling, regio *	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24
AZ Sint-Maarten, Mechelen	92	117	70	91	103	103	104	79	109	118	65	117	121	101	100	104
AZ Monica, Antwerpen		55	161	46	88	96	91	127	65	129	170	67	81	112	84	
AZ Voorkempen, Malle		101	141	140	167	104	134	87	142	80		149		138	126	103
AZ KLINA, Brasschaat			190	136	72	61	149	77	90	92						
AZ Herentals°			180	226	212	213	232	215	215	301	200	153	153	228	298	242
AZ Sint-Dimpna, Geel				156	153	207	161	164	199	214	184	176	153	144	161	179
Imeldaziekenhuis, Bonheiden						74	51	119	102	107	104	96	95			99
H. Hartziekenhuis, Lier							139	105	116	109	79	128	155	90	94	69
AZ Turnhout										180	58	54	76	76	104	97

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .05$ )

- Vlaams-Brabant

In Vlaams-Brabant (zie tabel 5) was er een significante stijging van 45% in RZ Sint-Maria, ( $\chi^2(1) = 7.55$ ;  $p < .01$ ).

Tabel 7: Overzicht van EB-rates in Vlaams-Brabant volgens instelling, 2010-2024

Instelling, regio *	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18,	'19	'20	'21	'22	'23	'24
RZ Sint-Maria, Halle°	91	157	47	68	57	121	128	118	128	100	114	179	98	91	132
AZ Diest				163	206	229	231	172					209		

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

°Significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .01$ )

- **Limburg**

In Limburg (zie tabel 6) steeg in het ZOL Genk de rate significant met 60% ( $\chi^2(1) = 8.12$ ;  $p < .001$ ) t.o.v. 2023. De EB-rate van het Sint-Trudo ziekenhuis daalde significant met 35.2% ( $\chi^2(1) = 13.27$ ;  $p < .001$ ).

Tabel 8: Overzicht van EB-rates in Limburg volgens instelling, 2005-2024

Instelling, regio *	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24
ZH Oost-Limburg, Genk*	110	98	76	107	80	66	119	82	110	88	55	65	51	51	51	57	59	42	58	93
Sint-Trudo ZH, Sint-Truiden**				189	319	277	305	237	191	283	349	227	200	180	181	129			176	114
AZ Vesalius, Tongeren					79	122	211	188	194	85	85	168	150	124						

\*De gemeenten die tot een bepaalde regio behoren, vindt men in bijlage

\*\*significant verschil tussen 2023 en 2024 ( $p < .001$ )

De sterke schommelingen in de rates kunnen deels te wijten zijn aan de nadelen die verbonden zijn aan een kwaliteitscontrole. Op basis van de aanmeldingsregisters is het niet altijd mogelijk om een onderscheid te maken tussen een habituele middelenintoxicatie of zelfverwonding en een intentionele overdosis of zelfverwonding. Ook de terminologie die in de aanmeldingsregisters gebruikt wordt om suïcidepogingen aan te duiden, verschilt tussen de ziekenhuizen. Tenslotte heeft het aantal registraties die jaarlijks worden ontvangen van de deelnemende ziekenhuizen eveneens een grote invloed op de rates die hierboven werden weergegeven.

Figuur 3 geeft een overzicht van de geografische EB-rates distributie per provincie in Vlaanderen. In één provincie was er een daling in de EB-rate van 2024 ten opzichte van 2023; in Oost-Vlaanderen daalde de EB-rate met 5.9% (niet-significant). In de provincies West-Vlaanderen, Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant was er een stijging in de EB-rate van 2024 ten opzichte van 2023. In West-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg betreft dit een niet-significante stijging van respectievelijk 11.9%, 6.7% en 11.5%. In Vlaams-Brabant betreft dit wel een significante stijging van 45% ( $\chi^2(1) = 7.55$ ;  $p < .01$ ). Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, gezien het lage aantal deelnemende ziekenhuizen in Vlaams-Brabant.

Ook wat de vergelijking tussen de provincies betreft, moeten de gegevens voor 2024 met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien het lage aantal deelnemende ziekenhuizen in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant. De provincie West-Vlaanderen (150) heeft de hoogste EB-rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2024, daarna Oost-Vlaanderen (144). In de voorgaande registratiejaren bleken de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen consequent de hoogste rates te hebben, terwijl Limburg (97) de laagste rate in Vlaanderen vertoonde.

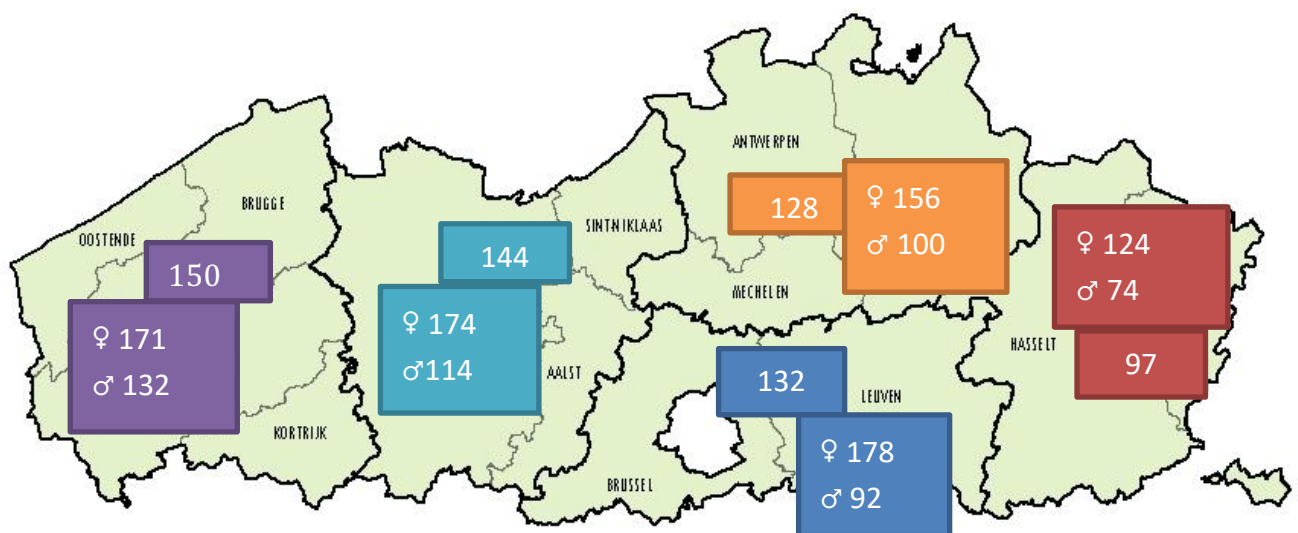
De EB-rate in Limburg (97) is significant lager dan de EB-rate in West-Vlaanderen (150;  $\chi^2(1) = 11.39$ ;  $p < .001$ ), Oost-Vlaanderen (144;  $\chi^2(1) = 9.18$ ;  $p < .01$ ), Antwerpen (128;  $\chi^2(1) = 4.28$ ;  $p < .05$ ) en Vlaams-Brabant (132;  $\chi^2(1) = 5.36$ ;  $p < .05$ ).

Wat de geslachtsverschillen betreft in de verschillende Vlaamse provincies kunnen we vaststellen dat vrouwen een hogere EB-rate hebben dan mannen. Dit verschil tussen de mannen en vrouwen is significant in alle Vlaamse provincies: Oost-Vlaanderen ( $\chi^2(1) = 12.52$ ;  $p < .001$ ), West-Vlaanderen ( $\chi^2(1) = 5.03$ ;  $p < .05$ ), Antwerpen ( $\chi^2(1) = 12.27$ ;  $p < .001$ ), Limburg ( $\chi^2(1) = 12.64$ ;  $p < .001$ ) en Vlaams-Brabant ( $\chi^2(1) = 27.43$ ;  $p < .001$ ).

In West-Vlaanderen (132) is de EB-rate voor de mannen significant hoger ten opzichte van de provincie Antwerpen (100) ( $\chi^2(1) = 4.42$ ;  $p < .05$ ), Limburg (74) ( $\chi^2(1) = 16.35$ ;  $p < .001$ ) en Vlaams-Brabant (92) ( $\chi^2(1) = 7.15$ ;  $p < .01$ ). In Oost-Vlaanderen (114) is de EB-rate voor de mannen significant hoger ten opzichte van de provincie Limburg (74) ( $\chi^2(1) = 8.52$ ;  $p < .01$ ). In Antwerpen (100) is de EB-rate voor de mannen significant hoger ten opzichte van de provincie Limburg (74) ( $\chi^2(1) = 3.89$ ;  $p < .05$ ).

De EB-rate voor de vrouwen in Oost-Vlaanderen (174) verschilt significant met de EB-rate voor de vrouwen van Limburg (124) ( $\chi^2(1) = 8.40$ ;  $p < .01$ ). De EB-rate voor de vrouwen in West-Vlaanderen (171) is significant hoger dan de EB-rate in Limburg (124) ( $\chi^2(1) = 7.50$ ;  $p < .01$ ). De EB-rate voor vrouwen in Vlaams-Brabant (178) is significant hoger dan de EB-rate in Limburg (124) ( $\chi^2(1) = 9.67$ ;  $p < .01$ ). Tenslotte was de EB-rate voor de vrouwen in Antwerpen (156) eveneens significant hoger dan de EB-rate voor vrouwen in Limburg (124) ( $\chi^2(1) = 3.66$ ;  $p < .05$ ).

Fig.3: Overzicht van geografische EB-rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners), 2024



## Hoofdstuk 3: Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en Instrument voor Psychosociale Evaluatie & Opvang (IPEO)

## Hoofdstuk 3: Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en Instrument Psychosociale Opvang & Evaluatie (IPEO)

### Rapportage data volwassenen

De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het *Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang* (IPEO), dit resulteerde in de *Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit* (LOES). LOES is net zoals het IPEO een semi-gestructureerd interview maar kan nu ook gebruikt worden bij het voeren van een gesprek omtrent suïcidaliteit bij personen met (acute) suïcidale gedachten. In 2024 waren er twee Algemene Ziekenhuizen die het IPEO gebruikten bij de eerste opvang van suïcidale personen en 25 Algemene Ziekenhuizen maakten gebruik van LOES. Alle data van de twee ziekenhuizen die IPEO hebben gebruikt, werden samengevoegd in het databestand van LOES.

In dit hoofdstuk worden alle persoons- en gebeurtenisgerelateerde data gerapporteerd van alle personen die werden aangemeld tijdens een episode van (acute) suïcidale gedachten of na een suïcidepoging boven de 18jaar.

In totaal werden er 1948 registraties ontvangen van suïcidale personen die ouder zijn dan 18jaar in 2024. LOES en IPEO werd bij 681 patiënten gebruikt die werden aangemeld met suïcidale gedachten en bij 1230 personen die werden aangemeld na een suïcidepoging die ouder zijn dan 18jaar. Bij 37 personen was er missing data (geslacht of reden van aanmelding).

Tabel 9: Overzicht IPEO en LOES registraties bij personen ouder dan 18jaar volgens reden aanmelding en volgens geslacht, 2024

	Man	Vrouw	Totaal
Suïcidale gedachten (SG of SI)	311	370	681
Suïcidepoging (SP)	508	722	1230
Totaal (SG + SP)	819	1092	1911

### 3.1 Persoonsgerelateerde gegevens

Hieronder wordt informatie gerapporteerd over de sociodemografische gegevens, de psychiatrische voorgeschiedenis en de voorgeschiedenis van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, het sociaal netwerk, het al dan niet aanwezig zijn van alcohol- en medicatiemisbruik, de coping en de eventueel gestelde diagnose. Deze informatie wordt voor personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten apart gerapporteerd van de informatie over personen die zich hebben aangemeld na een suïcidepogingen.

### 3.1.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten (n=689)

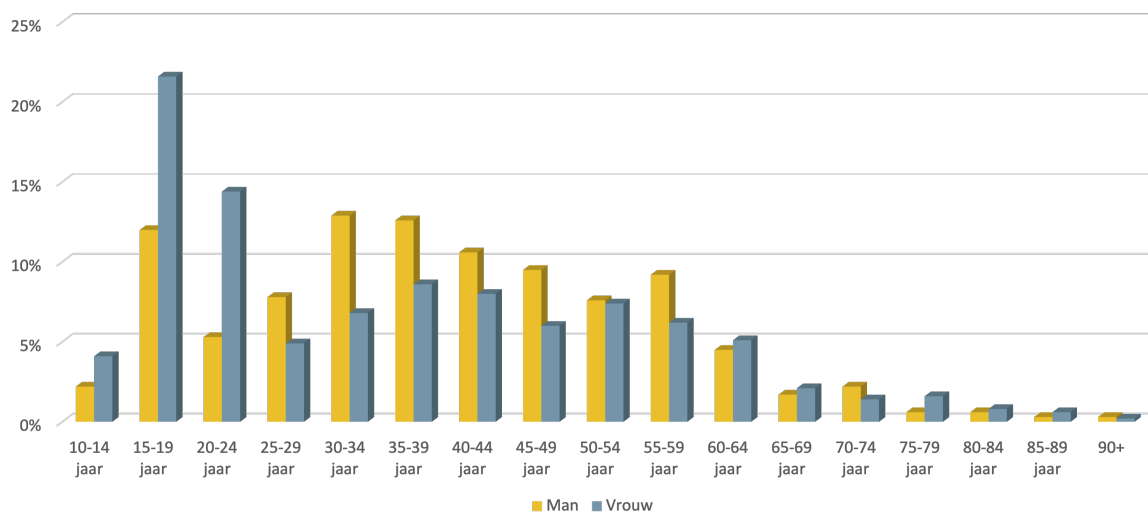
#### Geslacht

Bij 311 mannen (45.6%) en 371 vrouwen (54.4%) die werden aangemeld met suïcidale gedachten werd het gesprek rond suïcidaliteit gevoerd aan de hand van LOES of IPEO. Bij zeven personen werd geslacht niet gecodeerd.

In onderstaande figuur wordt per leeftijdscategorie het **aantal personen** weergegeven die werden aangemeld omwille van (acute) suïcidale gedachten in 2024. Het hoogste absolute aantal personen dat werd aangemeld met suïcidale ideaties, vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19jaar en 20-24jaar. Uit onderstaande grafiek blijkt dat bij vrouwen het hoogste aantal aanmeldingen voorkomt in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar en 20-24jaar. Bij mannen bevinden de meeste personen zich in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar, 30-34 jaar en 35-39 jaar.

De gemiddelde leeftijd van personen die suïcidale gedachten meldden in Vlaanderen bedroeg 37,3 jaar. Voor mannen was dit 39,5 jaar (min.: 12; max.: 90) en voor vrouwen 35,7 jaar (min.: 12; max.: 92).

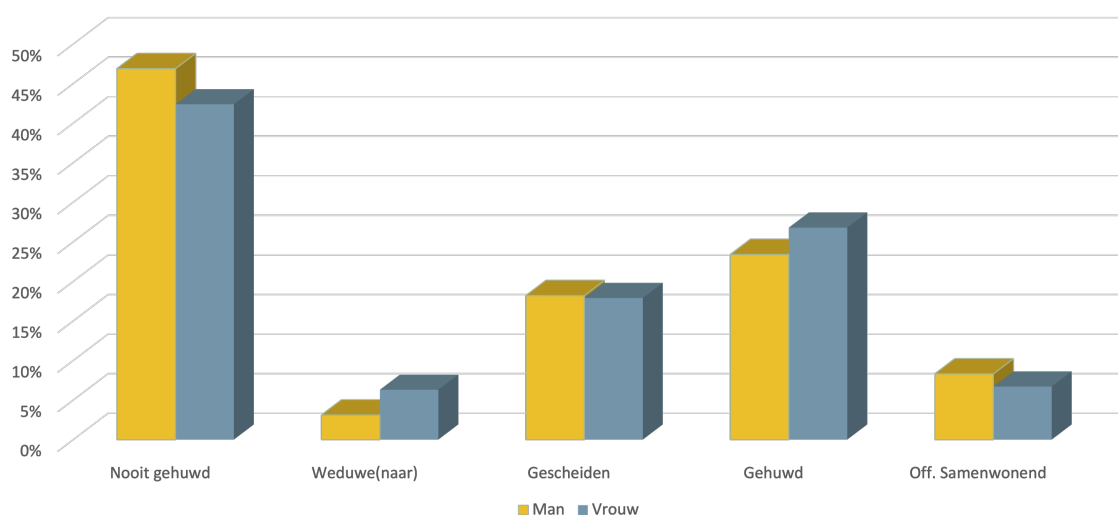
Fig. 4: Leeftijdsverdeling van personen met suïcidale gedachten volgens geslacht 2024



### BURGERLIJKE STAAT (n = 416)

**Ongehuwden** vormen in huidig onderzoek de grootste subgroep (44.5%) bij personen met suïcidale gedachten die op een Vlaamse spoedopnamedienst werden aangemeld. Daarnaast was 25.2% **gehuwd**, 18.0% **gescheiden**, 7.5 % **officieel samenwonend** en 4.8% **weduwe(naar)**. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen mannen en vrouw, wat betreft de burgerlijke staat.

Fig 5: Burgerlijke staat bij personen met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024



### WOONSITUATIE (n = 486)

38.5% woonde alleen op het moment dat men werd aangemeld. Significant meer mannen dan vrouwen woonden alleen op het moment van de aanmelding (45.0% vs. 33.6%;  $\chi^2(1) = 6.54$ ;  $p < .05$ ). Meer dan de helft (55.1%) van de patiënten had kinderen.

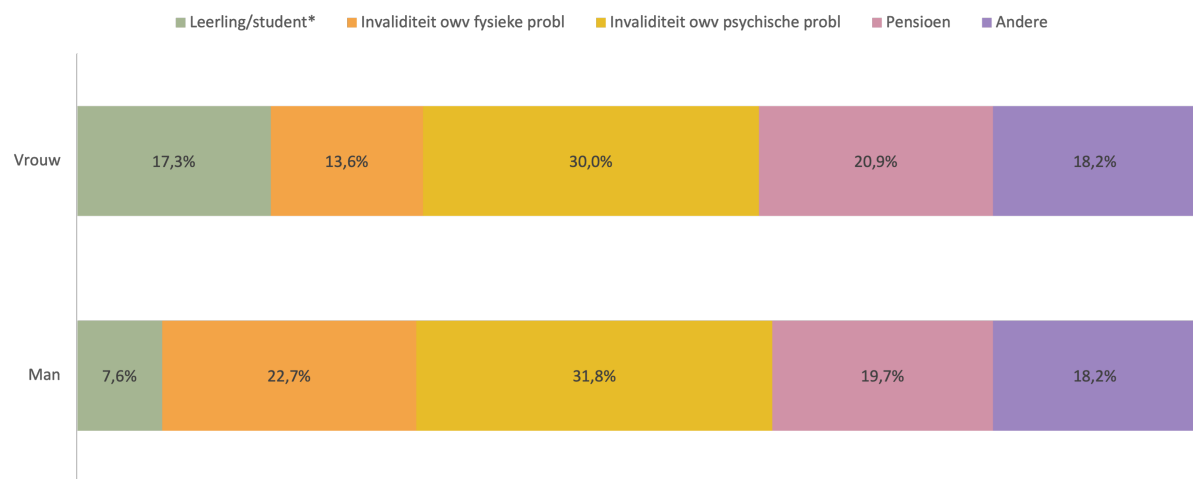
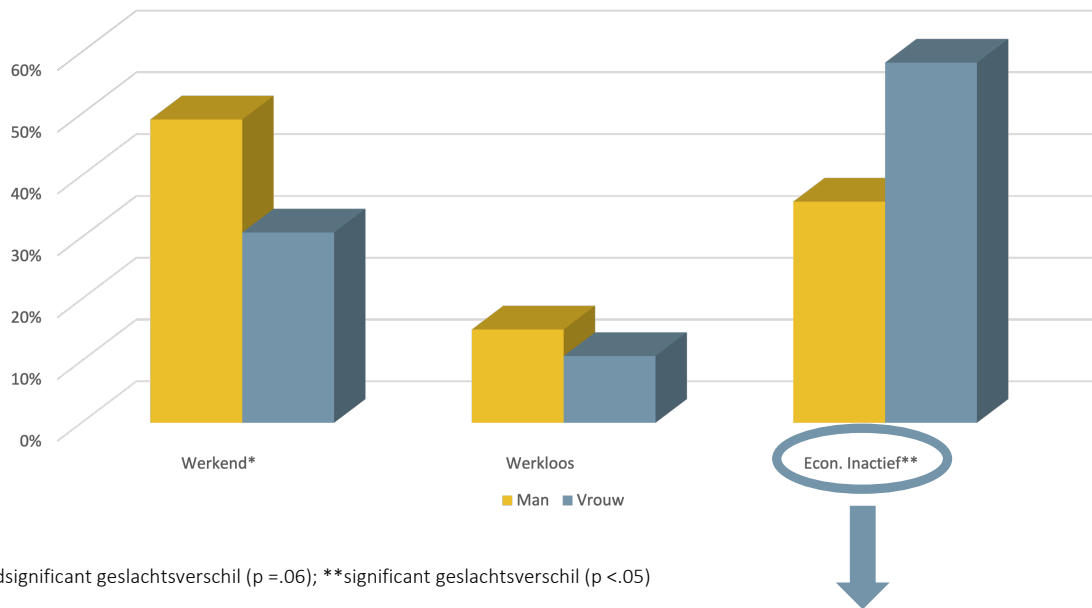
### ECONOMISCHE TOESTAND (n = 433)

In Vlaanderen was 41.7% van de patiënten met suïcidale gedachten **werkend**, 11.5% **werkloos** en 46.8% **economisch inactief**. Mannen (14.5%) gaven randsignificant vaker dan vrouwen (8.9%) aan werkloos te zijn ( $\chi^2(1) = 3.33$ ;  $p = .06$ ). Vrouwen (51.4%) rapporteerden significant vaker dan mannen (40.9%) economische inactiviteit ( $\chi^2(1) = 4.75$ ;  $p < .05$ ).

Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die inactief waren **owv psychische problemen** (30.7%). 17.0% was economisch inactief **owv fysieke problemen**. Tenslotte was 20.5% economisch inactief owv **pensioen**, 13.6% omdat ze nog **schoolgaand** zijn of 18.2% owv **andere** redenen. Vrouwen (17.3%) die werden aangemeld met suïcidale gedachten

rapporteren randsignificant vaker dan mannen (7.6%) leerling of student te zijn ( $\chi^2(1) = 3.29$ ;  $p = .07$ ).

Fig 6: Economische toestand bij personen met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024



### Behandelgeschiedenis (n= 313)

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale personen reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. 81.9% van de personen met suïcidale gedachten gaf aan dat men in het verleden al psychische problemen hebben gehad. Van deze groep gaf 55.6% aan dat men hiervoor werd behandeld.

Patiënten die al een voorgeschiedenis van psychische klachten kende, maar niet werden behandeld gaven bvb aan: "ethylproblematiek"

Patiënten die al een voorgeschiedenis van psychische klachten kenden en wel werden behandeld gaven bvb aan:

“Verslaving – residentiële behandeling”

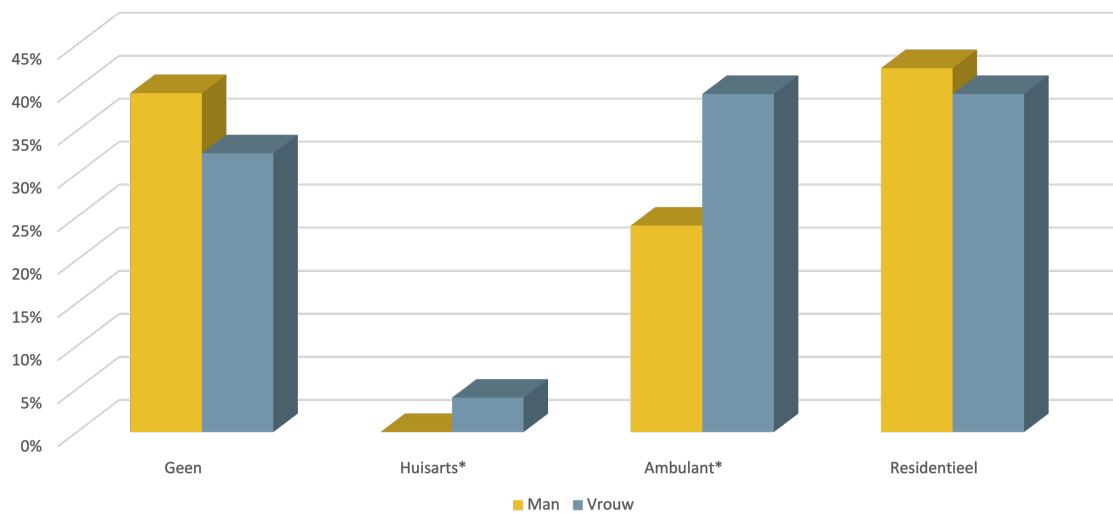
“Depressie – opname”

“Relationele problemen – 2x gesprek met psychologe”

“Alcohol en depressie – verschillende opnames”

40.6% van de patiënten wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds **residentieel** behandeld en 33.1% werd reeds **ambulant** behandeld. De **huisarts** werd bij 2.4% van de personen gemeld in kader van psychologische/ psychiatrische begeleiding. Vrouwen gaven significant vaker aan dan mannen dat ze eerder hulp hebben gezocht bij de huisarts (4.0% vs 0.0%;  $\chi^2(1) = 4.26$ ;  $p < .05$ ). Vrouwen volgden significant vaker dan mannen al eerder ambulante hulpverlening dan mannen (39.3% vs. 24.0%;  $\chi^2(1) = 6.49$ ;  $p < .05$ ).

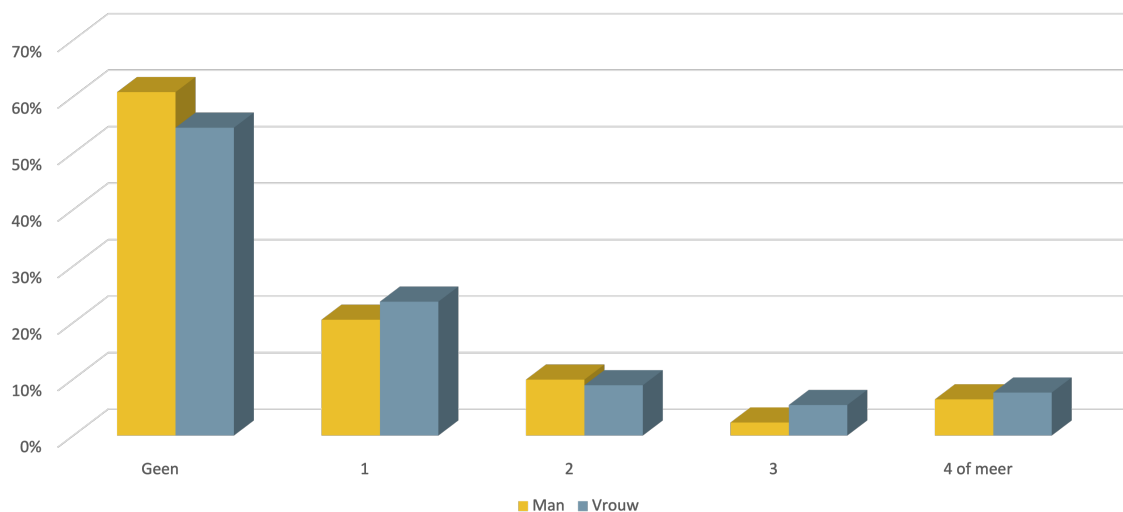
Fig.7: Behandelgeschiedenis in het verleden van personen met suïcidale gedachten volgens geslacht, 2024



## Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 395)

In het huidige onderzoek werd de voorgeschiedenis van suïcidepogingen bevestigd. 57.2 % van de personen gaf aan **geen** voorgeschiedenis te hebben. 22.3% van de patiënten gaf aan reeds **één** eerdere suïcidepoging te hebben ondernomen, 9.4% **twee**, 4.1% **drie** en 7.1% reeds **vier of meer** eerdere pogingen. Er konden geen significante verschillen worden vastgesteld.

Fig.8: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag bij personen met suïcidale gedachten volgens geslacht, 2024



Wanneer een persoon eerder een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk te bepalen wanneer deze poging plaatsvond. Want een poging die recent gebeurde is een sterke voorspeller van opnieuw suïcidaal gedrag. Van de pogingen voorafgaand aan de huidige aanmelding of opname werd 27.2% ondernomen tijdens de **afgelopen zes maanden**.

73.6% van de vorige pogingen werd **medisch behandeld**. Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (91.7%). Daarnaast werd 2.4% behandeld door een (huis)arts en 6.0% werd elders medisch behandeld. Bij 72.6% van de personen werd aangegeven dat de suïcidepoging ook **psychisch werd behandeld**. Van deze groep volgde 43.2% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater, terwijl 43.2% werd begeleid op een residentiele afdeling. In totaal gaf 78.3% van deze groep aan tevreden te zijn van de behandeling.

### Zelfbeschadigend gedrag

29.5% van de patiënten die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaf aan dat men automutileert. Bij 63.1% van de patiënten was dit minder dan 6 maanden geleden.

## Sociaal netwerk (n=368)

Uit de literatuur blijkt dat het gebrek aan sociale steun het risico op een suïcidepoging vergroot. Daarom is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van de patiënt na te gaan. Dit werd gedaan aan de hand van onderstaande vragen:

✓ *Heb je soms het gevoel dat er mensen zijn die om je geven?*

79.6% van de personen met suïcidale gedachten gaf aan dat ze het gevoel hebben dat er mensen zijn die om hen geven. Hierbij worden vaak hun partner, kinderen, ouders, vrienden, broer of zus genoemd.

✓ *Kan je bij iemand terecht als je het moeilijk hebt?*

24.7% van de personen gaf aan niet geneigd te zijn om steun te zoeken bij anderen wanneer men het moeilijk heeft. 59.2% van de personen gaf aan bij iemand terecht te kunnen als hij/zij het moeilijk heeft. Hierbij worden eveneens vaak ouders, partner of vrienden genoemd. Studentenbegeleiding en psycholoog worden ook vaak genoemd als vertrouwenspersoon. 16.0% van de personen gaf aan dat ze bij niemand terecht kunnen als ze het moeilijk hebben.

11.1% van de personen gaf aan **geen** contact op te nemen met die vertrouwenspersoon als men het moeilijk heeft, 34.3% gaf aan **soms** contact op te nemen en 54.5% van de personen gaf aan **wel contact** op te nemen met de vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk krijgt. Mannen gaven randsignificant vaker dan vrouwen aan geen contact op te nemen met de vertrouwenspersoon als men het moeilijk heeft (18.6% vs. 11.4%;  $\chi^2(1) = 3.18$ ;  $p=.07$ ).

## Alcohol en middelen (n= 283)

Verscheidene studies hebben aangetoond dat overmatig alcoholgebruik, medicatiegebruik (bijvoorbeeld benzodiazepines) en druggebruik belangrijke risicofactoren zijn voor herhaald ondernemen van een suïcidepoging. Op basis van de *CRAFFT*-vragenlijst werd een screening gedaan naar problematisch middelengebruik.

Bij 46.4% van de personen was er een **vermoeden** van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik, dit was significant vaker bij mannen dan bij vrouwen (55.0% vs 38.6%;  $\chi^2(1) = 4.51$ ;  $p<.05$ ). 53.7% van de personen met suïcidale gedachten gaf aan alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 14.8% gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 18.7% van de personen gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan voorgeschreven door de arts.

Wanneer een persoon op één van de vragen, “Heb je tijdens de afgelopen drie maanden alcohol; drugs of medicatie gebruikt in hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?”, met “JA” had geantwoord, werd verder gepolst naar mogelijk alcohol, drugs en/of medicatiemisbruik.

Van alle personen gaf 42.4% aan alcohol, drugs of medicatie te gebruiken wanneer zij **alleen** zijn. 30.8% meldde ooit in de **problemen** te zijn gekomen na het gebruik van dergelijke middelen. 38.1% gaf aan soms dingen te **vergeten** na het gebruik van alcohol, drugs of medicatie en 61.5% rapporteerde middelen te gebruiken om ergens **bij te horen**. Daarnaast gaf 34.3% aan dat vrienden of familie hadden aangegeven dat zij moesten **minderen of stoppen** met alcohol, drugs of medicatie gebruik. Tenslotte rapporteerde 11.8% ooit betrokken te zijn geweest bij een **verkeersongeval** als gevolg van middelengebruik. Significant meer mannen dan vrouwen gaven aan dat men ooit in de problemen zijn gekomen nadat men alcohol, drugs of medicatie gebruik (42.5% vs 20.2%;  $\chi^2(1) = 9.81$ ;  $p < .01$ ).

### Coping (n=243)

Er wordt aan de patiënt gevraagd hoe men in het algemeen omgaat met problemen. Wat ze doen als ze zich zorgen maken of van streek zijn en wat hen kan helpen om vol te houden. 87.2% van de personen gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren en 45.3% gaf aan probleemgerichte aanpak te hanteren.

Tabel 10: Copingstrategieën bij personen met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand**	32.7%	43.9%	39.1%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	6.7%	5.0%	5.8%
Dingen op een rijtje zetten	17.3%	14.4%	15.6%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven*	18.3%	38.1%	29.6%
Kwaad worden	28.8%	23.7%	25.9%
Alcohol drinken of drugs gebruiken*	48.1%	28.1%	36.6%
Niet aan de zorgen proberen te denken	25.0%	25.2%	25.1%
In kamer blijven	31.7%	34.5%	33.3%

\*significant geslachtsverschil ( $p < .001$ ), \*\* randsignificant geslachtsverschil ( $p = .07$ )

Wanneer specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak, gaf 39.1% van de patiënten aan met iemand over de problemen te praten. 5.8% dacht na over hoe zij in vergelijkbare situaties waren omgegaan met problemen, en 15.6% probeerde de situatie voor zichzelf op een rijtje te zetten.

Met betrekking tot de emotiegerichte aanpak van problemen gaf 29.6% aan zichzelf de schuld te geven van de problemen. Daarnaast werd door 25.9% aangegeven kwaad te worden, door 33.3% zich terug te trekken op de kamer, en door 36.6% alcohol te drinken of zelfs drugs te gebruiken. Tenslotte gaf 25.1% aan te proberen niet aan de zorgen te denken. Vrouwen gaven randsignificant vaker aan erover te praten met iemand dan mannen (43.9% vs 32.7%;  $\chi^2(1) = 3.13$ ;  $p = .07$ ). Vrouwen gaven significant vaker dan mannen zichzelf de schuld (38.1% vs 18.3%;  $\chi^2(1) = 11.25$ ;  $p < .001$ ). Mannen gebruiken significant vaker dan vrouwen iets alcoholisch of drugs in moeilijke omstandigheden (48.1% vs 28.1%;  $\chi^2(1) = 10.27$ ;  $p < .001$ ).

## Diagnose

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingstoornissen vast te stellen. Enkel de hoofddiagnose werd hier genoteerd. Bij 11.3% werd **geen** diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, vermeldde men het vaakst (47.6%) '**stemmingsstoornis**'. Het kan hierbij gaan om de diagnoses 'depressieve episode', 'majeure depressieve stoornis', 'dysthyme stoornis' of 'bipolaire stoornis'. Bij 25.6% van de personen werd een **andere** diagnose genoteerd, dit betrof hoofdzakelijk Autisme/ASS en ADHD. Bij 10.1% van de personen werd **middelengebruik** genoteerd en tenslotte werd bij 3.6% van de personen '**middelengebruik**' gecombineerd met de diagnose '**stemmingsstoornis**' genoteerd. Er konden geen significante geslachtsverschillen worden weerhouden.

Bij 95.2% van de personen werd **geen** "cluster B persoonlijkheidsstoornis" gerapporteerd. Bij 4.2% van de personen werd **Cluster B borderline persoonlijkheidsstoornis** genoteerd. Ook voor cluster B persoonlijkheidsstoornis konden geen significante geslachtsverschillen worden weerhouden.

### 3.1.2 Aanmelding owv suïcidepoging (n=1230)

Uit de data van LOES, IPEO en KIPEO samen blijkt dat in 2024 meer vrouwen (n= 922, 62.5%) dan mannen (n= 553, 37.5%) een suïcidepoging ondernamen. Bij 18 registraties werd het geslacht niet ingevuld. De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1.7:1 en wordt in tabel 7 vergeleken met de geslachtsratio's van de voorgaande jaren.

Tabel 11: Overzicht vrouw-manratio 1999-2024

	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24
V/M ratio	1.4	1.5	1.6	1.6	1.8	1.6	1.2	1.6	1.4	1.6	1.5	1.5	1.6	1.5	1.6	1.7	1.7	1.6	1.6	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	1.7	

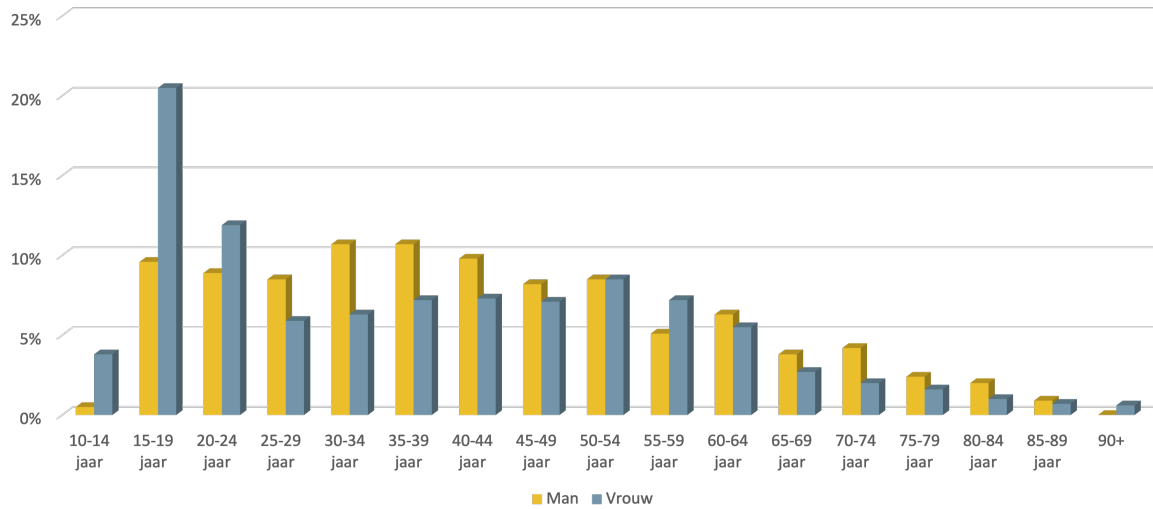
#### Geslacht

Bij 508 mannen (41.3%) en 722 vrouwen (58.7%) die werden aangemeld na een suïcidepoging werd het gesprek rond suïcidaliteit gevoerd aan de hand van LOES of IPEO. Bij elf personen was het geslacht niet ingevuld.

In figuur 9 wordt per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven dat één of meerdere suïcidepogingen ondernam in 2024. Het hoogst absolute aantal personen dat werd aangemeld na een suïcidepoging, vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19jaar, 20-24jaar en 50-54jaar. Uit onderstaande grafiek blijkt dat bij vrouwen het hoogst aantal aanmeldingen na een poging voorkomt in de leeftijdsgroepen 15-19 jaar en 20-24jaar. Bij mannen bevinden de meeste personen zich in de leeftijdsgroepen 30-34 jaar en 35-39 jaar. Dit resultaat moet met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien het hier gaat om absolute aantallen en niet om rates, waardoor geen rekening kan worden gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Vlaamse bevolking.

De gemiddelde leeftijd van personen die worden aangemeld na een suïcidepoging in Vlaanderen was 39.4 jaar; voor mannen was dit 42.4 jaar (min.: 12; max.: 88) en voor vrouwen 37.7 jaar (min.: 10; max.: 97).

Fig. 9: Leeftijdverdeling van personen aangemeld na een suïcidepoging volgens geslacht 2024

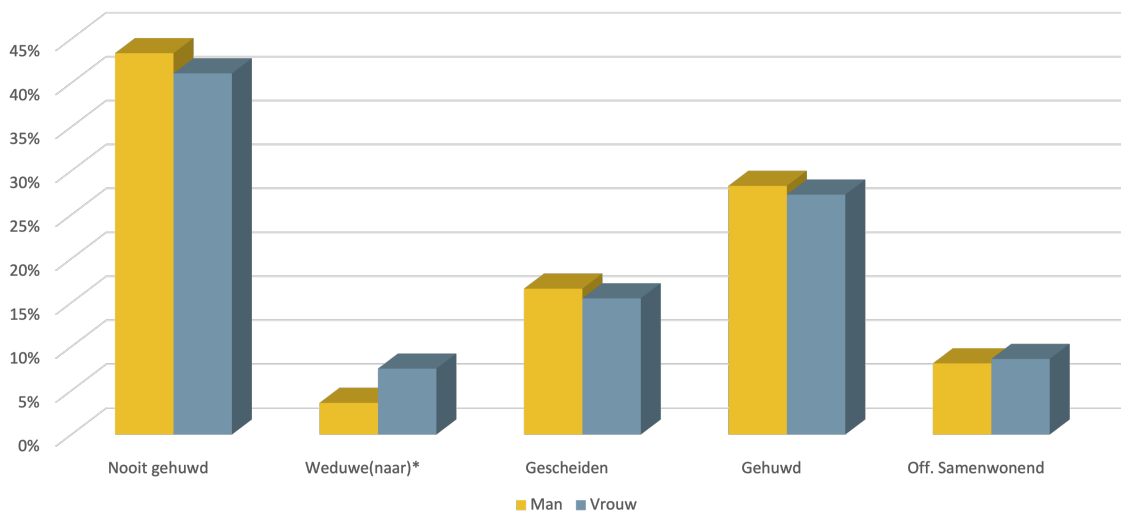


**Burgerlijke staat, woonsituatie en economische toestand**

BURGERLIJKE STAAT (n= 894)

**Ongehuwden** vormen in huidig onderzoek de grootste subgroep (42.1%) bij personen die werden aangemeld op een Vlaamse spoedopnamedienst na een suïcidepoging. Daarnaast was 27.7% **gehuwd**, 16% **gescheiden**, 8.4% **officieel samenwonend** en 5.8% **weduwe(naar)**. Vrouwen waren significant vaker weduwe dan mannen (7.5% vs. 3.6%;  $\chi^2(1)= 5.94$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 10: Burgerlijke staat bij personen aangemeld na een suïcidepoging, volgens geslacht, 2024



\*significant geslachtsverschil (p < .05)

## WOONSITUATIE (n= 967)

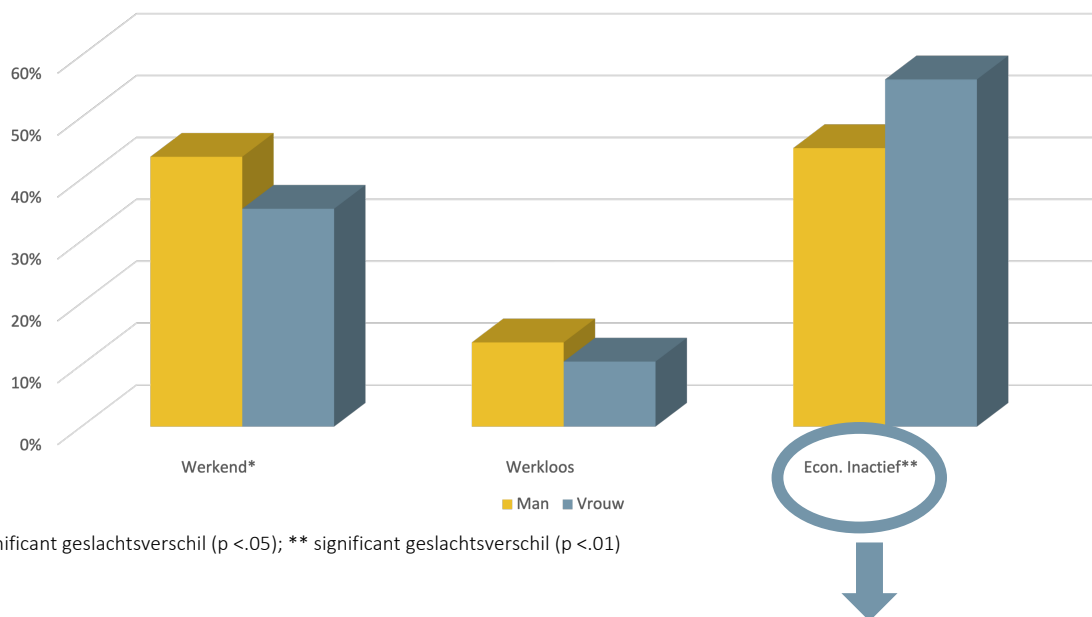
37.1% woonde alleen op het moment dat men werd aangemeld. Mannen (41.3%) woonden significant vaker alleen dan vrouwen (34.3%) ( $\chi^2(1)= 4.91$ ;  $p < .05$ ). Meer dan de helft (57.7%) van de personen had kinderen.

## ECONOMISCHE TOESTAND (n= 861)

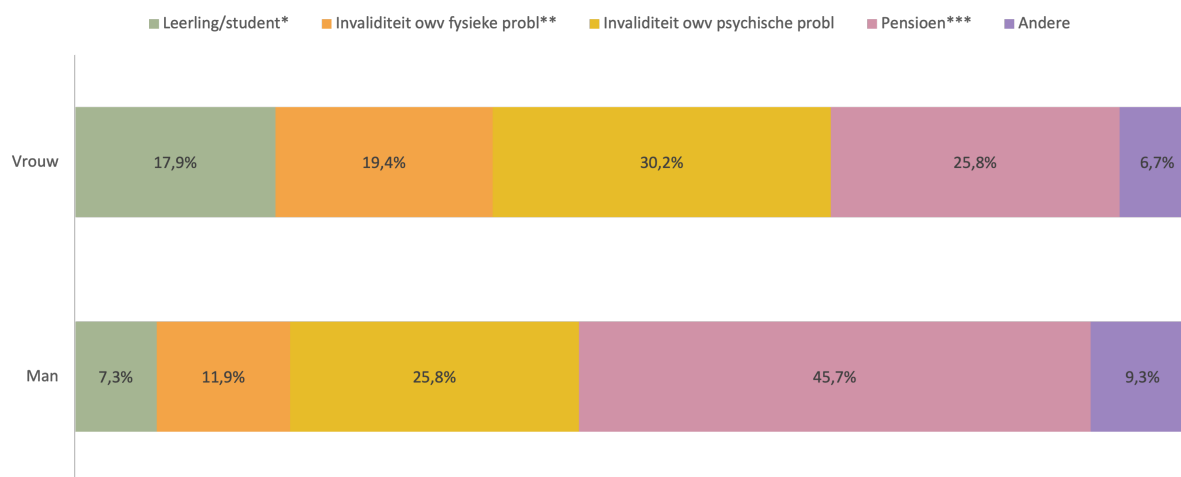
In Vlaanderen was 38.8% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging **werkend**, 9.9% **werkloos** en 51.3% **economisch inactief**. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die reeds op **pensioen** (33.3%) zijn. 28.5% van de personen was **invalide owv psychische problemen** en 16.6% was **invalide owv fysieke problemen**. 13.9% was inactief omwille van een **studentenstatuut**. Tenslotte was 7.7% economisch inactief owv **andere** redenen. Onderstaande figuur illustreert het significante verschil tussen mannen en vrouwen. Op basis van deze gegevens zien we dat vrouwelijke personen die werden aangemeld na een suïcidepoging vaker economisch inactief zijn (56.1% vs. 45%;  $\chi^2(1) = 10.42$ ;  $p < .01$ ) in vergelijking met mannen. Mannelijke personen die worden aangemeld na een suïcidepoging zijn significant vaker werkend dan de vrouwelijke subgroep (43.6% vs. 35.2%;  $\chi^2(1) = 6.37$ ;  $p < .05$ ).

Vrouwen die worden aangemeld na een suïcidepoging waren significant vaker economisch inactief wegens fysieke problemen dan de mannelijke subgroep (19.4% vs. 11.9%;  $\chi^2(1) = 3.86$ ;  $p < .05$ ) en hadden significant vaker het statuut van student (17.9% vs 7.3;  $\chi^2(1) = 8.82$ ;  $p < .01$ ). Mannen waren significant vaker economisch inactief wegens pensioen in vergelijking met de vrouwen (45.7% vs. 25.8%;  $\chi^2(1) = 16.85$ ;  $p < .001$ ).

Fig. 11: Economische toestand bij personen aangemeld na een suïcidepoging, volgens geslacht, 2024



\* significant geslachtsverschil ( $p < .05$ ); \*\* significant geslachtsverschil ( $p < .01$ )



\*Significant geslachtsverschil ( $p < .01$ ); \*\*Significant geslachtsverschil ( $p < .05$ ); \*\*\*Significant geslachtsverschil ( $p < .001$ )

### Behandelgeschiedenis (n= 636)

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale patiënten reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. Na een suïcidepoging gaf 78% van de personen aan dat men in het verleden al psychische problemen hebben gehad. Van deze groep gaf 66.2% aan dat men hiervoor werden behandeld.

Patiënten die al een voorgeschiedenis van psychische klachten kende, maar niet werden behandeld gaven bvb aan:

“ethylgebruik”

“Depressieve klachten”

Patiënten die al een voorgeschiedenis van psychische klachten kenden en wel werden behandeld gaven bvb aan:

“ Voorgeschiedenis van depressie, alcoholverslaving en suïcidepoging – medicamenteuze behandeling, dagcentrum en opname”

“ Depressie, automutilatie, borderline persoonlijkheidsstoornis – opname te Gent”

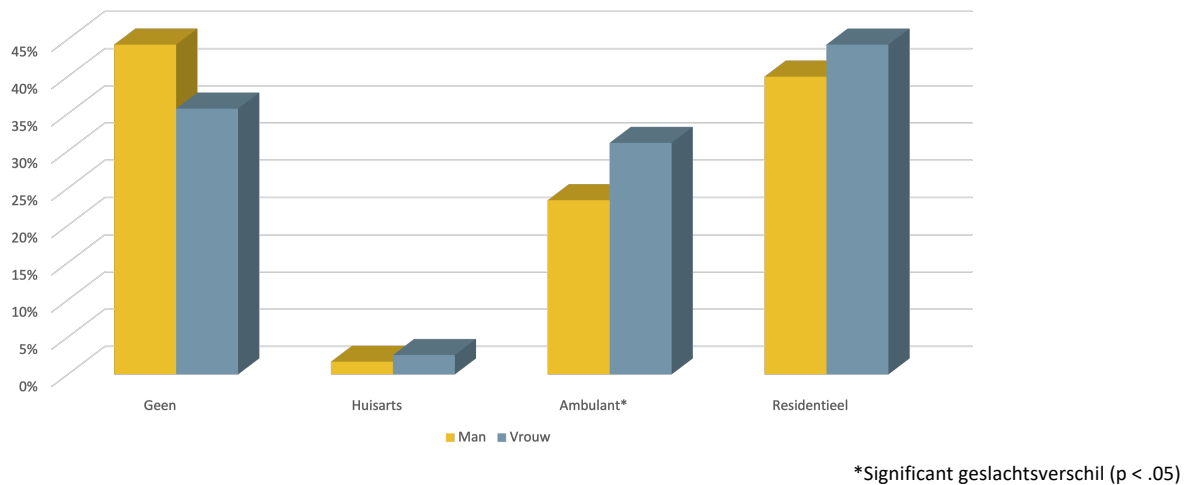
“Depressieve gevoelens na relatiebreuk – Mobiel Crisisteam”

“Hopeloosheid, medicatie intoxicatie – psychiatrische opname”

“Eetstoornis en burn-out – psychologische begeleiding”

42.4% van de personen wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds residentieel behandeld en 27.8% werd reeds ambulante behandeld. 2.2% van de personen had contact met de huisarts in kader van psychologische/ psychiatrische begeleiding. Vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan dat er reeds ambulante hulpverlening werd opgestart (31.1% vs 23.4;  $\chi^2(1) = 3.97$ ;  $p < .05$ ).

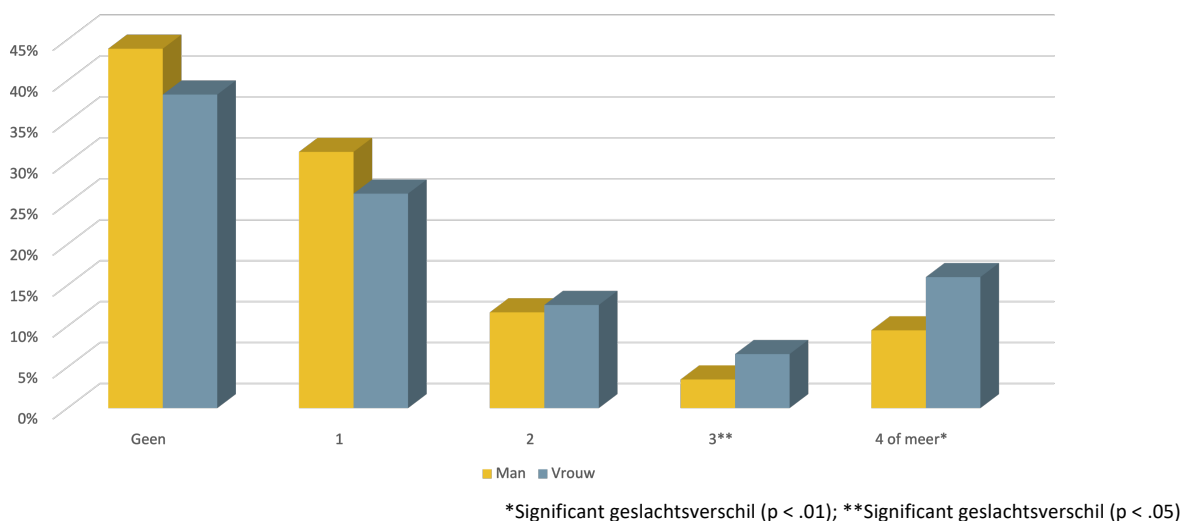
Fig. 12: Behandelgeschiedenis in het verleden van personen na een suïcidepoging volgens geslacht, 2024



### Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 895)

In huidig onderzoek werd de voorgeschiedenis van een suïcidepoging bevraagd. 40.5% van de personen gaf aan **geen** voorgeschiedenis te hebben. 28.3% van de patiënten gaf aan reeds **één** suïcidepoging te hebben ondernomen, 12.2% **twee**, 5.3% **drie** en 13.4% reeds **vier of meer** pogingen. Significant meer vrouwen dan mannen gaven aan dat ze al drie eerdere pogingen hadden ondernomen (6.6% vs. 3.5%;  $\chi^2(1) = 3.99$ ; p < .05) en vrouwen gaven significant vaker aan dan mannen vier of meer eerdere pogingen te hebben ondernomen (16% vs. 9.5%;  $\chi^2(1) = 8.09$ ; p < .01).

Fig. 13: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag van personen na een suïcidepoging volgens geslacht, 2024



Wanneer een patiënt reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het relevant te bepalen wanneer deze poging plaatsvond. Een poging die recent gebeurde is namelijk een sterke voorspeller voor herhaald suïcidaal gedrag. Van de pogingen voorafgaand aan de huidige aanmelding of opname werd 37.7% ondernomen tijdens de afgelopen zes maanden, bij 13.2% was dit tussen de 6 maanden en 12 maanden en bij 49.1% was dit langer dan 12 maanden.

Van de eerdere pogingen werd 72.4% **medisch behandeld**, voornamelijk in een ziekenhuis (93%). Daarnaast werd 2.2% behandeld door een (huis)arts en 4.8% elders. Bij 68.1% van de personen werd aangegeven dat ook **psychische behandeling** werd opgestart.

Van deze groep volgde 42.7% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater, 45.4% werd begeleid op een residentiele afdeling en 1.4% via het CGG. 10.1% van de personen gaven een andere plaats aan waar men werd begeleid.

In totaal gaf 67.1% van deze groep gaf aan tevreden te over de behandeling.

### Zelfbeschadigend gedrag

27% van de personen die na een suïcidepoging werden aangemeld, gaf aan zichzelf opzettelijk te verwonden. Bij 70.4% van de personen was dit minder dan 6 maanden geleden. Significant meer vrouwen rapporteerden zelfverwonding t.o.v. mannen (32.8% vs. 18.2%;  $\chi^2(1) = 19.00$ ;  $p < .001$ ).

## Sociaal netwerk (n= 775)

Uit de literatuur blijkt dat het gebrek aan sociale steun het risico op een suïcidepoging vergroot. Daarom is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van de patiënt na te gaan. Dit werd gedaan aan de hand van onderstaande vragen:

✓ *Heb je soms het gevoel dat er mensen zijn die om je geven?*

77.2% gaf aan dat ze het gevoel hebben dat er mensen zijn die om hen geven. Hierbij worden vaak hun ouders, vrienden, broer of zus genoemd. Er kon geen significant geslachtsverschil worden weerhouden.

✓ *Kan je bij iemand terecht als je het moeilijk hebt?*

33.5% van de personen gaf aan niet geneigd te zijn om steun te zoeken bij anderen wanneer men het moeilijk heeft. 52.7% van de personen gaf aan bij iemand terecht te kunnen als hij/zij het moeilijk heeft. Hierbij worden eveneens vaak ouders, partner of vrienden genoemd. Studentenbegeleiding en psycholoog worden ook vaak genoemd als vertrouwenspersoon. 13.8% gaf aan bij niemand terecht te kunnen als men het moeilijk heeft.

10.7% van de personen gaf aan **geen** contact op te nemen met die vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk heeft, 40.7% gaf aan **soms** contact op te nemen en 48.6% van de personen gaf aan **wel contact** op te nemen met de vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk krijgt.

## Alcohol en middelen (n= 545)

Verschillende studies hebben aangetoond dat overmatig alcoholgebruik, medicatiegebruik (bijvoorbeeld benzodiazepines) en druggebruik belangrijke risicofactoren zijn voor herhaald ondernemen van een suïcidepoging. Op basis van de *CRAFFT*-vragenlijst werd een screening gedaan naar problematisch middelengebruik.

Bij 52.2% van de personen was er **een waarschijnlijk vermoeden** van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik, dit was significant vaker bij mannen dan bij vrouwen (61.4% vs 44.6%;  $\chi^2(1) = 8.98$ ;  $p < .01$ ). 54.1% van de personen aangemeld na een suïcidepoging gaf aan alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 15.8% gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 29.7% van de patiënten gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan voorgeschreven door de arts. Wanneer een persoon op één van de vragen, "Heb je tijdens de afgelopen drie maanden alcohol; drugs of medicatie gebruikt in hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?", met "ja" had geantwoord, werd verder gepolst naar mogelijk alcohol, drugs en/of medicatie misbruik. Hierbij gaf 66.5% aan middelen te gebruiken om ergens **bij te horen** en 64.3% van de patiënten gaf aan dat men alcohol, drugs of medicatie gebruikte als hij/zij **alleen** is. 39.4% gaf aan dat ze al in de **problemen** zijn gekomen nadat hij/zij alcohol, drugs of medicatie had gebruikt, dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gerapporteerd (48.3% vs. 32.0%;  $\chi^2(1) = 8.89$ ;  $p < .01$ ). 44.5% gaf aan soms dingen te **vergeten** als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt. Daarnaast gaf 41.1% gaf aan dat **vrienden of familie** aangegeven dat ze moeten minderen of stoppen met alcohol, drugs of medicatie gebruik. Tenslotte rapporteerde 7.2% ooit betrokken te zijn geweest bij een **verkeersongeval** als gevolg van middelengebruik. Significant meer mannen dan vrouwen gaven aan ooit een verkeersongeval te hebben gehad door alcohol, drugs of medicatie gebruik (10.3% vs. 4.6%;  $\chi^2(1) = 3.89$ ;  $p < .05$ ).

## Coping (n= 414)

Er wordt aan de patiënt gevraagd hoe men in het algemeen omgaat met problemen. Wat ze doen als ze zich zorgen maken of van streek zijn en wat hen kan helpen om vol te houden. 75.6% van de personen gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren en 39.1% gaf aan probleemgerichte aanpak te hanteren. Mannen gaven significant vaker dan vrouwen aan om een emotiegerichte aanpak te hanteren (83.4% vs. 70.2%;  $\chi^2(1) = 9.49$ ;  $p < .01$ ), vrouwen hanteren significant vaker een probleemgerichte aanpak dan mannen (46.5% vs. 28.4%;  $\chi^2(1) = 13.79$ ;  $p < .001$ ).

Tabel 12: Copingstrategieën bij personen na een suïcidepoging, volgens geslacht, 2024

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand*	22.5%	40.4%	33.1%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	4.7%	2.9%	3.6%
Dingen op een rijtje zetten	12.4%	12.2%	12.3%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven	21.9%	24.5%	23.4%
Kwaad worden	29.6%	24.5%	26.6%
Alcohol drinken of drugs gebruiken*	42.6%	24.9%	32.1%
Niet aan de zorgen proberen te denken	25.4%	25.7%	25.6%
In kamer blijven	24.3%	27.8%	26.3%

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

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak, gaf 33.1% van de personen aan met iemand over de problemen te praten. Dit werd significant vaker door vrouwen aangegeven als coping dan door mannen (40.4% vs. 22.5%;  $\chi^2(1) = 14.51$ ;  $p < .001$ ). 3.6% dacht na over hoe zij in vergelijkbare situaties waren omgegaan met problemen, en 12.3% van de personen probeerde de situatie voor zichzelf op een rijtje te zetten.

Met betrekking tot de emotiegerichte aanpak van problemen gaf 23.4% aan zichzelf de schuld te geven van de problemen. 26.6% werd kwaad, 26.3% bleef in de kamer en 25.6% gaf aan dat men probeerde niet aan de zorgen te denken. Tenslotte gaf 32.1% aan iets alcoholisch te drinken of zelfs drugs te gebruiken, dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gerapporteerd (42.6% vs. 24.9%;  $\chi^2(1) = 14.38$ ;  $p < .001$ ).

### Diagnose (n= 253)

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er vaak psychiatrische stoornissen, zoals stemmingstoornissen, vast te stellen. Enkel de hoofddiagnose werd genoteerd. Bij 14.2% werd **geen** diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, werd het vaakst een '**stemmingsstoornis**' (36.4%) vermeld. Het kan hierbij gaan om diagnoses zoals 'depressieve episode', 'majeure depressieve stoornis', 'dysthyme stoornis' of 'bipolaire stoornis'. Daarnaast werd in 17.8% van de gevallen '**afhankelijkheid van een middel**' of 'misbruik van een middel' gediagnosticeerd. In 6.3% van de gevallen werd 'middelengebruik' gecombineerd met de diagnose 'stemmingsstoornis'. In 23.3% van de gevallen werd een **andere** diagnose vermeld. Hieronder vielen onder andere volgende stoornissen: autismespectrumstoornis (ASS), eetstoornis, angst en ADHD. Bij 1.6% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging werd een probleemomschrijving genoteerd.

Bij 7.5% van de patiënten werd een 'cluster B persoonlijkheidsstoornis' gediagnosticeerd, meestal een 'borderline persoonlijkheidsstoornis'. Bij 2.0% van de patiënten werd de diagnose uitgesteld of betrof het een persoonlijkheidsstoornis NAO.

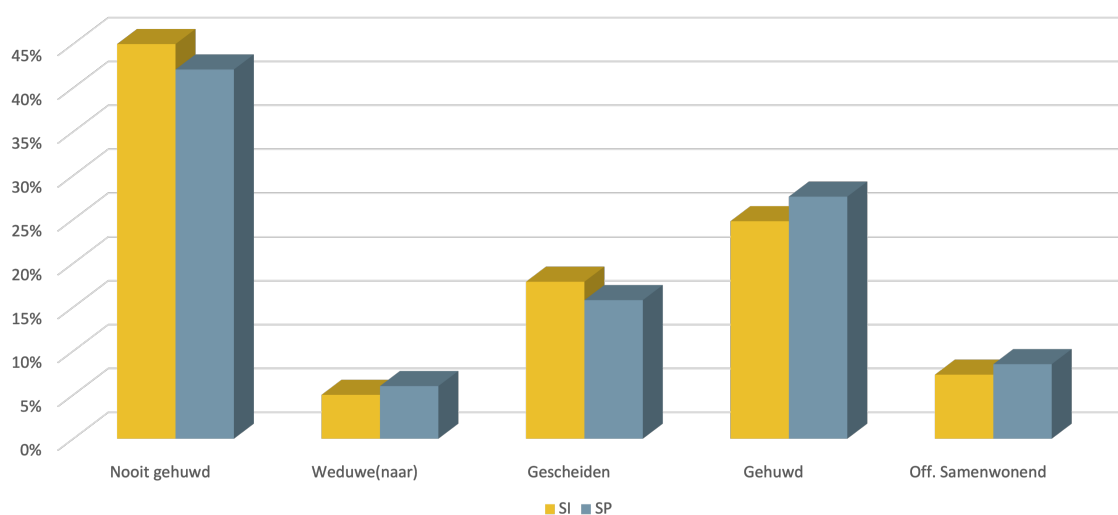
### 3.1.3 Personen met suïcidale gedachten vs. personen na een poging (n=1948)

#### Burgerlijke staat en economische toestand

##### BURGERLIJKE STAAT (n= 1327)

**Ongehuwden** vormden zowel bij de personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten als na een suïcidepoging de grootste subgroep (43.0%). Daarnaast was 26.7% van de personen die werden aangemeld in een zorginstelling met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging **gehuwd**, 16.5% **gescheiden**, 8.1% **officieel samenwonend** en 5.7% **weduwe(naar)**. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen beide groepen, wat betreft burgerlijke staat.

Fig. 14: SI<sup>4</sup> vs. SP<sup>5</sup>; Burgerlijke staat, 2024



##### ECONOMISCHE TOESTAND (n= 1300)

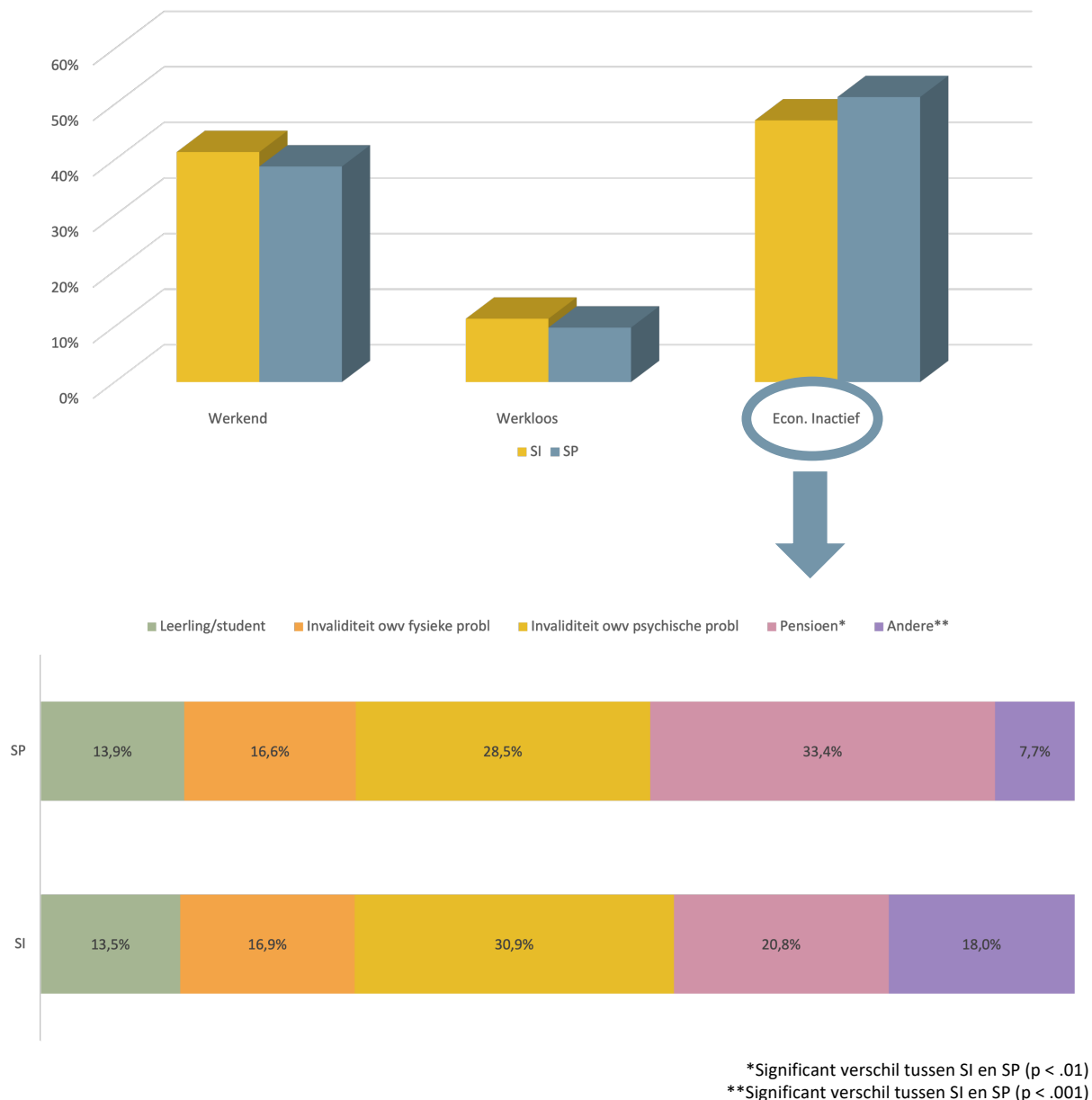
In Vlaanderen was 39.7% van de patiënten die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging **werkend**. 10.4% gaf aan **werkloos** te zijn en 49.9% was **economisch inactief**. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit mensen die economisch inactief zijn wegens **pensioen** (29.6%). Significant meer personen die werden aangemeld na een suïcidepoging waren inactief wegens pensioen in vergelijking met personen met suïcidale gedachten (33.4% vs. 20.8%;  $\chi^2(1) = 9.47$ ;  $p < .01$ ). 29.2% van deze groep was **invalide owv psychische problemen**, 16.7% was **invalide owv fysieke problemen** en 13.7% was economisch

<sup>4</sup> SI: Suïcidale ideatie of suïcidale gedachten = personen aangemeld met suïcidale gedachten

<sup>5</sup> SP: Suïcidepoging = personen aangemeld na een suïcidepoging

inactief omdat ze nog **student** zijn. Tenslotte was 10.8% economisch inactief owv **andere** redenen. Onder de categorie 'andere' zijn personen die asiel zoeken (Fedasil), huismoeder/huisvader, personen die vrijwilligerswerk doen of die een leefloon ontvangen. Deze categorie werd significant vaker aangeduid bij personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (18.0% vs. 7.7%;  $\chi^2(1) = 13.59$ ;  $p < .001$ )

Fig. 15: SI vs. SP; Economische toestand, 2024

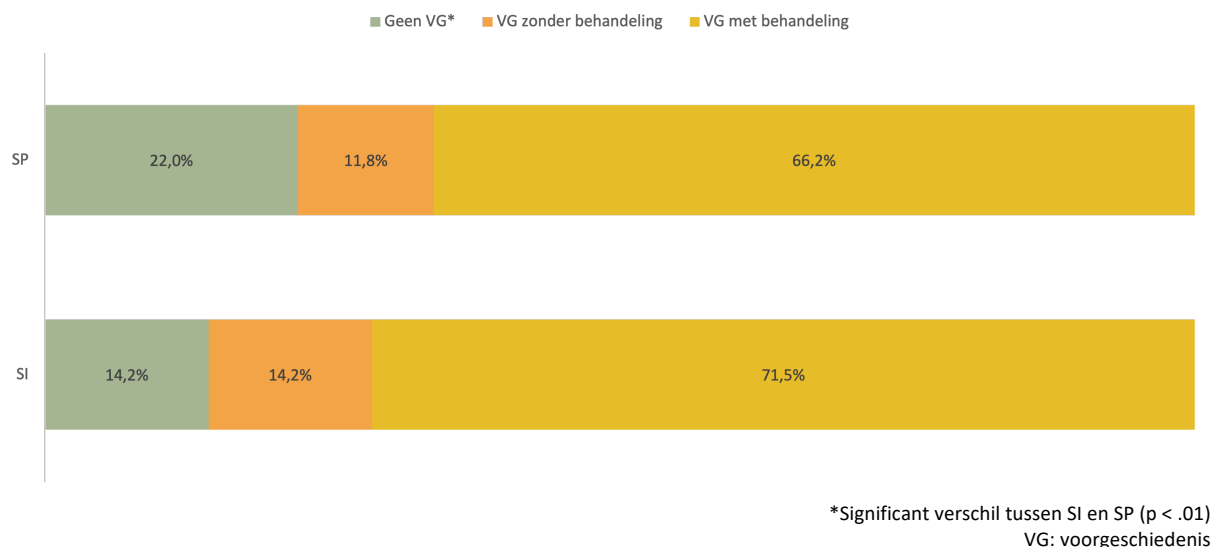


## Behandelgeschiedenis (n= 953)

Bij het bevragen van de behandelgeschiedenis wordt er nagegaan of de patiënt in het verleden al dezelfde of andere psychische problemen heeft meegemaakt. Indien men hierop positief antwoordt dan wordt er ook verder geëxploreerd of men hiervoor hulp heeft gekregen. Slechts 19.4% van de personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten of die werden aangemeld na een suïcidepoging gaf aan **geen voorgeschiedenis** van psychische problemen te hebben. Significanter meer personen die werden aangemeld na een suïcidepoging rapporteerden geen voorgeschiedenis van dezelfde of andere psychische problemen in vergelijking met personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten (22.0% vs. 14.2%;  $\chi^2(1) = 8.08$ ;  $p < .01$ ).

Daarnaast gaf 12.6% van de personen aan wel een **voorgeschiedenis van psychische problemen te hebben, maar hiervoor geen behandeling** te hebben gekregen. 68% van de personen die werden aangemeld wegens (acute) suïcidale gedachten of na een suïcidepoging meldde een voorgeschiedenis **van psychische problemen waarvoor zij wel behandeling hadden gekregen**. Van deze groep gaf 2.3% aan begeleiding te ontvangen van de huisarts, 27.8% maakte gebruik van ambulante hulp, en 41.8% kreeg residentiele hulp. Er werden geen significante verschillen vastgesteld in de aard van de voorafgaande hulpverlening.

Fig. 16: SI vs SP behandelgeschiedenis, 2024

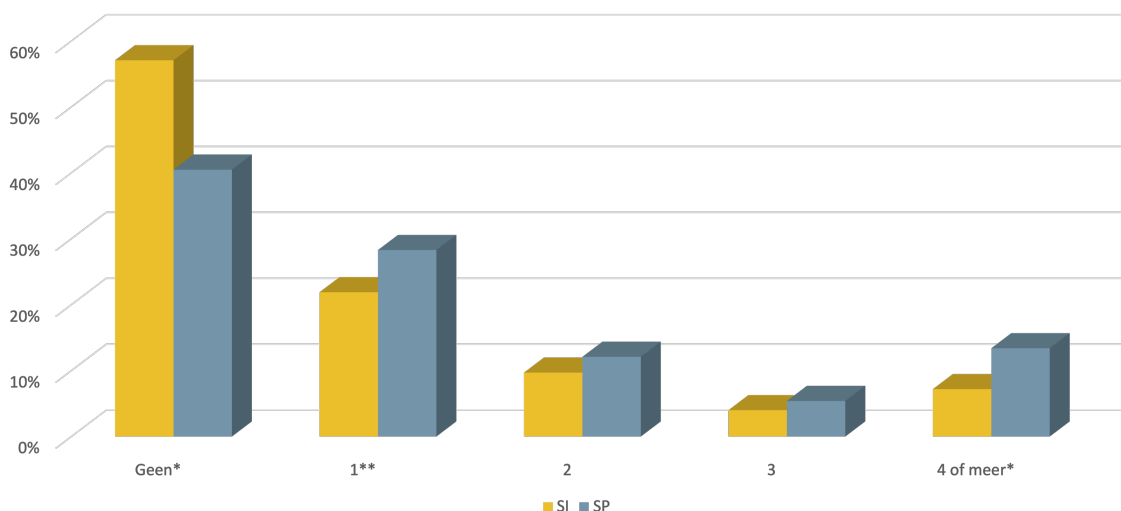


## Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 1323)

Personen die worden aangemeld na een suïcidepoging hadden significant vaker dan personen die zijn aangemeld met suïcidale gedachten een voorgeschiedenis van suïcidepoging(en) (59.5% vs. 42.9%;  $\chi^2(1) = 30.89$   $p < .001$ ).

26.4% van de personen gaf aan reeds **één** eerdere suïcidepoging te hebben ondernomen, dit werd significant vaker gerapporteerd door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging dan bij personen die werden aangemeld in het ziekenhuis met (acute) suïcidale gedachten (28.4% vs. 21.9%;  $\chi^2(1) = 5.93$ ;  $p < .05$ ). 11.4% gaf aan reeds **twee eerdere suïcidepogingen te hebben ondernomen**, 5% **drie** en 11.6% reeds **vier of meer** pogingen. Personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten dat ze reeds vier of meer eerdere suïcidepogingen hebben ondernomen (13.5% vs. 7.2%;  $\chi^2(1) = 10.64$ ;  $p < .001$ ). 35.2% van de personen gaf aan dat de vorige poging minder dan 6 maanden geleden was.

Fig. 17: SI vs. SP Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag volgens reden van aanmelding, 2024



\*SI = suïcidale ideaties (suïcidale gedachten); SP= suïcidepoging  
 \*significant geslachtsverschil ( $p < .001$ ); \*\*significant geslachtsverschil ( $p < .05$ )

Bij personen, aangemeld met suïcidale gedachten, werd de vorige poging(en) bij 72.5% van de patiënten **medisch behandeld** tegenover 72.1% bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging. Voor zowel de personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten als voor de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gebeurde de medische behandeling voornamelijk in een ziekenhuis, respectievelijk 91.8% en 93.0%. 2.2% werd door een (huis)arts behandeld en 5.1% werd elders medisch behandeld. 68.9% van de patiënten volgden een **psychotherapeutische behandeling** na de laatste suïcidepoging, dit zowel door patiënten met suïcidale gedachten (71.6%) als bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (68.0%).

Tabel 13: Overzicht psychotherapeutische behandeling volgens reden van aanmelding, 2024

	SI	SP	Totaal
Psychiater/ psycholoog	44.0%	42.9%	43.2%
CLB	0.0%	0.0%	0.0%
Residentiële afdeling	42.7%	45.2%	44.6%
CGG	1.3%	1.4%	1.4%
Andere	12.0%	10.0%	10.5%

Hiervoor volgde 43.2% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater en 44.6% werd begeleid op een residentiele afdeling. 1.4% werd begeleid via het CGG. 10.5% van de personen gaf een andere plaats aan waar men werd begeleid.

Van deze personen gaf 69.8% aan tevreden te zijn over de behandeling.

#### ZELFBESCHADIGEND GEDRAG (n= 1111)

29.5% van de personen met suïcidale gedachten en 27.1% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaf aan dat men zichzelf opzettelijk pijn heeft gedaan of verwond. Er was geen significant verschil tussen beide groepen. Bij 67.3% gaf aan dat dit minder dan 6 maanden geleden gebeurde.

#### Alcohol en middelen (n= 834)

Op basis van de CRAFFT-vragenlijst werd een screening gedaan naar problematisch middelengebruik.

Er werd nagegaan in welke mate patiënten tijdens de afgelopen drie maanden alcohol, drugs of medicatie hadden gebruikt. Van de personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaf 53.7% aan in de afgelopen maand **alcohol** te hebben gebruikt, tegenover 54.1% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging. Daarnaast rapporteerde 14.8% van de personen met (acute) suïcidale gedachten en 15.8% van de personen die na een suïcidepoging werden aangemeld, drugsgebruik in de afgelopen maand. Tenslotte gaf 18.7% van de personen met (acute) suïcidale gedachten en 29.7% van de personen die na een suïcidepoging werd aangemeld aan **medicatie** te hebben gebruikt in een hogere dosis dan voorgeschreven door hun arts, dit betreft een significant verschil ( $\chi^2(1) = 11.72; p < .001$ ).

Wanneer een persoon op één van de vragen, “Heb je tijdens de afgelopen drie maanden alcohol; drugs of medicatie gebruikt in hogere dosis dan voorgeschreven door je dokter?”, met “Ja” had geantwoord werd, werd verder gepolst naar mogelijk alcohol, drugs en/of medicatiemisbruik. Dit overzicht is terug te vinden in onderstaande tabel.

Bij 46.4% van de personen met suïcidale gedachten en bij 52.2% van de personen aangemeld na een suïcidepoging was er **waarschijnlijk** een vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik.

Tabel 14: CRAFFT volgens reden van aanmelding, 2024

	SI	SP	Totaal
Verkeersongeval*	11.8%	7.2%	8.8%
Bijhoren	61.5%	66.5%	64.8%
Als hij/zij alleen is	70.2%	64.1%	66.2%
Dingen vergeten	38.1%	44.5%	42.3%
Vrienden of familie vragen om te verminderen/stoppen	34.3%	41.1%	38.8%
In problemen gekomen*	30.8%	39.4%	36.5%

\*randsignificant geslachtsverschil (p = .05)

Hierbij gaf 64.8% aan middelen te gebruiken om ergens **bij te horen** en 66.2% van de patiënten gaf aan dat men alcohol, drugs of medicatie gebruikte als hij/zij **alleen** is. 36.5% gaf aan dat ze al in de **problemen** zijn gekomen nadat hij/zij alcohol, drugs of medicatie had gebruikt, dit werd randsignificant vaker gemeld door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging tegenover personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten (30.8%) ( $\chi^2(1) = 3.59$ ;  $p = .05$ ). 42.3% gaf aan soms dingen te **vergeten** als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt. Daarnaast gaf 38.8% gaf aan dat **vrienden of familie** aangegeven dat ze moeten minderen of stoppen met alcohol, drugs of medicatie gebruik. Tenslotte rapporteerde 8.8% ooit betrokken te zijn geweest bij een **verkeersongeval** als gevolg van middelengebruik. Dit werd randsignificant vaker gemeld door personen met (acute) suïcidale gedachten dan door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (11.8% vs. 7.2%;  $\chi^2(1) = 3.02$ ;  $p = .05$ ).

### Coping (n= 660)

Er werd aan de patiënt gevraagd hoe men in het algemeen omgaan met problemen. Wat ze doen als ze zich zorgen maken of van streek zijn en wat hen kan helpen om vol te houden. 79.6% van de personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten en 75.7% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaf aan een **emotiegerichte aanpak** te hanteren. 44.9% van de personen met suïcidale gedachten en 39.3% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven aan een **probleemgerichte aanpak** te hanteren.

Tabel 15: Copingstrategieën bij personen met suïcidale gedachten en personen na suïcidepoging, volgens geslacht, 2024

	SI	SP	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand	38.8%	33.3%	35.3%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	5.7%	3.6%	4.4%
Dingen op een rijtje zetten	15.5%	12.3%	13.5%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven**	29.4%	23.4%	25.6%
Kwaad worden	25.7%	26.5%	26.2%
Alcohol drinken of drugs gebruiken	37.1%	32.3%	34.1%
Niet aan de zorgen proberen te denken	24.9%	25.5%	25.3%
In kamer blijven*	33.1%	26.3%	28.8%

\*significant geslachtsverschil (p = .06)

\*\*significant geslachtsverschil (p = .08)

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak, gaf 35.3% van de personen aan met iemand over de problemen **te praten**. 4.4% denkt na over hoe zij in **vergelijkbare situaties** waren omgegaan met problemen, en 13.5% van de personen probeerde de situatie voor zichzelf op **een rijtje te zetten**.

Met betrekking tot de emotiegerichte aanpak van problemen gaf 25.6% aan zichzelf de **schuld te geven van de problemen**. Dit wordt randsignificant vaker door personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten gerapporteerd tov personen die na een suïcidepoging werden aangemeld (29.4% vs. 23.4%;  $\chi^2(1) = 2.93$ ; p = .08). Daarnaast werd door 26.2% aangegeven **kwaad** te worden, 28.8% blijft **in de kamer**, 34.1% gaf aan **iets alcoholisch te drinken of zelfs drugs** te gebruiken en tenslotte gaf 25.3% aan dat men probeert **niet aan de zorgen te denken**. Randsignificant meer personen die werden aangemeld na een suïcidepoging dan personen met suïcidale gedachten gaven aan in de kamer te blijven (33.1% vs. 26.3%;  $\chi^2(1) = 3.47$ ; p = .06).

## 3.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens

In dit deel wordt een overzicht gegeven van de gevoelens die bij aanmelding worden ervaren, de aanwezigheid van suïcidale gedachten en plannen, de mate van hopeloosheid, de ervaren problemen en motieven, de bereidheid tot verdere begeleiding, de zorgbehoeften van de patiënt en het behandelplan na opname of aanmelding in de zorgorganisatie.

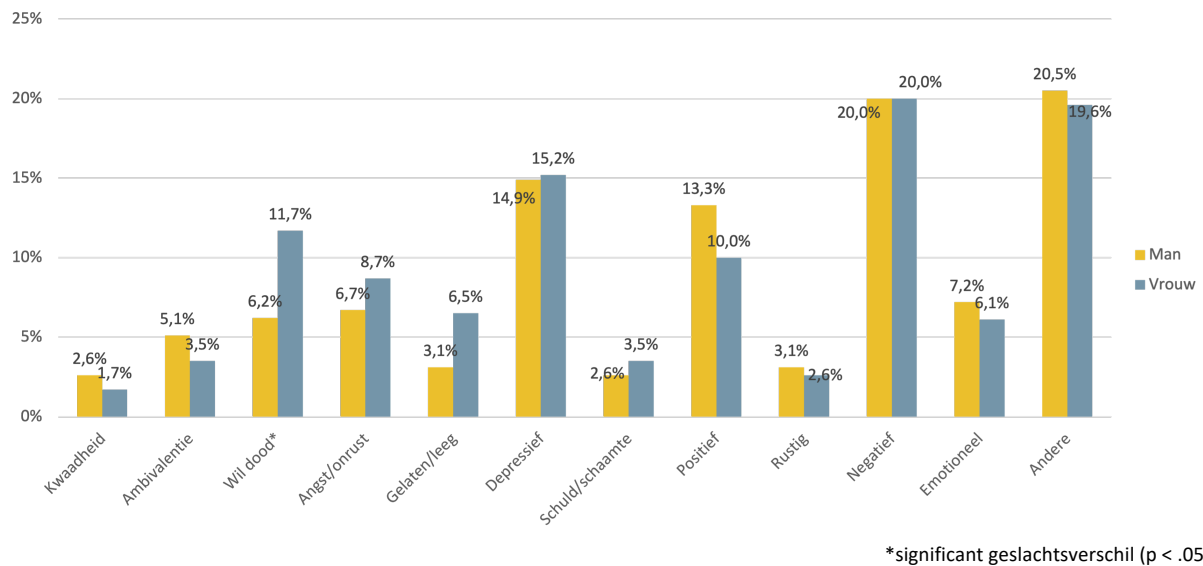
### 3.2.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten (n=722)

#### Gevoelens en suïcidaliteit bij aanmelding

##### GEVOELENS (n= 425)

Bij 425 personen werd nagegaan en opgeschreven hoe de patiënt zich voelde kort na de aanmelding met suïcidale gedachten. Deze gevoelens werden door de onderzoekers gecodeerd in verschillende categorieën (zie onderstaande figuur). Bij 20% van de personen met suïcidale gedachten werden **negatieve gevoelens** gerapporteerd, bij 15.1% van de personen werden **depressieve gevoelens** gerapporteerd. Bij 20% van de personen met suïcidale gedachten was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in de verschillende categorieën. In deze groep werden **andere** gevoelens gemeld zoals, *voelt zich een last, voelt zich niet begrepen, voelt zich eenzaam, voelt zich gefrustreerd of voelt zich radeloos*. Bij 9.2% van de personen met gedachten werd vermeld dat ze expliciet aangaven een **doodswens** te hebben, dit werd significant vaker door vrouwen dan door mannen gemeld (11.7% vs. 6.2%;  $\chi^2(1) = 3.95$ ;  $p < .05$ ). Bij 4.9% werden gevoelens van **leegheid** vermeld en 3.1% van de patiënten meldde gevoelens van **schuld en schaamte**. 7.8% van de patiënten voelden zich **angstig en/of onrustig**. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (11.5%), **rustig** (2.8%), of **emotioneel** voelden (6.6%).

Fig. 18: Gevoelens bij aanmelding bij personen met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024



### MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 254)

Omdat een sterke mate van hopeloosheid samenhangt met een verhoogd risico op herhaald suïcidaal gedrag, bevroegen de hulpverleners bij personen met suïcidale gedachten telkens ook hun verwachtingen over de eigen toekomst. Deze gevoelens werden door de hulpverleners achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 37% zag de toekomst eerder **positief (hoopvol)** tegemoet, 41.7% uitte zich **ambivalent** en 21.3% zag de toekomst eerder **negatief (hopeloos)** tegemoet. Mannen uitte zich eerder (significant) hopeloos over de toekomst dan vrouwen (28.4% vs. 16.4%;  $\chi^2(1) = 5.24$ ; p < .05). Vrouwen uitte zich significant vaker hoopvol over de toekomst dan mannen (42.8% vs. 28.4%;  $\chi^2(1) = 5.38$ ; p < .05).

### SUÏCIDALITEIT (n= 416)

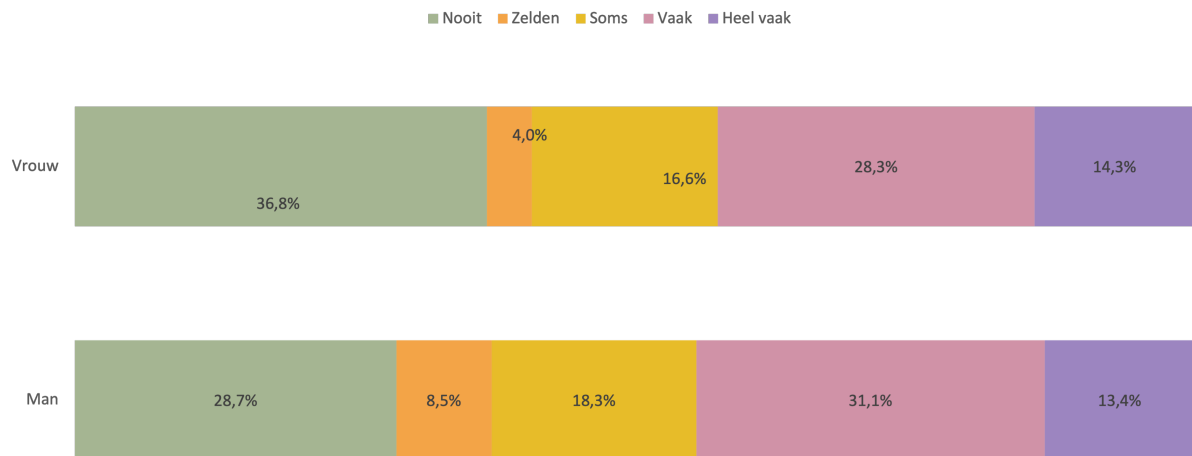
Wegens het onder andere snel fluctueren van suïcidale gedachten, het verband tussen de aanwezigheid van dergelijke gedachten en het verhoogde risico op overlijden door suïcide (22) en het feit dat suïcidale gedachten vaak niet spontaan worden gemeld, is het belangrijk om hier expliciet naar te vragen. Het bevragen van de suïcidale gedachten helpt zorgverleners om tot een gedegen risicoformulering te komen en kan bovendien bijdragen aan beslissingen over vervolgzorg of secundaire preventiemaatregelen zoals een gedwongen opname (22).

Het nagaan van suïcidale gedachten bij patiënten is dus van groot belang. Onderzoek toont aan dat patiënten die dergelijke gedachten uitte, een hoger risico lopen om te overlijden door suïcide. Om zicht te krijgen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten, werden in LOES een aantal vragen opgenomen die gebaseerd zijn op de *Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS)*. De resultaten van deze bevraging werd genoteerd bij 416 patiënten (= 58.3%).

Van deze groep gaf 58% aan **momenteel** aan zelfmoord te denken (mannen = 58%; vrouwen = 58.1%). Wanneer werd nagegaan **hoe vaak** men in de afgelopen maand aan zelfmoord had gedacht, gaf 66.7% van de personen met suïcidale gedachten aan dat ze de afgelopen maand

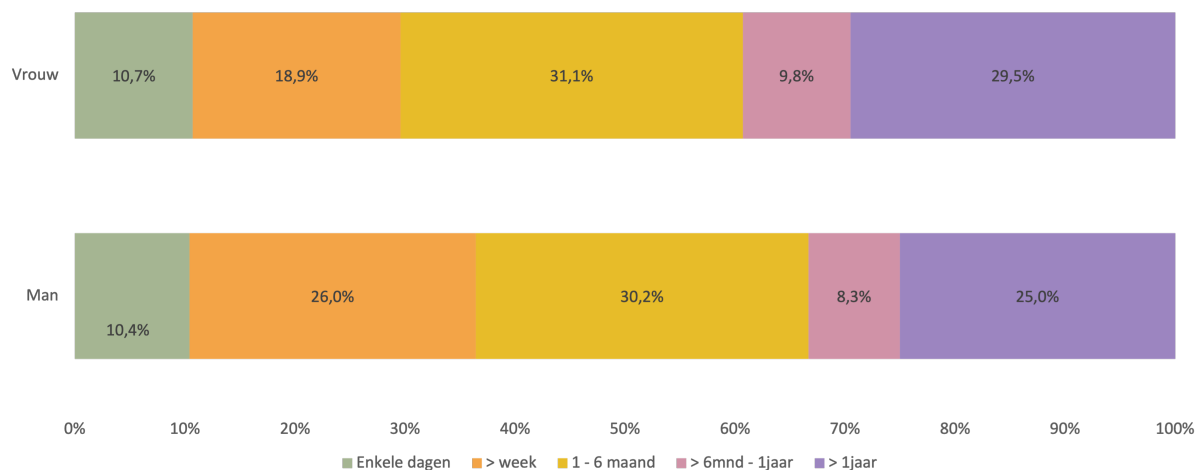
dergelijke gedachten hadden ervaren. Daarbij gaf 5.9% aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 17.6% soms, 29.8% vaak en 14% zelfs heel vaak

Fig. 19: SI “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



Wanneer er werd gepolst naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 10.6% aan dat dit sinds enkele dagen is, 22.3% meer dan een week, 30.8% gaf aan tussen de één en zes maanden, 9.4% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 27.2% gaf aan dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen mannen en vrouwen.

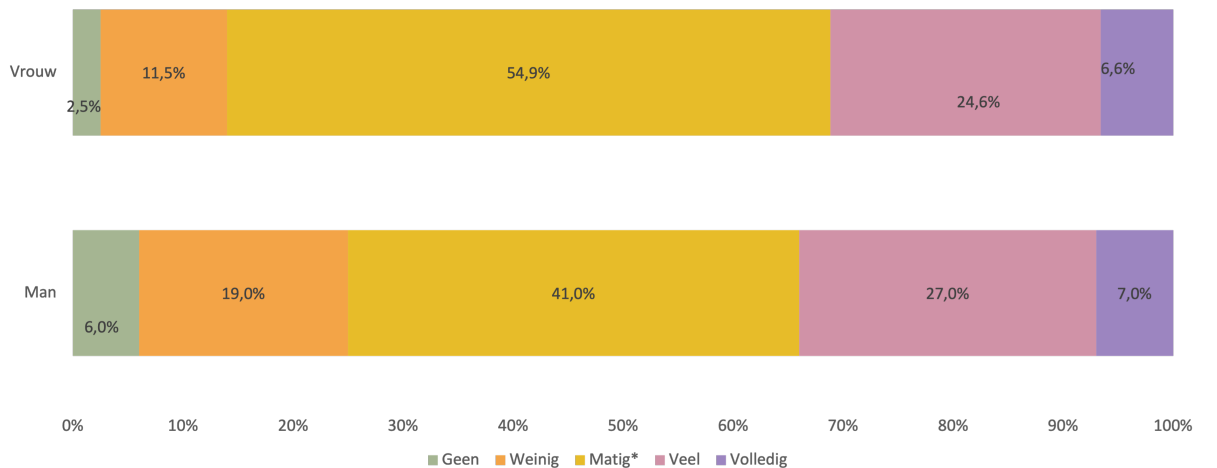
Fig. 20: SI “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



Suïcidale gedachten zijn vaak repetitief en moeilijk te beheersen (23), daarom werd er bij de personen nagegaan hoeveel **controle** men had over die gedachten de afgelopen maand: 14.5% had weinig controle, 48.6% matige controle, 25.6% had veel controle en tenslotte gaf 6.8% aan volledige controle te hebben over de zelfmoordgedachten. Vrouwen gaven

significant vaker aan dan mannen dat ze matige controle hadden over de gedachten (54.9% vs 41%;  $\chi^2(1) = 4.26$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 21: SI “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”



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

Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** (cfr. psychisch lijden, gekweld worden door deze gedachten) onder deze gedachten. Hierbij gaf 2.3% aan niet geleden te hebben onder deze gedachten, 8.2% gaf aan een beetje, 23.7% matig, 49.5% veel en 15.3% gaf aan heel veel te hebben geleden onder deze gedachten.

92.8% van de patiënten gaf aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **bepaalde in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten**, zoals het uitvoeren van huishoudelijke taken of activiteiten die werk gerelateerd zijn. 7.2% van de personen met suïcidale gedachten gaven aan hierdoor niet beperkt te zijn in hun activiteiten. Voor 14.8% van de patiënten was deze beperking een beetje aanwezig. Voor 34.4% van de patiënten had de aanwezigheid van zelfmoordgedachten een matige invloed op het dagelijks functioneren. 32.1% van de patiënten gaf aan dat de gedachten **veel** invloed hebben op het dagelijks functioneren en voor 11.5% van de patiënten had de aanwezigheid van deze gedachten **heel veel** invloed op hun dagelijks functioneren.

Fig. 22: SI “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

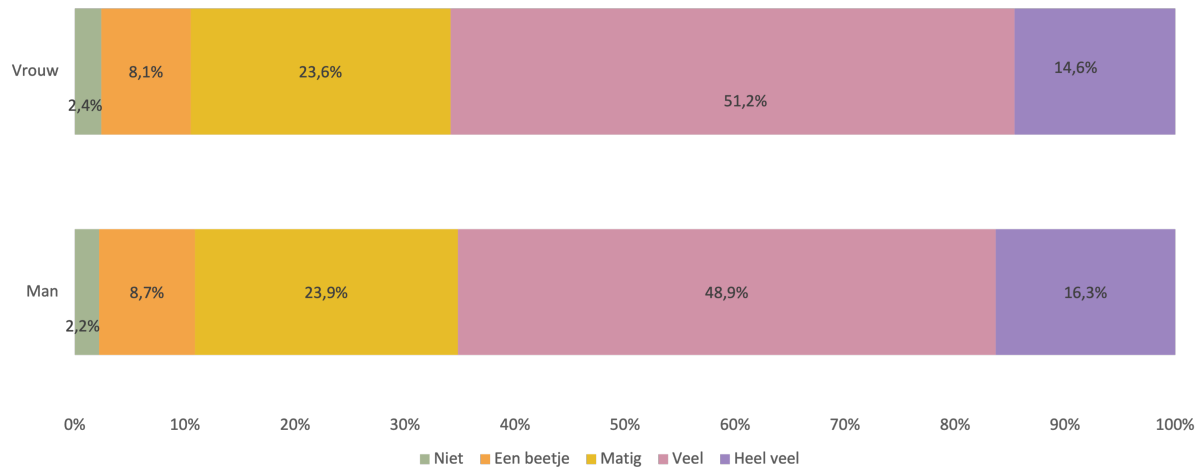
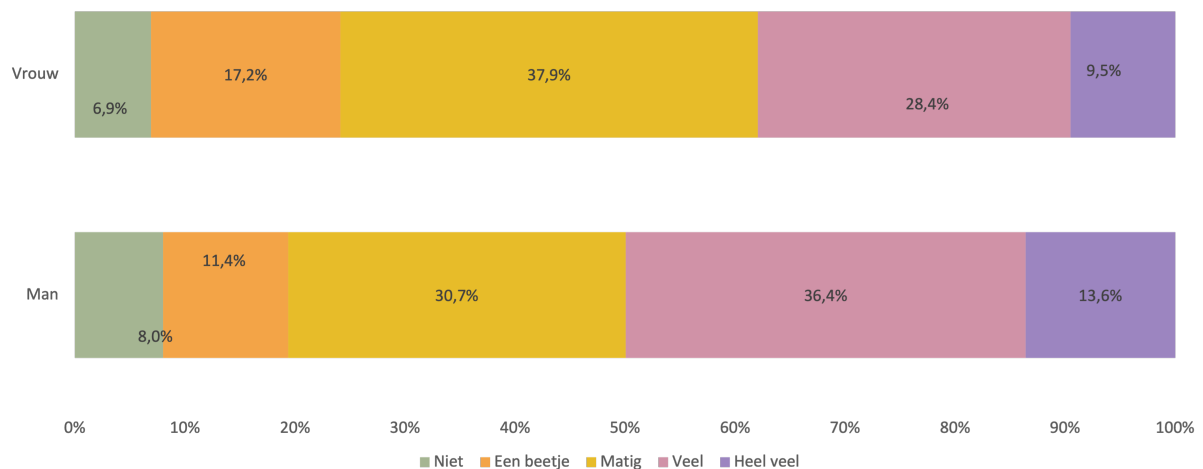
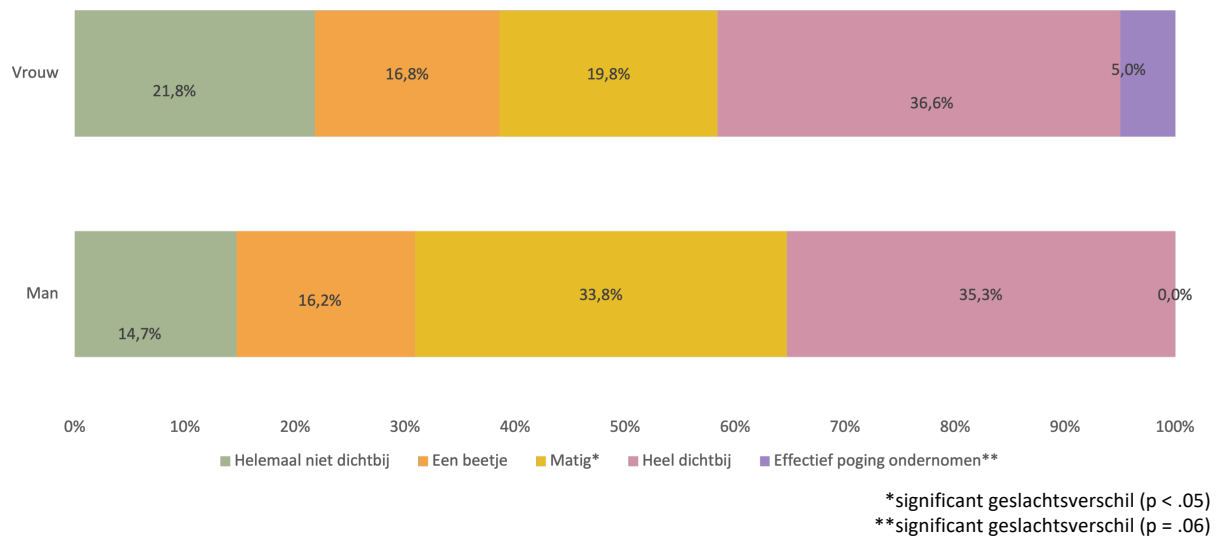


Fig. 23: SI “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



Aan personen die werden aangemeld met suicidale gedachten in de zorginstelling werd er gevraagd hoe dicht men de afgelopen maand is gekomen bij een zelfmoordpoging. 18.8% van de patiënten gaf aan helemaal **niet dicht** bij een zelfmoordpoging zijn gekomen. 16.6% gaf aan toch **een beetje** dicht bij het actief ondernemen van een zelfmoordpoging. 25.4% gaf aan **matig** (dit werd significant vaker door mannen dan vrouwen gerapporteerd 33.8% vs. 19.8%;  $\chi^2(1) = 4.21$ ;  $p < .05$ ) en 36.1% gaf aan **heel dicht** bij een zelfmoordpoging te zijn gekomen. 3% van de patiënten gaf aan **effectief** een poging te hebben ondernomen de afgelopen maand, dit werd randsignificant vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd (5% vs. 0.0%;  $\chi^2(1) = 3.47$ ;  $p = .06$ ).

Fig. 24: SI “Hoe dicht ben je de afgelopen maand gekomen bij een zelfmoordpoging?”



Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens de basisbevraging gaf 35.3% van deze patiënten aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 46.4% van de patiënten gaf aan **reeds nagedacht te hebben over de methode** die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 18.3% had de **details reeds uitgewerkt** en goed geformuleerd.

Van de patiënten die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 81.6% aan dat de middelen voorhanden zijn. 51.1% gaf aan dat ze nog **geen voorbereidingen** hadden getroffen, 30.2% gaf aan dat ze **nauwelijks of minimale voorbereiding** had genomen en 18.7% gaf aan al **uitvoerige voorbereidingen** hadden genomen.

## Ervaren problemen en motieven

### ERVAREN PROBLEMEN (n= 320)

Onderstaande figuur geeft per geslacht weer welke ervaren problemen de personen spontaan en expliciet rapporteerden.

#### o **Welzijn**

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (73.7%). De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen chronisch (31%), recent (5%) acuut (1.5%) aanwezig waren. Gevoelens van eenzaamheid (50.6%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/ gezondheidsproblemen werden herhaaldelijk spontaan gemeld (24.4%).

○ **Stresserende levensgebeurtenissen**

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Bij 47.3% werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Dit werd randsignificant vaker door vrouwen gerapporteerd dan door mannen (51.3% vs. 41.4%;  $\chi^2(1) = 3.02$ ;  $p = .08$ ). Bij 32.8% werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven en bij 16.3% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

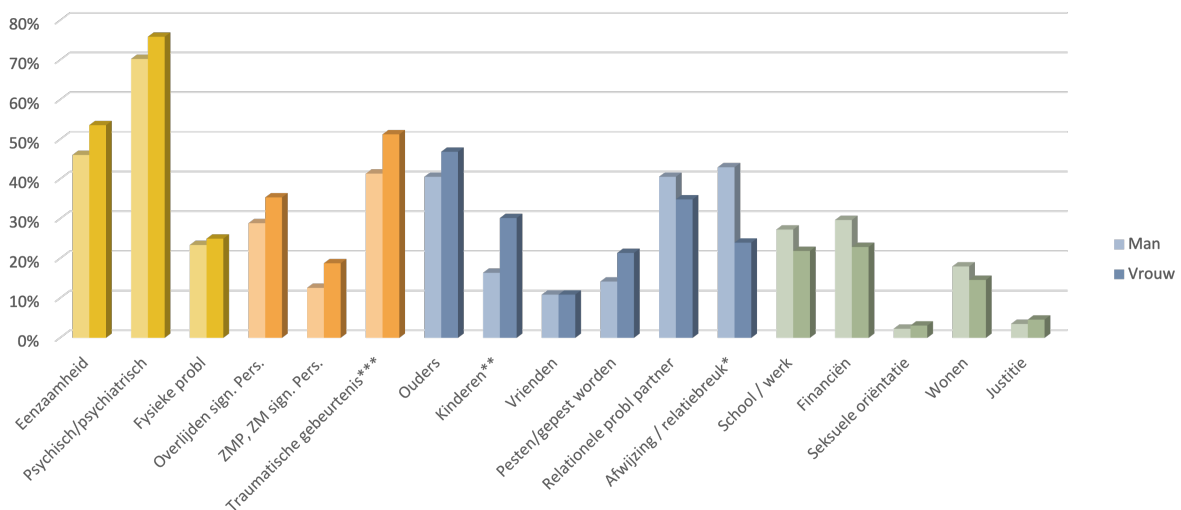
○ **Problemen in sociale relaties**

Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden problemen met de ouders (44.4%) en de partner het vaakst gerapporteerd (37.2%). Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (31.6%), dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen aangegeven (43.0% vs. 24.0%;  $\chi^2(1) = 12.85$ ;  $p < .001$ ). 24.7% van de personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten gaf aan problemen te ervaren met kinderen, dit werd significant vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd (30.2% vs. 16.4%;  $\chi^2(1) = 7.87$ ;  $p < .01$ ). Problemen met vrienden (10.9%) en problemen met pestgedrag werd door 18.5% van de patiënten gemeld.

○ **Stresserende levensomstandigheden**

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden financiële problemen (25.6%) en de aanwezigheid van problemen op het werk of op school het vaakst gemeld (24.1%). Het ervaren van woonproblemen werd door 15.9% van de patiënten gemeld en problemen met justitie en/of politie werd door 4.2% van de patiënten gemeld. Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 2.8% van de patiënten aangegeven.

Fig. 25: SI. Ervaren problemen per geslacht, 2024



lichte kleur = man; donkere kleur= vrouw

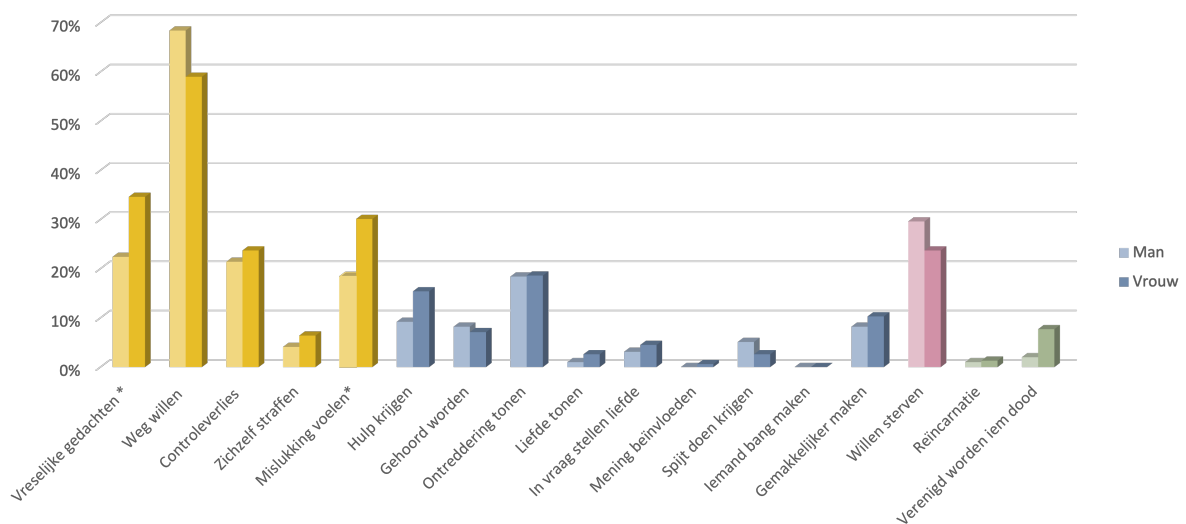
\*Significant verschil  $p < .001$ ; \*\* significant verschil  $p < .01$ ; \*\*\* randsignificant verschil  $p = .08$

## MOTIEVEN (n=254)

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de aanleiding van de suïcidale gedachten. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in de categorieën die in onderstaande figuur worden weergegeven.

De meest frequent gerapporteerde motieven waren 'Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie' (62.6%), 'Vreselijke gedachten' (29.9%), 'Ik wilde sterven' (26%), 'Mislukking voelen' (25.6%), 'Verloor de controle' (22.8%) en 'Hoe ontredderd ik was' (18.5%). Tenslotte werd ook 'Hulp krijgen' (13.2%) en 'Dingen gemakkelijker maken voor anderen' (10.4%) als motief gemeld. De motieven 'De gedachten waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn' en 'Ik heb het gevoel niet goed genoeg te zijn om iets waardevols te presteren, ik ben een mislukking' werd beiden significant vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd met respectievelijk (34.6% vs. 22.4%;  $\chi^2(1) = 4.25$ ;  $p < .05$ ) en (30.1% vs. 18.4%;  $\chi^2(1) = 4.37$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 26: Sl. motieven volgens geslacht, 2024



lichte kleur = man; donkere kleur= vrouw

\*Significant verschil  $p < .05$

## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n=387)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de patiënt gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men verdere begeleiding wenste (n= 319; 82.4%). 53 patiënten (13.7%) stonden eerder neutraal tegenover het volgen van verdere begeleiding, tenslotte gaf 3.9% van de patiënten aan dat ze geen verdere begeleiding wensden. Significant meer mannen dan vrouwen stonden eerder neutraal tegenover het volgen van verdere begeleiding (19.2% vs. 8.9%;  $\chi^2(1) = 8.45$ ;  $p < .01$ ). Significant meer vrouwen dan

mannen gaven aan open te staan voor verdere begeleiding (88.3% vs. 76%;  $\chi^2(1) = 9.85$ ;  $p < .01$ ).

### ZORGBEHOEFTE (n= 185)

Uit eerder onderzoek blijkt dat de zorgbehoeften van de patiënt niet altijd overeenkomen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Om de patiënt te kunnen engageren in het hulpaanbod is het echter zeer belangrijk beide visies op elkaar af te stemmen. Een expliciete bevraging van de zorgbehoeften van de patiënt is dus noodzakelijk.

Tijdens de verder verkenning van de suïcidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 185 patiënten geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als 'zorgbehoeften op vormelijk niveau'. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als 'zorgbehoeften op inhoudelijk niveau'.

22.3% van de patiënten formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 33.5% van de patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 30.9% louter een inhoudelijke. 13.3% van de patiënten formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 17.6% aan **ambulante begeleiding** te wensen en 25.0% wenste **residentiële begeleiding**. Ondersteuning door een **huisarts** werd door 0.5% van de personen gemeld. 4.8% van de personen met suïcidale gedachten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 33.5% duidelijke **intrapersoonlijke hulpbehoeften** (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie), **interpersoonlijke hulpbehoeften** (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner) werd door 1.6% van de personen gemeld. 3.2% van de patiënten wenste vooral **praktische ondersteuning** (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldden 9% van de patiënten geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar "**rust**" (al dan niet tijdens de verdere behandeling).

### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 366)

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag in de zorginstelling, zo volledig mogelijk te registreren. Meerdere opties kunnen hier worden aangevinkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulant zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 366 patiënten geregistreerd.

Bij zeven patiënten werd aangeduid dat er **geen zorgtraject** voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling. Bij vijf patiënten ging het om ontslag op advies en bij één patiënt ging het om terugkeer naar begeleidingsdienst.

Bij 34% van de patiënten werd een **ambulant zorgtraject** voorgesteld, dit werd significant vaker bij vrouwen dan bij mannen geadviseerd (39.1% vs. 27.6%;  $\chi^2(1) = 4.81$ ;  $p < .05$ ).

67.2% van de patiënten werd **residentieel behandeld** na hun aanmelding in de zorginstelling. 4.3% van de patiënten verbleven minstens één nacht op een **urgentiepsychiatrische** dienst. Geen enkele patiënt verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit of werd doorverwezen naar een jeugdpsychiatrische afdeling. 55.3% van de patiënten werden doorverwezen naar een **PAAZ afdeling**. Tenslotte werd 6.4% van de patiënten doorverwezen naar een **psychiatrisch ziekenhuis (PZ)**.

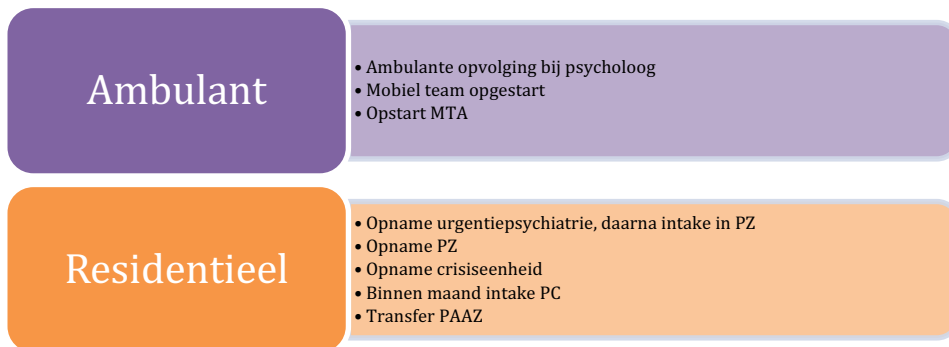
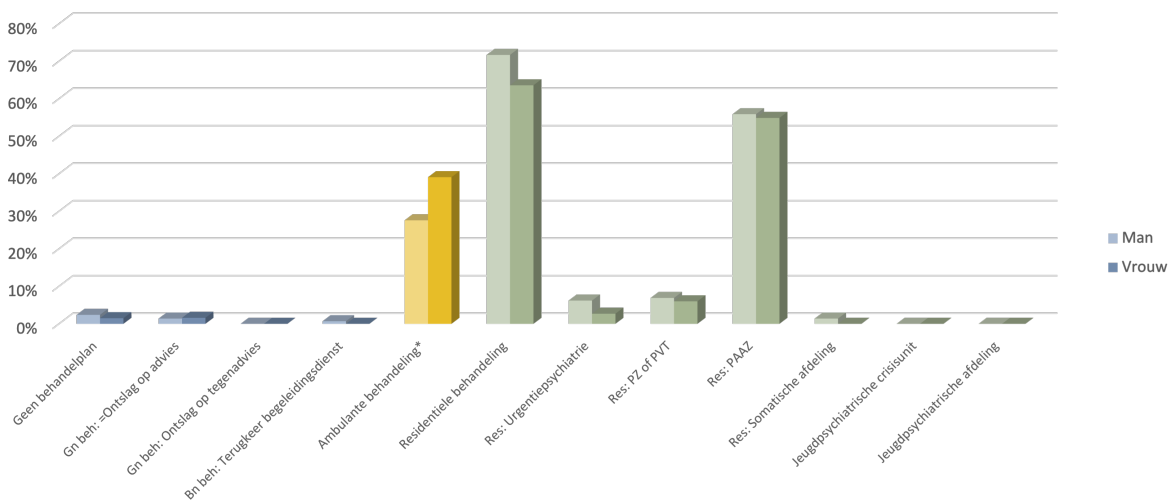


Fig. 27: Zorgtraject na ontslag zorginstelling bij patiënten met suïcidale gedachten per geslacht, 2024



zachte kleur = man; donkere kleur= vrouw

\*Significant verschil  $p < .05$

### 3.2.2 Aanmelding owv suïcidepoging (n=1278)

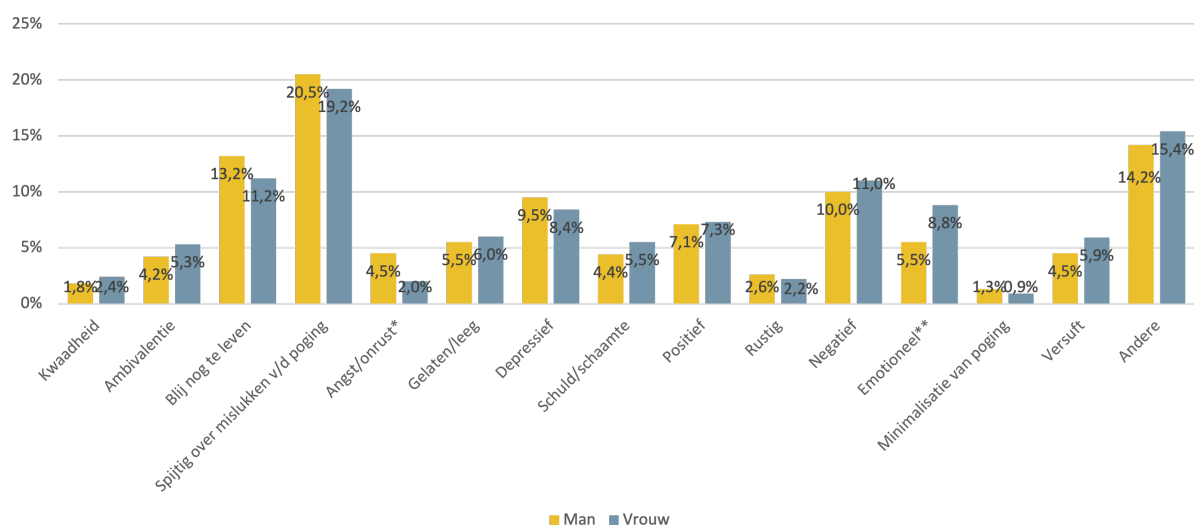
#### Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

##### GEVOELENS (n= 926)

Bij 926 personen werd door de hulpverleners nagegaan en opgeschreven hoe de persoon zich voelde kort na de suïcidepoging. Deze gevoelens werden door de onderzoekers gecodeerd in verschillende categorieën (zie onderstaande figuur). Bij 19.8% van de personen werd vermeld dat ze expliciet aangaven dat ze **spijt hadden dat de poging mislukt** was. 12% gaf expliciet aan **blij te zijn dat de poging mislukt** was. 10.6% van de personen gaven aan **negatieve gevoelens** te ervaren na de suïcidepoging. Bij 8.9% werden **depressieve gevoelens** vermeld, bij 2.2% overheerste **kwaadheid** en cynisme, bij 5.8% werden gevoelens van **leegheid** vermeld en 5.1% van de personen meldde gevoelens van **schuld en schaamte** over de poging. 3% van de personen waren **angstig** en onrustig. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (7.2%), **rustig** (2.4%), of **emotioneel** voelden (7.5%). 4.9% gaf **tegenstrijdige of ambivalente** gevoelens aan, 1.1% **minimaliseerde** de suïcidepoging en 5.3% voelde zich **versuft** of was te versuft om een juiste inschatting te maken van de emoties. Bij 14.9% was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën. In deze groep werden gevoelens van eenzaamheid of zich alleen voelen het vaakst gemeld.

Mannen rapporteerden na een suïcidepoging significant vaker dan vrouwen angstige gevoelens (4.5% vs 2.0%;  $\chi^2(1) = 4.62$ ;  $p < .05$ ). Vrouwen gaven randsignificant vaker aan dat ze emotioneel waren na de poging dan mannen (8.8% vs 5.5%;  $\chi^2(1) = 3.46$ ;  $p = .06$ ).

Fig. 28: Gevoelens na de poging, volgens geslacht, 2024



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

\*\*randsignificant geslachtsverschil ( $p = .06$ )

## MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 572)

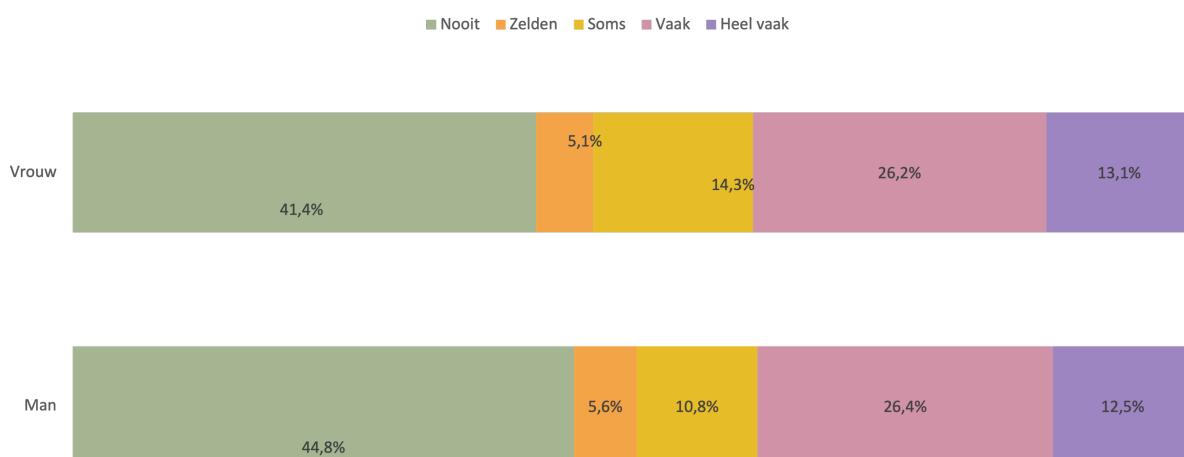
Omdat een hoge mate van hopeloosheid geassocieerd is met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag, gingen de hulpverleners bij de patiënten ook telkens de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst na. Ook deze gevoelens werden door de onderzoekers achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 44.9% uitte zich **ambivalent**, 28.7% zag de toekomst eerder **positief** tegemoet en 26.4% zag de toekomst eerder **negatief** tegemoet. Mannen gaven significant vaker aan dan vrouwen dat ze de toekomst hopeloos tegemoet zien (32.1% vs 22.4%;  $\chi^2(1) = 6.69$ ;  $p < .05$ ). Vrouwen uitte zich significant vaker ambivalent over de toekomst dan mannen (48.4% vs 40.1%;  $\chi^2(1) = 3.84$ ;  $p < .05$ ).

## SUÏCIDALITEIT (n= 932)

Het nagaan van de aanwezigheid van suïcidale gedachten bij personen is heel belangrijk, onderzoek toont namelijk aan dat personen die suïcidale gedachten uiten een hoger risico hebben om te overlijden door suïcide. Om zicht te krijgen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten werden een aantal vragen opgenomen in LOES die gebaseerd zijn op de SIDAS (*Suicidal Ideation Attributes Scale*). Het resultaat van deze bevraging werd genoteerd bij 932 patiënten (= 72.9%).

44.2% gaf aan momenteel (opnieuw) aan zelfmoord te denken (mannen = 44.8%; vrouwen = 43.8%). Wanneer er werd nagegaan **hoe vaak** men de afgelopen maand aan zelfmoord heeft gedacht, gaf 57.3% van de patiënten aan de afgelopen maand zelfmoordgedachten hebben gehad. 5.3% gaf aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 12.9% gaf aan soms, 26.3% vaak en 12.9% gaf zelfs aan heel vaak zelfmoordgedachten te hebben.

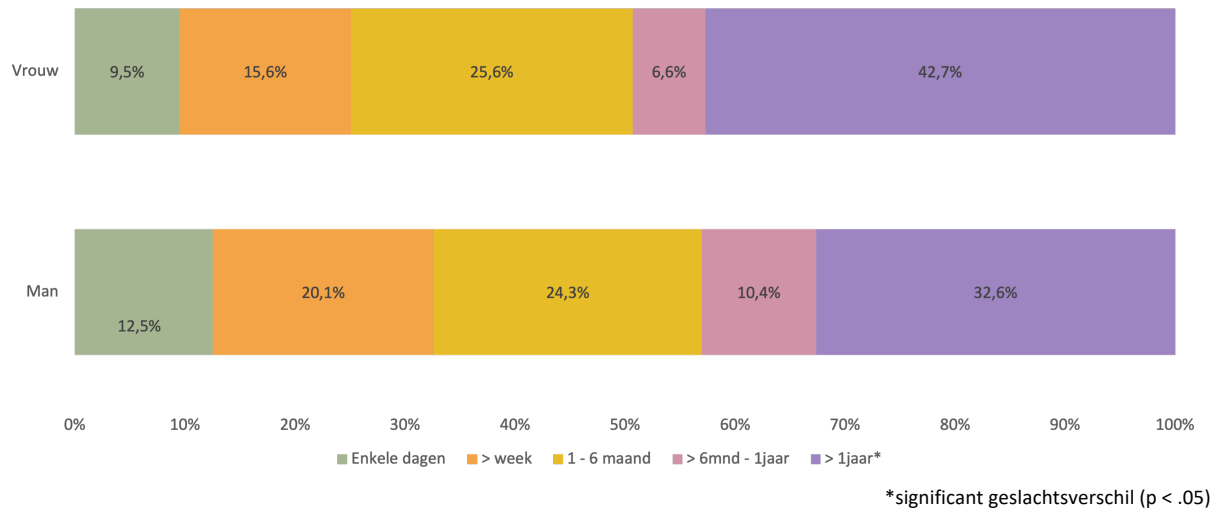
Fig. 29: SP “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



Wanneer er werd gepolst naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 10.7% aan dat dit sinds enkele dagen is, 17.5% meer dan een week, 25.1% gaf aan tussen de één en zes maanden, 8.2% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 38.6% gaf aan dat deze gedachten

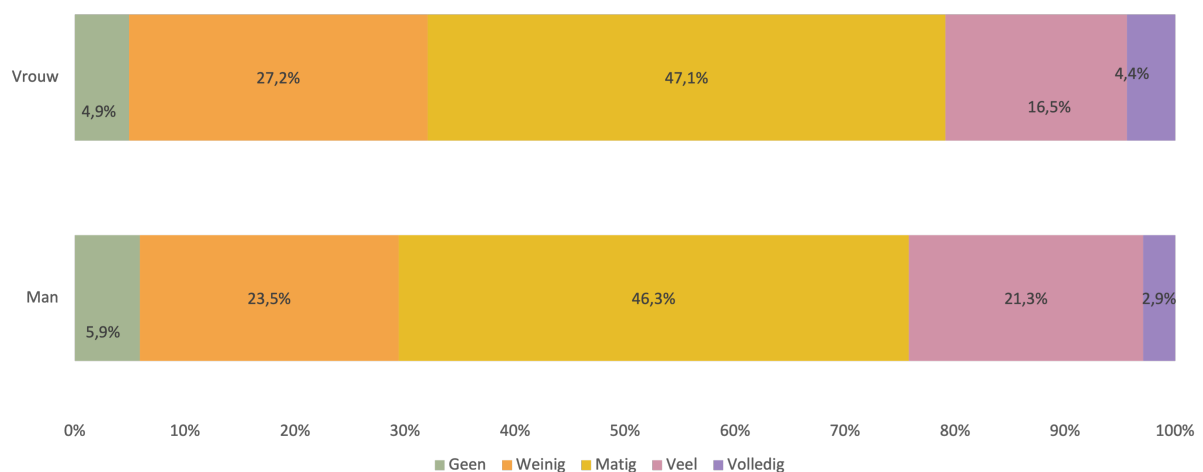
al meer dan één jaar aanwezig zijn. Vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan dat de gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn (42.7% vs 32.6%;  $\chi^2(1) = 3.62$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 30: SP “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



Hoeveel **controle** had je over die gedachten de afgelopen maand: 5.3% gaf aan geen controle te hebben over deze gedachten, 25.7% had weinig controle, 46.8% matig, 18.4% veel en tenslotte gaf 3.8% aan volledige controle te hebben over de zelfmoordgedachten.

Fig. 31: SP “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”



Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** onder deze gedachten. Hierbij gaf 3.4% aan niet geleden te hebben onder deze gedachten, 9.8% gaf aan een beetje, 21.1% matig, 46.8% veel en 19% gaf aan heel veel te hebben geleden onder deze gedachten. Vrouwen gaven significant vaker dan mannen aan dat de aanwezigheid van de gedachten een matig lijden veroorzaakt (24.6% vs 15.6%;  $\chi^2(1) = 3.79$ ;  $p < .05$ ). Mannen gaven significant vaker dan vrouwen om heel veel lijden te ervaren door de aanwezigheid van de gedachten (24.2% vs 15.6%;  $\chi^2(1) = 3.79$ ;  $p < .05$ ).

87.5% van de patiënten gaf aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **beperkte** in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Voor 16.8% van de patiënten was deze beperking een beetje aanwezig, voor 27.6% was dit matig, voor 33.2% was dit veel en voor 9.9% was dit eerder heel veel.

Fig. 32: SP “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

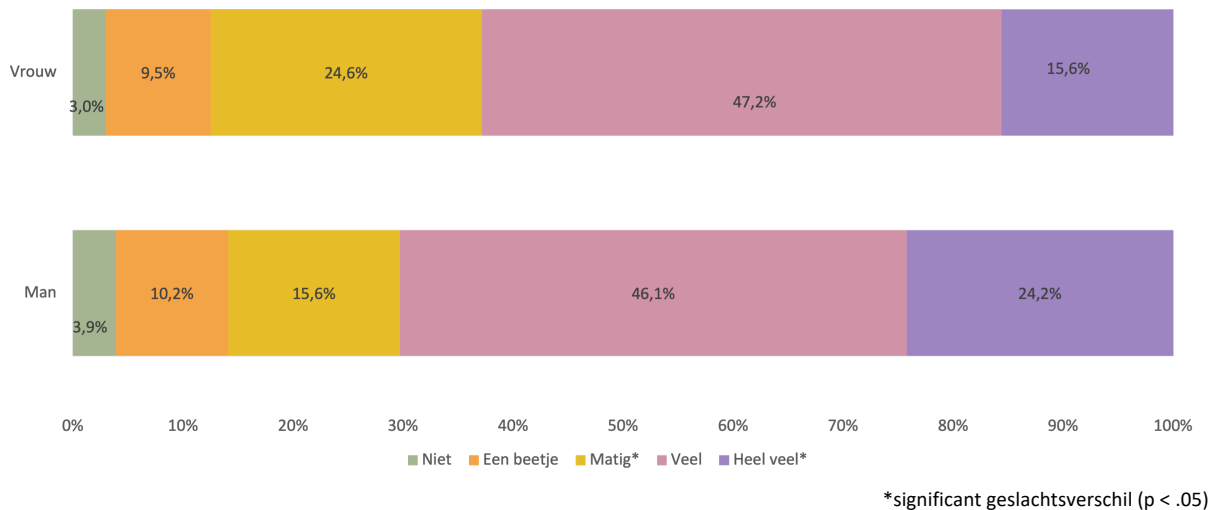
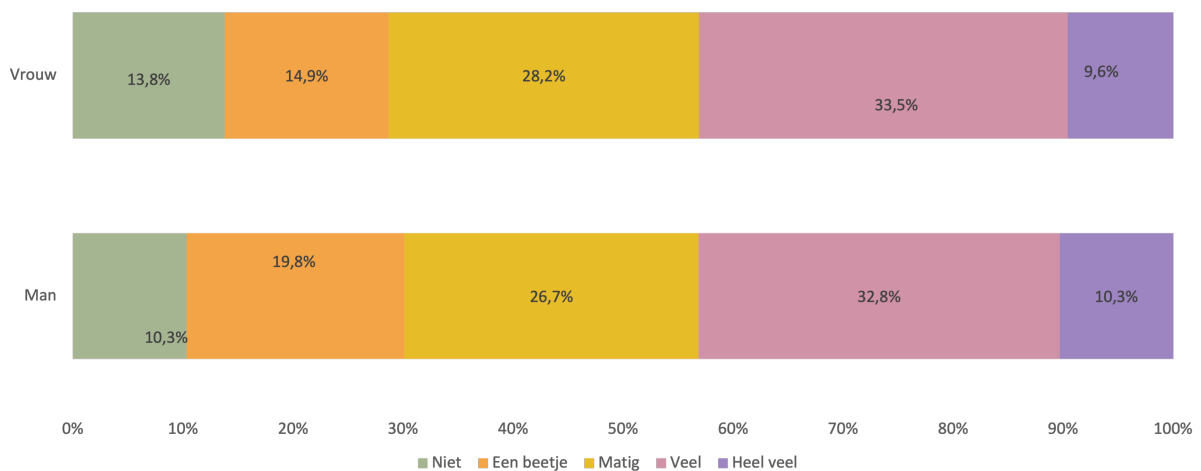


Fig. 33: SP “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



Bij personen die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens de basisbevraging gaf 55.8% van deze personen aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 30.5% van de patiënten gaf aan **reeds nagedacht** te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 13.7% had **de details reeds uitgewerkt** en goed geformuleerd.

Van de patiënten die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 76.4% aan dat de middelen voorhanden zijn. 50% gaf aan dat ze nog geen voorbereidingen hadden getroffen, 32.1% had nauwelijks of minimale

voorbereidingen getroffen en 17.9% gaf aan dat ze al uitvoerige voorbereidingen hadden genomen.

## Ervaren problemen en motieven

### ERVAREN PROBLEMEN (n= 634)

Onderstaande figuur geeft per geslacht weer welke ervaren problemen de patiënten die na een suïcidepoging zijn aangemeld spontaan en expliciet rapporteerden.

#### ○ Welzijn

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (71%). De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (43.6%), maanden (9.3%) of weken (4.4%) aanwezig waren. Significant meer vrouwen rapporteerden psychische klachten of psychiatrische symptomen dan mannen (74.1% vs. 66.7%;  $\chi^2(1) = 4.16$ ;  $p < .05$ ). Gevoelens van eenzaamheid werd herhaaldelijk spontaan gemeld (50.9%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/ gezondheidsproblemen werden gemeld (28.1%).

#### ○ Stresserende levensgebeurtenissen

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Bij 35.1% werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. De aanwezigheid van een traumatische gebeurtenis werd significant vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd (42.3% vs 25.1%;  $\chi^2(1) = 20.19$ ;  $p < .001$ ). Bij 27.8% werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven en bij 14.5% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

#### ○ Problemen in sociale relaties

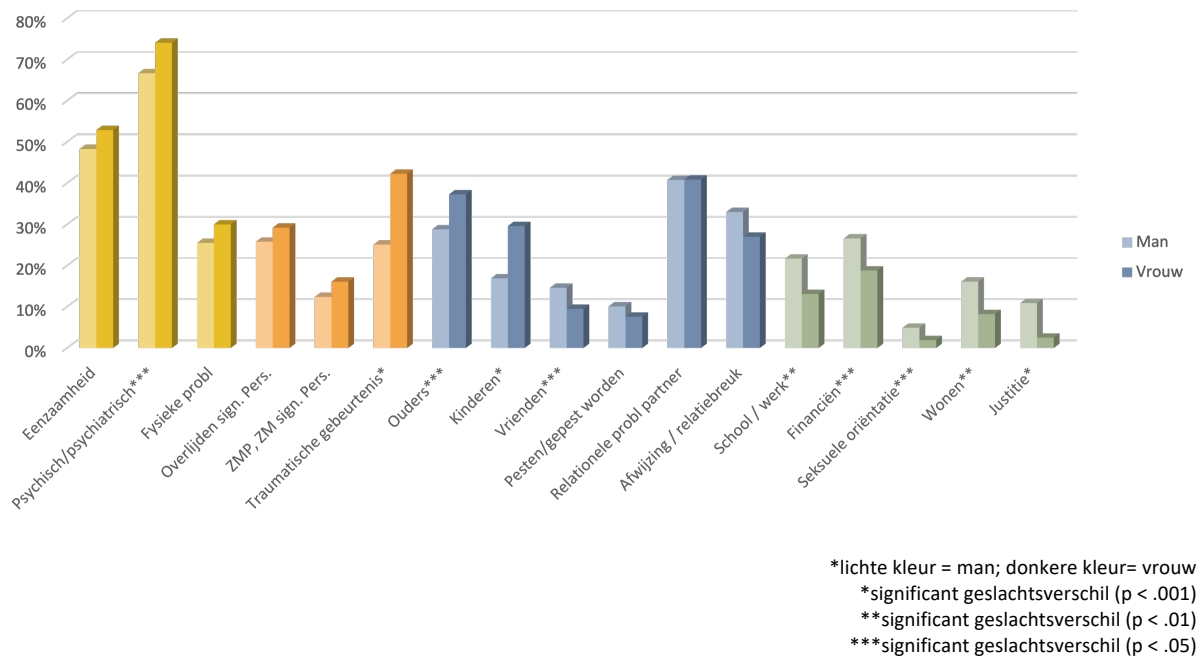
Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden problemen met de partner (40.9%) en de ouders het vaakst gerapporteerd (33.8%). Problemen met ouders werd significant vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd (37.3% vs 28.8%;  $\chi^2(1) = 4.98$ ;  $p < .05$ ). Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (29.5%). Problemen met kinderen (24.3%), problemen met vrienden (11.7%) en problemen met pestgedrag werd door 8.7% van de personen gemeld. Vrouwen rapporteerden significant vaker problemen met kinderen dan mannen (29.6% vs 16.9%;  $\chi^2(1) = 13.73$ ;  $p < .001$ ) en mannen rapporteerden significant vaker problemen met vrienden dan vrouwen (14.6% vs 9.5%;  $\chi^2(1) = 3.85$ ;  $p < .05$ ).

#### ○ Stresserende levensomstandigheden

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden financiële problemen (22.1%) en de aanwezigheid van problemen op het werk of op school het vaakst gemeld (16.7%). Financiële problemen werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gerapporteerd (26.6% vs. 18.8%;  $\chi^2(1) = 5.45$ ;  $p < .05$ ) eveneens het ervaren van problemen op het werk (school) werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gerapporteerd (21.7% vs.

13.1%;  $\chi^2(1) = 8.29$ ;  $p < .01$ ). 11.5% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging rapporteerden woonproblemen, dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gerapporteerd (16.1% vs. 8.2%;  $\chi^2(1) = 9.54$ ;  $p < .01$ ). Problemen met justitie en/of politie werden door 6.1% van de personen gemeld, dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gemeld (10.9% vs. 2.5%;  $\chi^2(1) = 19.06$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 3.2% van de patiënten aangegeven, dit werd significant vaker door mannen dan door vrouwen gemeld (4.9% vs. 1.9%;  $\chi^2(1) = 4.44$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 34: SP. Ervaren problemen per geslacht, 2024



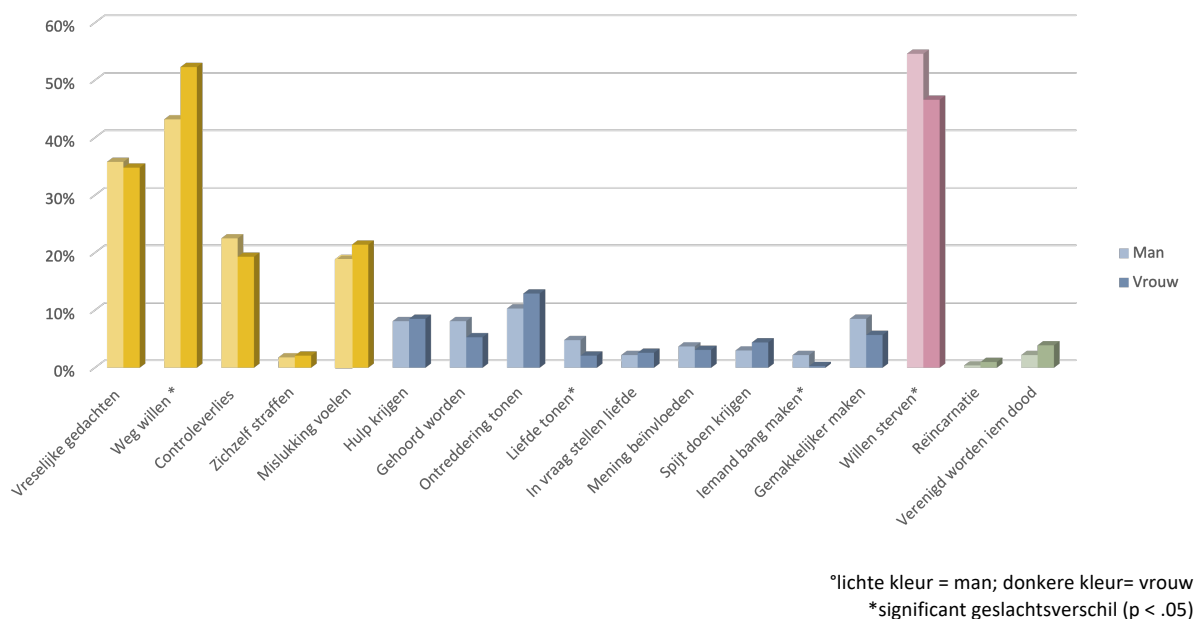
## MOTIEVEN (n= 659)

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 de categorieën die in onderstaande figuur worden weergegeven.

De meest frequent gerapporteerde motieven waren “Ik wilde sterven” (49.9%) en “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (48.6%). “Ik wilde sterven” werd significant vaker gemeld door mannen dan door vrouwen (54.6% vs 46.6%;  $\chi^2(1) = 4.05$ ;  $p < .05$ ) en “Weg willen uit een onmogelijke situatie” werd significant vaker gemeld door vrouwen dan door mannen (52.3% vs 43.2%;  $\chi^2(1) = 5.34$ ;  $p < .05$ ). Eveneens “Vreselijke gedachten” (35.2%), “Mislukking voelen” (20.3%), “Verloor de controle” (20.6%) en “Hoe ontredderd ik was” (11.8%). Tenslotte werd ook “Gehoord worden” (6.4), “Mezelf straffen” (2.0%) en “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (3.8%) als motief gemeld. 6.8% van de personen rapporteerden “Dingen gemakkelijker maken voor anderen” als motief. Andere motieven die werden gemeld waren “Hulp krijgen” (8.3%), “Laten zien hoeveel ik van iemand hield” (3.2%),

“Weten of iemand van me houdt?” (2.4%), “Proberen iemand zijn mening te beïnvloeden of te veranderen” (3.3%) of “Iemand bang maken, wraak nemen op iemand” (1.1%). Het motief “Laten zien hoeveel ik van iemand hield” werd significant vaker door mannen gemeld dan door vrouwen (4.8% vs 2.1%;  $\chi^2(1) = 3.87$ ;  $p < .05$ ) en “Iemand bang maken werd eveneens significant vaker als motief gemeld door mannen dan door vrouwen (2.2% vs 0.3%;  $\chi^2(1) = 5.81$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 35: SP. Motieven volgens geslacht, 2024

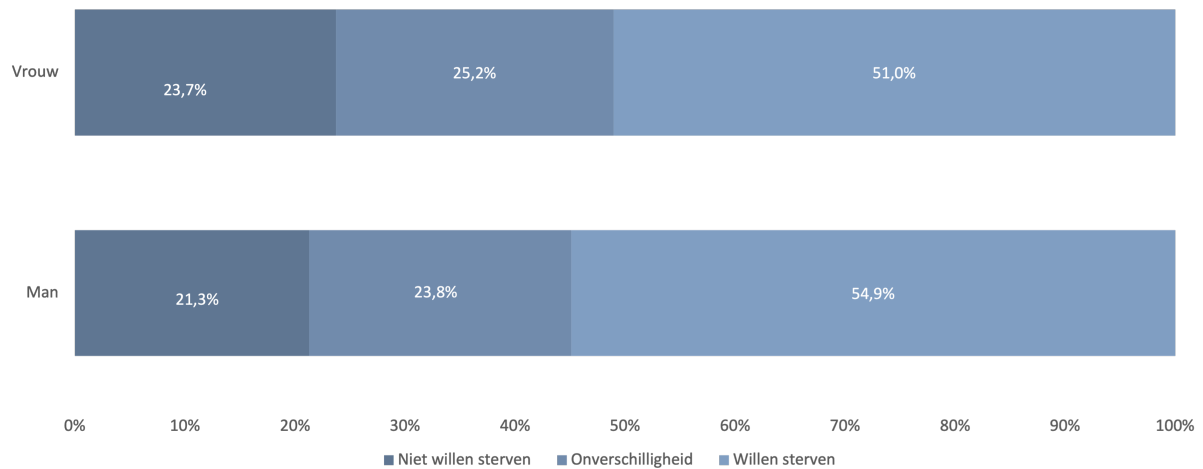


## Suïcidale intentie

De suïcidale intentie ( $n = 613$ ), de mate waarin de patiënt wenste te sterven op het moment van de poging, 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. Voor de mannen en de vrouwen was de mediaanscore respectievelijk 5 en 4. Op basis van de vastgelegde cut-offs voor mannen en voor vrouwen, was bij 51% van de mannen en 28.8% van de vrouwen sprake van hoge suïcidale intentie. Dit betreft een significant verschil ( $\chi^2(1) = 31.18$ ;  $p < .001$ )

Aanvullend op de ‘omstandigheden schaal’ werd ook één item uit de ‘zelf-rapportage schaal’ van de SIS bevraagd, om een inschatting te kunnen maken betreffende de ervaren ambivalentie ten opzichte van het leven tijdens de suïcidepoging. 52.6% van de patiënten gaf expliciet aan te willen sterven, ongeveer hetzelfde percentage als het cijfer dat gerapporteerd werd bij “ik wilde sterven” als motief in voorgaande paragraaf (49.9%). 24.7% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 22.7% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven.

Fig. 36: Ambivalentie tov het leven per geslacht, 2024



## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n = 802)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de persoon gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf meer dan de helft aan dat men verdere begeleiding wenste (n= 469; 57.9%). 266 personen (33%) stonden eerder neutraal tegenover het volgen van verdere begeleiding, tenslotte gaf 9.1% van de personen aan dat ze geen verdere begeleiding wensden.

### ZORGBEHOEFTE (n = 336)

Uit eerder onderzoek blijkt dat de zorgbehoeften van de patiënt niet altijd overeenkomen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Om de patiënt te kunnen engageren in het hulpaanbod is het echter zeer belangrijk beide visies op elkaar af te stemmen. Een expliciete bevraging van de zorgbehoeften van de patiënt is dus noodzakelijk.

Tijdens de verder verkenning van de suicidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 336 personen geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de persoon verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als "zorgbehoeften op vormelijk niveau". Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de persoon wenste te werken, werd dit geregistreerd als "zorgbehoeften op inhoudelijk niveau".

28.0% van de personen formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 39% van de personen werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 22.6% louter een inhoudelijke. 10.4% van de patiënten formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de personen bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 17.3% aan ambulante begeleiding te wensen. 25.6% wenste residentiële begeleiding en 0.3% wenste ondersteuning door een huisarts. 6.5% van de personen was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.

Van de personen die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 23.5% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 2.4% interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). 2.4% van de personen wenste vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldden 7.7% van de personen geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” (al dan niet tijdens de verdere behandeling).

### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 691)

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de persoon na een suïcidepoging zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag in de zorginstelling, zo volledig mogelijk te registreren. Meerdere opties kunnen hier worden aangevinkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulant zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 691 personen geregistreerd.

Bij 3.2% van de patiënten werd aangeduid dat er geen zorgtraject voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling. Bij 2.5% ging het om ontslag op advies, bij 0.5% om ontslag op tegenadvies en 0.2% van de patiënten keerde terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis).

Bij 21.5% van de patiënten werd een ambulant zorgtraject voorgesteld.

75.7% van de personen werd residentieel behandeld na hun aanmelding in de zorginstelling. 4.9% van de personen verbleven op een somatische afdeling na de suïcidepoging. 31.2% van de personen verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst. 33.3% van de personen werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling en 7.9% van de personen werden doorverwezen naar een PZ.

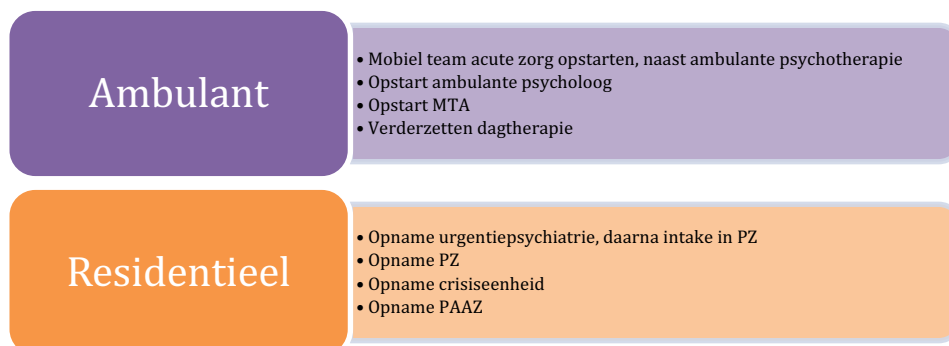
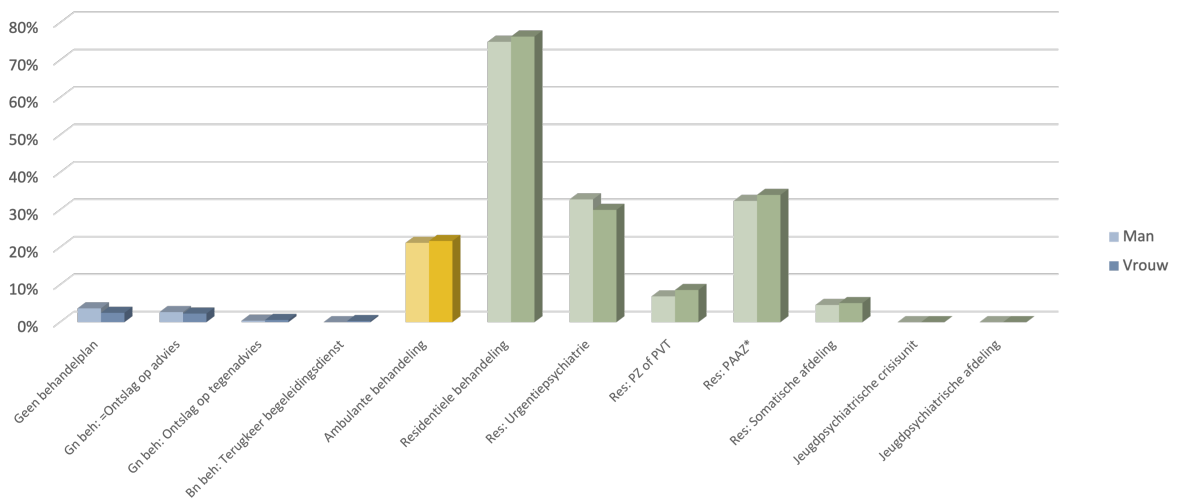


Fig. 37: Zorgtraject na ontslag zorginstelling per geslacht, 2024



\*\*lichte kleur = man; donkere kleur= vrouw

### 3. Personen met suïcidale gedachten vs. personen na een poging (n=2019)

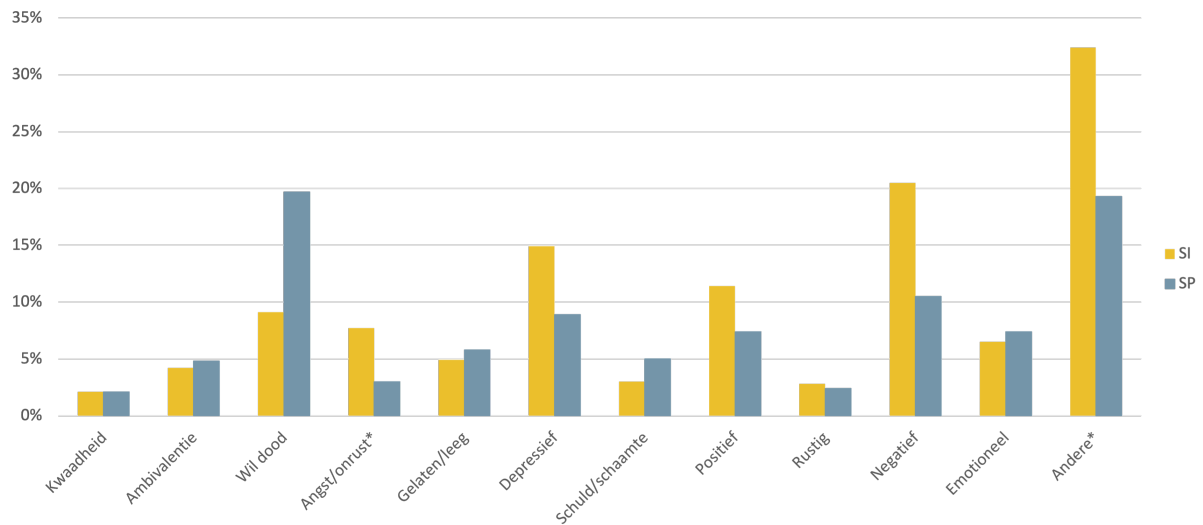
In het laatste deel van dit hoofdstuk worden een aantal gebeurtenisgerelateerde variabelen vergeleken tussen personen met suïcidale gedachten en personen die werden aangemeld na een suïcidepoging.

#### Gevoelens en suïcidaliteit bij aanmelding

##### GEVOELEN (n = 1362)

Bij 1362 personen werd door de hulpverleners nagegaan en opgeschreven hoe de patiënt zich voelde kort na de aanmelding. Bij 16.4% van de patiënten werd vermeld dat ze expliciet aangaven een **doodswens** te hebben, dit werd significant vaker bij personen na een suïcidepoging gemeld dan bij mensen met suïcidale gedachten (19.7% vs 9.1%;  $\chi^2(1) = 24.48$ ;  $p < .001$ ). 13.7% van de personen gaf aan **negatieve gevoelens** te ervaren, dit werd significant vaker bij personen met suïcidale gedachten gemeld dan bij personen na een suïcidepoging (20.5% vs 10.5%;  $\chi^2(1) = 24.71$ ;  $p < .001$ ). 10.8% rapporteerde **depressieve gevoelens**, dit werd significant vaker bij personen met suïcidale gedachten gemeld dan bij personen na een suïcidepoging (14.9% vs 8.9%;  $\chi^2(1) = 10.92$ ;  $p < .001$ ). Bij 5.5% werden gevoelens van **leegheid** vermeld en 4.4% van de patiënten meldde gevoelens van **schuld en schaamte**. 4.5% van de patiënten voelden zich **angstig en/of onrustig**, dit werd significant vaker gemeld bij personen met suïcidale gedachten ten opzichte van personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (7.7% vs 3%;  $\chi^2(1) = 15.08$ ;  $p < .001$ ). 4.6% van de personen rapporteerden ambivalente gevoelens. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (8.7%), **rustig** (2.5%), **kwaad** (2.1%), of **emotioneel** voelden (7.1%). Bij 16.7% was het onmogelijk om de gerapporteerde emoties onder te brengen in bovengenoemde categorieën. In deze groep werden gevoelens van eenzaamheid of zich alleen voelen het vaakst gemeld. Dit werd significant vaker gerapporteerd bij personen met suïcidale gedachten tegenover personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (20.2% vs 15%;  $\chi^2(1) = 5.71$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 38: Gevoelens SI vs SP, 2024

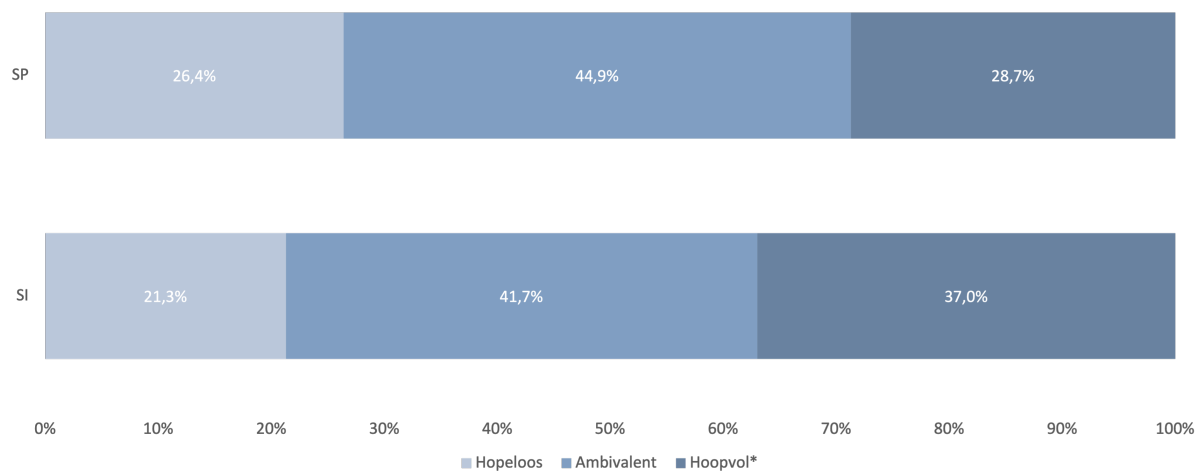


\*significant verschil tussen SI en SP (p < .05)  
 \*\*significant verschil tussen SI en SP (p < .001)  
 \*\*\* randsignificant verschil tussen SI en SP (p = .05)

MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 826)

Omdat een hoge mate van hopeloosheid geassocieerd is met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag, gingen de hulpverleners bij de patiënten ook telkens de verwachtingen omtrent hun eigen toekomst na. Ook deze gevoelens werden door de hulpverleners achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 43.9% uitte zich **ambivalent**, 31.2% zag de toekomst eerder **positief** tegemoet en 24.8% zag de toekomst eerder **negatief** tegemoet. Personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaven significant vaker aan de toekomst positief tegemoet te zien tegenover personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (37% vs 28.7%;  $\chi^2(1) = 5.69$ ; p < .05).

Fig. 39: Mate van hopeloosheid SI vs. SP, 2024



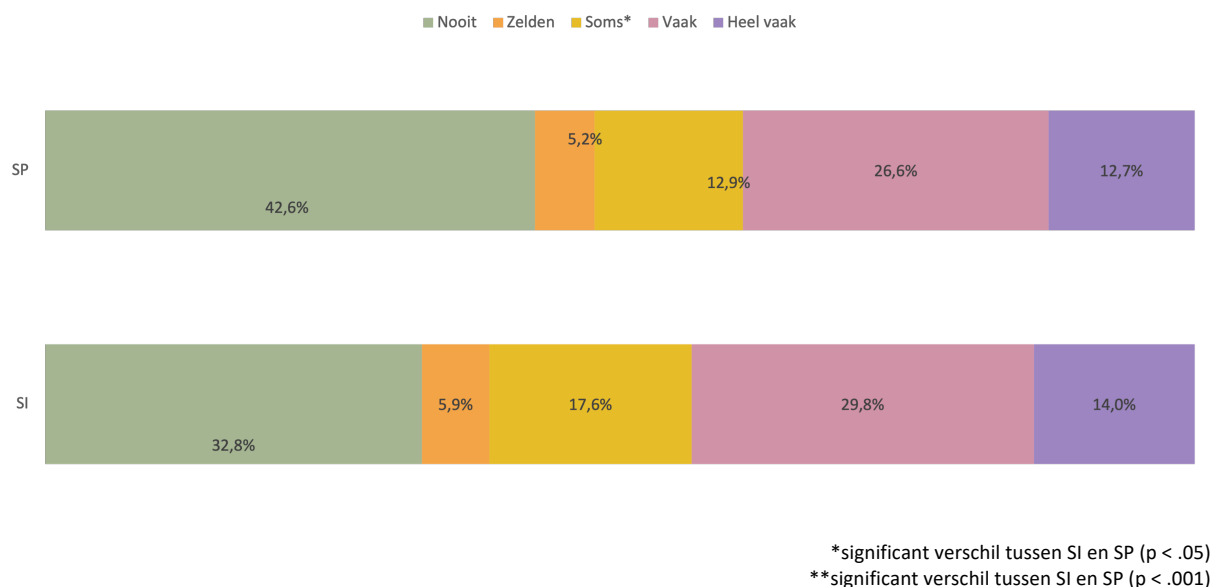
\*significant verschil tussen SI en SP (p < .05)

## SUÏCIDALITEIT (n = 1348)

Het nagaan van de aanwezigheid van suïcidale gedachten bij patiënten is heel belangrijk, onderzoek toont namelijk aan dat personen die suïcidale gedachten uiten een hoger risico hebben om te overlijden door suïcide. Om zicht te krijgen op de aanwezigheid van suïcidale gedachten werden een aantal vragen opgenomen in LOES die gebaseerd zijn op de SIDAS (*Suicidal Ideation Attributes Scale*). Het resultaat van deze bevraging werd genoteerd bij 1348 patiënten (= 66.8%).

48.4% gaf aan **momenteel** (opnieuw) aan zelfmoord te denken (SI = 57.9%; SP = 44.2%;  $\chi^2(1) = 21.70$ ;  $p < .001$ ). Wanneer er werd nagegaan **hoe vaak** men de afgelopen maand aan zelfmoord heeft gedacht, gaven 60.8% van de patiënten aan de afgelopen maand aan zelfmoord gedacht te hebben. Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging de afgelopen maand zelfmoordgedachten te hebben gehad (67.2% vs 57.4%;  $\chi^2(1) = 10.25$ ;  $p < .001$ ). Van deze groep gaf 5.4% aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 14.5% gaf aan soms, 27.7% vaak en 13.2% gaf aan heel vaak zelfmoordgedachten te hebben. Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging soms zelfmoordgedachten te hebben (17.6% vs. 12.9%;  $\chi^2(1) = 4.51$ ;  $p < .05$ ).

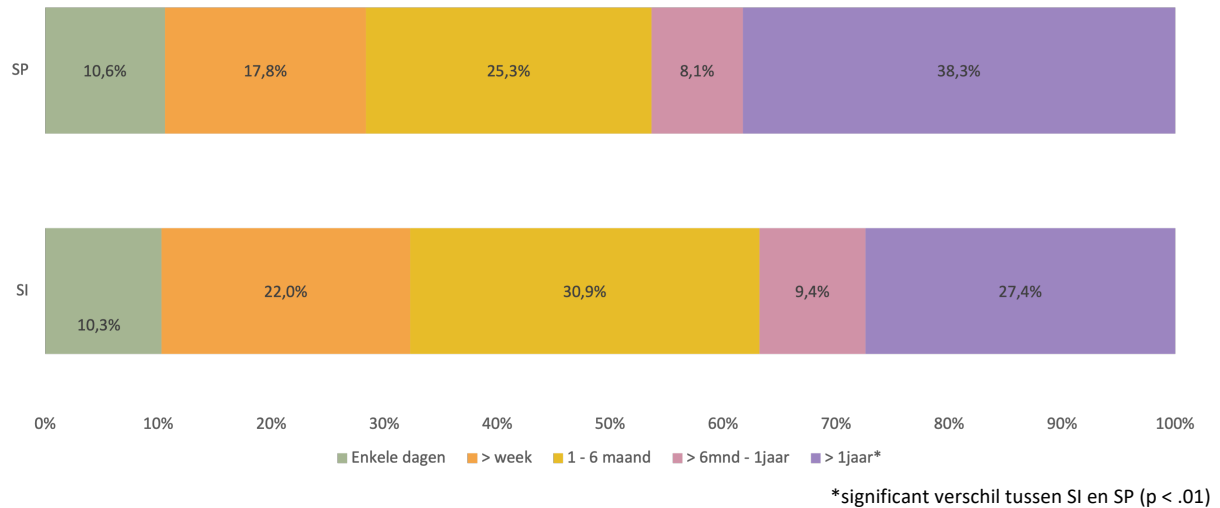
Fig. 40: SI vs SP “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



Wanneer er werd gepeild naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 10.5% aan dat dit sinds enkele dagen is, 19.4% meer dan een week, 27.4% gaf aan tussen de één en zes maanden, 8.6% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 34.1% gaf aan dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn. Personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale

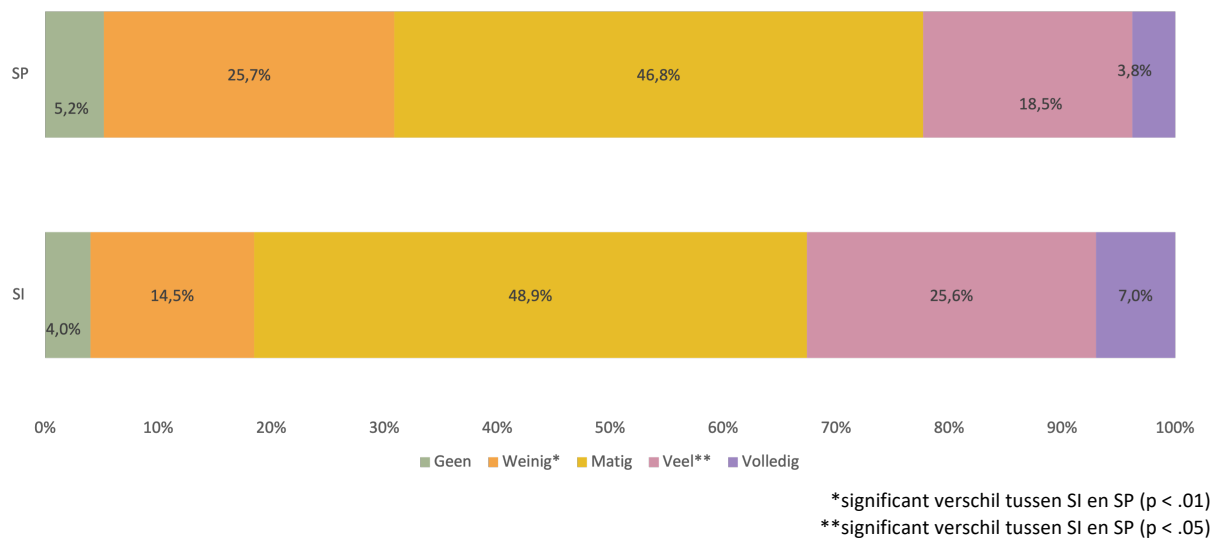
gedachten dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn (38.3% vs 27.4%;  $\chi^2(1) = 7.38$ ;  $p < .01$ ).

Fig. 41: SI vs SP “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



Hoeveel **controle** had je over die gedachten de afgelopen maand: 4.7% gaf aan geen controle te hebben over deze gedachten, 21.3% had weinig controle, 47.6% matig, 21.3% veel en tenslotte gaf 5.1% aan volledige controle te hebben over de zelfmoordgedachten. Personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan weinig controle te hebben over de gedachten t.o.v. personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten (25.7% vs. 14.5%;  $\chi^2(1) = 10.23$ ;  $p < .01$ ). Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten gaven significant vaker aan veel controle te hebben over de gedachten t.o.v. personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (25.6% vs. 18.5%;  $\chi^2(1) = 4.07$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 42: SI vs. SP “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”



Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** onder deze gedachten. Hierbij gaf 2.9% aan niet geleden te hebben onder deze gedachten, 9.1% gaf aan een beetje, 22.5% matig, 48% veel en 17.6% gaf aan heel veel te hebben geleden onder deze gedachten.

89.6% van de patiënten gaf aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **bepaalde** in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Voor 15.8% van de patiënten was deze beperking een beetje aanwezig, voor 30.5% was dit matig, voor 32.8% was dit veel en voor 10.4% was dit eerder heel veel. Personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten dat hun dagelijkse activiteiten niet beperkt werden door de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten (12.6% vs 7.2%;  $\chi^2(1) = 3.96$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 43: SI vs. SP “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

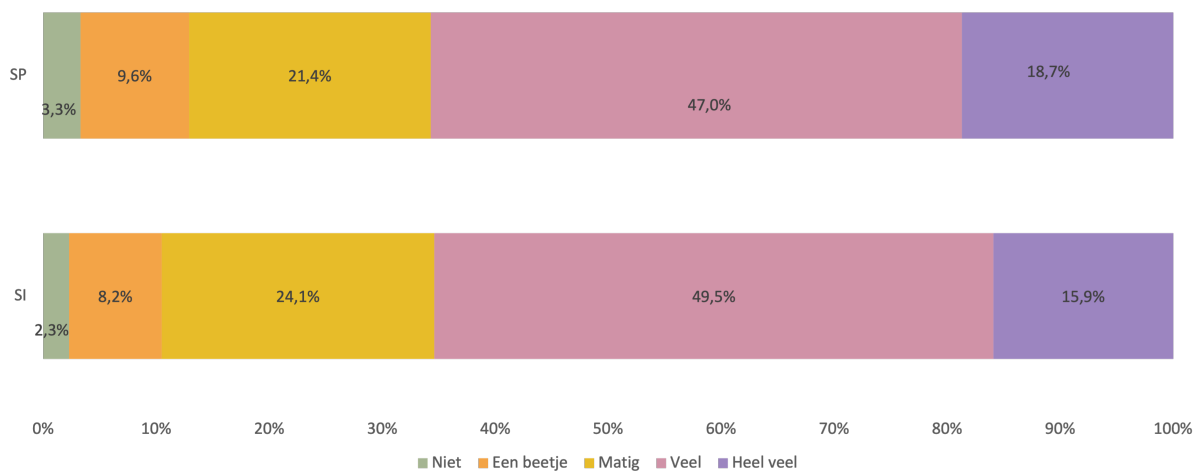
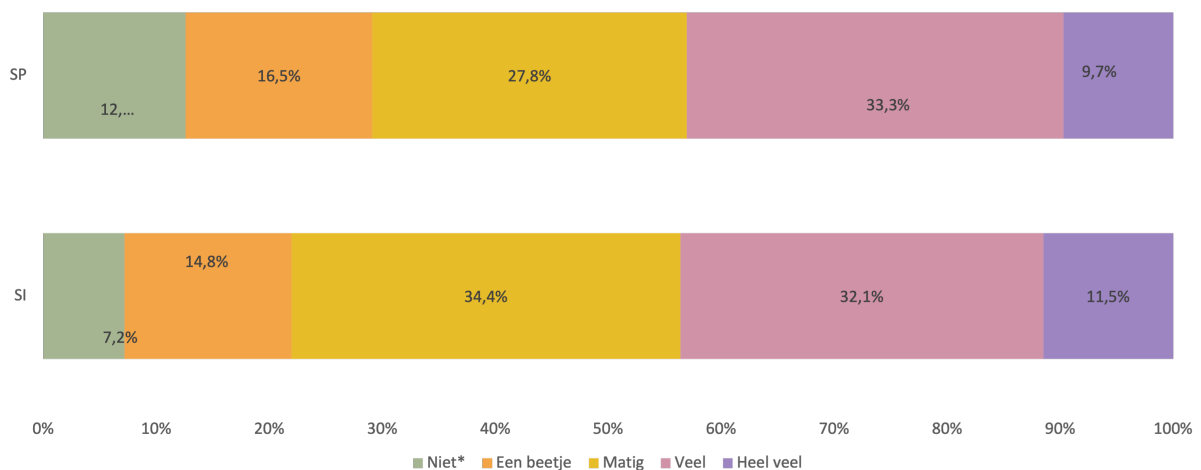


Fig. 44: SI vs. SP “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .05$ )

Bij de patiënten die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van **concrete plannen** na te gaan. Tijdens de basisbevraging gaf 48.1% van deze patiënten aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 36.5% van de patiënten gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel **zonder de details** uit te werken. 15.3% had de **details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd**. Personen die na een suïcidepoging werden aangemeld gaven significant vaker aan dan personen met suïcidale gedachten dat men geen (nieuw) concreet plan heeft (55.7% vs 35.3%;  $\chi^2(1) = 29.36$ ;  $p < .001$ ). Personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaven significant vaker aan reeds nagedacht te hebben over het concretiseren van een zelfmoordpoging, maar details werden niet uitgewerkt t.o.v. personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (46.4% vs 30.7%;  $\chi^2(1) = 18.56$ ;  $p < .001$ ). Van de patiënten die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 78.7% aan dat de **middelen voorhanden** zijn. 50.8% gaf aan dat ze nog **geen voorbereidingen** hadden getroffen, 31% gaf aan dat ze **nauwelijks of minimale voorbereidingen** hadden genomen, maar 18.2% gaf aan dat ze al **uitvoerige voorbereidingen** hadden genomen. Er werden geen significante verschillen weerhouden tussen personen die werden aangemeld na een poging en personen die werden aangemeld met gedachten.

## Ervaren problemen en motieven

### ERVAREN PROBLEMEN (n= 919)

Onderstaande figuur geeft per reden van aanmelding weer welke ervaren problemen de patiënten spontaan en expliciet rapporteerden.

#### ○ Welzijn

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (71.8%). De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (39.2%), maanden (7.8%) of weken (6.7%) aanwezig waren. Gevoelens van eenzaamheid (50.8%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/gezondheidsproblemen werden herhaaldelijk gemeld (26.8%). Er zijn geen significante verschillen tussen personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten en personen die werden aangemeld na een poging.

#### ○ Stresserende levensgebeurtenissen

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Bij 39.1% werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 29.4% werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven en bij 15% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld. Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker traumatische gebeurtenissen dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (47.2% vs 35%;  $\chi^2(1) = 13.46$ ;  $p < .001$ ).

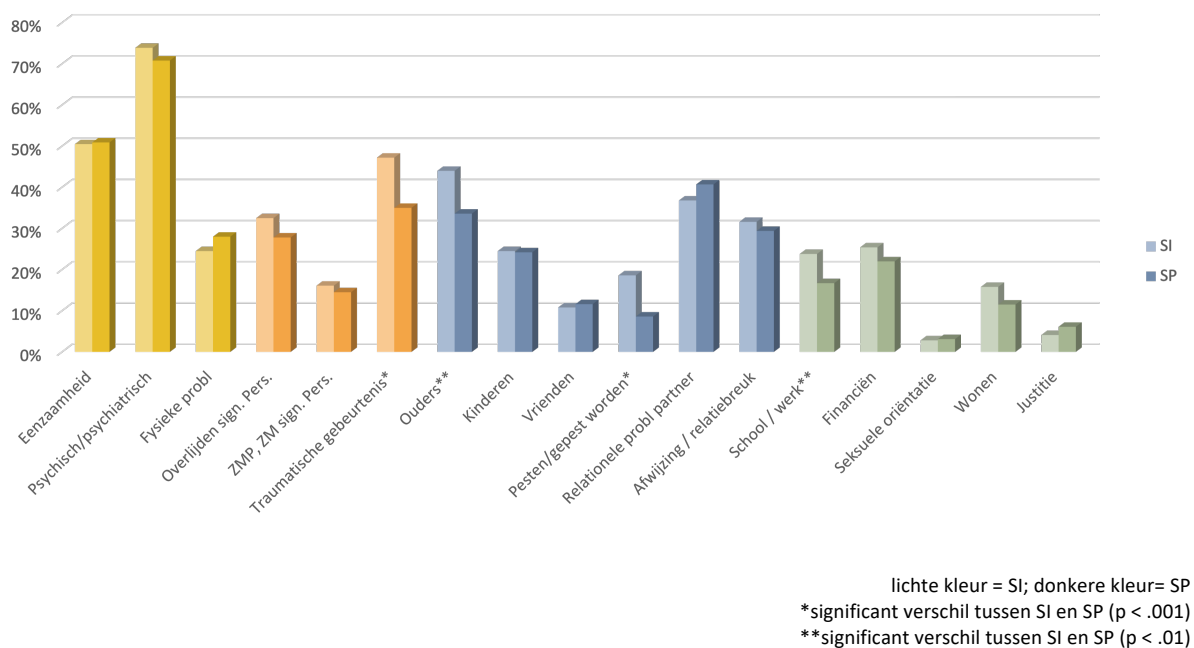
○ **Problemen in sociale relaties**

Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden problemen met de partner (39.4%) en de ouders het vaakst gerapporteerd (37.1%). Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker relationele problemen met de ouders dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (44.0% vs 33.6%;  $\chi^2(1) = 9.77$ ;  $p < .01$ ). Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (30.1%). Problemen met kinderen (24.3%), problemen met vrienden (11.4%) en problemen met pestgedrag werd door 12% van de patiënten gemeld. Personen aangemeld met (acute) suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker problemen met pestgedrag dan personen aangemeld na een suïcidepoging (18.6% vs 8.6%;  $\chi^2(1) = 20.18$ ;  $p < .001$ ).

○ **Stresserende levensomstandigheden**

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden financiële problemen (23.1%) en de aanwezigheid van problemen op het werk en op school het vaakst gemeld (19.1%). Woonproblemen (12.9%) en problemen met justitie en/of politie door 5.4% van de patiënten gemeld. Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 3% van de patiënten aangegeven. Personen aangemeld met (acute) suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker problemen met pestgedrag dan personen aangemeld na een suïcidepoging (23.8% vs 16.7%;  $\chi^2(1) = 7.14$ ;  $p < .01$ ).

Fig. 45: SI vs. SP Ervaren problemen, 2024



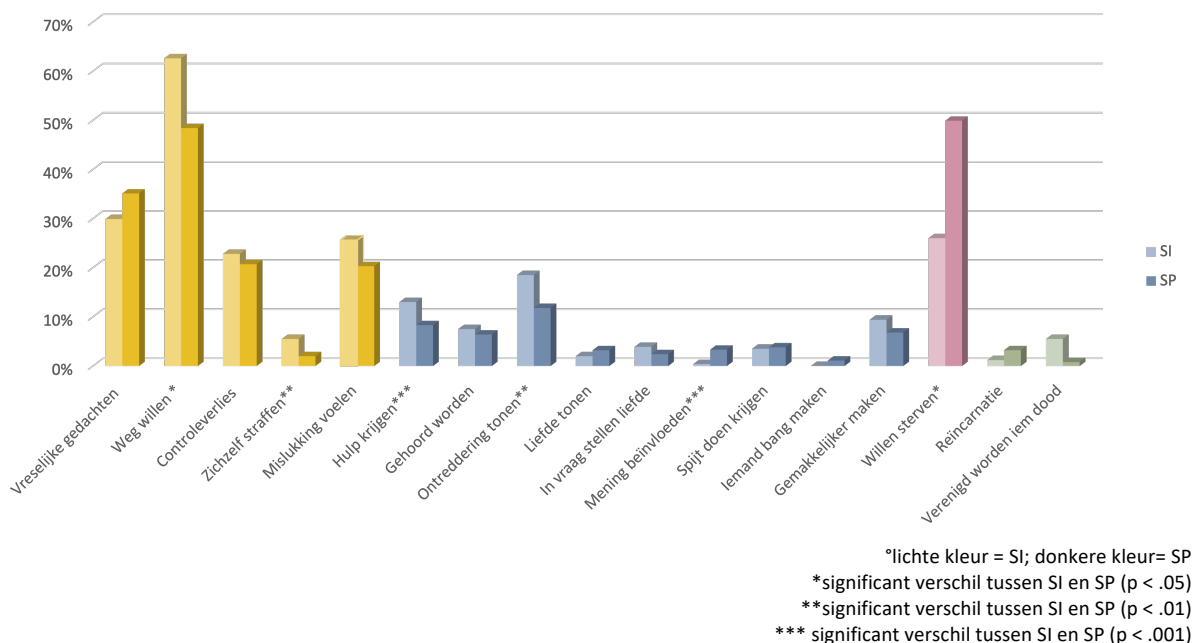
**MOTIEVEN**

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor de suïcidale gedachten of hun suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in de categorieën die in onderstaande figuur worden weergegeven.

De meest frequent gerapporteerde motieven waren “Ik wilde sterven” (43.3%), “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (52.3%) en “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (33.7%). Het motief voor het suïcidaal gedrag “Ik wilde sterven” werd significant vaker aangegeven door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging dan door de personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten (49.9% vs 26%;  $\chi^2(1) = 42.84$ ;  $p < .001$ ). Het motief “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” werd significant vaker aangegeven door personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten dan door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (62.6% vs 48.4%;  $\chi^2(1) = 14.81$ ;  $p < .001$ ). Eveneens “Mislukking voelen” (21.7%), “Verloor de controle” (21.3%) en “Hoe ontredderd ik was” (13.7%), dit werd significant vaker gemeld door personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten dan door personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (18.5% vs 11.8%;  $\chi^2(1) = 6.99$ ;  $p < .01$ ).

Tenslotte werd ook “Gehoord worden” (6.7%), “Mezelf straffen” (3%) en “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (3.7%) als motief gemeld. Personen aangemeld met suïcidale gedachten gaven significant vaker dan personen na een poging als motief “Mezelf straffen” (5.5% vs 2%;  $\chi^2(1) = 8.05$ ;  $p < .01$ ).

Fig. 46: SI vs. SP Motieven, 2024



## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n= 1194)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de patiënt gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men **verdere begeleiding** wenste (n= 788; 66%). 319 patiënten (26.7%) stonden eerder **neutraal** tegenover het volgen van verdere begeleiding, tenslotte gaf 7.3% van de patiënten aan dat ze **geen verdere begeleiding** wensden. Personen die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten geen verdere

begeleiding te wensen (9% vs 3.6%;  $\chi^2(1) = 11.31$ ;  $p < .001$ ) en stonden eerder neutraal tegenover het volgen van verdere begeleiding (32.9% vs 13.7%;  $\chi^2(1) = 49.13$ ;  $p < .001$ ). Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten gaven significant vaker aan dan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging verdere begeleiding te wensen (82.6% vs 58%;  $\chi^2(1) = 70.43$ ;  $p < .001$ ).

#### ZORGBEHOEFTE (n= 524)

Tijdens de verdere verkenning van de suïcidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 524 patiënten geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als “zorgbehoeften op vormelijk niveau”. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als “zorgbehoeften op inhoudelijk niveau”.

26% van de patiënten formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 37% van de patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 25.6% louter een inhoudelijke. 11.5% van de patiënten formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 17.4% aan ambulante begeleiding te wensen. 25.4% wenste residentiële begeleiding en 0.4% wenste ondersteuning door een huisarts. 5.9% van de patiënten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten en personen die werden aangemeld na een poging, wat betreft vormelijke zorgbehoeften.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 27.1% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 2.1% interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). Personen met suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker intrapersonlijke hulpbehoeften t.o.v. personen aangemeld na een suïcidepoging (33.5% vs 23.5%;  $\chi^2(1) = 6.10$ ;  $p < .05$ ). 2.7% van de patiënten wenste vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldden 8.2% van de patiënten geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” (al dan niet tijdens de verdere behandeling).

#### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 1064)

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag in de zorginstelling, zo volledig mogelijk te registreren. Meerdere opties kunnen hier worden aangevinkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulant zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 768 patiënten geregistreerd.

Bij 2.6% van de patiënten werd aangeduid dat er **geen** zorgtraject voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling. Bij 2.1% ging het om ontslag op advies, bij 0.3% om ontslag

op tegenadvies en 0.2% van de patiënten keerde terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis). *Er werd bijvoorbeeld gerapporteerd dat de patiënt zonder verwittigen de spoed heeft verlaten*

Bij 25.7% van de patiënten werd een **ambulant zorgtraject** voorgesteld. *Dit gaat bijvoorbeeld over gesprekken opstarten met Raster en een auticoach, opstart Mobiel Team Acuut (MTA) nazorg via een ambulante psycholoog of de huisarts die de patiënt verder nauw opvolgt. Bij heel wat personen wordt het Mobiel Crisis Team opgestart na de eerste opvang in het ziekenhuis.* Ambulante zorg werd significant vaker bij personen geadviseerd die werden aangemeld met suïcidale gedachten dan bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (33.7% vs 21.4%;  $\chi^2(1) = 17.12$ ;  $p < .001$ ).

72.9% van de patiënten werd **residentieel** behandeld na hun aanmelding in de zorginstelling. 21.4% van de patiënten verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst. Dit zorgtraject werd significant vaker geadviseerd aan personen die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten (31% vs 4.2%;  $\chi^2(1) = 91.45$ ;  $p < .001$ ). 3.4% van de patiënten verbleven op een somatische afdeling, dit werd significant vaker geregistreerd bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten (4.9% vs 0.6%;  $\chi^2(1) = 12.15$ ;  $p < .001$ ). 1.1% verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit. Dit percentage is in deze groep laag omdat we in dit hoofdstuk enkel rapporteren over suïcidale personen die ouder zijn dan 18 jaar. 41.4% van de patiënten werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling, dit gebeurde significant vaker bij personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten dan bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (55.7% vs 33.7%;  $\chi^2(1) = 43.18$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte werd aan 7.3% van de patiënten een opvang of verdere begeleiding in een psychiatrisch ziekenhuis geadviseerd. *Bij de residentiële opvang gaat het bijvoorbeeld over kortdurende opname PAAZ afdeling, MCT volgt thuis op maar binnen maand intake in PC, opname PZ, opname crisiseenheid, opname PAAZ ter afwachting opname PC, nacht EPSI ter observatie, crisisconsult bij de kinderpsychiater*

## Hoofdstuk 4: Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit en Instrument Psychosociale Evaluatie & Opvang: Adolescenten vs. volwassenen

## 4 Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit en Instrument Psychosociale Evaluatie & Opvang

### Volwassenen vs adolescenten

In het laatste deel van het rapport vergelijken we de data van adolescenten (11 – 18 jaar) met de data van volwassenen (19 - 92 jaar) die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging.

#### 4.1 Persoonsgerelateerde gegevens

LOES en IPEO werd in totaal bij 1760 personen gebruikt die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging, 243 personen waren jonger dan 18jaar en 1504 personen waren ouder dan 18jaar. Bij 13 personen was de geboortedatum of de leeftijd niet ingevuld.

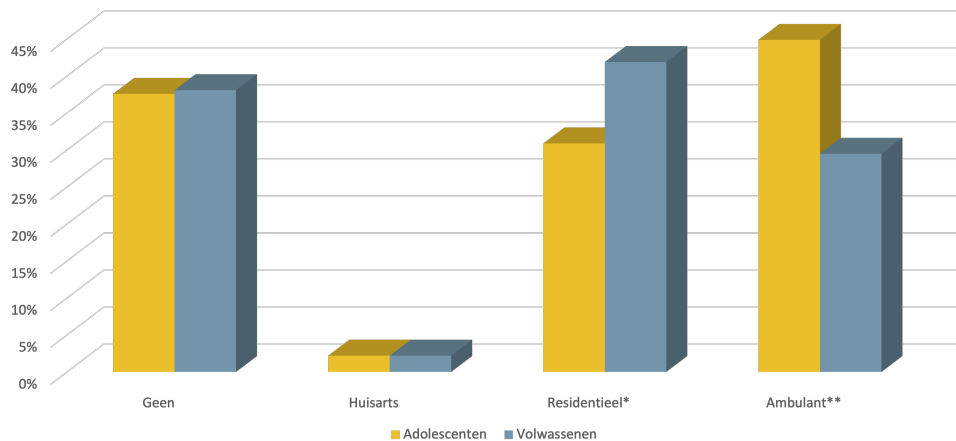
Hieronder wordt informatie gerapporteerd over de psychiatrische voorgeschiedenis en de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag, het sociaal netwerk, coping en de mogelijk gestelde diagnose.

#### Behandelgeschiedenis

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale personen reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. 81% van de suïcidale personen gaf aan dat men in het verleden al psychische problemen hebben gehad. Van deze groep gaf 68% aan dat men hiervoor werd behandeld.

39.9% van de patiënten wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds **residentieel** behandeld en 32.3% werd reeds **ambulant** behandeld. De **huisarts** werd bij 2.2% van de personen gemeld in kader van psychologische/ psychiatrische begeleiding. Adolescenten rapporteerden significant vaker een voorgeschiedenis van ambulante behandelingen dan volwassenen (44.9% vs 29.5%;  $\chi^2(1) = 15.97$ ;  $p < .001$ ). Volwassenen rapporteerden significant vaker een voorgeschiedenis van residentiële behandeling (41.9% vs 30.9%;  $\chi^2(1) = 7.41$ ;  $p < .01$ ).

Fig 47: Behandelgeschiedenis in het verleden volgens leeftijdsgroep, 2024

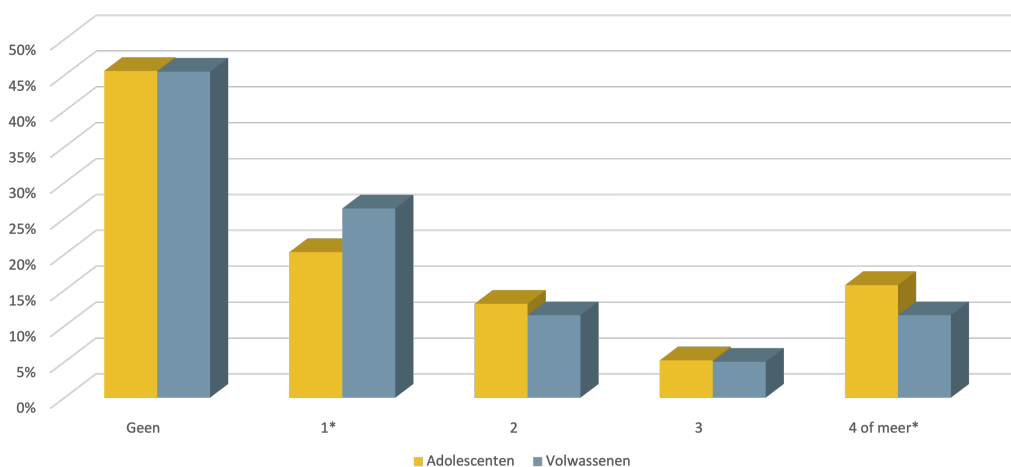


\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen (p < .01)  
 \*\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen (p < .001)

### Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag

In huidig onderzoek werd de voorgeschiedenis van een suïcidepoging bevroegd. 45.5% van de personen gaf aan **geen** voorgeschiedenis te hebben. 25.3% van de patiënten gaf aan reeds **één** suïcidepoging te hebben ondernomen, 11.8% **twee**, 5% **drie** en 12.3% reeds **vier of meer** pogingen. In de volwassen leeftijdsgroep werd significant vaker aangegeven al een voorgeschiedenis te hebben van één eerdere poging t.o.v. adolescenten (26.4% vs 20.3%;  $\chi^2(1) = 4.97$ ; p < .05). Bij adolescenten werd significant vaker vier of meer eerdere pogingen gerapporteerd t.o.v. volwassenen (15.7% vs 11.5%;  $\chi^2(1) = 15.7$ ; p < .05).

Fig.48: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag bij personen met suïcidale gedachten volgens leeftijdsgroep, 2024



\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen (p < .05)

Wanneer een persoon reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond. Een poging die recent gebeurde is namelijk een sterke voorspeller voor herhaald suïcidaal gedrag. 40.5% van de pogingen voorafgaand aan huidige aanmelding/opname, werd gedurende de **afgelopen 6 maand** ondernomen. 67.8% van de vorige pogingen werd **medisch behandeld**. Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (92.5%). 2.1% werd door een (huis)arts behandeld en 5.1% werd elders medisch behandeld. De vorige poging werd bij volwassenen significant vaker medisch behandeld dan bij adolescenten (72.3% vs. 48.2%;  $\chi^2(1) = 24.25$ ;  $p < .001$ ). Bij 68% van de personen werd aangegeven dat de suïcidepoging ook **psychisch werd behandeld**. Hiervoor volgde 44.4% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater en 42.2% werd begeleid op een residentiele afdeling. 69.9% van deze groep gaf aan tevreden te zijn van de behandeling.

#### Zelfbeschadigend gedrag

38.5% van de patiënten gaf aan dat men automutileert, dit werd significant vaker door adolescenten aangegeven dan door volwassenen (79.3% vs 27.9%;  $\chi^2(1) = 256.99$ ;  $p < .001$ ). Bij 77.5% van de patiënten was dit minder dan 6 maanden geleden.

### Sociaal netwerk

Uit de literatuur blijkt dat het gebrek aan sociale steun het risico op een suïcidepoging vergroot. Daarom is het belangrijk om de omvang van het sociaal netwerk van de patiënt na te gaan. Dit werd gedaan aan de hand van onderstaande vragen:

✓ *Heb je soms het gevoel dat er mensen zijn die om je geven?*

79% van de suïcidale personen gaven aan dat ze het gevoel hebben dat er mensen zijn die om hen geven. Hierbij worden vaak hun ouders, vrienden, broer of zus genoemd. Adolescenten gaven significant vaker aan dan volwassenen dat ze het gevoel hebben dat er mensen zijn die om hun geven (84% vs 78%;  $\chi^2(1) = 4.27$ ;  $p < .05$ ).

✓ *Kan je bij iemand terecht als je het moeilijk hebt?*

31% van de personen gaf aan niet geneigd te zijn om steun te zoeken bij anderen wanneer men het moeilijk heeft. 55.4% van de personen gaf aan bij iemand terecht te kunnen als hij/zij het moeilijk heeft. Hierbij worden eveneens vaak ouders, partner of vrienden genoemd. Studentenbegeleiding en psycholoog worden ook vaak genoemd als vertrouwenspersoon.

10.1% van de personen gaf aan **geen** contact op te nemen met die vertrouwenspersoon als men het moeilijk heeft, 37.4% gaf aan **soms** contact op te nemen en 52.4% van de personen gaf aan **wel contact** op te nemen met de vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk krijgt. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen adolescenten en volwassenen.

Er wordt aan de patiënt gevraagd hoe men in het algemeen omgaat met problemen. Wat ze doen als ze zich zorgen maken of van streek zijn en wat hen kan helpen om vol te houden. 76.5% van de personen gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren en 39.7% gaf aan probleemgerichte aanpak te hanteren.

Tabel 16: Copingstrategieën volgens leeftijdsgroepen, 2024

	Adolescenten	Volwassenen	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand	28.6%	35.2%	34.1%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	1.4%	4.4%	3.9%
Dingen op een rijtje zetten**	2.9%	13.4%	11.6%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven	25%	25.8%	23.9%
Kwaad worden*	34.3%	26.1%	27.5%
Alcohol drinken of drugs gebruiken**	18.6%	34%	31.3%
Niet aan de zorgen proberen te denken	20%	25.3%	24.4%
In kamer blijven**	50%	28.9%	32.6%

\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen ( $p < .05$ )

\*\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen ( $p < .001$ )

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak van problemen geven 34.1% van de personen aan dat men hierover **praat met iemand**. 3.9% denkt aan hoe men is ermee omgegaan in **vergelijkbare situaties** en 11.6% van de personen probeerde de **dingen op een rijtje te zetten**. Dit laatste werd significant vaker door volwassenen gerapporteerd t.o.v. adolescenten (13.4% vs 2.9%;  $\chi^2(1) = 12.57$ ;  $p < .001$ ). Wanneer specifiek wordt gekeken naar de emotiegerichte aanpak van problemen geven 23.9% van de personen aan de **schuld** van de problemen bij zichzelf te leggen. 27.5% wordt **kwaad**, dit werd significant vaker door adolescenten gerapporteerd t.o.v. volwassenen (34.3% vs 26.1%;  $\chi^2(1) = 3.93$ ;  $p < .05$ ). **24.4%** gaf aan dat men probeert **niet aan de zorgen** te denken. 32.6% blijft in de **kamer**, dit werd significant vaker door adolescenten gerapporteerd t.o.v. volwassenen (50% vs 28.9%;  $\chi^2(1) = 23.39$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte gaf 31.3% aan iets **alcoholisch te drinken** of zelfs drugs te gebruiken, dit werd significant vaker door volwassenen gerapporteerd t.o.v. adolescenten (34% vs 18.6%;  $\chi^2(1) = 12.85$ ;  $p < .001$ ).

## Diagnose

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingstoornissen vast te stellen. Enkel de hoofddiagnose werd hier genoteerd. Bij 15.9% werd **geen** diagnose geformuleerd. Bij adolescenten werd er significant vaker geen diagnose gesteld dan bij volwassenen (23.7% vs 13.3%;  $\chi^2(1) = 8.47$ ;  $p < .01$ ). Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, vermeldde men het vaakst (34.6%) '**stemmingsstoornis**'. Het kan hierbij gaan om de diagnoses 'depressieve episode', 'majeure depressieve stoornis', 'dysthyme stoornis' of 'bipolaire stoornis'. De diagnose 'stemmingsstoornis' werd significant vaker bij volwassenen geformuleerd t.o.v. adolescenten (41% vs. 15.1%;  $\chi^2(1) = 31.02$ ;  $p < .001$ ). Bij 31.3% van de personen werd een **andere** diagnose genoteerd, dit betrof hoofdzakelijk Autisme/ASS, dit was significant vaker bij adolescenten dan bij volwassenen (53.2% vs. 24.1%;  $\chi^2(1) = 41.36$ ;  $p < .001$ ). Bij 11.5% van de personen werd **middelengebruik** genoteerd, dit werd significant vaker bij volwassenen genoteerd t.o.v. adolescenten (14.5% vs. 2.2%;  $\chi^2(1) = 15.76$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte werd bij 4.8% van de personen '**middelengebruik**' gecombineerd met de diagnose '**stemmingsstoornis**' genoteerd.

Bij 93.8% van de personen werd **geen** "cluster B persoonlijkheidsstoornis" gerapporteerd. Bij 4.8% van de personen werd **Cluster B borderline persoonlijkheidsstoornis** genoteerd. Tenslotte werd bij 1.2% van de personen **Cluster B NAO** genoteerd. Voor cluster B persoonlijkheidsstoornis konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen adolescenten en volwassenen.

## 4.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens

LOES en IPEO werd in totaal bij 2477 verschillende episodes gebruikt bij de eerste opvang van suïcidale personen. 444 personen waren jonger dan 18jaar en 2019 personen waren ouder dan 18jaar. Bij 14 personen was de geboortedatum of de leeftijd niet ingevuld.

In dit laatste deel van het rapport worden adolescenten (tot 18jaar) die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging vergeleken met volwassenen (vanaf 19jaar) die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. Verschillende variabelen worden geanalyseerd zoals de gebruikte methode bij adolescenten en volwassenen die worden aangemeld na een suïcidepoging. Tenslotte wordt er gekeken naar de ervaren problemen, de motieven en het zorgtraject bij adolescenten en volwassenen.

### Ervaren problemen en motieven

#### ERVAREN PROBLEMEN (n= 1158)

Onderstaande figuur geeft per leeftijdsgroep weer welke ervaren problemen de personen spontaan en expliciet rapporteerden.

##### ○ Welzijn

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (72.1%). De meerderheid van de patiënten gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (41.1%), maanden (7.5%) of weken (5.8%) aanwezig waren. Gevoelens van eenzaamheid (48.7%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/gezondheidsproblemen werden herhaaldelijk gemeld (23.6%). Volwassenen rapporteerden significant vaker gevoelens van eenzaamheid (50.8% vs. 40.1%;  $\chi^2(1) = 8.95$ ;  $p < .01$ ) t.o.v. adolescenten en rapporteerden significant vaker fysieke problemen (27.2% vs. 9.5%;  $\chi^2(1) = 33.47$ ;  $p < .001$ ) dan adolescenten.

##### ○ Stresserende levensgebeurtenissen

Omwille van hun sterke relatie met suïcidaal gedrag werd aan de hulpverleners aangeraden om, aanvullend op de spontane rapportage van de ervaren problemen, een aantal items standaard expliciet te bevragen. Bij 39.2% werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 28.8% werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven en bij 14.2% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

##### ○ Problemen in sociale relaties

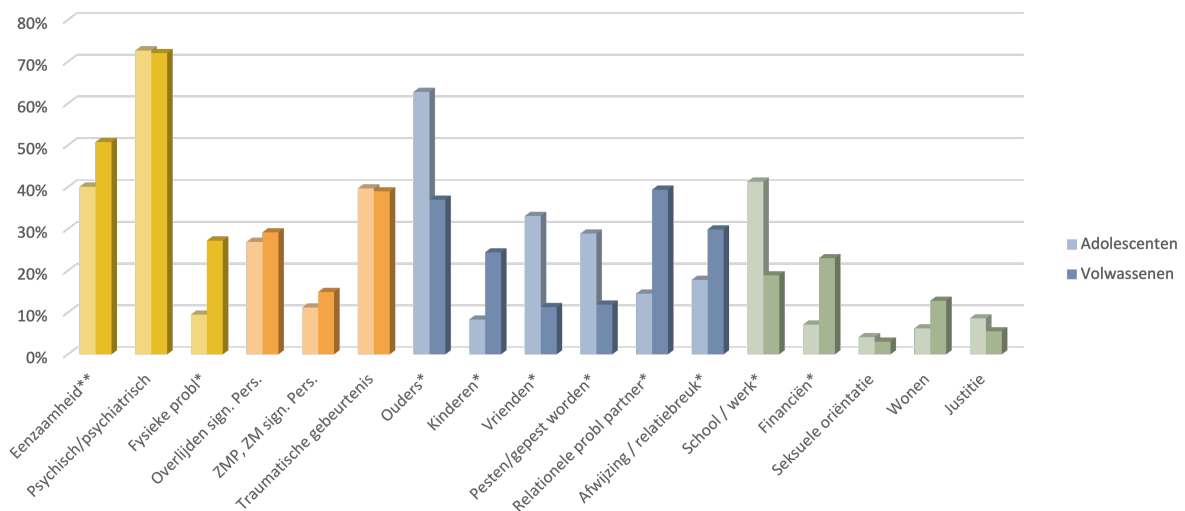
Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden relationele problemen met lief of partner (34.4%) en de ouders het vaakst gerapporteerd (42.1%). Volwassenen rapporteerden significant vaker relationele problemen (39.4% vs. 14.5%;  $\chi^2(1)$

=53.19;  $p < .001$ ) t.o.v. adolescenten. Adolescenten rapporteerden significant vaker problemen met de ouders dan volwassenen (62.8% vs. 37%;  $\chi^2(1) = 52.95$ ;  $p < .001$ ). Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (27.3%), dit werd significant vaker door volwassenen gerapporteerd dan door adolescenten (29.9% vs. 17.8%;  $\chi^2(1) = 14.21$ ;  $p < .001$ ). Problemen met kinderen werd door 21% van de personen gemeld, en dit significant vaker door volwassenen dan door adolescenten (24.4% vs. 8.3%;  $\chi^2(1) = 29.83$ ;  $p < .001$ ). 15.6% van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging of met suïcidale gedachten meldde problemen met vrienden, dit werd significant vaker door adolescenten dan door volwassenen gemeld (33.1% vs. 11.3%;  $\chi^2(1) = 69.79$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte rapporteerden 15.3% van de personen pestgedrag, dit werd significant vaker door adolescenten gemeld dan door volwassenen (28.9% vs 11.9%;  $\chi^2(1) = 43.33$ ;  $p < .001$ ).

○ **Stresserende levensomstandigheden**

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden financiële problemen (19.8%) en de aanwezigheid van problemen op het werk en op school het vaakst gemeld (23.4%). 41.3% van de adolescenten rapporteerden problemen op school, 18.9% van de volwassenen rapporteerden problemen op het werk, dit betreft een significant verschil ( $\chi^2(1) = 54.30$ ;  $p < .001$ ). Volwassenen rapporteerden significant vaker dan adolescenten financiële problemen (23% vs 7.1%;  $\chi^2(1) = 31.22$ ;  $p < .001$ ). Woonproblemen (11.5%) en problemen met justitie en/of politie door 6.1% van de patiënten gemeld. Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 3.2% van de patiënten aangegeven.

Fig. 49: Ervaren problemen volgens leeftijdsgroep, 2024



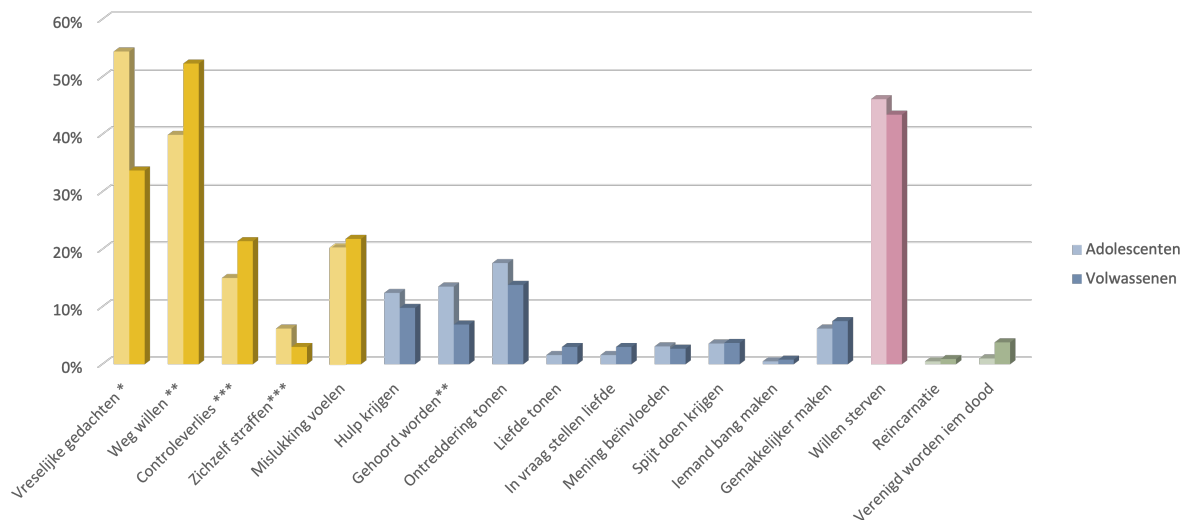
\*lichte kleur = adolescenten; donkere kleur= volwassenen  
 \*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .001$ )  
 \*\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .01$ )

## MOTIEVEN (n= 1115)

Er werd aan de patiënten telkens een open vraag gesteld naar de beweegredenen voor de suïcidale gedachten of hun suïcidepoging. Achteraf bracht de hulpverlener deze motieven zelf onder in de categorieën die in onderstaande figuur worden weergegeven.

De meest frequent gerapporteerde motieven waren “Ik wilde sterven” (43.9%), “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (50.1%) en “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (37.5%). “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” werd significant vaker aangegeven door adolescenten dan door volwassenen (54.4% vs. 33.7%;  $\chi^2(1) = 29.16$ ;  $p < .001$ ). “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” werd significant vaker aangegeven door volwassenen dan door adolescenten (52.3% vs. 39.9%;  $\chi^2(1) = 9.79$ ;  $p < .01$ ). Eveneens “Mislukking voelen” (21.5%), “Verloor de controle” (20.3%) en “Hoe ontredderd ik was” (14.4%). Tenslotte werd ook “Gehoord worden” (6.1%), “Mezelf straffen” (3.6%) en “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (3.7%) als motief gemeld. Adolescenten gaven significant vaker dan volwassenen als motief “om gehoord te worden” (13.5% vs. 6.9%;  $\chi^2(1) = 9.27$ ;  $p < .01$ ), eveneens “mezelf straffen” werd significant vaker door adolescenten dan door volwassenen gerapporteerd (6.2% vs. 3%;  $\chi^2(1) = 4.66$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 50: Motieven volgens leeftijdsgroep, 2024



\*lichte kleur = SI; donkere kleur= SP

\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .001$ )

\*\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .01$ )

\*\*\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .05$ )

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n= 1514)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de patiënt gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men **verdere begeleiding** wenste (n= 859; 56.7%). 512 patiënten (33.8%) stonden eerder **neutraal** tegenover het volgen van verdere begeleiding, tenslotte gaf 9.4% van de patiënten aan dat ze **geen verdere begeleiding** wensden. Adolescenten gaven significant vaker aan dat ze neutraal stonden tegenover het volgen van verdere begeleiding t.o.v. volwassenen (65.3% vs 26.8%;  $\chi^2(1) = 154.39$ ;  $p < .001$ ) en gaven significant vaker aan geen verdere begeleiding te wensden dan volwassenen (12.4% vs. 7.3%;  $\chi^2(1) = 7.87$ ;  $p < .01$ ). Volwassenen gaven dan significant vaker aan bereid te zijn voor verdere begeleiding t.o.v. adolescenten (65.9% vs 22.3%;  $\chi^2(1) = 182.04$ ;  $p < .001$ ).

### ZORGBEHOEFTE (n= 680)

Tijdens de verder verkenning van de suicidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 680 patiënten geregistreerd. Wanneer door de hulpverlener werd geregistreerd welke vorm van professionele hulpverlening (ambulant of residentieel) de patiënt verwachtte, werd dit achteraf door de onderzoekers gecodeerd als “zorgbehoeften op vormelijk niveau”. Wanneer werd geregistreerd rond welke probleemgebieden de patiënt wenste te werken, werd dit geregistreerd als “zorgbehoeften op inhoudelijk niveau”.

25.7% van de patiënten formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 36.2% van de patiënten werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 26.2% louter een inhoudelijke. 11.9% van de patiënten formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de patiënten bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 16.9% aan ambulante begeleiding te wensden. 24.8% wenste residentieële begeleiding en 0.3% wenste ondersteuning door een huisarts. 6.2% van de patiënten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.

Van de patiënten die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 24.9% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 1.8% interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). Volwassenen rapporteerden significant vaker intrapersonlijke hulpbehoeften t.o.v. adolescenten (27.1% vs 17.1%;  $\chi^2(1) = 6.06$ ;  $p < .05$ ). 4% van de patiënten wenste vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen), dit werd significant vaker door adolescenten gemeld dan door volwassenen (8.9% vs. 2.7%;  $\chi^2(1) = 11.63$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte vermeldden 11.3% van de patiënten geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” (al dan niet tijdens de verdere behandeling), dit werd significant vaker gemeld door adolescenten t.o.v. volwassenen (21.2% vs 8.5%;  $\chi^2(1) = 18.47$ ;  $p < .001$ ).

## BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 1379)

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de patiënt zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag in de zorginstelling, zo volledig mogelijk te registreren. Meerdere opties kunnen hier worden aangevinkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulante zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 1379 patiënten geregistreerd.

Bij 2.5% van de patiënten werd aangeduid dat er **geen** zorgtraject voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling. Bij 1.9% ging het om ontslag op advies, bij 0.3% om ontslag op tegenadvies en 0.2% van de patiënten keerde terug naar hun begeleidingsdienst (zoals een MPI of een gevangenis). *Er werd bijvoorbeeld gerapporteerd dat de patiënt zonder verwittigen de spoed heeft verlaten*

Bij 27.4% van de patiënten werd een **ambulante zorgtraject** voorgesteld. *Dit gaat bijvoorbeeld over gesprekken opstarten met Raster en een auticoach, opstart Mobiel Team Acut (MTA) nazorg via een ambulante psycholoog of de huisarts die de patiënt verder nauw opvolgt. Bij heel wat personen wordt het Mobiel Crisis Team opgestart na de eerste opvang in het ziekenhuis.* Ambulante zorg werd significant vaker bij adolescenten geadviseerd (33.4%) dan bij volwassenen (25.6%) ( $\chi^2(1) = 6.86$ ;  $p < .01$ ).

67.4% van de patiënten werd **residentieel** behandeld na hun aanmelding in de zorginstelling. 18.9% van de patiënten verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst. Dit zorgtraject werd significant vaker geadviseerd aan volwassenen t.o.v. adolescenten (21.8% vs 9.4%;  $\chi^2(1) = 22.03$ ;  $p < .001$ ). 5.6% verbleef op een jeugdpsychiatrische crisisunit en 1.9% werd een opname jeugdpsychiatrie geadviseerd. Adolescenten werden significant vaker doorverwezen naar jeugdpsychiatrische crisisunit en jeugdpsychiatrische afdeling dan volwassenen (respectievelijk 23.7% vs. 0.1%;  $\chi^2(1) = 231.43$ ;  $p < .001$  en 4.5% vs. 1.1%;  $\chi^2(1) = 14.46$ ;  $p < .001$ ). Dit resultaat is niet verrassend aangezien we een groep jongeren tot 18 jaar vergelijken met een groep volwassenen die ouder is dan 18jaar. 33.8% van de patiënten werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling, dit gebeurde significant vaker bij volwassenen dan bij adolescenten (41.3% vs. 9.1%;  $\chi^2(1) = 102.17$ ;  $p < .001$ ). Tenslotte werd aan 6.1% van de patiënten een opvang of verdere begeleiding in een psychiatrisch ziekenhuis geadviseerd, dit gebeurde eveneens significant vaker bij volwassenen dan bij adolescenten (7.4% vs. 2.1%;  $\chi^2(1) = 10.65$ ;  $p < .001$ ). *Bij de residentiële opvang gaat het bijvoorbeeld over kortdurende opname PAAZ afdeling, MCT volgt thuis op maar binnen maand intake in PC, opname PZ, opname crisiseenheid, opname PAAZ ter afwachting opname PC, nacht EPSI ter observatie, crisisconsult bij de kinderpsychiater*

## Bespreking

In het deel dat volgt, wordt er eerst een korte samenvatting gegeven van de bevindingen omtrent de suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van LOES en (K)IPEO daarna volgt er een bespreking van de sterktes en beperkingen van deze studie. Ten slotte worden er nog implicaties voor preventie en verder onderzoek meegegeven.

### Korte samenvatting van de bevindingen

In 2024 kwamen naar schatting 9.405 suïcidepogingen voor in Vlaanderen, dit komt neer op ongeveer 26 suïcidepogingen per dag. In het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III) wordt als voorstel van de gezondheidsdoelstelling aangegeven om 10% minder zelfdodingen in 2030 ten opzichte van het jaar 2020. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen de baseline van het jaar 2020 (138) en de EB-rate in 2024 (137) voor het aantal personen aangemeld na een poging, komt dit neer op een niet-significante daling van 0.7%. Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide, daarom wordt er even stilgestaan bij de evolutie van de rate van suïcidepogingen. De PB-rate in 2024 was 134 en deze steeg met 5.5% t.o.v. 2023 (PB rate 127). Deze stijging is niet significant. In 2024 bedroeg de event-based rate voor suïcidepogingen in Vlaanderen 137/100.000. Dit betekent een niet-significante stijging van 4.6% ten opzichte van 2023.

### Registraties (LOES en IPEO)

LOES biedt handvaten aan om in gesprek te gaan met patiënten die werden aangemeld met suïcidale gedachten en personen die werden aangemeld na een suïcidepoging. Op basis van deze informatie kunnen er zowel verschillen als gelijkenissen tussen beide groepen worden weerhouden die een belangrijke impact hebben op de eerste opvang van deze patiënten en de geadviseerde vervolgzorg.

Als er wordt gekeken naar het **burgerlijk staat** is de subgroep 'ongehuwden' (43%) de grootste groep, dit zowel bij personen aangemeld na een poging als bij mensen die werden aangemeld met suïcidale gedachten. Als er wordt gekeken naar de **economische toestand**, dan waren personen na een poging significant vaker economisch inactief wegens pensioen tegenover personen met suïcidale gedachten. Tijdens het gesprek wordt de **behandelgeschiedenis** in kaart gebracht. Significant meer personen die werden aangemeld na een suïcidepoging rapporteerden geen voorgeschiedenis van dezelfde of andere psychische problemen in vergelijking met personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten. Personen na een suïcidepoging rapporteerden significant vaker dan personen met suïcidale gedachten een **voorgeschiedenis van suïcidepogingen** (59.5% vs. 42.9%). Een eerdere poging werd significant vaker medisch behandeld bij volwassenen in vergelijking met adolescenten. Het zou kunnen dat adolescenten niemand op de hoogte had gebracht van een eerdere poging zodat hulpverlening niet kon worden opgestart. Maar een andere mogelijkheid is ook dat de eerdere poging bij een adolescent minder opgevolgd of behandeld wordt. Uit de praktijk wordt er ook heel vaak aangegeven dat er zowel voor volwassenen maar zeker ook voor

jongeren lange wachtlijsten zijn. Door de lange tijd tussen aanmelding en het effectief kunnen opstarten van de behandeling kan het zijn dat de behandeling niet wordt aangevat. 38.5% gaf aan een voorgeschiedenis te hebben van zelfbeschadigend gedrag, dit werd significant vaker gerapporteerd door adolescenten dan door volwassenen.

**Bij aanmelding** in de zorginstelling rapporteren personen met suïcidale gedachten vaker negatieve, depressieve en angstige gevoelens, terwijl personen na een suïcidepoging vaker een doodswens, schuld en schaamte aangeven. Bij de **motieven** geven personen na een suïcidepoging ook significant vaker als intentie om te sterven aan, terwijl personen met suïcidale gedachten meer gericht zijn op het zoeken van hulp of het verlichten van de last voor anderen. De meest **voorkomende problemen** en uitdagingen waarmee de suïcidale patiënten mee geconfronteerd werden zijn psychische klachten, eenzaamheid, en relationele - (vooral met partner en de ouders) en financiële problemen. Gevoelens van eenzaamheid werden eveneens ook vaak gerapporteerd bij aanmelding. Bij stresserende gebeurtenissen wordt het ervaren van traumatische gebeurtenissen vaak gerapporteerd (39.2%), maar er is geen significant verschil tussen adolescenten of volwassenen.

Personen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten (33.7%) werden significant vaker doorverwezen voor ambulante vervolgzorg in vergelijking met personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (21.4%). Bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging werden significant vaker opgenomen op een urgentiepsychiatrische dienst dan personen die werden aangemeld met suïcidale gedachten. Personen met suïcidale gedachten werden significant vaker opgenomen op een PAAZ afdeling t.o.v. personen na een suïcidepoging.

## Sterktes en beperkingen

In 2024 bezorgden 27 van de 67 erkende ziekenhuizen met spoeddiensten (=40.3%) de registraties aan de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Door deze grote hoeveelheid data is het mogelijk om enige conclusies inzake trends in de aantallen en kenmerken van suïcidepogingen in Vlaanderen te rapporteren.

Niettemin moet bij de interpretatie van de bevindingen in het licht van de preventie van suïcidaal gedrag in Vlaanderen rekening gehouden worden met enkele methodologische bemerkingen. Eerst en vooral includeert dit onderzoek enkel de personen die na een suïcidepoging worden aangemeld op de spoeddienst. Patiënten die na hun suïcidepoging in een ziekenhuis worden behandeld representeert slechts een deel van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen. Dit betekent dat de personen die na hun suïcidepoging geen medische behandeling nodig hadden of naar de huisarts zijn geweest, niet werden opgenomen in de berekening van de cijfers. LOES of het IPEO worden niet altijd volledig afgenomen van de patiënt die werd aangemeld op de spoeddienst. Vooral het deel van de verdere verkenning van de suïcidaliteit wordt blanco gelaten, dit heeft als gevolg dat we bij heel wat registraties de informatie van deel 2 missen. Het feit dat veel bevindingen ook in buitenlands onderzoek worden aangetroffen (5, 13, 24-30) geeft aan dat de invloed van deze methodologische bemerkingen beperkt is.

Sinds mei 2018 is de nieuwe GDPR-wetgeving van kracht. Deze afspraken rond de bescherming van persoonlijke data heeft ook een invloed op deze studie. Jaarlijks wordt er bij een aantal ziekenhuizen langsgegaan om een kwaliteitscontrole uit te voeren. Op deze manier

werd ervoor gezorgd dat de cijfers zo accuraat mogelijk zijn. De GDPR-wetgeving legt nu enige restricties op zodat de kwaliteitscontrole niet meer kan uitgevoerd worden zoals de voorbije jaren. Er zijn eveneens moeilijkheden bij het aanleveren van deze geanonimiseerde data.

## Implicaties voor preventie

Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide. Studies tonen aan dat het risico op suïcidaal gedrag significant daalt in de eerste 12 maanden volgend op een suïcidepoging indien de patiënt terecht kan in de geestelijke gezondheidszorg (31).

Aangezien een aanzienlijk deel van de personen met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging aangeeft al een voorgeschiedenis te hebben van psychische problemen zonder ooit hulp te hebben gezocht (14.2% van de personen met suïcidale gedachten en 11.8% van de personen na een poging), is het cruciaal om de toegang tot psychische zorg te verbeteren. Preventiecampagnes kunnen zich specifiek richten op het doorbreken van barrières die mensen tegenhouden om hulp te zoeken, zoals stigma of gebrek aan bewustzijn van beschikbare hulpbronnen. Dit kan concreet aan de hand van bewustmakingscampagnes om mensen met vroege symptomen van psychische problemen aan te moedigen professionele hulp te zoeken, nog voor ze in een crisissituatie belanden.

De bevinding dat significant meer personen na een suïcidepoging aangeven geen voorgeschiedenis van psychische problemen te hebben dan degenen met suïcidale gedachten (22% vs. 14.2%), kan erop wijzen dat een deel van de populatie die werd aangemeld na een suïcidepoging mogelijk niet eerder bekend is met mentale gezondheidszorg of dat hun problemen niet eerder werden herkend. Dit onderstreept het belang van gerichte opvolging en nazorg na een suïcidepoging, zelfs als er geen formele diagnose van een eerdere psychische aandoening is. Dit zou geconcretiseerd kunnen worden door het implementeren van een nazorgprogramma na een suïcidepoging, ongeacht of de persoon een voorgeschiedenis van psychische problemen heeft. Dit programma kan zowel psychosociale ondersteuning als follow-upcontroles omvatten. Gebaseerd op de bevindingen omtrent de behandelgeschiedenis van suïcidale personen kunnen we aangeven dat suïcidepreventie zich zowel moet richten op mensen met onbehandelde psychische problemen als op degenen die al eerder zorg hebben gekregen, maar toch in een crisissituatie terechtkomen. Vroegtijdige interventie, nazorg na suïcidepoging, en het toegankelijk maken van mentale gezondheidszorg zijn de kernpunten van effectieve preventie.

De beschikbaarheid van de diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg maakt dus een belangrijk deel uit van de preventiestrategie. LOES (en het IPEO), dat kadert binnen preventie,<sup>6</sup> is een belangrijk instrument voor de evaluatie van het verdere suïcidale risico bij suïcidale patiënten. Aan de hand van LOES (en het IPEO) worden de zorgbehoeftes van de patiënt bevraagd en wordt na de risico-inschatting advies voor verdere hulpverlening (ambulante en/of residentieel) gegeven. Bij 25.7% van de patiënten werd een ambulante zorgtraject

<sup>6</sup> USI-model: De actuele wetenschappelijke indeling van suïcidepreventiestrategieën in universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Universele preventie richt zich naar de volledige bevolking, selectieve preventie is gericht naar doelgroepen die een verhoogd risico hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen, geïndiceerde preventie richt zich naar mensen die reeds suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen.

voorgesteld, maar liefst bij 72.9% werd een residentiële behandeling geadviseerd. 41.4% werd opgenomen op een PAAZ afdeling.

Personen met psychische problemen en personen met lichamelijke aandoeningen vormen eveneens een belangrijke risicogroep voor suïcide. Uit de cijfers van Vlaanderen blijkt dat 49.9% economisch inactief is van de suïcidale personen, van wie bijna de helft invalide is ten gevolge van zowel psychische (vb. depressie) als somatische (vb. fibromyalgie) aandoeningen. De review van Hawton en collega's (33) toonden aan dat onder andere personen met een depressieve stoornis, voorgeschiedenis van suïcidepogingen en alcohol- en/of drugmisbruik een verhoogd risico van suïcide hebben. De cijfers van Vlaanderen tonen aan dat deze risicofactoren frequent voorkomen bij personen die werden aangemeld na een suïcidepoging. Bij 36.4% van de patiënten werd de diagnose 'stemmingsstoornis' vermeld. Daarnaast werd in 17.8% van de gevallen 'afhankelijkheid van een middel' of "misbruik van een middel" gediagnosticeerd en bij 6.3% van de gevallen werd 'middelenmisbruik' gecombineerd met de diagnose 'stemmingsstoornis'. Bij adolescenten werd significant vaker 'andere' gemeld bij de diagnose. Hier werd vooral de diagnose ASS/autisme gemeld. Selectieve preventie, gericht op doelgroepen met een verhoogd risico van suïcidaal gedrag, is dus nodig. In dit kader moet de aandacht vooral gericht worden op diagnostiek, opvang en behandeling. Daarom is het aangewezen om verder in te zetten op de implementatie van de richtlijn en e-learning omtrent Detectie en interventie bij autisme, alsook ontwikkeling van specifieke interventies bij deze doelgroep (voorbeeld Think Life aanpassen zodat het toegankelijk is voor personen met autisme). Kennis en vaardigheden van betrokken beroepsgroepen spelen dus een zeer belangrijke rol en initiatieven gericht op het vergroten van deze kennis en vaardigheden met betrekking tot het inschatten van het suïciderisico en omgaan met suïcidale patiënten bij professionals verdienen aanbeveling. Voorbeelden zijn deskundigheidsbevorderende interventies zoals trainingen. In het nieuwe Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (VASIII 2022-2030) is deskundigheidsbevordering nog steeds een belangrijke preventiestrategie (34).

De bevindingen over de manier waarop mensen omgaan met hun problemen, zowel probleemgericht als emotiegericht, bieden waardevolle inzichten voor suïcidepreventie. Uit de resultaten van de studie blijkt dat slechts 35.3% van de suïcidale personen met iemand over hun problemen praat. Dit is relatief laag, wat suggereert dat er ruimte is om deze positieve, probleemgerichte copingstijl verder te bevorderen. Suïcideprogramma's kunnen zich richten op het aanmoedigen van open gesprekken over psychische problemen, zowel binnen familie- en vriendengroepen als in professionele settings. Een aanzienlijk deel van de suïcidale personen past emotiegerichte copingstrategieën toe die vaak schadelijk zijn, zoals het leggen van de schuld bij zichzelf (25.6%), boos worden (26.2%), of middelengebruik zoals alcohol of drugs (34.1%). Dit zijn risicovolle manieren van omgaan met problemen die hun situatie kunnen verergeren en het risico op suïcide kunnen verhogen. De bevinding dat significant meer personen die na een suïcidepoging werden aangemeld, aangeven dat ze proberen niet aan hun zorgen te denken, wijst op een vermijdingsstrategie die gevaarlijk kan zijn. Vermijden kan de onderliggende problemen onopgelost laten, wat het risico op een toekomstige crisis verhoogt.

Suïcidepreventieprogramma's kunnen zich richten op het bevorderen van gezonde probleemgerichte copingstrategieën, zoals praten over problemen en het ontwikkelen van probleemoplossingsvaardigheden. Dit kan bijvoorbeeld door cognitieve gedragstherapie, mindfulness-gebaseerde programma's of aanbieden van programma's gericht op

emotieregulatie. Door de focus te verleggen naar positieve manieren van omgaan met problemen, kan de kans op herhaalde suïcidepogingen en suïcidale gedachten worden verminderd.

### Implicaties voor verder onderzoek

Vlaamse suïcidepreventiestrategieën worden gebaseerd op up-to-date onderzoeksbevindingen omtrent suïcidepogingen in Vlaanderen. Verder onderzoek naar suïcidepogingen zorgt ervoor dat deze strategieën relevant blijven voor het klinisch veld. Dergelijk meer gedetailleerd onderzoek ter voorbereiding van preventieve acties naar specifieke doelgroepen is een mooi voorbeeld van de bijdrage van voortgezette epidemiologische monitoring van de aantallen en kenmerken van personen na een poging in een welbepaalde regio tot de preventie van dit belangrijk volksgezondheidsprobleem. Verder onderzoek naar zorgtrajecten na de opname op een spoedopnamedienst is eveneens aangeraden. Een meerderheid van de personen na een suïcidepoging worden na behandeling op de spoedopname opgenomen, maar we weten nog maar weinig van het vervolg op deze opname en de effecten daarvan op recidief suïcidepogingen. De vraag stelt zich bijvoorbeeld in welke mate verwijzing naar ambulante zorg gebeurt en in welke mate gevolg gegeven wordt aan een dergelijke verwijzing en aan de behandeling nadien.

Onderzoek naar specifieke doelgroepen zoals jongeren, personen met ASS,... biedt ook belangrijke informatie voor preventiecampagnes of eventueel aanbevelingen voor vervolgzorg.

Uit de bevindingen blijkt dat mensen verschillende copingstrategieën hanteren, zowel probleemgericht als emotiegericht, maar het is onduidelijk hoe effectief deze strategieën zijn in het verminderen van suïciderisico's. Onderzoek naar welke copingstrategieën het meest effectief zijn in het verminderen van suïcidale gedachten en gedragingen op lange termijn zou hier zeker een meerwaarde zijn. Eveneens als onderzoek naar hoe de transitie van maladaptieve coping (zoals middelengebruik of vermijding) naar meer effectieve strategieën (zoals praten over problemen en het aanpakken van onderliggende stressoren) kan ondersteund worden.

## Hoofdstuk 5: Suïcidepogingen in Vlaanderen versus Ierland

## Hoofdstuk 5: Suïcidepogingen Vlaanderen versus Ierland

### Inleiding

Het WHO rapport over de monitoring van suïcidepogingen gaf aan dat er op internationaal niveau 13 registratiestudies met de focus op het aantal meldingen van personen na een poging in ziekenhuizen bestaan. De langstlopende registratiestudie is de 'Oxford Monitoring System of deliberate self-harm', deze studie begon in 1976 en is op heden nog altijd actief. Deze studie registreert alle suïcidepogingen die worden aangemeld in het John Radcliffe hospital in Oxford. Sinds 2000 werd er in de UK de 'Multicentre Monitoring system of deliberate self-harm' opgericht, de registratie template die voor deze studie wordt gehanteerd, werd door de 'Oxford Monitoring System of deliberate self-harm' aangeleverd. De UK Multicentre studie heeft betrekking op de patiënten die aangemeld worden na een suïcidepoging in de ziekenhuizen in Oxford, Manchester en Derby (= vijf ziekenhuizen). Systematische registratie van suïcidepogingen die worden aangemeld in ziekenhuizen gebeurt op nationaal niveau alleen in Ierland (= 40 ziekenhuizen). Het Vlaamse registratieonderzoek is, na de 'Oxford Monitoring system of deliberate self-harm' één van de grootste regionale onderzoeken. De definitie die voor een suïcidepoging wordt gehanteerd, is voor de meeste Europese landen gelijkaardig aan de WHO-definitie die ook in Vlaanderen gebruikt wordt. De registraties over de jaren heen zorgen ervoor dat zowel onderzoekers als hulpverleners meer kennis krijgen over de trends bij suïcidepogingen. Het zorgt er tevens voor dat er meer kennis verkregen wordt over de risico - en protectieve factoren. Door de jaarlijkse registraties kan er doelgericht gewerkt worden aan preventiecampagnes en kan het effect ervan gemeten worden. Tenslotte laat het systematisch registreren van suïcidepogingen op nationaal en/of regionaal niveau toe om de incidentie rates tussen de verschillende gebieden en landen te vergelijken (1). In dit hoofdstuk wordt enkel de data van Vlaanderen met Ierland vergeleken omdat de gepubliceerde data van Oxford ondertussen dateert van een aantal jaar geleden.

Tabel 17: Registratiestudies van het aantal suïcidepogingen aangemeld in een ziekenhuis

Locatie	Regio's/ Steden	Aantal ziekenhuizen	Duur van studie
Ierland	Nationaal	40	2003 – heden
Noord Ierland	Noord – Ierland	3	2007 – heden
UK Multicenter	Oxford – Derbyshire – Manchester	6	01/01/2000 – heden

<b>UK – Oxford</b>	Oxford	1	1976 – heden
<b>Belgium – Gent</b>	Gent	4	1986 – heden
<b>Belgium -Vlaanderen</b>	Vlaanderen	34	2007 – heden
<b>Denemarken</b>	Funen		1989 - heden
<b>Fiji</b>	Viti Levu	11	2005 – 2006
<b>India</b>	Mysore	1	02/2013 – 06/2013
<b>Jamaica</b>		5	1999 – heden
<b>Nicaragua</b>	Leon	1	2004 – 2007
<b>Pakistan</b>	Karachi	1	01/2004 – 12/2004
<b>China</b>	Nantou	1	07/2000 – 12/2005

In dit deel van het jaarverslag worden de cijfers van Vlaanderen vergeleken met die van Ierland. Hiervoor werden de meest recente, beschikbare gegevens gebruikt (National Suicide Research Foundation [NSRF;(36)] uit 2023.

### Suïcidepogingen in Vlaanderen versus Ierland 2023

Figuren 55 en 56 geven de evolutie van de person-based rates voor Vlaanderen (37) en Ierland (36) van 2002-2023 opgedeeld volgens geslacht weer. In 2023 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen, 109/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 167/100.000. Het verschil tussen vrouwen na een suïcidepoging in Vlaanderen en Ierland was groter, respectievelijk 148/100.000 ten opzichte van 217/100.000. In Vlaanderen was er een stijging van 2.8% in de rate bij de mannen, in Ierland was er een daling van bijna 1.0% t.o.v. 2022. Bij de vrouwen was er in Vlaanderen eveneens een daling van 2.6%, in Ierland was er een daling in de rate met 4.0%.

Fig. 51: Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 2002-2023

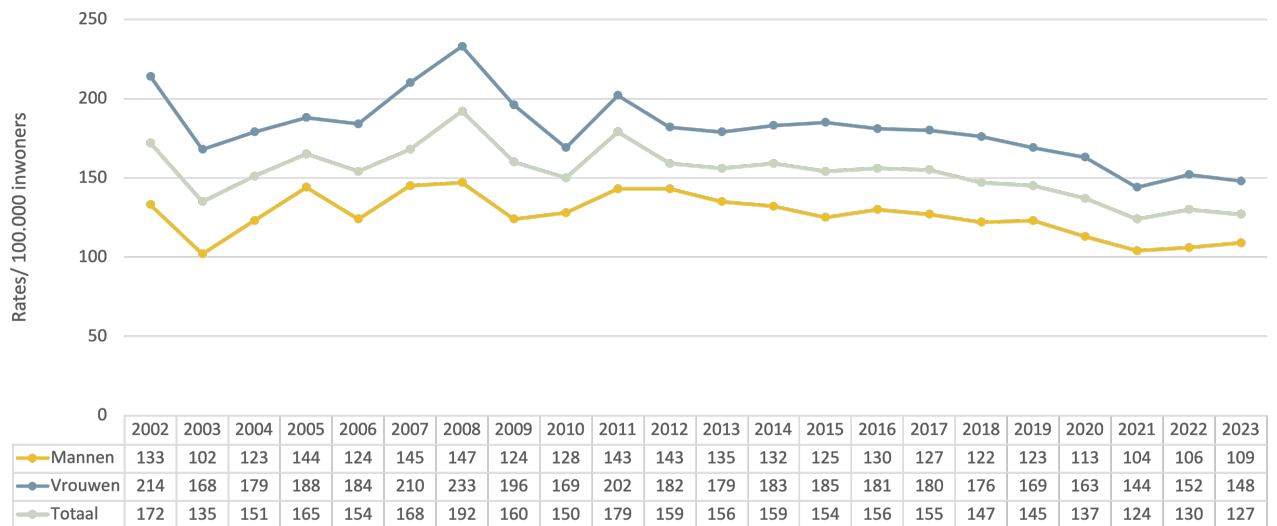
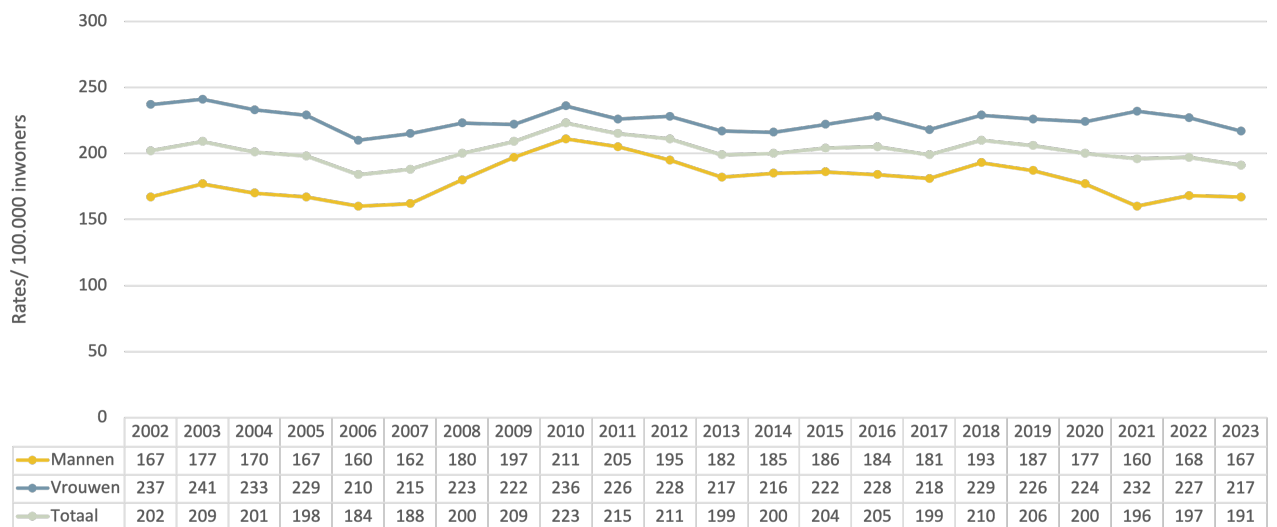


Fig. 52: Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland, volgens geslacht, 2002-2023



## Hoofdstuk 6: Publicaties

## Hoofdstuk 6: Publicaties

Sinds 1987 registreert de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek de prevalentie van suïcidepogingen in regio Gent en sinds 2007 werd deze registratiestudie uitgebreid naar Vlaanderen. Naar aanleiding van internationale congressen werd deze data samengebracht en verder geanalyseerd. Hieronder wordt een korte samenvatting gegeven van de wetenschappelijke publicaties en poster die hieruit resulteerden.

Increase in Self-Injury as a Method of Self-Harm in Ghent, Belgium: 1987-2013  
Vancayseele, N., Portzky, G., van Heeringen K. (2016) PLOS ONE (June 2016)

We analysed data on all self-harm presentations from the three large general hospitals in Ghent between 1987 and 2013. We investigated trends in prevalence (events by year per 100.000), methods and alcohol use. Rates of self-harm steadily decreased during the 26-year study period. In general female rates of self-harm were higher than male rates. the mean patient age was 35 years. The most commonly used method of self-harm was self-poisoning by means of an overdose of medication, followed by cutting and hanging. Psychotropics (including antidepressants, benzodiazepines, barbiturates and other tranquilizers) were the most frequently used drugs. A proportional increase in the use of self-injurious methods in self-harm was highly significant, more specially in the use of hanging, jumping from heights and the use of other violent methods such as the use of firearms, jumping before a moving object or other traffic related injury.

Conclusion: this epidemiological study showed an increase in the use of high-lethality methods in self-harm which has important implications for suicide prevention. As restrictions in the availability of these methods are difficult or impossible to achieve, prevention programmes will have to emphasize the role of thorough psychosocial assessment and adequate follow-up care of self-harm patients.

Epidemiological Trends in Attempted Suicide in Adolescents and Young Adults Between 1996 and 2004  
De Munck, S., Portzky, G., van Heeringen, K. (2009) Crisis

We used information from the monitoring study of suicide attempts in adolescents and young adults referred to the Accident and Emergency Department of the Gent University Hospital (Belgium). Between January 1996 and December 2004, trends, sociodemographic, and method-related characteristics of suicide attempts were assessed by a psychiatrist on data sheet. Attempted suicide rates declined from 1996 to 2001 and then rose until 2004, but did not exceed previous rates. During the 9 years of monitoring, there was a preponderance of female suicide attempters, except for 1997. Rates of attempts and of fatal suicide were negatively correlated. Significantly more males than females deliberately injured themselves. Younger attempters, especially females, significantly more often poisoned themselves with analgesics. In nearly one in five attempts, alcohol was used in combination with other methods, and alcohol intake was more commonly observed in older suicide attempters. Nearly half of the adolescents were identified as repeaters.

Conclusion: The results of this study warrant further monitoring of trends and characteristics of young suicide attempters

The association between motives, perceived problems and current thoughts of self-harm following an episode of self-harm. A network analysis (2018)

A history of self-harm is a major risk factor for suicide. Some patients are more likely than others to repeat suicidal behaviour after an episode of self-harm. Insight in the relation between current thoughts of self-harm, motives for the self-harm episode and perceived problems may improve prevention strategies. Network analysis allows to investigate the co-occurrence of these factors and their association with each other. Data were used of 6068 patients. Four internal motives (wish to die, lost control, escape from situation, situation was unbearable), one external motive (show somebody how hopeless I was) and four perceived problems (psychiatric, loneliness, trauma, rejection) are directly related to current thoughts of self-harm. Of all motives and problems, the motive a wish to die is most strongly related to current thoughts of self-harm. However, external motives are more central in the network when compared to internal motives and perceived problems.

Conclusions: Many internal motives and problems are directly related to current thoughts of self-harm, but external motives are more central in the network. The clinically most important motive (wish to die) does not play a central role in the network.

Medication used in intentional drug overdose in Flanders 2008 - 2013  
Nikita Vancayseele, Ine Rotsaert, Gwendolyn Portzky, Kees van Heeringen

Intentional drug overdose is the most common method of self-harm. As psychiatric disorders are very common in self-harm patients, the medication used to treat these disorders can become the means for the self-harm act. The present study aimed at investigating an association between the use of prescribed medication (analgesics and antipyretics, anti-epileptics, antipsychotics, antidepressants and psychostimulants) as a method of self-harm and prescription rates of this medication in Flanders. We investigated the possible effect of gender, alcohol use during the self-harm act and a history of self-harm.

Data from the multicenter study of self-harm in Flanders between 2008 and 2013 were used.

There was an increase in the odds of using antidepressants (0.8%) and antipsychotics (2%) among females when the rate of prescription increases. Analgesics and antipyretics (39.3/1,000) and antidepressants (124.9/1,000) were the most commonly prescribed drugs among females. Antidepressants (63.9/1,000) and antipsychotics (26.5/1,000) were the most commonly prescribed drugs among males. Antidepressants and analgesics and antipyretics were the most frequently used medications for self-harm. Analgesics and antipyretics during the self-harm act were more common among first-timers, while repeaters more commonly overdosed using antipsychotics and antidepressants.

conclusions: these findings suggest that the availability of medication via prescriptions plays an important role in the choice of the medication ingested during the self-harm act. Precautions are necessary when prescribing medication, including restrictions on the number of prescriptions and the return on unused medication to pharmacies after cessation of treatment.

Publicaties die eerder zijn verschenen:

Wittouck, C., De Munck, S., Portzky, G., Van Rijsselberghe, L., Van Autreve, S. and van Heeringen, K. (2010) A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Archives of suicide research*, 14, 135-145

Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N. et al (2009) Reasons for adolescent deliberate self-harm : a cry of pain and/or a cry for help ? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 601 – 607.

Portzky, G., De Wilde, E.J., van Heeringen, K. (2008) Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European child & adolescent psychiatry*, 17, 179-186.

McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H.S., et al (2006) *Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study. Psychological medicine*, 36, 45-55.

Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Wasserman, D., et al (2014) Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Canadian journal of psychiatry – Revue canadienne de psychiatrie*. 59, 539-547.

Bursztein Lipsicas, C., Makinen, I.H., Wasserman, D., et al (2013). Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries – an international perspective. *European journal of public health*. 23, 279-284.

Bursztein Lipsicas, C., Makinen, I.H., Wasserman, D., et al (2014). Immigration and recommended care after a suicide attempt in Europe: equity or bias? *European journal of public health*. 24, 63-65.

Van Autreve, S., Van Rijsselberghe, L., Portzky, G., & van Heeringen C. Epidemiological trends in attempted suicide in Flanders, Belgium between 1999 and 2006.

Van Heeringen, C. & De Volder, V. (2002) Trends in attempted suicide in adolescents and young adults, 1989-1995. *Archives of suicide*.

Spooren, D., van Heeringen, C. & Jannes, C. (1998). Research strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department. *Psychological medicine*.

Crane, C., Williams, JM., Hawton, K. et al (2007) The association between life events and suicide intent in self-poisoners with and without a history of deliberate self-harm: a preliminary study. *Suicide and life-threatening behavior*. 37, 367-378.

Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., et al (2002) Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and life-threatening behavior*. 32, 380-393.

van Heeringen, C., Jannes, C. & Van Remoortel, J. (1991) Characteristics of violent attempted suicide and implications for after-care. *European Journal of psychiatry*, 5.

## Bijlage: relevante invloedssfere

Relevante invloedssfere van de deelnemende ziekenhuizen (gemeenten die behoren tot de regio van het desbetreffende ziekenhuis)

### AZ Alma, Eeklo

Aalter	Eeklo	Lievegem	Sint-Laureins
Assenede	Evergem	Maldegem	Wachtebeke
Beernem	Kaprijke	Moerbeke	Zelzate
Damme			

### ASZ, Aalst

Aalst	Erpe-Mere	Horebeke	Roosdaal
Affligem	Galmaarden	Laarne	Sint-Lievens-Houtem
Berlare	Geraardsbergen	Lebbeke	Sint-Joost-ten-node
Bever	Gooik	Lede	Ternat
Brakel	Haaltert	Liedekerke	Wetteren
Denerleeuw	Herne	Ninove	Wichelen
Dendermonde	Herzele		

### AZ Delta, Roeselare/Menen

Alveringem	Ingelmunster	Menen	Spiere-Helkijn
Ardooe	Izegem	Mesen	Staden
Deerlijk	Jabbeke	Meulebeke	Tielt
Dentergem	Koekelare	Moorslede	Torhout
Diksmuide	Kortemark	Oostkamp	Vleteren
Gistel	Kuurne	Oostrozebeke	Wervik
Harelbeke	Langemark-Poelkapelle	Oudenburg	Wevelgem
Heuvelland	Ledegem	Pittem	Wielsbeke
Hooglede	Lendelede	Poperinge	Wingene
Houthulst	Lichtervelde	Ruiselede	Zedelgem
Ichtegem	Lo-Reninge	Roeselare	Zonnebeke
Ieper			

### AZ Groeninge, Kortrijk

Anzegem	Izegem	Lendelede	Wervik
Avelgem	Kluisbergen	Menen	Wevelgem
Deerlijk	Kortrijk	Moorslede	Wielsbeke
Dentergem	Kruisem	Oostrozebeke	Wortegem - Petegem
Harelbeke	Kuurne	Spiere-Helkijn	Zonnebeke
Ingelmunster	Ledegem	Waregem	Zulte
			Zwevegem

### AZ Herentals

Grobbendonk	Heist op den berg	Lille	Vorselaar
Herentals	Hulshout	Nijlen	Westerlo
Herenthout	Kasterlee	Olen	Zandhoven
Herselt			

AZ Jan Palfijn, Gent

Assenede	Gavere	Lievegem	Merelbeke
De Pinte	Gent	Lochristi	Nazareth
Destelbergen	Laarne	Melle	Zelzate
Evergem			

AZ Maria Middelaes, Gent

Aalter	Gent	Melle	Wachtebeke
Assenede	Horebeke	Merelbeke	Waregem
Berlare	Kaprijke	Moerbeke	Wetteren
Brakel	Kruisem	Nazareth	Wichelen
De Pinte	Laarne	Oosterzele	Wortegem-Petegem
Deinze	Lievegem	Oudenaarde	Zelzate
Dentergem	Lochristi	Ruiselede	Zottegem
Destelbergen	Lokeren	Sint-Lievens-Houtem	Zulte
Evergem	Maarkedal	Sint-Martens-Latem	Zwalm
Gavere			

AZ Monica, Antwerpen

Aartselaar	Essen	Ranst	Wommelgem
Antwerpen	Hove	Schilde	Zoersel
Boechout	Kalmthout	Schoten	Zwijndrecht
Borsbeek	Malle	Wijnegem	
Brecht	Mortsel		

AZ Oostende, Oostende

Bredene	Gistel	Koekelare	Nieuwpoort
De Haan	Ichtegem	Koksijde	Oostende
Diksmuide	Jabbeke	Middelkerke	Oudenburg

AZ Oudenaarde

Anzegem	Horebeke	Maarkedal	Spiere-Helkijn
Avelgem	Kluisbergen	Oudenaarde	Wortegem-Petegem
Brakel	Kruisem	Ronse	Zwalm
Gavere			

AZ St-Blasius, Dendermonde

Berlare	Hamme	Merchtem	Wichelen
Bornem	Lebbeke	Opwijk	Zele
Buggenhout	Lokeren	Puurs-Sint-Amands	
Dendermonde	Londerzeel	Waasmunster	

AZ Sint-Dimpna, Geel

Arendonk	Ham	Laakdal	Retie
Balen	Herselt	Meerhout	Tessenderlo
Dessel	Hulsthout	Mol	Westerlo
Geel	Kasterlee	Olen	

AZ St-Jan, Brugge

Aalter	Diksmuide	Kortemark	Oudenburg
Alveringem	Eeklo	Lichtervelde	Ruiselede
Beernem	Gistel	Lo-Reninge	Sint-Laureins
Blankenberge	Ichtegem	Maldegem	Torhout
Bredene	Jabbeke	Middelkerke	Veurne
Brugge	Kaprijke	Nieuwpoort	Wingene
Damme	Knokke-Heist	Oostkamp	Zedelgem
De Haan	Koekelare	Oostende	Zuienkerke
De Panne	Koksijde		

AZ St-Lucas, Brugge

Aalter	Ichtegem	Maldegem	Wingene
Beernem	Jabbeke	Oostkamp	Zedelgem
Brugge	Knokke-Heist	Oudenburg	Zuienkerke
Damme			

AZ St-Maarten, Mechelen

Berlaar	Haacht	Lier	Rumst
Bonheiden	Heist-op den-Berg	Lint	Sint-Katelijne-Waver
Boom	Kapelle-op-den-Bos	Londerzeel	Steenokkerzeel
Boortmeerbeek	Keerbergen	Mechelen	Willebroek
Duffel	Kontich	Putte	Zemst

AZ St-Vincentius, Deinze

Aalter	De Pinte	Kruisem	Sint-Martens-Latem
Dentergem	Gavere	Nazareth	Zulte
Deinze			

AZ Turnhout

Arendonk	Kasterlee	Mol	Rijkevorsel
Baarle-Hertog	Lille	Oud-Turnhout	Turnhout
Beerse	Malle	Ravels	Vorselaar
Dessel	Merksplas	Retie	Vosselaar
Hoogstraten			

AZ Voorkempen, Malle

Beerse	Lille	Schoten	Ranst
Brecht	Malle	Vorselaar	Zandhoven
Essen	Merksplas	Wijnegem	Zoersel
Hoogstraten	Rijkevorsel	Wuustwezel	
Kalmthout	Schilde		

AZ West

Alveringem	Koksijde	Nieuwpoort	Veurne
De Panne	Lo-Reninge	Oudergem	Vleteren
Diksmuide	Middelkerke		

#### H. Hartziekenhuis, Lier

Arendonk	Ham	Lint	Ranst
Balen	Heist-op-den-berg	Lommel	Retie
Berlaar	Herentals	Meerhout	Vorselaar
Boeckhout	Herenthout	Mol	Westerlo
Dessel	Hulsthout	Nijlen	Wommelgem
Duffel	Leopoldsburg	Putte	Zandhoven
Grobbendonk	Lier		

#### Jan Yperman ZH, Ieper

Alveringem	Ieper	Mesen	Veurne
Diksmuide	Koksijde	Moorslede	Vleteren
Heuvelland	Langemark-Poelkapelle	Poperinge	Wervik
Houthulst	Lo-Reninge	Staden	Zonnebeke

#### OLV Aalst & Asse

Aalst	Erpe-Mere	Lebbeke	Opwijk
Affligem	Galmaarden	Lede	Pepingen
Asse	Geraardsbergen	Lennik	Roosdaal
Beersel	Gooik	Liedekerke	Sint-Genius-Rode
Berlare	Haaltert	Lierde	Sint-Lievens-Houtem
Bever	Halle	Londerzeel	Sint-Pieters-Leeuw
Buggenhout	Herne	Meise	Ternat
Denderleeuw	Herzele	Merchtem	Wemmel
Dendermonde	Horebeke	Ninove	Wichelen
Dilbeek			

#### OLV van Lourdes ZH, Waregem

Anzegem	Dentergem	Oostrozebeke	Wortegem-Petegem
Avelgem	Harelbeke	Waregem	Zulte
Deerlijk	Kruisem	Wielsbeke	Zwevegem

#### RZ St-Maria Halle

Beersel	Galmaarden	Lennik	Roosdaal
Bever	Gooik	Linkenbeek	Sint-Genesius-Rode
Drogenbos	Halle	Pepingen	Sint-Pieters-Leeuw
Dilbeek	Herne		

#### Sint-Andriesziekenhuis, Tielt

Aalter	Ingelmunster	Pittem	Wielsbeke
Ardooi	Meulebeke	Ruiselede	Wingene
Dentergem	Oostrozebeke	Tielt	

#### Sint-Jozefskliniek, Izegem

Ardooië	Izegem	Lendeledë	Wielsbeke
Harelbeke	Kuurne	Meulebeke	
Ingelmunster	Ledegem	Oostrozebeke	

#### Sint-Trudo, Sint-Truiden

Alken	Halen	Landen	Sint-Truiden
Borgloon	Heers	Linter	Wellen
Geetbets	Herk-de-Stad	Nieuwerkerken	Zoutleeuw
Gingelom	Kortenaken		

#### UZ Gent

Aalter	Gent	Lochristi	Sint-Martens-Latem
Anzegem	Geraardsbergen	Lokeren	Sint-Niklaas
Assenede	Haaltert	Maarkedal	Stekene
Avelgem	Hamme	Maldegem	Temse
Berlare	Herne	Melle	Waasmunster
Bever	Herzele	Merelbeke	Wachtebeke
Beveren	Heuvelland	Moerbeke	Waregem
Brakel	Horebeke	Nazareth	Wetteren
De Pinte	Kaprijke	Ninove	Wichelen
Deinze	Kluisbergen	Oosterzele	Wortegem-Petegem
Dendermonde	Kruisem	Oostrozebeke	Zele
Dentergem	Kruibeke	Oudenaarde	Zelzate
Destelbergen	Laarne	Ronse	Zottegem
Eeklo	Lede	Sint-Genesius-Rode	Zulte
Erpe-Mere	Liedekerke	Sint-Gillis-Waas	Zwalm
Evergem	Lierde	Sint-Laureins	
Gavere	Lievegem	Sint-Lievens-Houtem	

#### ZH Oost-Limburg, Genk

Alken	Genk	Kortesseem	Peer
As	Hamont-Achel	Lanaken	Pelt
Beringen	Hasselt	Leopoldsburg	Riemst
Bilzen	Hechtel-Eksel	Lommel	Tongeren
Bocholt	Heusden Zolder	Lummen	Voeren
Borgloon	Hoeselt	Maaseik	Wellen
Bree	Houthalen-Helchteren	Maasmechelen	Zonhoven
Diepenbeek	Kinrooi	Oudsbergen	Zutendaal
Dilsen-Stokkem			

## Referenties

1. (WHO) WHO. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/attempts\\_surveillance\\_systems/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/); 2016.
2. Vogels M. Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS I) 2006-2010.; 2006 2006.
3. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJFM, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S. Background and introduction to the study. In: Kerkhof AJFM, Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Lönnqvist J, editors. Attempted suicide in Europe: Findings from the multicenter study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe: Leiden: DSWO Press; 1994. p. 3-15.
4. Kleiman EM, Turner BJ, Fedor S, Beale EE, Huffman JC, Nock MK. Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of abnormal psychology*. 2017;126(6):726-38.
5. Bogdanovica I, Jiang GX, Lohr C, Schmidtke A, Mittendorfer-Rutz E. 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*. 2011;46(11):1103-14.
6. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm - Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:193-9.
7. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2012;345.
8. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*. 2014;9(2).
9. Vancayseele N, Portzky G, van Heeringen K. Increase in Self-Injury as a Method of Self-Harm in Ghent, Belgium: 1987-2013. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156711.
10. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):297-303.
11. Hawton K, Harriss L, Hall S, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*. 2003;33(6):987-95.
12. Crawford MJ, Csipke E, Brown A, Reid S, Nilsen K, Redhead J, Touquet R. The effect of referral for brief intervention for alcohol misuse on repetition of deliberate self-harm: an exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2010;40(11):1821-8.
13. Hawton K, Haw C, Casey D, Bale L, Brand F, Rutherford D. Self-harm in Oxford, England: epidemiological and clinical trends, 1996-2010. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(5):695-704.
14. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *J Affect Disord*. 2014;159:46-52.
15. Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(3):437-45.
16. Kotila L, Lönnqvist J. Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76(4):386-93.
17. Shain B, Committee On A. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(1).
18. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(2):540-5.
19. Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *J Adolesc Health*. 2015;56(3):286-92.
20. Reith DM, Whyte I, Carter G. Repetition risk for adolescent self-poisoning: a multiple event survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(2):212-8.
21. Rhodes AE, Bethell J, Carlisle C, Rosychuk RJ, Lu H, Newton A. Time Trends in Suicide-Related Behaviours in Girls and Boys. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*. 2014;59(3):152-9.
22. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018;27(2):186-98.

23. Kerkhof AvS, B. A. Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. In: R. C. O'Connor SP, & J. Gordon, editor. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. pp.199-209: Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
24. Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(6):493-8.
25. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.
26. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *General Hospital Psychiatry*. 2012;34(5):557-65.
27. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of Emergency Medicine*. 2005;46(4):369-75.
28. Dieserud G, Gerhardsen RM, Van den Weghe H, Corbett K. Adolescent Suicide Attempts in Baerum, Norway, 1984-2006 Trends, Triggers, and Underlying Reasons. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2010;31(5):255-64.
29. Hawton K, Bale L, Casey D, Shepherd A, Simkin S, Harriss L. Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2006;27(4):157-63.
30. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, Kapur N. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*. 2015;175:147-51.
31. Cooper SL, Lezotte D, Jacobellis J, Diguseppi C. Does availability of mental health resources prevent recurrent suicidal behavior? An ecological analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(4):409-17.
32. De Jaegere E, Hoorens V, G. P, C. vH. KIPEO, Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (kinderen en jongeren). 2011 2011.
33. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2005;187:9-20.
34. Vandeurzen J. Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II) 2012-2020. 2012 2012.
35. Hawton K, Casey D, Bale E, Ryall J, Geulayov G, Brand F. *Self-harm in Oxford 2013*. 2015 2015.
36. Griffin E, Arensman E, Corcoran P, Dillon C, Williamson E, Perry IJ. *National self harm registry Ireland Annual Report 2014*. 2015.
37. Vancayseele N, Portzky G, van Heeringen C. *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen, jaarverslag 2014*. 2015.

## Overzichtstabel

In onderstaande tabel staat een overzicht van het aantal geregistreerde suïcidepogingen ('events') en het aantal geregistreerde personen na een poging ('persons') aan de hand van LOES en het IPEO in 2024.

In totaal waren er 62 EB registraties meer dan PB registraties. Er waren dus verscheidene personen die meer dan één poging ondernamen in 2024. Onderstaande tabel biedt een overzicht van het aantal gebeurtenissen (EB) en het aantal personen (PB) die werden aangemeld na een suïcidepoging of met (acute) suïcidale gedachten. Dit betreft alle registraties die zijn gebeurd in 2024 aan de hand van LOES en het IPEO (zonder kwaliteitscontroles). Deze cijfers dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het hier gaat om absolute aantallen.

Tabel 18: Overzicht events (EB) en personen (PB) LOES per instelling en geslacht, 2024

Instelling/Regio		Mannen		Vrouwen		Totaal	
		EB	PB	EB	PB	EB	PB
AZ Alma	Suicidale gedachten						
	Suicidepogingen	6	6	10	10	16	16
ASZ Aalst	Suicidale gedachten	0	0	1	1	1	1
	Suicidepogingen	23	23	47	47	70	70
AZ Delta	Suicidale gedachten	1	1	4	4	5	5
	Suicidepogingen	30	30	43	43	73	73
AZ Groeninge	Suicidale gedachten	9	9	7	7	16	16
	Suicidepogingen	94	89	133	120	227	209
AZ Herentals	Suicidale gedachten	9	9	13	13	22	22
	Suicidepogingen	19	19	38	38	57	57
AZ Jan Palfijn Gent**	Suicidale gedachten						
	Suicidepogingen	8	8	13	13	22	22
AZ Maria Middelaers Gent*	Suicidale gedachten	47	47	49	49	96	96
	Suicidepogingen	29	29	52	52	81	81
AZ Oudenaarde	Suicidale gedachten	3	3	4	4	7	7
	Suicidepogingen	10	10	14	14	24	24
AZ Sint-Blasius Dendermonde	Suicidale gedachten	24	22	17	16	41	38
	Suicidepogingen	40	39	60	58	100	97
AZ Sint-Dimpna Geel	Suicidale gedachten	18	17	18	18	36	35
	Suicidepogingen	38	35	75	72	113	107
AZ Sint-Jan Brugge	Suicidale gedachten	1	1	1	1	2	2
	Suicidepogingen	15	14	21	21	36	35
AZ Sint-Lucas Brugge	Suicidale gedachten	2	2	3	3	5	5
	Suicidepogingen	12	12	20	20	32	32
AZ Sint-Maarten Mechelen**	Suicidale gedachten						
	Suicidepogingen	4	4	13	13	17	17
AZ Sint-Vincentius Deinze*	Suicidale gedachten	11	11	10	10	21	21
	Suicidepogingen	20	20	25	25	45	45
AZ Turnhout	Suicidale gedachten	3	3	1	0	4	3
	Suicidepogingen	20	20	27	26	47	46
AZ Voorkempen	Suicidale gedachten	2	2	0	0	2	2
	Suicidepogingen	4	4	11	11	15	15
AZ West Veurne	Suicidale gedachten	27	27	22	19	49	46
	Suicidepogingen	17	15	32	31	49	46
Imeldaziekenhuis Bonheiden	Suicidale gedachten	0	0	1	1	1	1
	Suicidepogingen	0	0	5	5	5	5
OLV Aalst/Asse	Suicidale gedachten	79	76	135	125	214	201
	Suicidepogingen	39	39	44	43	83	82
OLV v Lourdes Waregem	Suicidale gedachten	39	36	60	58	99	94
	Suicidepogingen	6	6	19	17	25	23
Sint-Jozefskliniek Izegem	Suicidale gedachten	17	16	21	20	38	36
	Suicidepogingen	14	14	25	25	39	39
Sint-Andriesziekenhuis Tielt	Suicidale gedachten	14	13	14	13	29	27
	Suicidepogingen	30	28	25	25	55	53
RZ Sint Maria Halle	Suicidale gedachten	4	4	3	3	7	7
	Suicidepogingen	3	3	10	10	13	13
RZ Sint-Trudo, Sint Truiden	Suicidale gedachten						
	Suicidepogingen	4	4	2	2	6	6
Yperman ziekenhuis	Suicidale gedachten	36	33	38	38	74	71
	Suicidepogingen	34	34	82	75	116	109
ZNA UKJA	Suicidale gedachten	19	17	81	70	100	87
	Suicidepogingen	12	11	61	49	73	60
ZOL Genkt/Maaseik	Suicidale gedachten	1	1	6	6	7	7
	Suicidepogingen	29	28	53	48	81	76
Totaal / Vlaanderen	Suicidale gedachten	366	350	509	479	876	830
	Suicidepogingen	560	544	960	913	1520	1458
						2396	2288

\*Eigen registratie methode

\*\* IPEO registraties

In onderstaande overzichtstabel staan alle kenmerken van de personen die werden aangemeld na een suïcidepoging en de suïcidepogingen beschreven per ziekenhuis. De ziekenhuizen staan geografisch geordend.

