

# DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

## Adolescenten

2024

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



# DE EPIDEMIOLOGIE VAN SUÏCIDEPOGINGEN IN VLAANDEREN

## Adolescenten

**2024**

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

Een onderzoek naar de verspreiding van suïcidepogingen bij adolescenten 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 ADOLESCENTEN

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

86.8% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging kenden een voorgeschiedenis van psychische problemen; 67% werd hiervoor reeds behandeld

78,2% VAN DE JONGEREN MET SUÏCIDALE GEDACHTEN KENDEN EEN VOORGESCHIEDENIS VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN; 68,3% VAN DE JONGEREN WERD HIERVOOR REEDS BEHANDELD

**Adolescenten rapporteren significant vaker een voorgeschiedenis van ambulante behandelingen dan volwassenen**

JONGENS GAVEN SIGNIFICANT VAKER AAN DAN MEISJES GEEN PSYCHISCHE BEHANDELING TE HEBBEN GEVOLGD IN DE VOORGESCHIEDENIS

63,8% van de jongeren aangemeld na een poging had al een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag

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

67,5% van de jongeren volgden een psychotherapeutische behandeling na de laatste suïcidepoging

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

32,5% van de jongeren aangemeld na een poging gaven aan dat ze niet geneigd zijn om steun te zoeken bij anderen

76,6% van de jongeren met suïcidale gedachten en 71,2% van de jongeren aangemeld na een poging gaven aan een emotiegerichte aanpak te hanteren als coping



# Inhoudstafel

<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	<b>1</b>
Achtergrond	1
Onderzoeksmethode	2
Inhoud jaarverslag	3
<b>Hoofdstuk 2: Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang (kinderen en jongeren ((K)IPEO)</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Persoonsgerelateerde gegevens</b>	<b>6</b>
<b>2.1.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten</b>	<b>6</b>
Burgerlijke staat, woonsituatie & economische toestand	6
Behandelgeschiedenis	7
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	9
Sociaal netwerk	10
Alcohol- en middelenmisbruik	10
Coping	11
Diagnose	12
<b>2.1.2 Aanmelding owv suïcidepoging</b>	<b>13</b>
Burgerlijke staat, woonsituatie & economische toestand	13
Behandelgeschiedenis	15
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	16
Sociaal netwerk	17
Alcohol- en middelenmisbruik	17
Coping	18
Diagnose	19
<b>2.1.3 Jongeren met suïcidale gedachten vs. na een suïcidepoging</b>	<b>20</b>
Burgerlijke staat & economische toestand	20
Behandelgeschiedenis	21
Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag	22
Alcohol- en middelenmisbruik	24
Coping	25
<b>2.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens</b>	<b>26</b>
<b>2.2.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten</b>	<b>26</b>
Gevoelens en suïcidaliteit	26
Ervaren problemen en motieven	32
Zorgtraject	34

<b>2.2.2 Aanmelding owv suïcidepoging</b>	<b>36</b>
Situering in tijd	36
Omstandigheden van een suïcidepoging	37
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging	38
Ervaren problemen en motieven	42
Suïcidale intentie	44
Zorgtraject	45
<b>2.2.3 Jongeren met suïcidale gedachten vs. na een suïcidepoging</b>	<b>47</b>
Gevoelens en suïcidaliteit na de poging	47
Ervaren problemen en motieven	52
Zorgtraject	54
<b>Hoofdstuk 3: Adolescenten vs Volwassenen</b>	<b>58</b>
<b>3.1 Persoonsgerelateerde gegevens</b>	<b>58</b>
Behandelgeschiedenis	59
Voorgeschiedenis suïcidaal gedrag en zelfbeschadigend gedrag	60
Sociaal netwerk	62
Coping	62
Diagnose	63
<b>3.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens</b>	<b>64</b>
Ervaren problemen en motieven	69
Zorgtraject	66
<b>Bespreking</b>	<b>69</b>
Korte samenvatting van de bevindingen	69
Sterktes en beperkingen	71
Implicaties voor preventie	72
<b>Referenties</b>	<b>75</b>
<b>Overzichtstabel</b>	<b>77</b>



## Hoofdstuk 1: Inleiding

## Achtergrond

Epidemiologische registratieprojecten zijn essentiële onderdelen van doeltreffende preventieprogramma's. Gezien de hoge cijfers voor wat betreft het voorkomen van suïcide in Vlaanderen is de epidemiologische monitoring van één van de belangrijkste risicofactoren, zijnde suïcidepogingen een essentieel onderdeel van het Vlaams suïcidepreventieprogramma. Op basis van deze registratie kunnen andere risicofactoren bepaald worden, waardoor preventie inhoudelijk gestuurd kan worden. Tevens kan het effect van preventieprogramma's opgevolgd worden. De Vlaamse registratiestudie is de op één na grootste en langstlopende studie, na Oxford, omtrent suïcidepogingen wereldwijd. De Vlaamse registratiestudie werd opgenomen in het rapport omtrent het belang van registreren van suïcidepogingen, opgemaakt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (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>). Sinds 2012 wordt het KIPEO geïmplementeerd in de Vlaamse ziekenhuizen, kinderspsychiatrische 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 ook gebruikt worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De informatie die nu 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.

In 2021 werd het IPEO en KIPEO 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 voor de adolescenten voornamelijk gebaseerd op de LOES data en nog een klein stukje gebaseerd op de (K)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).

### 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 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 heteroog fenomeen is (4). Het is dan ook belangrijk

om suïcidale gedachten regelmatig opnieuw te beoordelen vanwege het fluctuerende patroon.

### KWALITEITSCONTROLE EN SCHATTINGSFACTOR

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.

## Inhoud jaarverslag

Het huidige jaarverslag bevat drie hoofdstukken. In het tweede hoofdstuk worden gegevens gerapporteerd die van de jongeren werden verzameld aan de hand van de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) – kinderen en jongeren (KIPEO). In dit hoofdstuk worden de analyses gerapporteerd voor personen die 18 jaar of jonger zijn, er werden persoons- en gebeurtenisgerelateerde analyses uitgevoerd voor twee afzonderlijke groepen, nl jongeren aangemeld met (acute) suïcidale gedachten en jongeren aangemeld na een suïcidepoging. In hoofdstuk drie worden persoons- en gebeurtenisgerelateerde informatie vergeleken tussen adolescenten en volwassenen die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten en personen aangemeld na een poging. Voor meer informatie omtrent het voorkomen (rates) van suïcidepogingen in Vlaanderen en voor meer informatie omtrent de persoons- en gebeurtenisgerelateerde analyses van + 18 jarigen verwijzen wij graag naar het algemeen epidemiologisch rapport volwassenen, dit is via volgende link terug te vinden <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/cijfers-over-suïcide-en-suïcidepogingen/suïcidepogingen-in-vlaanderen>.

Hoofdstuk 2: Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit  
(LOES) en Instrument Psychosociale Opvang &  
Evaluatie (Kinderen en jongeren) ((K)IPEO)  
Rapportage data adolescenten

## Hoofdstuk 2: Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) en Instrument Psychosociale Opvang & Evaluatie (kinderen en jongeren) ((K)IPEO)

### Rapportage data adolescenten

De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het *Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang* (IPEO)- *Kinderen en jongeren* (KIPEO), dit resulteerde in de *Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit* (=LOES). LOES is net zoals het (K)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 (K)IPEO gebruikten bij de eerste opvang van suïcidale personen en 25 Algemene Ziekenhuizen maakten gebruik van LOES. Alle data van de ziekenhuizen die (K)IPEO hebben gebruikt werd samengevoegd in het databestand van LOES.

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

In totaal werden er 408 registraties ontvangen van suïcidale personen die 18 jaar of jonger zijn in 2024. LOES en (K)IPEO werd bij 163 jongeren gebruikt die werden aangemeld met suïcidale gedachten en bij 236 jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging die 18 jaar of jonger zijn. Bij 9 personen was er missing data (geslacht of reden van aanmelding).

Tabel 1: Overzicht KIPEO en LOES registraties bij personen 18 jaar of jonger volgens reden aanmelding en volgens geslacht, 2024

	Man (n)	Vrouw (n)	Totaal (n)
Suïcidale gedachten (SG of SI)	46	117	163
Suïcidepoging (SP)	44	192	236
Totaal (SG + SP)	90	309	399

## 2.1 Persoonsgerelateerde gegevens

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

### 2.1.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten (n=163)

#### Geslacht en leeftijd

Bij 46 jongens (28.2%) en 117 meisjes (71.8%) die werden aangemeld met suïcidale gedachten werd het gesprek rond suïcidaliteit gevoerd aan de hand van LOES. Binnen deze groep was de gemiddelde leeftijd 15.9jaar. De minimum leeftijd was 12jaar en de maximum leeftijd was 18jaar.

#### Burgerlijke staat, woonsituatie en economische toestand

##### BURGERLIJKE STAAT (n = 118)

Alle jongeren gaven aan **ongetrouwd** te zijn. Er werd geen andere vorm van burgerlijke staat aangegeven.

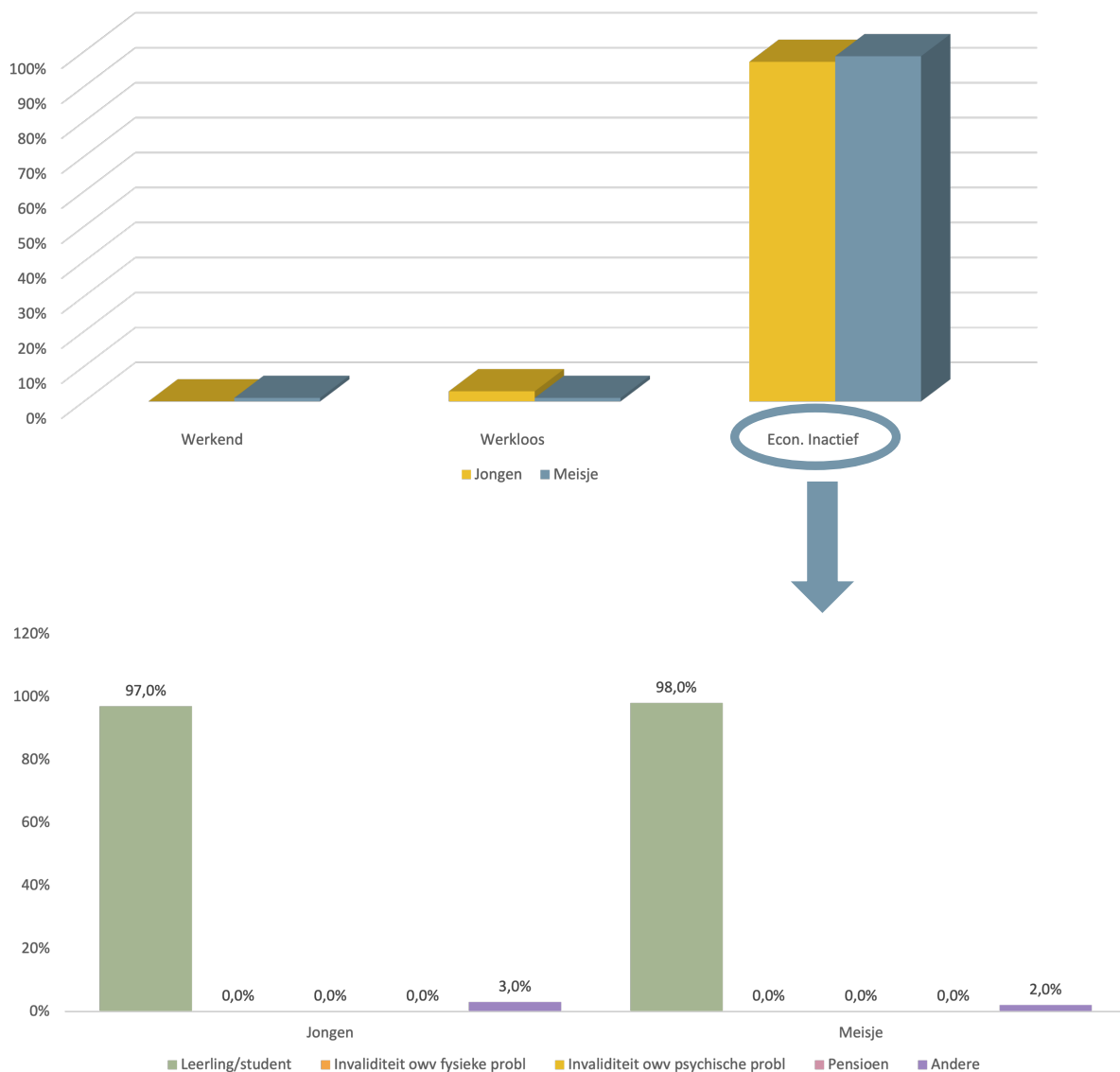
##### WOONSITUATIE (n = 134)

98.5% woont samen met de ouders of andere significant anderen en 1.5% woonde alleen op het moment dat men werd aangemeld. Er kon geen significant geslachtsverschil worden weerhouden wat betreft de woonsituatie. 1.5% van de patiënten had kinderen.

##### ECONOMISCHE TOESTAND (n = 137)

In Vlaanderen was 0.7% van de jongeren met suïcidale gedachten **werkend**, 1.5% was **werkloos** en 97.8% **economisch inactief**. Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die inactief waren **omdat ze nog schoolgaand** zijn (97.7%). 2.3% gaf aan dan men economisch inactief zijn o.w.v. een andere reden. Hier werd er vaak aangegeven dat men is gestopt met de middelbare school.

Fig 1: Economische toestand bij jongeren met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024



Wanneer de schoolsituatie nader wordt bekeken was 99.1% een leerling in het secundair onderwijs en 0.9 % gaf 'andere' aan, hier wordt er aangegeven dat er een aangepast traject wordt gevolgd of dat men zijn diploma probeert te halen via de examencommissie.

11.1% volgde onderwijs in een A-stroom richting, 6.7% in een B-Stroom richting. 16.7% volgde onderwijs in het ASO, 20% TSO, 21.1% BSO, 4.4% KSO en 20% BuSO. Er waren geen significante verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft de richting die wordt gevolgd in het secundair onderwijs.

### Behandelgeschiedenis

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale jongeren reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. 78.2% van de personen met suïcidale gedachten gaf aan dat men in het verleden al psychische problemen hebben gehad. Van deze groep gaf 68.3% aan dat men hiervoor werd behandeld.

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

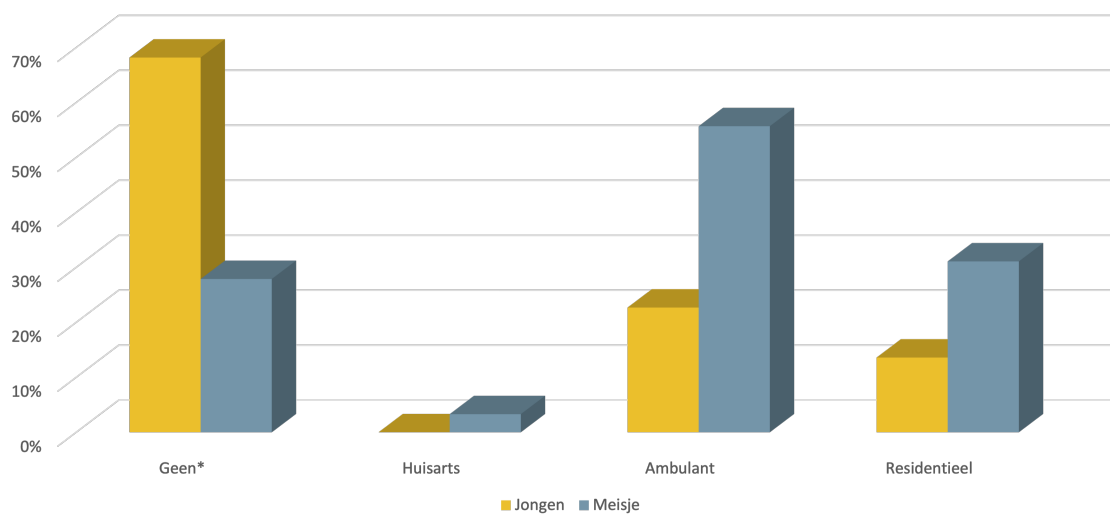
“horen van stemmen”; “verminderd welbevinden tgv chronische pijn”; “externaliserend gedrag”; “ervaart niet snel een klik met de hulpverlener”; “vermoeden van depressie”

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

“CLB en psychologische begeleiding”; “Begeleiding door psychologe binnen het kader van diagnose ASS”; “donkere gedachten en mobiel crisisteam opgestart”; “Dagbehandeling rond stemmingwisselingen, opvolging CGG”; “Leuven voor eetproblematiek”; “suïcidaliteit waarvoor crisisopname”

38.6% van de personen gaf aan geen psychische behandeling te hebben gevolgd in de voorgeschiedenis, dit werd significant vaker gemeld door jongens t.o.v. meisjes (68.2% vs. 27.9%;  $\chi^2(1) = 11.09$ ;  $p < .001$ ). 26.5% van de jongeren wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds **residentieel** behandeld en 47% werd reeds **ambulant** behandeld. De **huisarts** werd bij 2.4% gemeld in kader van psychologische/ psychiatrische begeleiding. Meisjes volgde reeds significant vaker ambulante begeleiding t.o.v. jongens (55.7% vs. 22.7%;  $\chi^2(1) = 7.07$ ;  $p < .01$ ).

Fig.2: Behandelgeschiedenis in het verleden van jongeren met suïcidale gedachten volgens geslacht, 2024



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

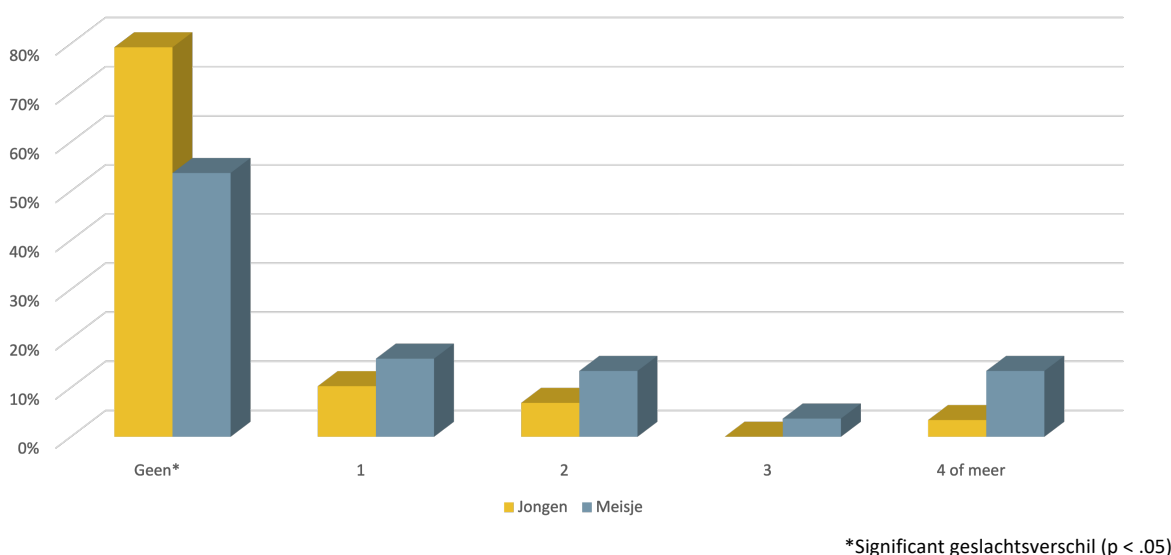
\*\*Significant geslachtsverschil ( $p < .01$ )

## Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 111)

### Suïcidaal gedrag

In huidig onderzoek werd de voorgeschiedenis van een suicidepoging bevestigd. 60.4% van de jongeren gaf aan **geen** voorgeschiedenis te hebben. 14.4% van de jongeren gaf aan reeds **één** suicidepoging te hebben ondernomen, 11.7% **twee**, 2.7% **drie** en 10.8% reeds **vier of meer** pogingen. Jongens hadden significant vaker dan meisjes geen voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (79.3% vs. 53.7%;  $\chi^2(1) = 5.89$ ;  $p < .05$ ).

Fig.3: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag bij jongeren met suïcidale gedachten volgens geslacht, 2024



Wanneer een persoon reeds vroeger een suicidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond gezien een snellere opeenvolgende frequentie van pogingen het risico verhoogt op herhaling van suïcidaal gedrag. 56.8% van de pogingen voorafgaand aan huidige aanmelding/opname, werd gedurende de **afgelopen 6 maand** ondernomen.

38.7% van de vorige pogingen werd **medisch behandeld**. Bij 52.9% van de jongeren werd aangegeven dat de suicidepoging ook **psychisch werd behandeld**.

### Zelfbeschadigend gedrag

80.9% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaf aan dat men automutileert. Bij 91.8% van de jongeren was dit minder dan 6 maanden geleden. Meisjes gaven significant vaker dan jongens aan dat men zichzelf opzettelijk pijn doet (90.2% vs. 53.6%;  $\chi^2(1) = 18.17$ ;  $p < .001$ ).

## Sociaal netwerk (n= 90)

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?*

86.7% van de jongeren met suïcidale gedachten 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.

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

34.8% van de jongeren gaf aan niet geneigd te zijn om steun te zoeken bij anderen wanneer men het moeilijk heeft. 60.7% van de jongeren 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. 4.5% van de jongeren gaf aan dat ze bij niemand terecht kunnen als ze het moeilijk hebben.

2.6% van de jongeren gaf aan **geen** contact op te nemen met die vertrouwenspersoon als men het moeilijk heeft, 35.9% gaf aan **soms** contact op te nemen en 61.5% van de jongeren gaf aan **wel contact** op te nemen met de vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk krijgt.

## Alcohol en middelen (n= 81)

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 75.9% van de jongeren was er geen vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. 28.4% van de jongeren met suïcidale gedachten gaf aan wel alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 19.8% gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 14.8% van de jongeren gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan voorgeschreven door de arts. Wanneer 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?", "JA" had geantwoord werd er verder gepeild naar het alcohol, drugs en/of medicatie misbruik. Hierbij gaf 37.9% van de jongeren aan dat men alcohol, drugs of medicatie gebruikte als hij/zij **alleen** is. 13.8% gaf aan dat ze al in de **problemen** zijn gekomen nadat hij/zij alcohol, drugs of medicatie had gebruikt. 10.3% gaf aan soms dingen te **vergeten** als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt en 65.5% gebruikte middelen om ergens **bij te horen**. 27.6% gaf aan dat vrienden of familie aangeven dat ze moeten **minderen of stoppen**

met alcohol, drugs of medicatie gebruik en niemand gaf aan ooit een **verkeersongeval** hebben gehad door alcohol, drugs of medicatie gebruik. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

## Coping (n=64)

Er wordt aan de jongere 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. 76.6% van de jongeren gaf aan een **emotiegerichte aanpak** te hanteren en 32.8% gaf aan **probleemgerichte aanpak** te hanteren.

Tabel 2: Copingstrategieën bij jongeren met suïcidale gedachten, 2024

	Jongens	Meisjes	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand	38.9%	26.1%	29.7%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	0%	2.2%	1.6%
Dingen op een rijtje zetten	0%	2.2%	1.6%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven	16.7%	26.1%	23.4%
Kwaad worden	50%	39.1%	42.2%
Alcohol drinken of drugs gebruiken	16.7%	23.9%	21.9%
Niet aan de zorgen proberen te denken	27.8%	13%	17.2%
In kamer blijven	50%	52.2%	51.6%

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak van problemen geeft 29.7% van de jongeren aan dat zij met iemand over hun problemen praten. Daarnaast denkt 1.6% na over hoe zij in vergelijkbare situaties hebben gehandeld en probeert 1.6% de dingen op een rijtje te zetten.

Wat betreft de emotiegerichte aanpak van problemen, legt 23.4% van de jongeren de schuld van de problemen bij zichzelf. Verder wordt 42.2% kwaad, blijft 51.6% op de eigen kamer, en gebruikt 21.9% alcohol of zelfs drugs. Tot slot probeert 17.2% niet aan de zorgen te denken.

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen jongens en meisjes in de toegepaste copingstrategieën.

## Diagnose (n = 69)

Wanneer iemand suïcidaal gedrag vertoont, worden vaak psychiatrische stoornissen vastgesteld, met name stemmingsstoornissen. In deze analyse werd enkel de hoofddiagnose opgenomen. Bij 21.7% van de jongeren werd **geen** diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose aanwezig, ging het in 15.9 % van de gevallen om een '**stemmingsstoornis**'. Dit kan onder meer een depressieve episode, majeure depressieve stoornis, dysthyme stoornis of bipolaire stoornis omvatten. Bij 58% van de jongeren werd een **andere** diagnose genoteerd, voornamelijk binnen het autismespectrum (ASS). Daarnaast kreeg 4.3% geen formele diagnose, maar eerder een probleemomschrijving. Er werden geen significante verschillen tussen jongens en meisjes gevonden.

Wat betreft persoonlijkheidsproblematiek werd bij 98.6% van de jongeren **geen** "cluster B persoonlijkheidsstoornis" gerapporteerd. Bij 1.4% van de jongeren werd een **borderline persoonlijkheidsstoornis** binnen **cluster B** genoteerd. Ook hier kwamen geen significante verschillen tussen jongens en meisjes naar voren.

## 2.1.2 Aanmelding owv suïcidepoging (n=240)

### Geslacht

Bij 44 jongens (18.6%) en 192 meisjes (81.4%) die werden aangemeld na een suïcidepoging werd het gesprek rond suïcidaliteit gevoerd aan de hand van LOES (of (K)IPEO). Bij vier jongeren was het geslacht niet aangeduid. Binnen deze groep was de gemiddelde leeftijd 15.9 jaar. De minimum leeftijd was 10jaar en de maximum leeftijd was 18jaar.

### Burgerlijke staat, woonsituatie en economische toestand

#### BURGERLIJKE STAAT (n= 186)

Alle jongeren gaven aan **Ongehuwd** te zijn. Er werd geen andere vorm van burgerlijke staat aangegeven.

#### WOONSITUATIE (n= 191)

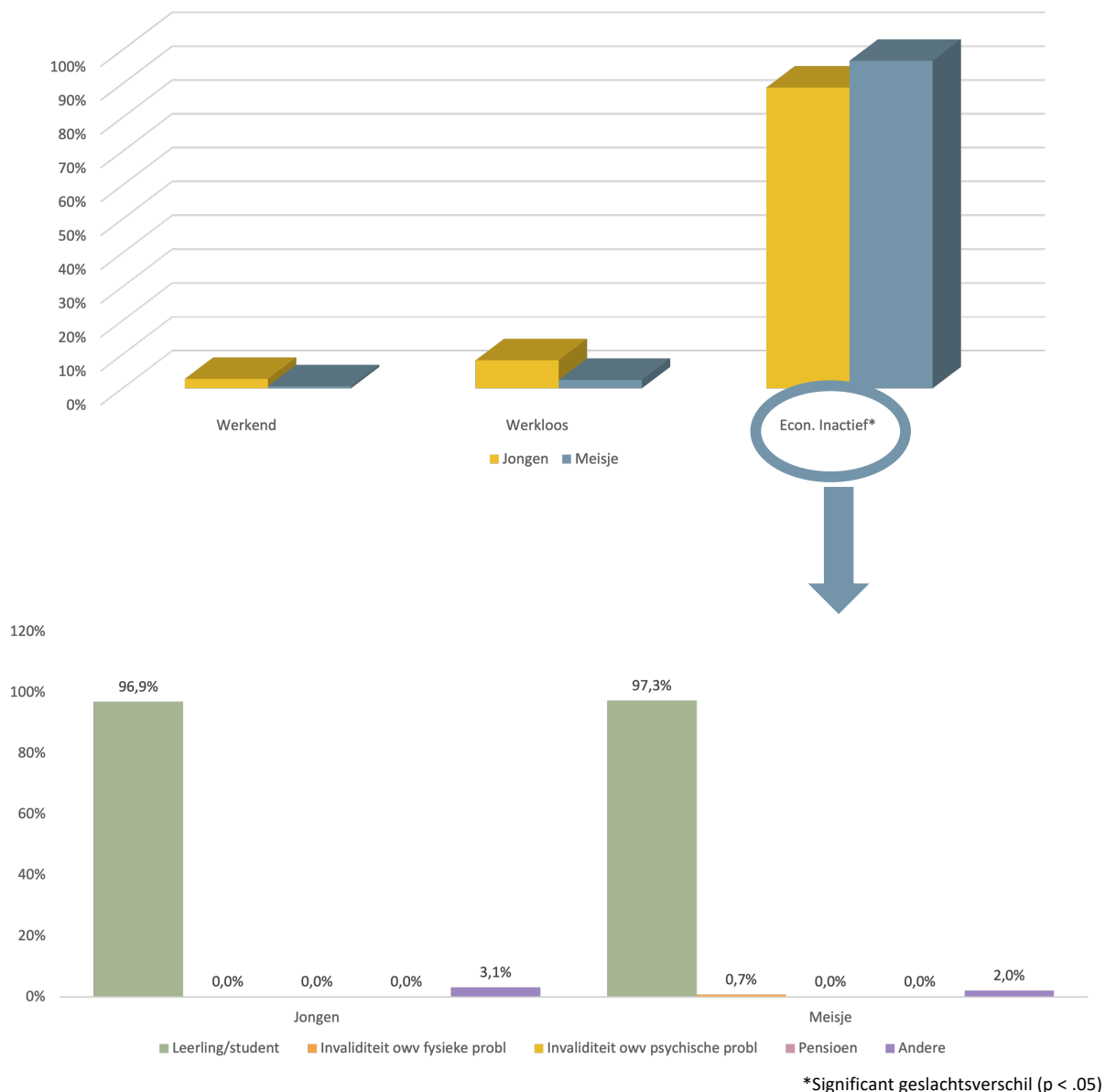
97.9% woont samen met de ouders of andere significant anderen en 2.1% woonde alleen op het moment dat men werd aangemeld. 0.5% van de adolescenten gaf aan dat ze kinderen hebben. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

#### ECONOMISCHE TOESTAND (n= 193)

In Vlaanderen was 1% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging **werkend**, 3.6% was **werkloos** en 95.3% **economisch inactief**. Meisjes waren significant vaker economisch inactief dan jongens (95.3% vs. 88.9%;  $\chi^2(1) = 4.14$ ;  $p < .05$ ).

Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die inactief waren **omdat ze nog schoolgaand** zijn (97.2%). 0.6% gaf aan dan men economisch inactief is owv fysieke problemen en 2.2% gaf een andere reden. Hier werd aangegeven “dat men net is gestopt met school en van plan is om te gaan werken”.

Fig. 4: Economische toestand bij jongeren aangemeld na een suïcidepoging, volgens geslacht, 2024



Wanneer de schoolsituatie nader wordt bekeken was 85.9% een leerling in het secundair onderwijs, 2.8% was een leerling in het lager onderwijs, 4.9% in het hogeronderwijs of universiteit en 6.3% gaf een andere schoolsituatie aan.

17.9% volgde onderwijs in een A-stroom richting, 10.5% in een B-stroom richting. 13.7% volgde onderwijs in het ASO, 23.2% TSO, 16.8% BSO, 3.2% KSO en 14.7% BuSO. Significant meer jongens dan meisjes volgden een BuSO richting (35% vs. 9.3%;  $\chi^2(1) = 8.28$ ;  $p < .01$ ).

## Behandelgeschiedenis (n= 106)

Uit eerder onderzoek is gebleken dat veel suïcidale patiënten reeds in contact kwamen met psychiatrische hulpdiensten. Na een suïcidepoging gaf 86.8% van de jongeren aan dat men in het verleden al psychische problemen hebben gehad. Van deze groep gaf 67% 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”

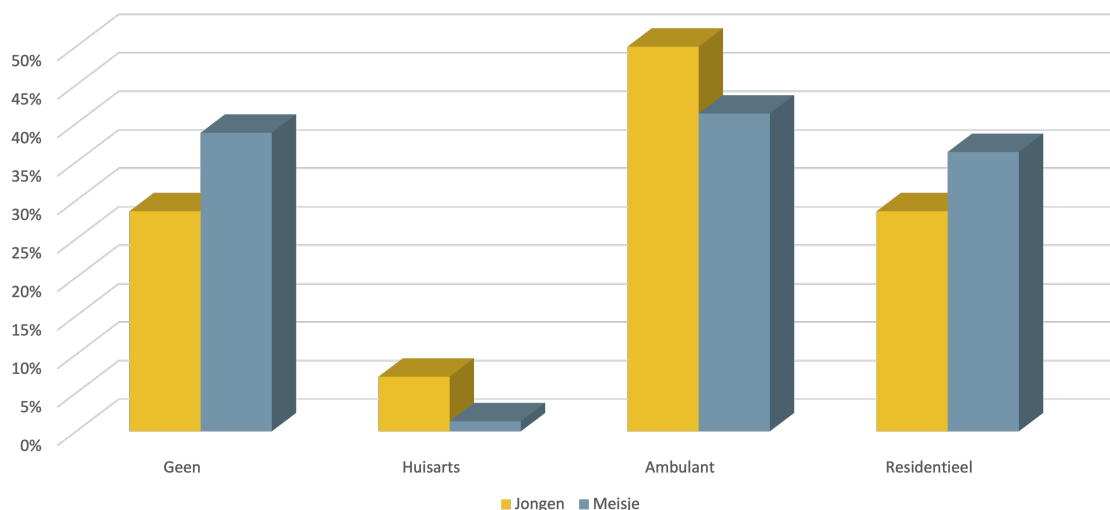
“Depressieve gevoelens na relatiebreuk – Mobiel Crisisteam”

“Hopeloosheid, medicatie intoxicatie – psychiatrische opname”

“Eetstoornis en burn-out – psychologische begeleiding”

35.1% van de jongeren wiens voorgeschiedenis in kaart kon worden gebracht, werd reeds residentieel behandeld en 42.6% werd reeds ambulantly behandeld. 2.1% van de jongeren had contact met de huisarts in kader van psychologische/ psychiatrische begeleiding. Er waren geen significante verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft de behandelgeschiedenis.

Fig. 5: Behandelgeschiedenis in het verleden van jongeren na een suïcidepoging volgens geslacht, 2024

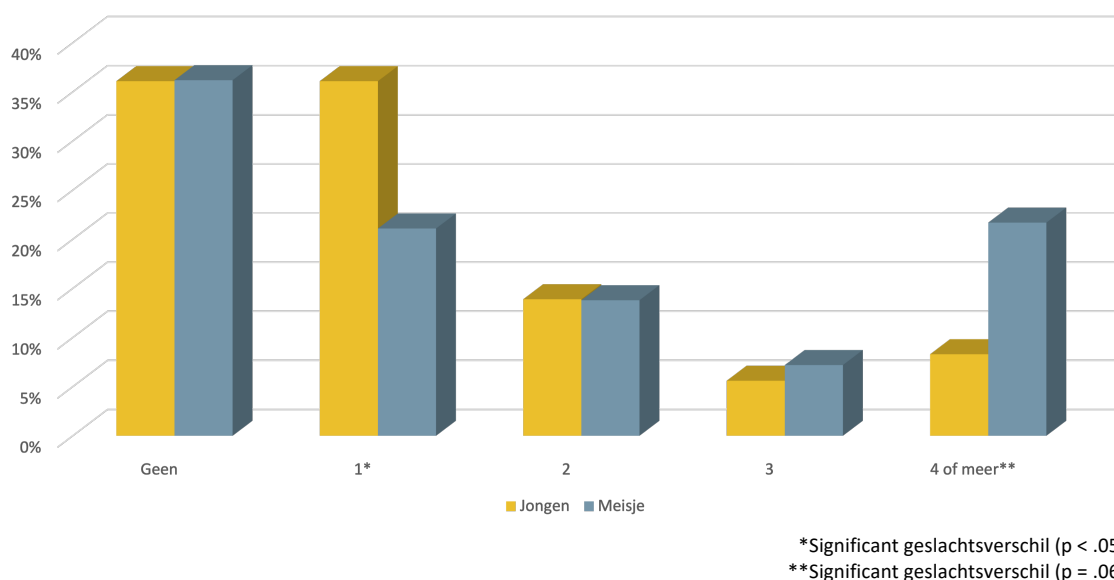


## Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 188)

### Suïcidaal gedrag

In huidig onderzoek werd de voorgeschiedenis van een suicidepoging bevraagd. 36.2% van de jongeren gaf aan **geen** voorgeschiedenis te hebben. 23.9% van de jongeren gaf aan reeds **één** suicidepoging te hebben ondernomen, 13.8% **twee**, 6.9% **drie** en 19.1% reeds **vier of meer** pogingen. Significant meer jongens dan meisjes gaven aan dat ze al één eerdere poging hadden ondernomen (36.1% vs. 21.1%;  $\chi^2(1) = 3.62$ ;  $p < .05$ ). Meisjes rapporteerden randsignificant vaker dan jongens een voorgeschiedenis van vier of meer pogingen (21.7% vs. 8.3%;  $\chi^2(1) = 3.36$ ;  $p = .06$ ).

Fig. 6: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag van jongeren na een suicidepoging volgens geslacht, 2024



Wanneer een persoon reeds vroeger een suicidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond gezien een snellere opeenvolgende frequentie van pogingen het risico verhoogt op herhaling van suïcidaal gedrag. 67.6% van de pogingen voorafgaand aan huidige aanmelding/opname, werd gedurende de afgelopen 6 maand ondernomen, bij 17.6% was dit tussen de 6 maanden en 12 maanden en bij 14.7% was dit langer dan 12 maanden.

51.2% van de vorige pogingen werd **medisch behandeld**. Dit gebeurde voornamelijk in een ziekenhuis (92.5%). 2.5% werd door een (huis)arts behandeld en 5.0% werd elders medisch behandeld. Bij 67.5% van de jongeren werd aangegeven dat er na de vorige suicidepoging ook een **psychische behandeling** werd opgestart.

Hiervoor volgde 47.8% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater en 32.6% werd begeleid op een residentiele afdeling. 2.2% werd begeleid via het CGG. 17.4% van de jongeren gaven een andere plaats aan waar men werd begeleid.

66.7% van deze groep gaf aan tevreden te zijn van de behandeling.

### Zelfbeschadigend gedrag

77.7% van de jongeren die na een suïcidepoging werden aangemeld, gaf aan zichzelf opzettelijk te verwonden. Bij 88.7% van de jongeren was dit minder dan 6 maanden geleden. Significant meer meisjes rapporteerden zelfverwonding t.o.v. jongens (80.9% vs. 64.7%;  $\chi^2(1) = 4.12$ ;  $p < .05$ ).

### Sociaal netwerk (n= 141)

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?*

81.6% 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.

Meisjes gaven significant vaker aan dan jongens dat ze het gevoel hebben dat er mensen om hen geven (85.7% vs. 65.5%;  $\chi^2(1) = 6.25$ ;  $p < .05$ ).

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

32.5% van de jongeren gaf aan niet geneigd te zijn om steun te zoeken bij anderen wanneer men het moeilijk heeft. 57% van de jongeren 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. 10.6% gaf aan bij niemand terecht te kunnen als men het moeilijk heeft.

10.7% van de jongeren gaf aan **geen** contact op te nemen met die vertrouwenspersoon als men het moeilijk heeft, 33.9% gaf aan **soms** contact op te nemen en 55.4% van de jongeren gaf aan **wel contact** op te nemen met de vertrouwenspersoon wanneer men het moeilijk krijgt.

### Alcohol en middelen (n= 98)

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 82.1% van de jongeren was er **geen vermoeden** van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. 28.6% van de jongeren aangemeld na een suïcidepoging gaf aan wel alcohol te hebben gedronken tijdens de afgelopen drie maanden. 8.2% gaf aan drugs te hebben gebruikt in de afgelopen drie maanden en 17.3% van de jongeren gaf aan tijdens de afgelopen drie maanden medicatie gebruikt te hebben in een hogere dosis dan

voorgeschreven door de arts. Wanneer 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?”, “JA” had geantwoord werd er verder gepeild naar het alcohol, drugs en/of medicatie misbruik. Hierbij gaf 41% aan middelen te gebruiken om ergens **bij te horen** en 30.8% van de jongeren gaf aan dat men alcohol, drugs of medicatie gebruikte als hij/zij **alleen** is. 12.8% gaf aan dat ze al in de **problemen** zijn gekomen nadat hij/zij alcohol, drugs of medicatie had gebruikt. 15.4% gaf aan soms dingen te **vergeten** als men alcohol had gedronken, drugs of medicatie had gebruikt. 15.4% gaf aan dat **vrienden of familie** aangeven dat ze moeten minderen of stoppen met alcohol, drugs of medicatie gebruik en 2.6% gaf aan ooit een **verkeersongeval** hebben gehad door alcohol, drugs of medicatie gebruik.

### Coping (n= 73)

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. 71.2% van de personen gaf aan een emotiegerichte aanpak te hanteren en 31.5% gaf aan probleemgerichte aanpak te hanteren.

Tabel 3: Copingstrategieën bij jongeren na een suïcidepoging, volgens geslacht, 2024

	Jongen	Meisje	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand	25%	28.1%	27.4%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	6.3%	0.0%	1.4%
Dingen op een rijtje zetten	0.0%	5.3%	4.1%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven	31.3%	26.3%	27.4%
Kwaad worden	31.3%	22.8%	24.7%
Alcohol drinken of drugs gebruiken	25.0%	12.3%	15.1%
Niet aan de zorgen proberen te denken	18.8%	24.6%	23.3%
In kamer blijven	50%	45.6%	46.6%

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak van problemen geven 27.4% van de jongeren aan dat men hierover praat met iemand. 1.4% denkt aan hoe men ermee is omgegaan in vergelijkbare situaties en 4.1% van de jongeren probeerde de dingen op een rijtje te zetten. Wanneer specifiek wordt gekeken naar de emotiegerichte aanpak van problemen geven 27.4% van de jongeren aan de schuld van de problemen bij zichzelf te leggen. 24.7% wordt kwaad, 46.6% blijft in de kamer, 15.1% gaf aan iets alcoholisch te drinken of zelfs drugs te gebruiken en tenslotte gaf 23.3% aan dat men probeert niet aan de zorgen te denken. Er konden geen significante verschillen tussen jongens en meisjes worden weerhouden.

## Diagnose (n= 70)

Wanneer iemand suïcidaal gedrag stelt, zijn er frequent psychiatrische stoornissen zoals stemmingstoornissen vast te stellen. Enkel de hoofddiagnose werd genoteerd. Bij 25.7% werd **geen** diagnose geformuleerd. Wanneer wel een diagnose werd geformuleerd, vermeldde men een '**stemmingsstoornis**' (14.3%). Het kan hierbij gaan om de diagnoses 'depressieve episode', 'majeure depressieve stoornis', 'dysthyme stoornis' of 'bipolaire stoornis'. Daarnaast werd het vaakst een **andere** diagnose genoteerd (48.6%). Hieronder werden onder andere volgende stoornissen geclassificeerd: autismspectrumstoornis (ASS), eetstoornis, angst en ADHD. Bij 4.3% van de jongeren werd middelenmisbruik gerapporteerd en bij 7.1% van de jongeren werd de combinatie stemmingstoornis en middelenmisbruik samen gerapporteerd.

Wanneer we kijken naar de persoonlijkheidsstoornissen, zien we dat er bij niemand de diagnose van een 'cluster B persoonlijkheidsstoornis' werd gesteld.

### 2.1.3 Jongeren met suïcidale gedachten vs. jongeren na een poging (n=399)

#### Burgerlijke staat en economische toestand

##### BURGERLIJKE STAAT (n= 307)

Alle jongeren gaven aan **ongetrouwd** te zijn. Er werd geen andere vorm van burgerlijke staat aangegeven.

##### WOONSITUATIE (n= 328)

1,8% woonde alleen op het moment dat men werd aangemeld. 0,9% van de adolescenten gaf aan dat ze kinderen hebben. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongeren die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten en jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging.

##### ECONOMISCHE TOESTAND (n= 330)

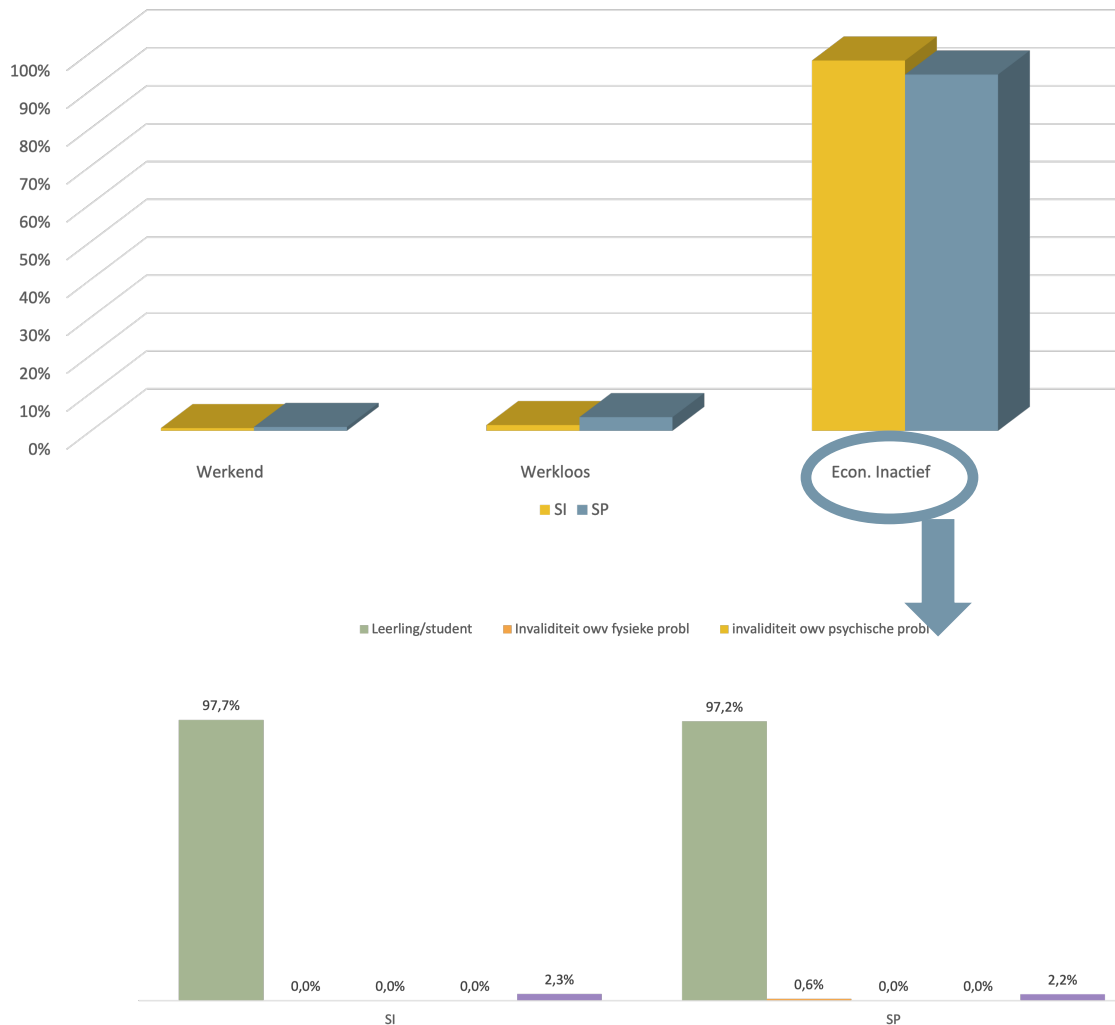
In Vlaanderen was 0.9% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en na een suïcidepoging **werkend**, 2.7% was **werkloos** en 96.4% **economisch inactief**.

Deze laatste groep bestond voornamelijk uit personen die inactief waren **omdat ze nog schoolgaand** zijn (97.4%). 0.3% was economisch inactief wegens fysieke problemen en 2.2% gaf aan dan men economisch inactief was o.w.v. een andere reden. Hier werd aangegeven “dat men net is gestopt met school en van plan is om te gaan werken”. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden wat betreft de economische toestand.

Fig. 7: SI<sup>2</sup> vs. SP<sup>3</sup>; Economische toestand, 2024

<sup>2</sup> SI: Suïcidale ideatie of suïcidale gedachten = personen aangemeld met suïcidale gedachten

<sup>3</sup> SP: Suïcidepoging = personen aangemeld na een suïcidepoging



## Behandelgeschiedenis (n= 207)

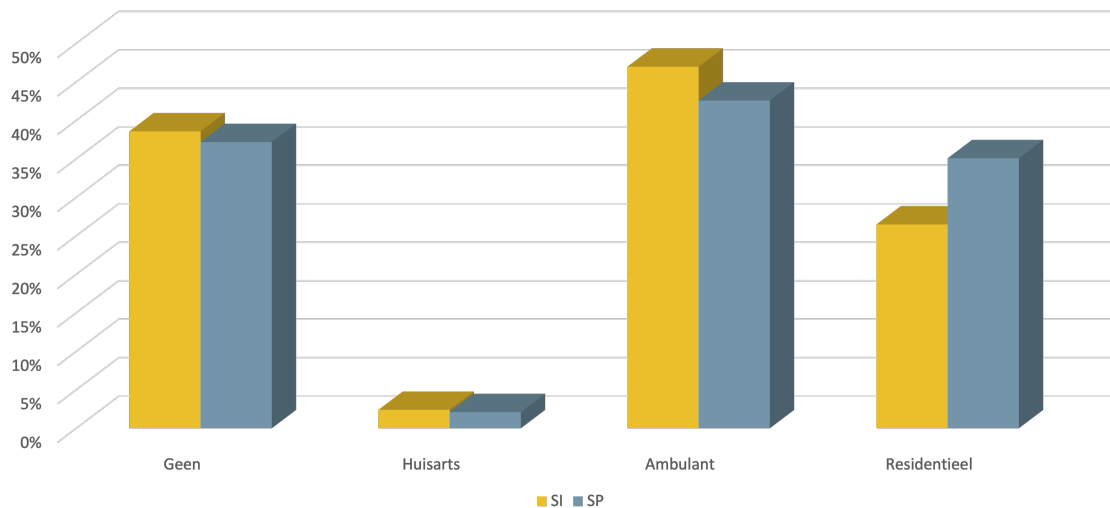
Bij het bevragen van de behandelgeschiedenis wordt er nagegaan of de jongere in het verleden al dezelfde of andere psychische problemen heeft meegemaakt. Indien men hierop positief antwoordt dan wordt er ook verder geëxploreerd of men hiervoor hulp heeft gekregen. Slechts 17.4% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten of die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven aan **geen voorgeschiedenis** te hebben van psychische problemen.

9.9% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en 19.8% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven aan een **voorgeschiedenis te kennen van psychische problemen maar hiervoor geen behandeling** hebben. Dit betreft geen significant verschil.

67.6% van de jongeren die werden aangemeld omwille van (acute) suïcidale gedachten of na een suïcidepoging gaven aan dat men een voorgeschiedenis kent **van psychische problemen en dat men hiervoor wel werden behandeld**. 2.3% gaf aan bij de huisarts begeleiding te

volgen, 44.6% gaf ambulante hulp aan en 31.1% residentiele hulp. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden wat betreft de behandelgeschiedenis.

Fig. 8: SI vs SP behandelgeschiedenis, 2024



**Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag (n= 302)**

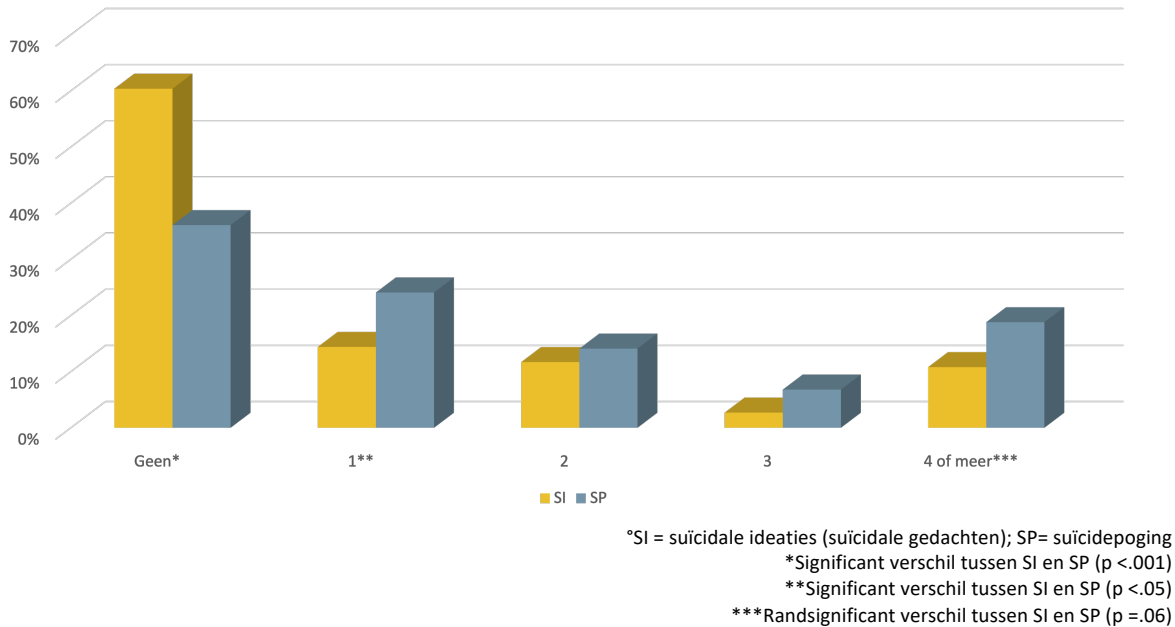
45% van de jongeren gaven aan dat ze **geen eerdere poging** hebben gedaan in de voorgeschiedenis. Jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging rapporteerden significant vaker een voorgeschiedenis van suïcidepogingen dan jongeren die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten (63.9% vs. 39.6%;  $\chi^2(1) = 16.66$ ;  $p < .001$ ).

20.5% van de jongeren gaven aan reeds **één** eerdere suïcidepoging te hebben ondernomen, 13.2% **twee**, 5.3% **drie** en 15.9% reeds **vier of meer** pogingen.

Wanneer een persoon reeds vroeger een suïcidepoging heeft ondernomen, is het belangrijk om na te gaan wanneer deze poging plaatsvond gezien een snellere opeenvolgende frequentie van pogingen het risico verhoogt op herhaling van suïcidaal gedrag. 64.3% van de jongeren gaven aan dat de vorige poging minder dan 6 maanden geleden was. Een voorgeschiedenis van één eerdere poging werd significant vaker gerapporteerd door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (24.1% vs. 14.4%;  $\chi^2(1) = 4.02$ ;  $p < .05$ ). Een voorgeschiedenis van

vier of meer eerdere pogingen werd randsignificant vaker gerapporteerd door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (18.8% vs. 10.8%;  $\chi^2(1) = 3.39$ ;  $p = .06$ ).

Fig. 9: SI vs. SP Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag volgens redenen van aanmelding, 2024



Bij jongeren, aangemeld met suïcidale gedachten, werd de vorige poging(en) bij 38.7% van de patiënten **medisch behandeld** tegenover 51.9% bij jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. Voor zowel de jongeren die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten als voor de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gebeurde de medische behandeling voornamelijk in een ziekenhuis, respectievelijk 91.7% en 92.7%. 1.9% werd door een (huis)arts behandeld en 5.7% werd elders medisch behandeld. 63.4% van de jongeren volgden een **psychotherapeutische behandeling** na de laatste suïcidepoging.

Tabel 4: Overzicht psychotherapeutische behandeling volgens redenen van aanmelding, 2024

	SI	SP	Totaal
Psychiater/ psycholoog	52.9%	48.9%	50.0%
CLB	5.9%	0.0%	1.6%
Residentiële afdeling	29.4%	31.9%	31.3%
CGG	0.0%	2.1%	1.6%
Andere	11.8%	17%	15.6%

Hiervoor volgde 50.0% psychotherapeutische begeleiding bij een psycholoog of psychiater en 31.3% werd begeleid op een residentiele afdeling. 1.6% werd begeleid via het CLB en 1.6% via het CGG. 15.6% van de jongeren gaven een andere plaats aan waar men werd begeleid. 68.3% van de jongeren gaven aan tevreden te zijn van de behandeling.

## ZELFBESCHADIGEND GEDRAG (n= 287)

80.9% van de jongeren met suïcidale gedachten en 78% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gaf aan dat men zichzelf opzettelijk pijn heeft gedaan of verwond. 90.1% gaf aan dat dit minder dan 6 maanden geleden gebeurde.

### Alcohol en middelen (n= 179)

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

Er werd nagegaan of er bij de jongeren alcohol, drugs of medicatie werd gebruikt tijdens de afgelopen 3 maanden. 28.4% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en 28.6% van de personen aangemeld na een suïcidepoging gaven aan dat ze de afgelopen maand **alcohol** hadden gebruikt.

19.8% van de jongeren met (acute) suïcidale gedachten en 8.2% van de jongeren die na een suïcidepoging werden aangemeld gaven aan dat ze de afgelopen maand **drugs** hadden gebruikt, dit betreft een significant verschil ( $\chi^2(1) = 5.13$ ;  $p < .05$ ). Tenslotte gaf 14.8% van de jongeren met (acute) suïcidale gedachten en 17.3% van de jongeren die na een suïcidepoging werd aangemeld aan dat ze **medicatie** hadden gebruikt in een hogere dosis dan voorgeschreven door de dokter.

Wanneer 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?", "JA" had geantwoord werd er verder gepeild naar het alcohol, drugs en/of medicatie misbruik. Dit overzicht is terug te vinden in onderstaande tabel.

Bij 24.1% van de jongeren met suïcidale gedachten en bij 17.9% van de jongeren aangemeld na een suïcidepoging was er **waarschijnlijk** een vermoeden van alcohol-, drugs- en/of medicatiemisbruik. Er was geen significant verschil tussen beide groepen.

Tabel 5: CRAFFT volgens reden van aanmelding, 2024

	SI	SP	Totaal
Verkeersongeval	0.0%	2.6%	1.5%
Bijhoren*	65.5%	41%	51.5%
Als hij/zij alleen is	37.9%	30.8%	33.8%
Dingen vergeten	10.3%	15.4%	13.2%
Vrienden of familie vragen om te verminderen/stoppen	27.6%	15.4%	20.6%
In problemen gekomen	13.8%	12.8%	13.2%

Jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaven significant vaker aan dan jongeren aangemeld na een suïcidepoging middelen te gebruiken om ergens bij te horen (65.5% vs. 41%;  $\chi^2(1) = 3.99$ ;  $p < .05$ ).

## Coping (n= 137)

Er werd 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. 76.6% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en 71.2% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven aan een emotiegerichte aanpak te hanteren. Dit betreft geen significant verschil tussen beide groepen. 32.8% van de jongeren met suïcidale gedachten en 31.5% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven aan een meer probleemgerichte aanpak te hanteren, dit betreft geen significant verschil tussen beide groepen.

Tabel 6: Copingstrategieën bij jongeren met suïcidale gedachten en jongeren na suïcidepoging, 2024

	SI	SP	Totaal
<b>Probleemgerichte aanpak</b>			
Erover praten met iemand	29.7%	27.4%	28.5%
Omgegaan in vergelijkbare situaties	1.6%	1.4%	1.5%
Dingen op een rijtje zetten	1.6%	4.1%	2.9%
<b>Emotiegerichte aanpak</b>			
Jezelf de schuld geven	23.4%	27.4%	25.5%
Kwaad worden*	42.2%	24.7%	32.8%
Alcohol drinken of drugs gebruiken	21.9%	15.1%	18.2%
Niet aan de zorgen proberen te denken	17.2%	23.3%	20.4%
In kamer blijven	51.6%	46.6%	48.9%

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de probleemgerichte aanpak van problemen geven 28.5% van de jongeren aan dat men hierover praat met iemand. 1.5% denkt aan hoe men is ermee omgegaan in vergelijkbare situaties en 2.9% van de personen probeerde de dingen op een rijtje te zetten. Wanneer specifiek wordt gekeken naar de emotiegerichte aanpak van problemen geven 25.5% van de jongeren aan de schuld van de problemen bij zichzelf te leggen. 32.8% wordt kwaad, 48.9% blijft in de kamer, 18.2% gaf aan iets alcoholisch te drinken of zelfs drugs te gebruiken en tenslotte gaf 20.4% aan dat men probeert niet aan de zorgen te denken. Significant meer jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaven aan kwaad te worden t.o.v. jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging ( $\chi^2(1) = 4.75$ ;  $p < .05$ ).

## 2.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens

In dit deel wordt er enerzijds informatie gegeven met betrekking tot de suïcidepoging zelf, meer specifiek over het tijdstip, de gebruikte methode, de alcoholinname tijdens de poging en de ernst van het letsel bij de jongeren. De omstandigheden van de suïcidepoging, gemeten met de Suicide Intent Scale, worden nagegaan. Deze analyses gebeuren enkel met de informatie van de personen aangemeld na een suïcidepoging.

Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de gevoelens die men ervaart bij aanmelding, de aanwezigheid van suïcidale gedachten en plannen, de mate van hopeloosheid, ervaren problemen en motieven, de bereidheid tot verdere begeleiding, de zorgbehoeften van de patiënt en het behandelplan na opname/aanmelding in de zorgorganisatie.

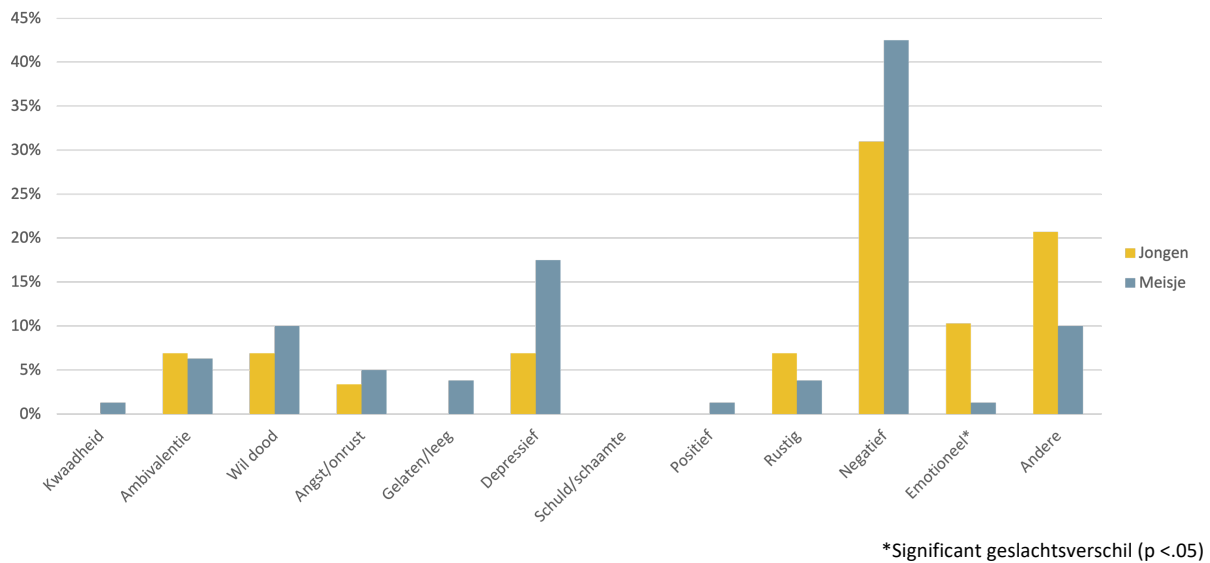
### 2.2.1 Aanmelding owv suïcidale gedachten (n=177)

#### Gevoelens en suïcidaliteit bij aanmelding

##### GEVOELEN (n= 109)

Bij 109 jongeren werd nagegaan en opgeschreven hoe hij/zij zich voelde kort na de aanmelding met suïcidale gedachten. Deze gevoelens werden door de onderzoekers gecodeerd in verschillende categorieën (zie onderstaande figuur). Bij 39.4% van de jongeren met suïcidale gedachten werden **negatieve gevoelens** gerapporteerd, bij 14.7% van de jongeren werden **depressieve gevoelens** gerapporteerd. Bij 12.8% 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 jongeren met gedachten werd vermeld dat ze expliciet aangaven een **doodswens** te hebben. Bij 2.8% werden gevoelens van **leegheid** vermeld. 4.6% van de jongeren voelden zich **angstig en/of onrustig**. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (0.9%), **rustig** (4.6%), of **emotioneel** voelden (3.7%). Jongens gaven significant vaker aan dan meisjes dat ze zich emotioneel voelden (10.3% vs. 1.3%  $\chi^2(1) = 4.98$ ;  $p < .05$ ).

Fig. 10: Gevoelens bij aanmelding bij jongeren met suïcidale gedachten, volgens geslacht, 2024



### MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 97)

Omdat een hoge mate van hopeloosheid geassocieerd is met een hoger risico op repetitief suïcidaal gedrag, gingen de hulpverleners bij de jongeren met suïcidale gedachten ook telkens de verwachtingen over hun eigen toekomst na. Deze gevoelens werden door de hulpverleners achteraf, naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 15.5% zag de toekomst eerder **positief (hoopvol)** tegemoet, 53.6% uitte zich **ambivalent** en 30.9% zag de toekomst eerder **negatief (hopeloos)** tegemoet. Jongens uitten zich eerder (randsignificant) ambivalent over de toekomst dan meisjes (72.2% vs. 49.4%;  $\chi^2(1) = 3.08$ ;  $p = .07$ ).

### SUÏCIDALITEIT (n= 130)

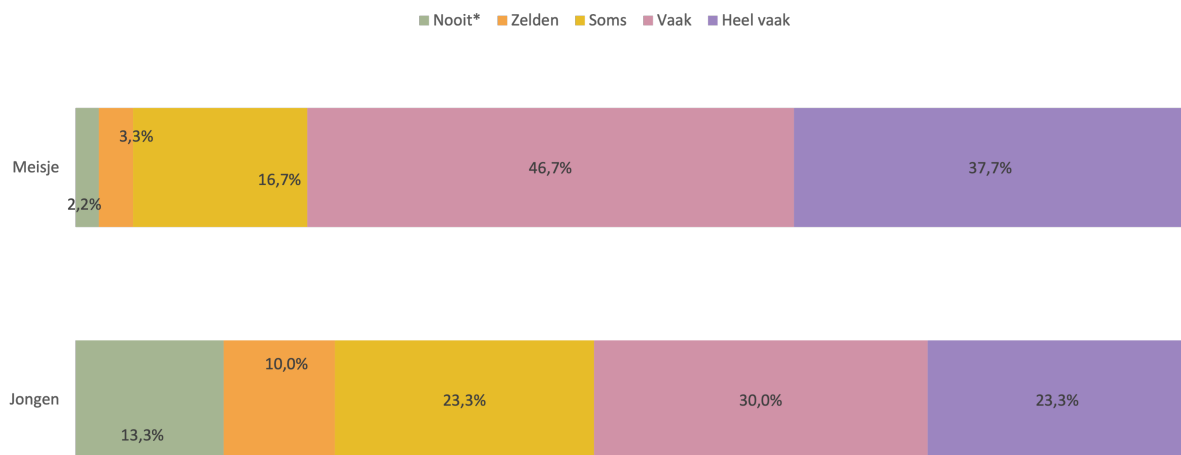
Wegens het onder andere snel fluctueren van suïcidale gedachten, het verband tussen de aanwezigheid van suïcidale gedachten en de verhoogde kans op overlijden ten gevolge van suïcide (22) en het niet spontaan melden van suïcidale gedachten is het belangrijk om de aanwezigheid van suïcidale gedachten expliciet te bevragen. Het bevragen van de suïcidale gedachten kan de zorgverleners helpen om tot een gedegen risicoformulering te komen en het kan eventueel helpen bij het nemen van beslissingen omtrent vervolgzorg of secundaire preventie maatregelen (22).

Het nagaan van de aanwezigheid van suïcidale gedachten bij patiënten is heel belangrijk, onderzoek toont namelijk aan dat patiënten 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 120 patiënten (= 67.8%).

76.2% gaf aan **momenteel** (opnieuw) aan zelfmoord te denken (jongens = 60.6%; meisjes = 81.4%). Meisjes rapporteerden significant vaker dan jongens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten ( $\chi^2(1) = 5.89$ ;  $p < .05$ ).

Wanneer er werd nagegaan **hoe vaak** men de afgelopen maand aan zelfmoord heeft gedacht, gaf 95% van de jongeren met suïcidale gedachten aan dat ze de afgelopen maand zelfmoordgedachten hebben gehad. Hierbij gaf 5% aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 18.3% gaf aan soms, 42.5% vaak en 29.2% gaf zelfs aan heel vaak zelfmoordgedachten te hebben. Jongens gaven significant vaker dan meisjes aan dat ze de afgelopen maand niet aan zelfmoord denken (13.3% vs. 2.2%;  $\chi^2(1) = 5.85$ ;  $p < .05$ ).

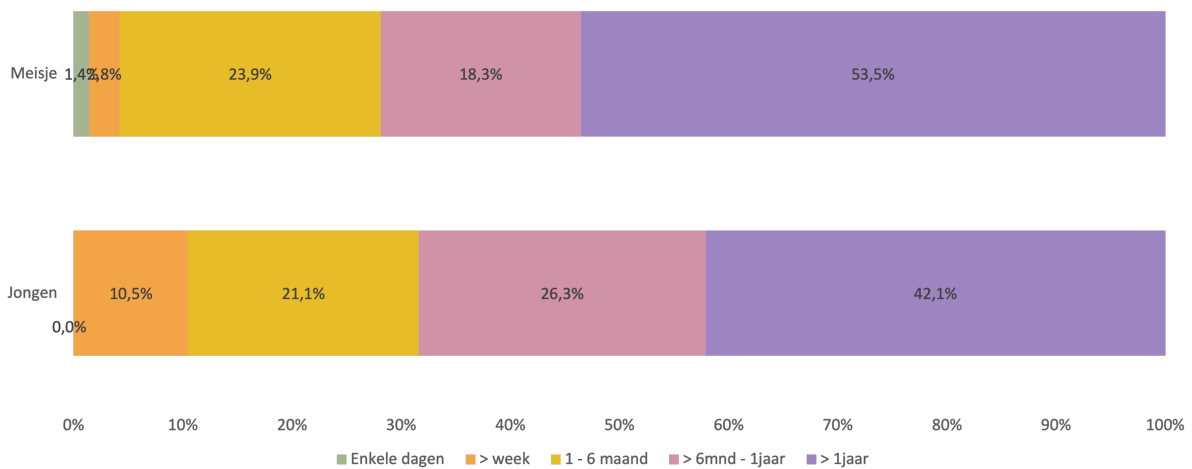
Fig. 11: SI “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



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

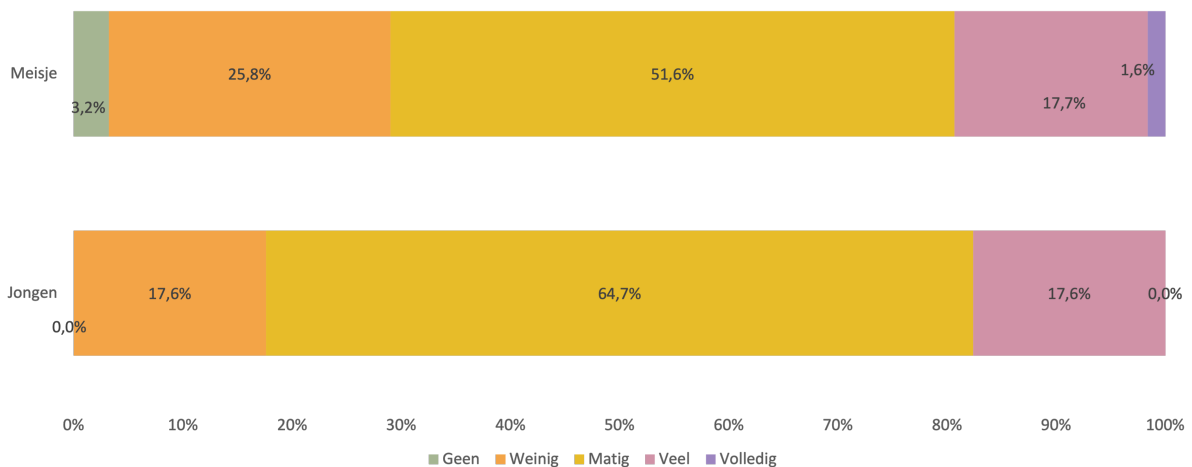
Wanneer er werd gepolst naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 1.1% aan dat dit sinds enkele dagen is, 4.4% meer dan een week, 23.3% gaf aan tussen de één en zes maanden, 20% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 51.1% gaf aan dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

Fig. 12: SI “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



Suïcidale gedachten zijn vaak repetitief en moeilijk te beheersen (23), daarom werd er bij de jongeren nagegaan hoeveel **controle** men had over die gedachten de afgelopen maand: 2.5% had geen controle, 24.1% had weinig controle, 54.4% matige controle, 17.7% had veel controle en tenslotte gaf 1.3% volledige controle te hebben over de zelfmoordgedachten. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

Fig. 13: SI “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”



Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** (cfr. Psychisch lijden, gekweld worden door deze gedachten) onder deze gedachten. Jongeren gaven aan dat men een beetje tot heel veel geleden hebben onder deze gedachten (1.3% een beetje, 11.3% matig, 68.8% veel, 18.8% heel veel). Jongens gaven randsignificant vaker dan meisjes aan dat ze een beetje hebben geleden onder deze gedachten (5.9% vs. 0.0%;  $\chi^2(1) = 3.75$ ;  $p = .05$ ).

Alle jongeren gaven aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **bepaalde in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten**, zoals het uitvoeren van huishoudelijke taken of

activiteiten die schoolgerelateerd zijn. Voor 6.8% van de jongeren was deze beperking een beetje aanwezig. Voor 21.9% van de jongeren had de aanwezigheid van zelfmoordgedachten een matige invloed op het dagelijks functioneren. 56.2% van de jongeren gaf aan dat de gedachten **veel** invloed hebben op het dagelijks functioneren en voor 15.1% van de jongeren had de aanwezigheid van deze gedachten heel veel invloed op hun dagelijks functioneren, dit werd randsignificant vaker door meisjes dan door jongens gerapporteerd (18.6% vs. 0.0%;  $\chi^2(1) = 3.07$ ;  $p = .08$ ).

Fig. 14: SI “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

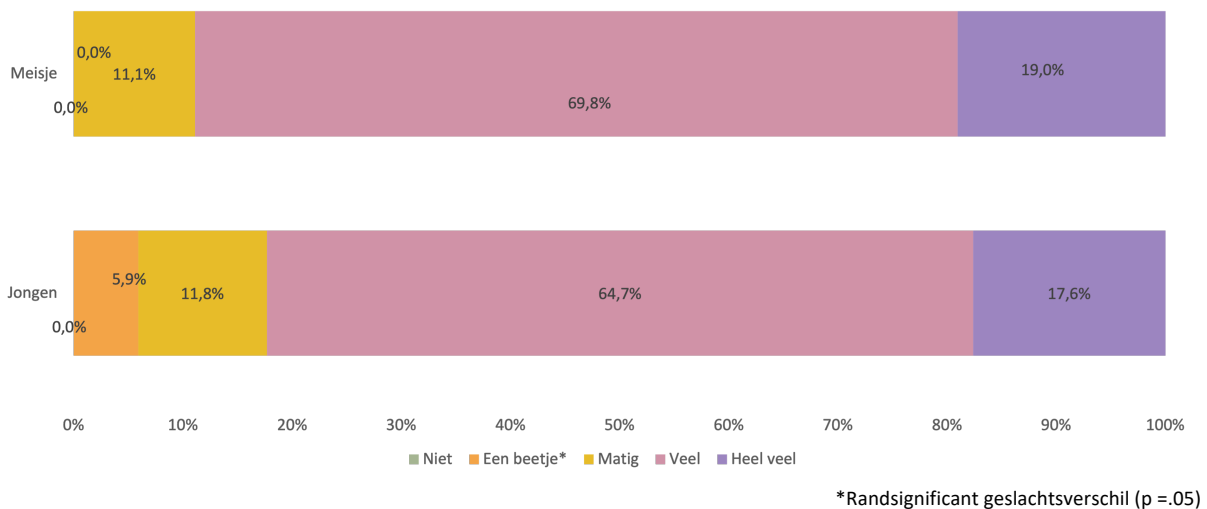
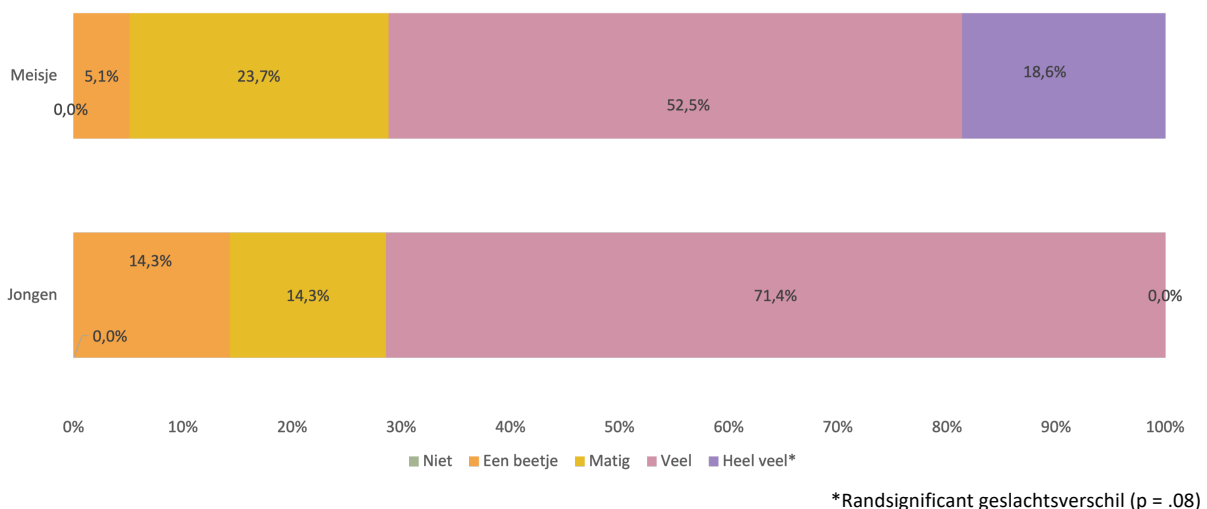
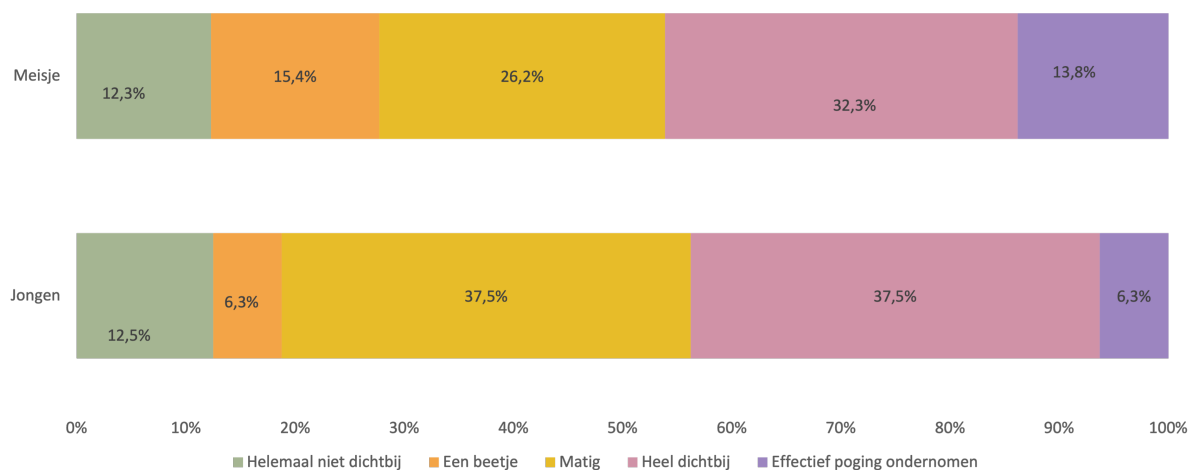


Fig. 15: SI “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



Aan jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten in de zorginstelling werd er gevraagd hoe dicht men de afgelopen maand is gekomen bij een zelfmoordpoging. 12.3% van de jongeren gaf aan helemaal **niet dicht** bij een zelfmoordpoging zijn gekomen. 13.6% gaf aan toch **een beetje** dicht bij het actief ondernemen van een zelfmoordpoging. 28.4% gaf aan **matig** en 33.3% gaf aan **heel dicht** bij een zelfmoordpoging te zijn gekomen. 12.3% van de patiënten gaf aan **effectief** een poging te hebben ondernomen de afgelopen maand. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

Fig. 16: 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 29.9% van deze jongeren aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 49.5% van de jongeren gaf aan **reeds nagedacht te hebben over de methode** die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 20.6% had de **details reeds uitgewerkt** en goed geformuleerd.

Van de jongeren die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 78.8% aan dat de middelen voorhanden zijn. 35.5% gaf aan dat ze nog **geen voorbereidingen** hadden getroffen, 48.4% gaf aan dat ze **nauwelijks of minimale voorbereiding** had genomen en 16.1% gaf aan al **uitvoerige voorbereidingen** hadden genomen.

## ERVAREN PROBLEMEN (n= 114)

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

### ○ Welzijn

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (72.8%). De meerderheid van de jongeren gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen chronisch (45.6%), recent (5.3%) acuut (2.6%) aanwezig waren. Gevoelens van eenzaamheid (40.4%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/ gezondheidsproblemen werden herhaaldelijk spontaan gemeld (11.4%).

### ○ Stresserende levensgebeurtenissen

Vanwege de sterke samenhang met suïcidaal gedrag werd hulpverleners aangeraden om, naast de spontane rapportage van ervaren problemen, ook enkele thema's standaard expliciet te bevragen. Bij 37.7% van de jongeren werden traumatische ervaringen gerapporteerd. Daarnaast gaf 29.8% aan dat een belangrijk persoon in hun leven was overleden of ernstig ziek was. Bij 8.8% werd vermeld dat een belangrijk ander eerder suïcidaal gedrag had vertoond.

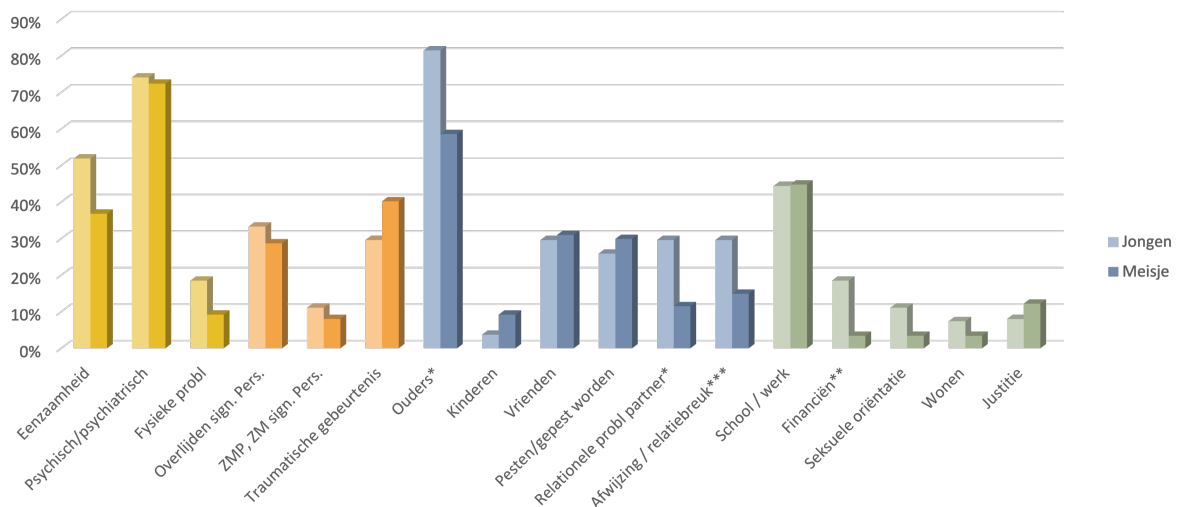
### ○ Problemen in sociale relaties

Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden problemen met de ouders (64%) en vrienden het vaakst gerapporteerd (30.7%). Problemen met ouders werd significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (81.5% vs. 58.6%;  $\chi^2(1) = 4.68$ ;  $p < .05$ ). Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (18.4%), dit werd randsignificant vaker door jongens dan door meisjes aangegeven (29.6% vs. 14.9%;  $\chi^2(1) = 5.09$ ;  $p = .08$ ). Problemen met kinderen (7.9%) en problemen met partner (15.8%) werden ook aangegeven. Problemen met partner werd significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (29.6% vs. 11.5%;  $\chi^2(1) = 5.09$ ;  $p < .05$ ). Tenslotte werd problemen met pestgedrag door 28.9% van de jongeren gemeld.

### ○ Stresserende levensomstandigheden

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden financiële problemen bij 7% van de jongeren gemeld. De aanwezigheid van problemen op school werd het vaakst gemeld (44.7%). Het ervaren van woonproblemen werd door 4.4% van de jongeren gemeld, problemen met justitie en/of politie werd door 11.2% van de jongeren gemeld. Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 5.3% van de jongeren aangegeven.

Fig. 17: SI. Ervaren problemen per geslacht, 2024



lichte kleur = jongen; donkere kleur= meisje

\*Significant verschil  $p < .05$

\*\*Significant verschil  $p < .01$

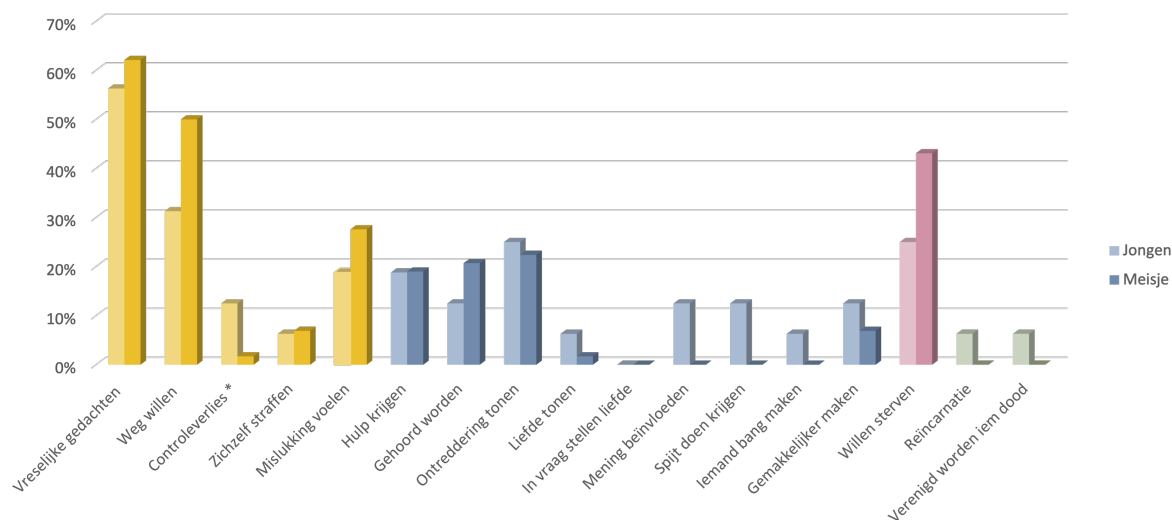
\*\*\*Randsignificant verschil  $p = .05$

### MOTIEVEN (n=74)

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

De meest frequent gerapporteerde motieven waren “Vreselijke gedachten” (60.8%), “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (45.9%) en “Ik wilde sterven” (39.2%). Eveneens “Hoe ontredder ik was” (23%) en “Mislukking voelen” (25.7%). Tenslotte werd ook “Gehoord worden” (18.9%), “Controleverlies” (4.1%) en “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (2.7%) als motief gemeld. Controleverlies werd significant vaker door jongens dan door meisjes gemeld als motief (12.5% vs. 1.7%;  $\chi^2(1) = 3.74$ ;  $p < .05$ ). 8.1% van de jongeren rapporteerden “Dingen gemakkelijker maken voor anderen” als motief. Andere motieven die werden gemeld waren “Hulp krijgen” (18.9%), “Laten zien hoeveel ik van iemand hield” (2.7%), “Proberen iemand zijn mening te beïnvloeden of te veranderen” (2.7%) of “Mezelf straffen” (6.8%).

Fig. 18: SI. Motieven per geslacht, 2024



\*Significant verschil  $p < .01$

## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n=122)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de jongere gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, stond de meerderheid eerder **neutraal** tegenover het volgen van verdere begeleiding (73.8%), dit werd significant vaker door meisjes dan door jongens gerapporteerd (82.2% vs. 55.2%;  $\chi^2(1) = 8.71$ ;  $p < .01$ ). 12.3% van de jongeren gaf aan dat men **verdere begeleiding** wenste, tenslotte gaf 13.9% van de jongeren aan dat ze **geen verdere begeleiding** wensen. Jongens gaven significant vaker dan meisjes aan dat ze geen verdere begeleiding wensden (31% vs. 6.7%;  $\chi^2(1) = 11.82$ ;  $p < .001$ ).

### ZORGBEHOEFTE (n= 72)

Uit eerder onderzoek blijkt dat de zorgbehoeften van de patiënt niet altijd overeenkomen met het zorgaanbod van de hulpverleners. Om de jongere 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 jongere is dus noodzakelijk.

Tijdens de verdere verkenning van de suicidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 72 jongeren 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'.

23.6% van de jongeren formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 26.4% van de jongeren werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 36.1% louter een inhoudelijke. 13.9% van de jongeren formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de jongeren bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 5.6% aan **ambulante begeleiding** te wensen en 27.8% wenste **residentiële begeleiding**. Ondersteuning door een **huisarts** werd door niemand gemeld. 8.3% van de jongeren met suïcidale gedachten was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling.

Van de jongeren die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 18.1% duidelijke **intrapersoonlijke hulpbehoeften** (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie), **interpersoonlijke hulpbehoeften** (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner) werd door niemand gemeld. 9.7% van de jongeren wenste vooral **praktische ondersteuning**. Tenslotte vermeldden 31.9% van de jongeren geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar "**rust**" (al dan niet tijdens de verdere behandeling). Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

#### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 137)

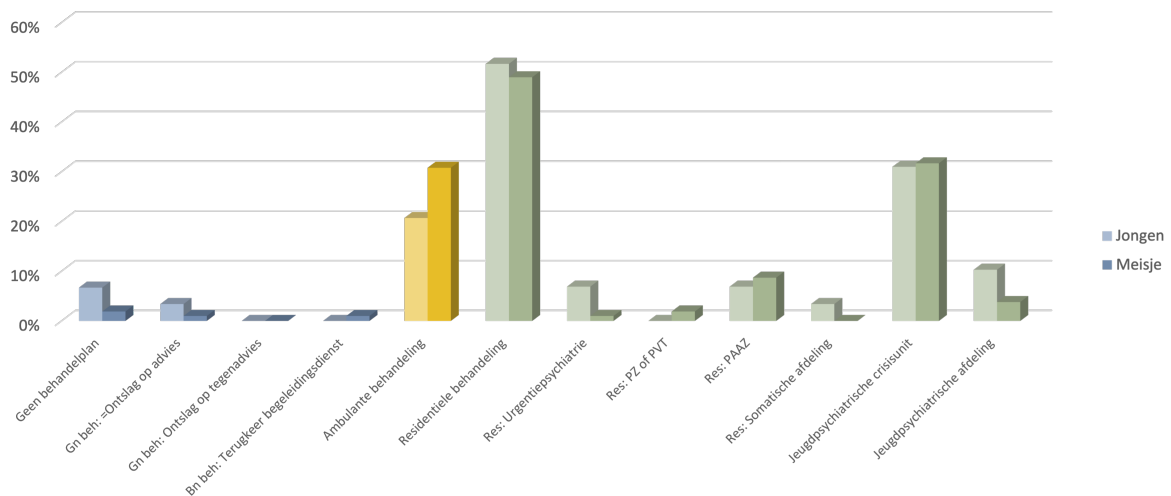
Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de jongere zal volgen of reeds gevolgd heeft na ontslag in de zorginstelling, zo volledig mogelijk te registreren. Meerdere opties kunnen hier worden aangevinkt. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulante zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 137 jongeren geregistreerd.

Bij vier jongeren werd aangeduid dat er **geen zorgtraject** voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling, hierbij ging het om ontslag op advies.

Bij 28.6% van de jongeren werd een **ambulante zorgtraject** voorgesteld.

49.6% van de jongeren werd **residentieel behandeld** na hun aanmelding in de zorginstelling. 0.8% van de jongeren verbleven op een **somatische afdeling** en 2.3% van de jongeren verbleven minstens één nacht op een **urgentiepsychiatrische** dienst. 31.6% van de jongeren verbleven op een **jeugdpsychiatrische crisisunit** en 5.3% van de jongeren werden doorverwezen naar een **jeugdpsychiatrische afdeling**. 8.3% van de jongeren werden doorverwezen naar een **PAAZ afdeling**. Tenslotte werd 1.5% van de jongeren doorverwezen naar een **psychiatrisch ziekenhuis (PZ)**.

Fig. 19: Zorgtraject na ontslag zorginstelling bij patiënten met suïcidale gedachten per geslacht, 2024



\*lichte kleur = jongen; donkere kleur= meisje

## 2.2.2 Aanmelding owv suïcidepoging (n=262)

### Situering in de tijd (n= 137)

Wat het concrete tijdstip van de suïcidepoging betreft, zien we dat de meeste pogingen ondernomen werden tijdens de avond (49.6%) en in de (na)middag (23.4%). Tijdens de nacht (14.6%) en 's ochtends (12.4%) werden minder pogingen geregistreerd. Wat betreft het tijdstip van de suïcidepoging konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongens en meisjes.

Tijdens de verdere verkenning werd er aan de hand van de *Suicide Intent Scale (SIS)* meer precieze informatie verkregen over het gekozen tijdstip: in 71.2% van de gevallen gaven de hulpverleners op basis van het verhaal van de jongere aan dat het tijdstip van de suïcidepoging zodanig gekozen was dat interventie waarschijnlijk was, in 25.4% van de gevallen dat interventie van anderen onwaarschijnlijk was en bij 3.4% zodanig dat interventie zo goed als uitgesloten is.

40.3% van de jongeren gaf aan dat de poging werd onderbroken door derden, dit werd significant vaker gerapporteerd door jongens dan door meisjes (55.6% vs. 36.8%;  $\chi^2(1) = 4.28$ ;  $p < .05$ ).

## Omstandigheden van een suïcidepoging (n= 118)

Bij 118 (81.9%) jongeren werd via de *Suicide Intent Scale (SIS)* informatie bekomen over de precieze omstandigheden van een poging. Uit de gegevens blijkt dat bij 31.4% van de jongeren niemand in de buurt was op het moment van de poging. Bij 5.1% werden actieve maatregelen genomen om ontdekking te vermijden, terwijl de meerderheid geen (78.8%) of passieve maatregelen (16.1%) genomen had om ontdekking tegen te gaan.

30.5% van de jongeren **zocht geen contact** met een mogelijke hulpverlener nadat hij/zij zichzelf vergiftigd en/of verwond had. 62.7% van de jongeren bracht na de poging een **mogelijke hulpverlener** hiervan expliciet op de hoogte, en de overige 6.8% **contacteerde een hulpverlener, maar bracht hem/haar niet expliciet op de hoogte** van de poging.

1.7% van de jongeren had met het oog op de dood **definitieve maatregelen** genomen. 6 jongeren (5.1%) namen meer **bepaalde maatregelen** zoals het betalen van rekeningen. Het merendeel van de jongeren (93.2%) ondernam echter **geen "laatste handelingen"** toen ze besloten hadden zichzelf te verwonden en/of te vergiftigen.

12.7% had **één of** meerdere afscheidsbrieven geschreven. Vier jongeren (3.4%) hadden dit **overwogen**, maar uiteindelijk niet gedaan, en de overige personen (83.9%) hadden een afscheidsbrief **noch overdacht, noch geschreven**.

Wat betreft de mate van planning, zien we dat de suïcidepoging van 15 jongeren (12.7%) **uitvoerig was voorbereid**. Bij 28.8% van de jongeren was ze **minimaal gepland**, en bij 58.5% was ze **helemaal niet voorbereid**.

Een aantal personen hadden gedurende het afgelopen jaar ten opzichte van vrienden of familie **impliciet** (16.9%) of **expliciet** (25.4%) aangegeven dat hij/zij zichzelf iets zou aandoen. In bijna de helft van de gevallen (57.6%) had de persoon zich hierover op **geen** enkele manier uitgelaten.

## ERNST LETSEL NA SUÏCIDEPOGING (n= 197)

Van alle suïcidepogingen die geregistreerd werden, leverde de meerderheid een beperkt (31.0%) of geen letsel (37.1%) op. Bij de overige jongeren benoemde men het letsel ernstig (29.4%) tot levensbedreigend (2.5%). Er konden geen significante geslachtsverschillen worden weerhouden.

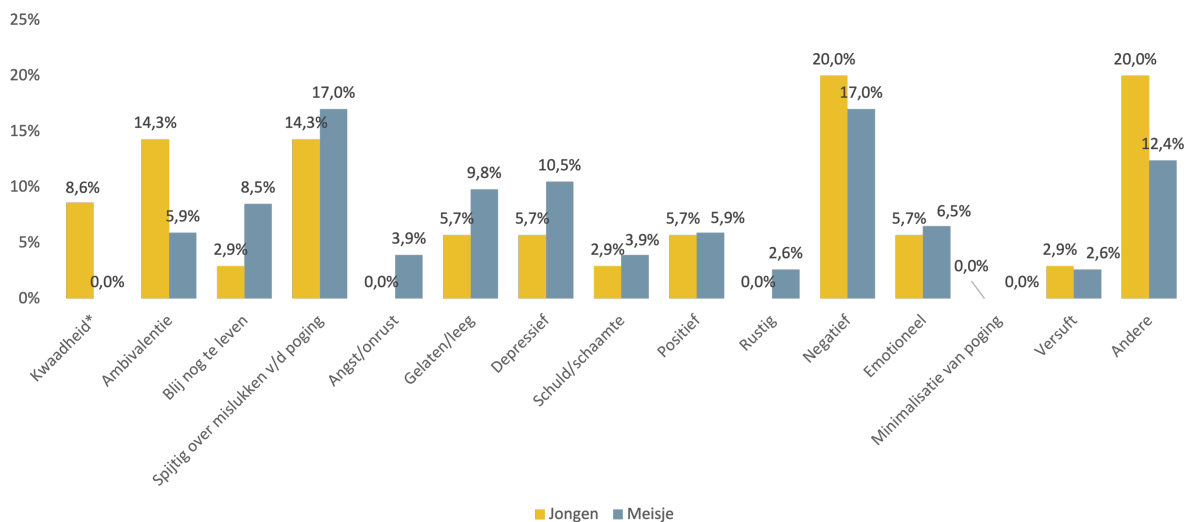
## Gevoelens en suïcidaliteit na de poging

### GEVOELENS (n= 188)

Bij 188 jongeren 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 16.5% van de personen werd vermeld dat ze expliciet aangaven dat ze **spijt hadden dat de poging mislukt** was. 7.4% gaven expliciet aan **blij te zijn dat de poging mislukt** was. 17.6% van de personen gaven aan **negatieve gevoelens** te ervaren na de suïcidepoging. Bij 9.6% werden **depressieve gevoelens** vermeld, bij 1.6% overheerste **kwaadheid** en cynisme, bij 9.0% werden gevoelens van **leegheid** vermeld en 3.7% van de personen meldde gevoelens van **schuld en schaamte** over de poging. 3.2% van de personen waren **angstig** en onrustig. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (5.9%), **rustig** (2.1%), of **emotioneel** voelden (6.4%). 7.4% gaf **tegenstrijdige of ambivalente** gevoelens aan en 2.7% voelde zich **versuft** of was te versuft om een juiste inschatting te maken van de emoties. Bij 13.8% 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.

Jongens rapporteerden na een suïcidepoging significant vaker dan meisjes kwaadheid (8.6% vs 0.0%;  $\chi^2(1) = 13.33$ ;  $p < .001$ ).

Fig. 20: Gevoelens na de poging, volgens geslacht, 2024



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

### MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 130)

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,

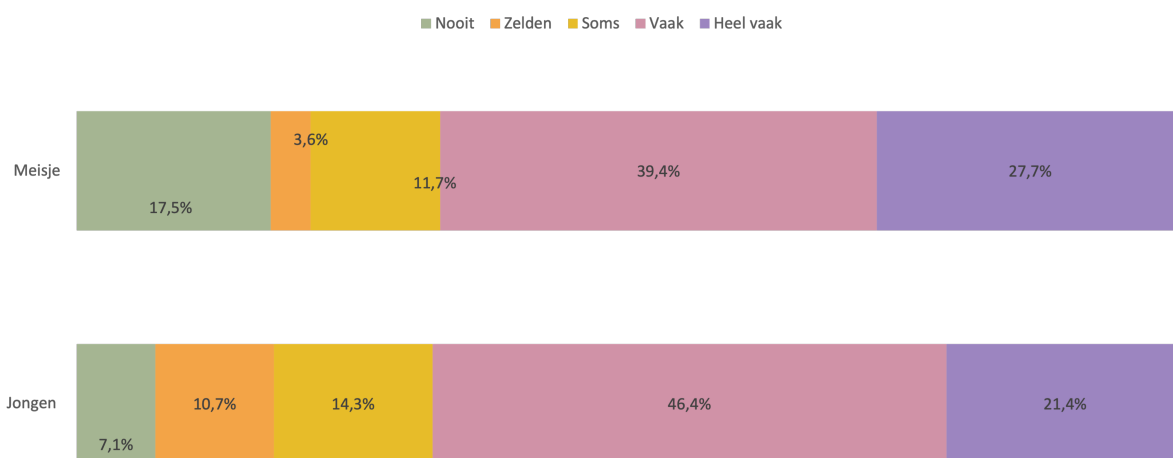
naargelang de voornaamste anticipaties, ingedeeld in drie categorieën: 55.4% uitte zich **ambivalent**, 18.5% zag de toekomst eerder **positief** tegemoet en 26.2% zag de toekomst eerder **negatief** tegemoet. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden.

### SUÏCIDALITEIT (n= 193)

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 193 patiënten (= 73.6 %).

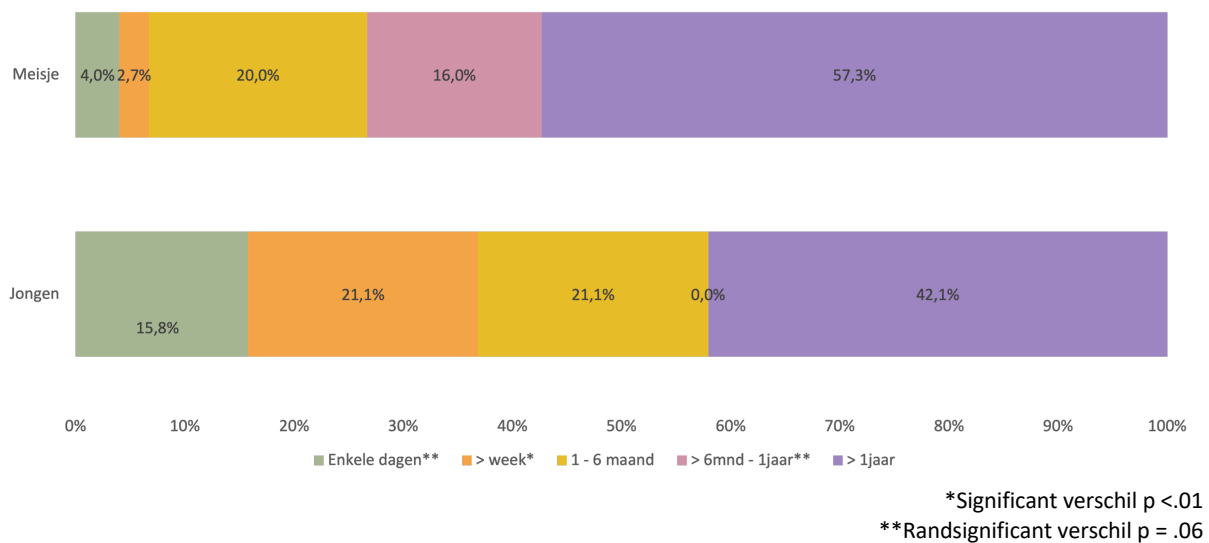
61.0% gaf aan momenteel (opnieuw) aan zelfmoord te denken (jongens = 57.6%; meisjes = 61.3%). Wanneer er werd nagegaan **hoe vaak** men de afgelopen maand aan zelfmoord heeft gedacht, gaf 15.6% van de jongeren aan de afgelopen maand geen zelfmoordgedachten te hebben gehad. 4.8% gaf aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 12.6% gaf aan soms, 40.7% vaak en 26.3 % gaf zelfs aan heel vaak zelfmoordgedachten te hebben.

Fig. 21: SP “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



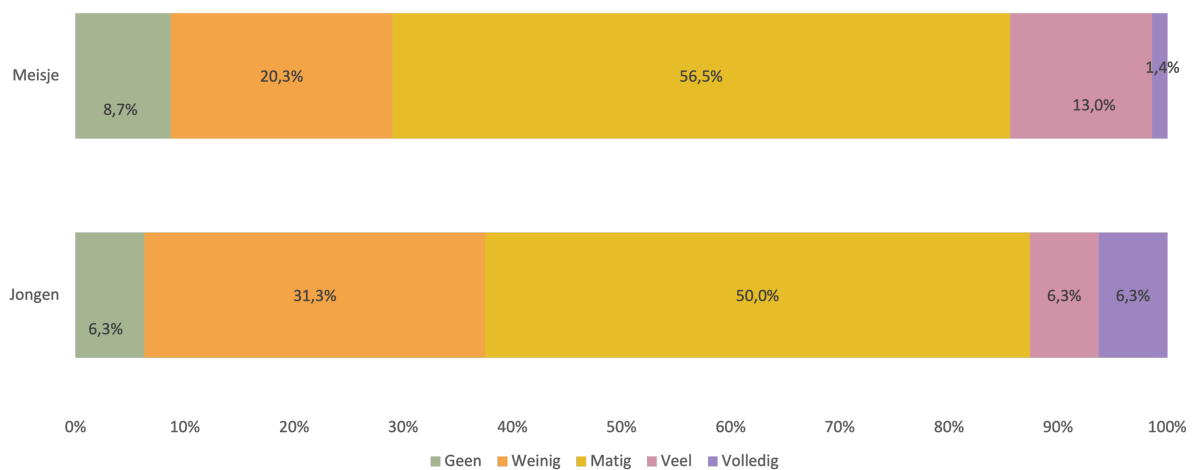
Wanneer er werd gepolst naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 6.3% aan dat dit sinds enkele dagen is, 6.3% meer dan een week, 19.8% gaf aan tussen de één en zes maanden, 13.5% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 54.2% gaf aan dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn. Jongens gaven randsignificanter vaker dan meisjes aan dat ze al een aantal dagen deze gedachten hebben (15.8% vs 4.0%;  $\chi^2(1) = 3.53$ ;  $p = .06$ ). Jongens rapporteerden eveneens significant vaker dan meisjes dat de gedachten al meer dan een week aanwezig zijn (21.1% vs 2.7%;  $\chi^2(1) = 8.58$ ;  $p < .01$ ). Meisjes gaven randsignificanter vaker dan jongens aan tussen de zes maanden en één jaar deze gedachten hebben (16.0% vs 0.0%;  $\chi^2(1) = 3.48$ ;  $p = .06$ ).

Fig. 22: SP “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



Hoeveel **controle** had je over die gedachten de afgelopen maand: 8.0% gaf aan geen controle te hebben over deze gedachten, 23.0% had weinig controle, 54.0% matig en tenslotte gaf 12.6% aan veel en 2.3% heel veel controle te hebben over de zelfmoordgedachten.

Fig. 23: SP “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”



Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** onder deze gedachten. 1.1% gaf aan niet geleden te hebben onder deze gedachten, 3.4% gaf aan een beetje, 20.2% matig, 47.2% veel en 28.1% gaf aan heel veel te hebben geleden onder deze gedachten.

96.2% van de jongeren gaf aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **bepaalde** in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Voor 17.5% van de jongeren was deze beperking een beetje aanwezig, voor 31.3% was dit matig, voor 23.8% was dit veel en voor 23.8% was dit eerder heel veel.

Fig. 24: SP “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”

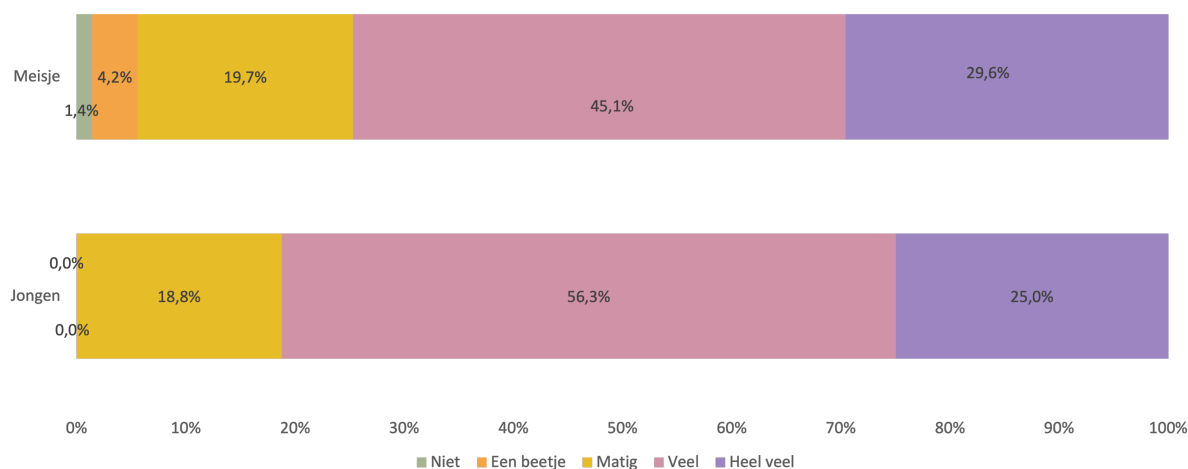


Fig. 25: SP “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



Bij jongeren die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van concrete plannen na te gaan. Tijdens de basisbevraging gaf 41.0% van deze jongeren aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 49.6% van de jongeren gaf aan **reeds nagedacht** te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel zonder de details uit te werken. 9.4% had **de details reeds uitgewerkt** en goed geformuleerd.

Van de jongeren die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 66.7% aan dat de middelen voorhanden zijn. 50.9% gaf aan dat ze nog geen voorbereidingen hadden getroffen, 40.0% had nauwelijks of minimale voorbereidingen getroffen en 9.1% gaf aan dat ze al uitvoerige voorbereidingen hadden genomen.

### ERVAREN PROBLEMEN (n= 125)

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

#### ○ Welzijn

Psychische klachten of psychiatrische symptomen werden het vaakst gerapporteerd (73.4%). De meerderheid van de jongeren gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (52.8%), maanden (5.6%) of weken (1.6%) aanwezig waren. Gevoelens van eenzaamheid werd herhaaldelijk spontaan gemeld (41.1%) en de aanwezigheid van fysieke problemen/ gezondheidsproblemen werden gemeld (7.3%).

#### ○ 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 41.9% werden traumatische gebeurtenissen gerapporteerd. Bij 23.4% werd het overlijden of ernstige ziekte van een belangrijke ander aangegeven en bij 12.9% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds suïcidaal gedrag had gesteld.

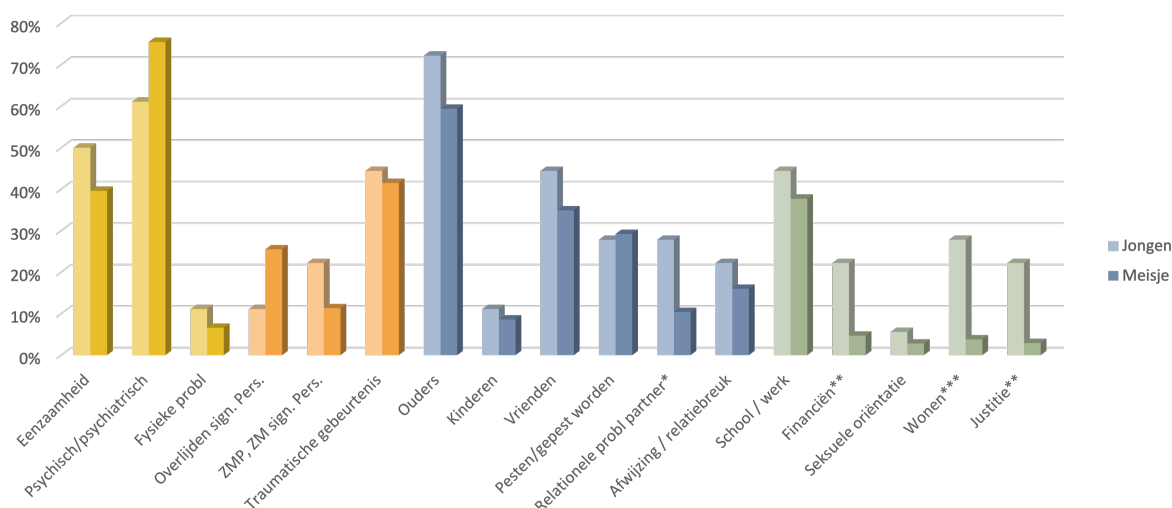
#### ○ Problemen in sociale relaties

Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden problemen met de ouders (61.3%) vaakst gerapporteerd. Een relatiebreuk of afwijzing werd ook vaak gerapporteerd (16.9%). Problemen met vrienden (36.3%), problemen met partner (12.9%) en problemen met pestgedrag werd door 29% van de jongeren gemeld. Jongens rapporteerden significant vaker dan meisjes relationele problemen met de partner dan meisjes (27.8% vs. 10.4%;  $\chi^2(1) = 4.15$ ;  $p < .05$ ).

#### ○ Stresserende levensomstandigheden

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werd de aanwezigheid van problemen op school (eventueel werk) het vaakst gemeld (38.7%). 7.3% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging rapporteerden woonproblemen, dit wordt significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (27.8% vs. 3.8%;  $\chi^2(1) = 13.17$ ;  $p < .001$ ). Problemen met justitie en/of politie werden door 5.7% van de jongeren gemeld, dit werd significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (22.2% vs 2.9%;  $\chi^2(1) = 10.74$ ;  $p < .001$ ). Problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit werd door 3.2% van de jongeren aangegeven. Tenslotte werd de aanwezigheid van financiële problemen door 7.3% van de jongeren aangegeven, dit werd eveneens significant vaker door jongens dan door meisjes gerapporteerd (22.2% vs 4.7%;  $\chi^2(1) = 7.01$ ;  $p < .01$ ).

Fig. 26: SP. Ervaren problemen per geslacht, 2024



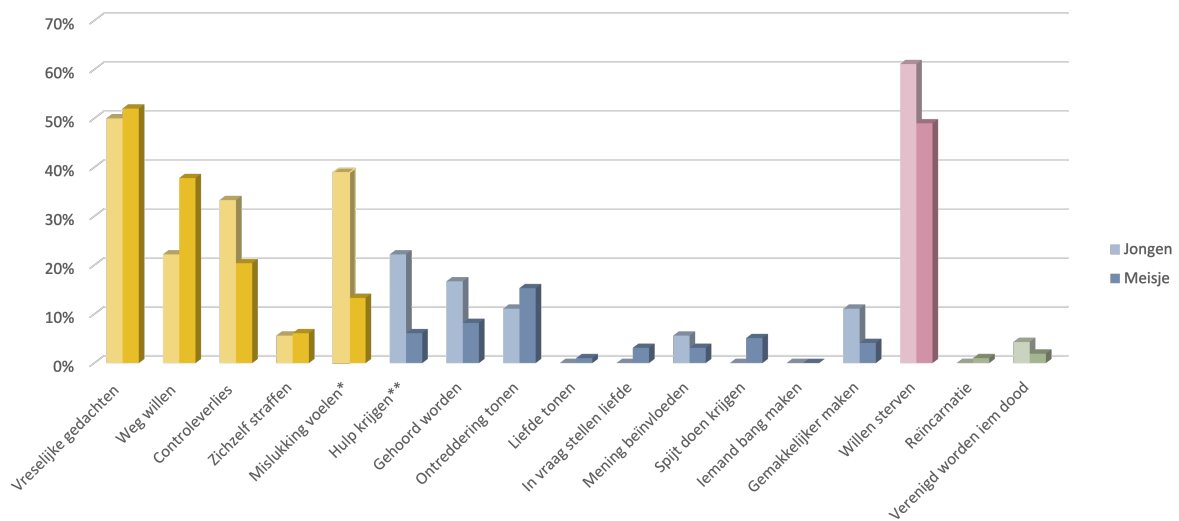
\*lichte kleur = jongen; donkere kleur= meisje  
 \*significant geslachtsverschil (p < .05)  
 \*\*significant geslachtsverschil (p < .01)  
 \*\*\*significant geslachtsverschil (p < .001)

### MOTIEVEN (n= 116)

Er werd aan de jongeren 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” (50.9%) en “Vreselijke gedachten” (51.7%). Eveneens “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (35.3%), “Hoe ontredder ik was” (14.7%) en “Mislukking voelen” (17.2%). Er werd significant vaker “Mislukking voelen” als motief gemeld door jongens dan door meisjes (38.9% vs 13.3%;  $\chi^2(1) = 6.99$ ; p < .01). Tenslotte werd ook “Controleverlies” (22.4%), “Gehoord worden” (9.5%), “Mezelf straffen” (6.0%) en “Hulp krijgen” (8.6%) als motief gemeld. “Hulp krijgen” werd significant vaker door jongens dan door meisjes gemeld (22.2% vs 6.1%;  $\chi^2(1) = 5.00$ ; p < .05). 5.2% van de jongeren rapporteerden “Dingen gemakkelijker maken voor anderen” als motief. Andere motieven die werden gemeld waren “Laten zien hoeveel ik van iemand hield” (0.9%), “Weten of iemand van me houdt?” (2.6%), “Proberen iemand zijn mening te beïnvloeden of te veranderen” (3.4%) of “Spijt doen krijgen hoe ze me hebben behandeld” (4.3%).

Fig. 27: SP. Motieven volgens geslacht, 2024



\*lichte kleur = jongen; donkere kleur= meisje

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

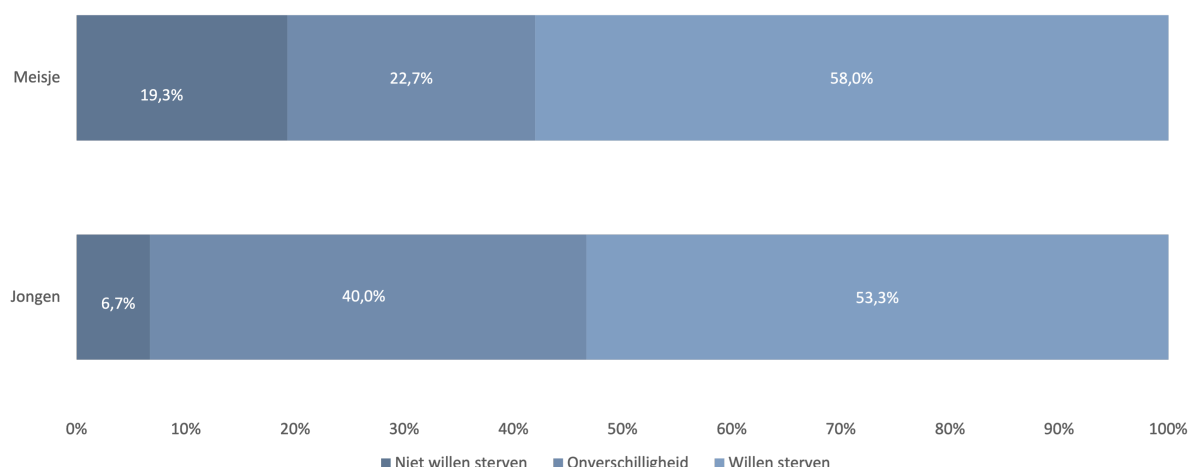
\*\*significant geslachtsverschil ( $p < .05$ )

## Suïcidale intentie

De Suïcidale intentie ( $n = 116$ ), 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 jongens en de meisjes was de mediaanscore respectievelijk 3 en 4. Op basis van de vastgelegde cut-offs voor jongens en voor meisjes, was bij 38.9% van de jongens en 23.5% van de meisjes sprake van hoge suïcidale intentie. Er was geen significant verschil tussen jongens en meisjes.

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. 57.3% van de jongeren gaf expliciet aan te willen sterven. 25.2% gaf aan dat het hem/haar niet kon schelen of hij/zij zou verder leven of sterven, en 17.5% gaf duidelijk aan *niet* te willen sterven.

Fig. 29: Ambivalentie tov het leven per geslacht, 2024



## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n = 176)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de jongere gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men eerder neutraal stond tegenover het volgen van verdere begeleiding (n= 97; 55.1%). 50 jongeren (28.4%) stonden open tegenover het volgen van verdere begeleiding, tenslotte gaf 16.5% van de personen aan dat ze geen verdere begeleiding wensen.

### ZORGBEHOEFTE (n = 72)

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 verdere verkenning van de suïcidaliteit werden de zorgbehoeften bij 72 jongeren 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”.

26.4% van de jongeren formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 43.1% van de jongeren werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 22.2% louter een inhoudelijke. 8.3% van de patiënten formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de personen bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 26.4% aan ambulante begeleiding te wensen en 18.1% wenste residentiële begeleiding. 6.9% van de jongeren was onbeslist over de vorm van de gewenste behandeling. Niemand rapporteerde de huisarts voor verdere begeleiding.

Van de personen die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 16.7% duidelijke intrapersonlijke hulpbehoeften (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 1.4% interpersoonlijke hulpbehoeften (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). 8.3% van de personen wenste vooral praktische ondersteuning (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldden 9.7% van de personen geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar “rust” (al dan niet tijdens de verdere behandeling). Er konden tussen jongens en meisjes geen significante verschillen worden weerhouden.

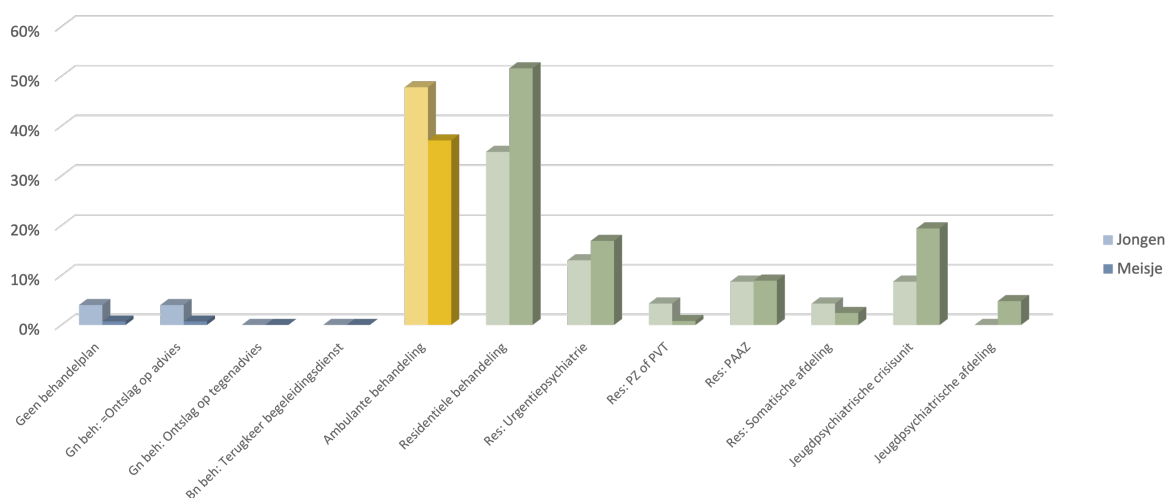
### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 165)

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 ambulante zorgtraject volgt.

Bij 38.8% van de patiënten werd een ambulante zorgtraject voorgesteld.

49.0% van de jongeren werd residentieel behandeld na hun aanmelding in de zorginstelling. 2.7% van de jongeren verbleven op een somatische afdeling na de suïcidepoging. 16.3% van de jongeren verbleven minstens één nacht op een urgentiepsychiatrische dienst. 17.7% van de jongeren werden doorverwezen naar een jeugdpsychiatrische crisisunit. 4.1% van de jongeren werden doorverwezen naar een jeugdpsychiatrische afdeling, 8.8% van de jongeren werden doorverwezen naar een PAAZ afdeling en 1.4% van de jongeren werden doorverwezen naar een PZ.

Fig. 30: Zorgtraject na ontslag zorginstelling per geslacht, 2024



\*\*\*lichte kleur = jongen; donkere kleur= meisje

### 2.2.3 Jongeren met suïcidale gedachten vs. jongeren na een poging (n=440)

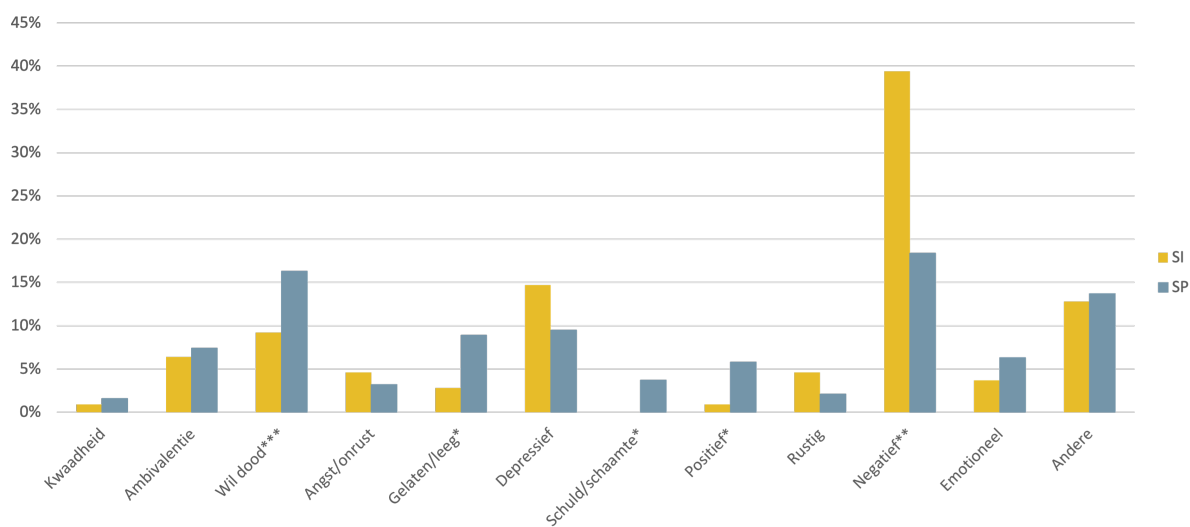
In het laatste deel van dit hoofdstuk worden een aantal gebeurtenisgerelateerde variabelen vergeleken tussen jongeren met suïcidale gedachten en jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging.

#### Gevoelens en suïcidaliteit bij aanmelding

##### GEVOELENS (n = 299)

Bij 299 personen werd door de hulpverleners nagegaan en opgeschreven hoe de patiënt zich voelde kort na de aanmelding. Bij 13.7% van de patiënten werd vermeld dat ze expliciet aangaven een **doodswens** te hebben, dit werd randsignificant vaker bij jongeren na een suïcidepoging gemeld dan bij jongeren met suïcidale gedachten (16.3 vs 9.2%;  $\chi^2(1) = 2.98$ ;  $p = .08$ ). 26.1% van de personen gaven aan **negatieve gevoelens** te ervaren, dit werd significant vaker gemeld door jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten dan bij jongeren aangemeld na een suïcidepoging (39.4% vs 18.4%;  $\chi^2(1) = 15.89$ ;  $p < .001$ ). 11.4% rapporteerde **depressieve gevoelens**, bij 6.7% werden gevoelens van **leegheid** vermeld en 2.3% van de patiënten meldde gevoelens van **schuld en schaamte**. Gevoelens van leegheid werden significant vaker gemeld door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (8.9% vs 2.8%;  $\chi^2(1) = 4.26$ ;  $p < .05$ ). Gevoelens van schuld en schaamte werden significant vaker gemeld door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (3.7% vs. 0.0%;  $\chi^2(1) = 4.11$ ;  $p < .05$ ). 3.7% van de patiënten voelden zich **angstig en/of onrustig** en 7.0% van de personen rapporteerden **ambivalente** gevoelens. In de overige gevallen werd gemeld dat ze zich **positief** (4.0%), **rustig** (3.0%), of **emotioneel** voelden (5.4%). Bij 13.4% 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.

Fig. 31: Gevoelens SI vs SP, 2024



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

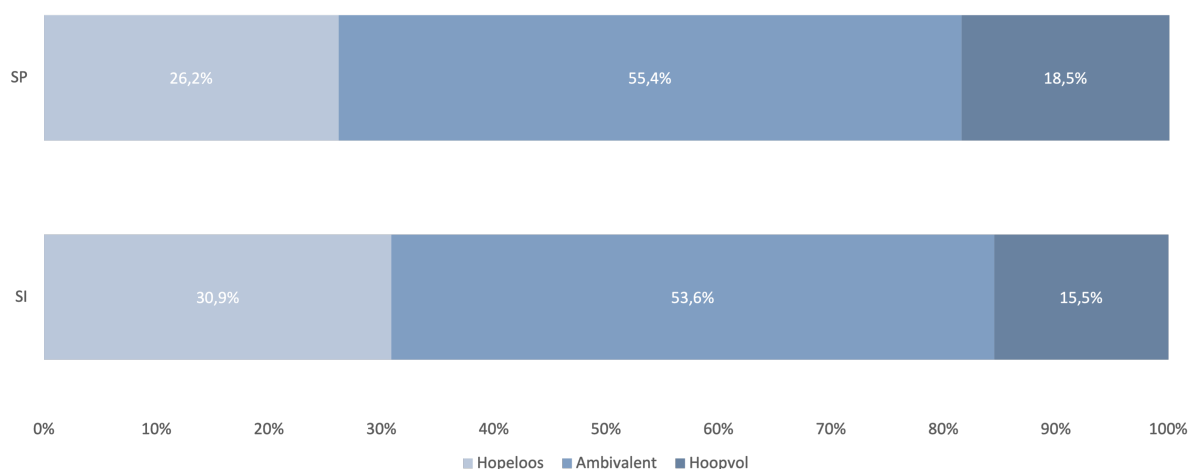
\*\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .001$ )

\*\*\*randsignificant verschil tussen SI en SP ( $p = .08$ )

### MATE VAN HOPELOOSHEID (n= 227)

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: 54.6% uitte zich **ambivalent**, 17.2% zag de toekomst eerder **positief** tegemoet en 28.2% zag de toekomst eerder **negatief** tegemoet. Er konden geen significante verschillen tussen de groepen worden weerhouden wat betreft de mate van hopeloosheid.

Fig. 32: Mate van hopeloosheid SI vs. SP, 2024

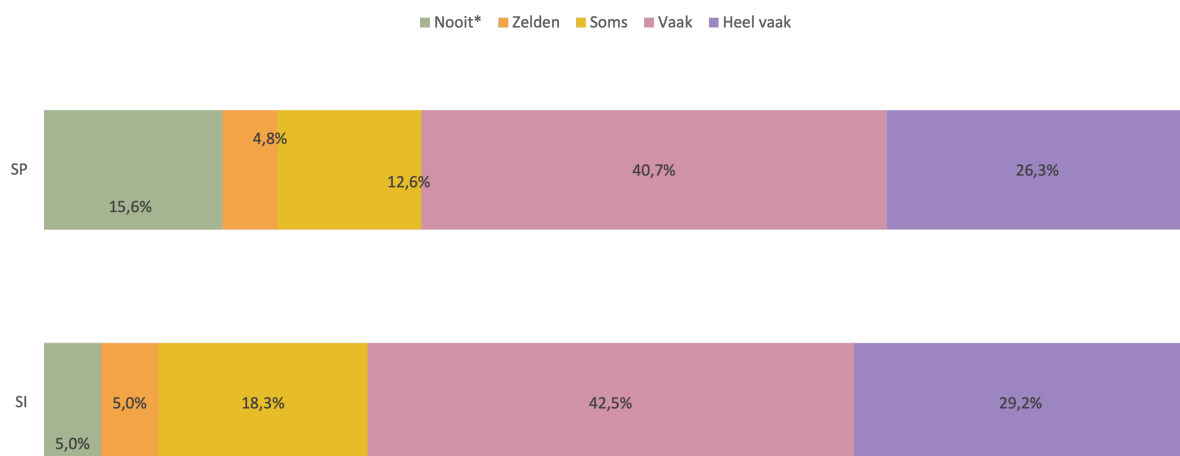


## SUÏCIDALITEIT (n = 325)

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 325 patiënten (= 73.2%).

67.1% gaf aan **momenteel** (opnieuw) aan zelfmoord te denken (SI = 76.2%; SP = 61%;  $\chi^2(1) = 8.08$ ;  $p < .01$ ). Wanneer er werd nagegaan **hoe vaak** men de afgelopen maand aan zelfmoord heeft gedacht, gaf 88.9% van de jongeren aan de afgelopen maand aan zelfmoord gedacht te hebben, dit werd significant vaker gemeld door jongeren met suïcidale gedachten t.o.v. jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging (95.0% vs. 84.4%;  $\chi^2(1) = 7.87$ ;  $p < .01$ ). Van deze groep gaf 4.9% aan zelden zelfmoordgedachten te hebben, 15.0% gaf aan soms, 41.5% vaak en 27.5% gaf aan heel vaak zelfmoordgedachten te hebben.

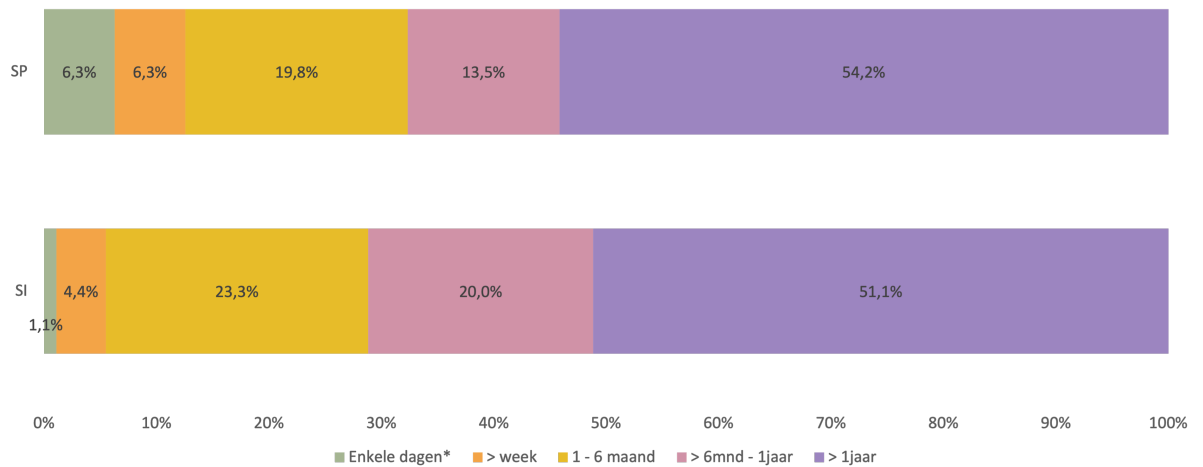
Fig. 33: SI vs SP “Hoe vaak heb je in de afgelopen maand gedacht aan zelfmoord?”



\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .01$ )

Wanneer er werd gepeild naar **hoelang** deze gedachten al aanwezig zijn, dan gaf 3.8% aan dat dit sinds enkele dagen is, dit werd randsignificant vaker gemeld door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (6.3% vs. 1.1%;  $\chi^2(1) = 3.38$ ;  $p = .06$ ). 5.4% gaf aan dat deze gedachten al meer dan een week aanwezig zijn, 21.5% gaf aan tussen de één en zes maanden, 16.7% gaf aan tussen zes maanden en één jaar en 52.7% gaf aan dat deze gedachten al meer dan één jaar aanwezig zijn.

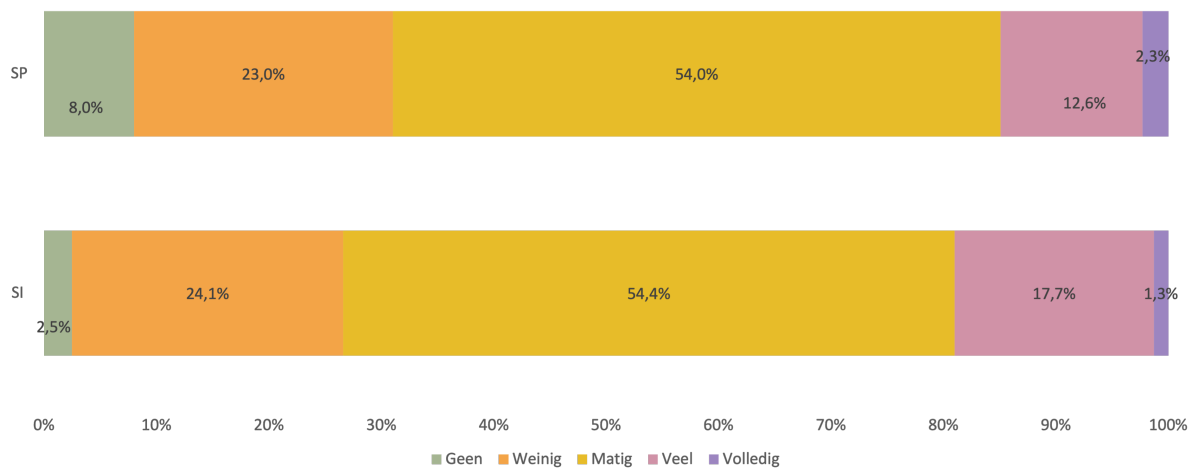
Fig. 34: SI vs SP “Hoelang heb je al zelfmoordgedachten?”



\*Randsignificant verschil tussen SI en SP (p = .06)

Hoeveel **controle** had je over die gedachten de afgelopen maand: 5.4% gaf aan geen controle te hebben over deze gedachten, 23.5% had weinig controle, 54.2% matig, 15.1% veel en tenslotte gaf 1.8% aan volledige controle te hebben over de zelfmoordgedachten. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging.

Fig. 35: SI vs. SP “Hoeveel controle had je over die gedachten de afgelopen maand?”

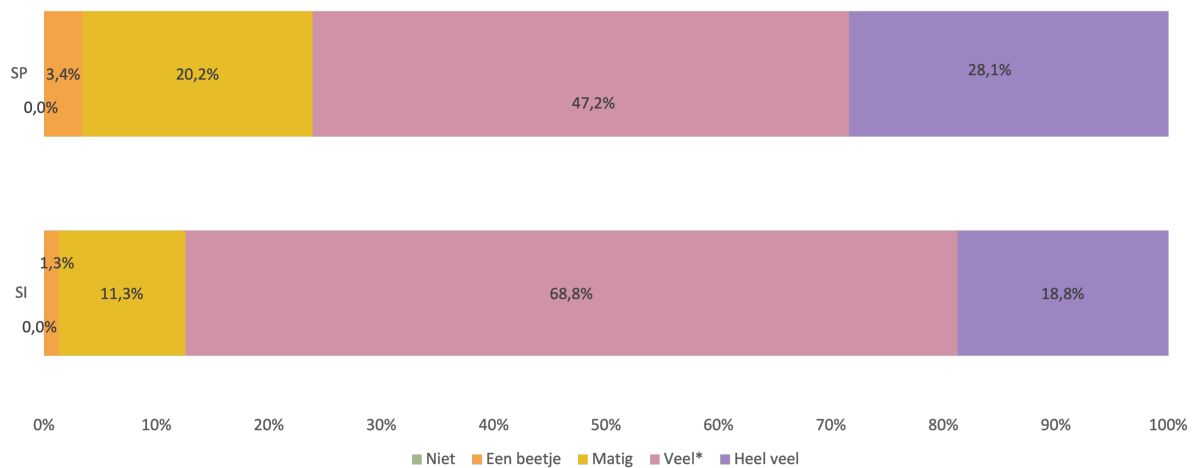


Er werd nagegaan in hoeverre men had **geleden** onder deze gedachten. Hierbij gaf 0.6% aan niet geleden te hebben onder deze gedachten, 2.4% gaf aan een beetje, 16.0% matig, 57.4% veel en 23.7% gaf aan heel veel te hebben geleden onder deze gedachten. Jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker dan jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging dat ze veel lijden ervaren onder deze gedachten (68.8% vs. 47.2%;  $\chi^2(1) = 8.01$ ;  $p < .01$ ).

98.0% van de jongeren gaf aan dat de aanwezigheid van de zelfmoordgedachten hen **bepaalde** in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Voor 12.4% van de jongeren was deze

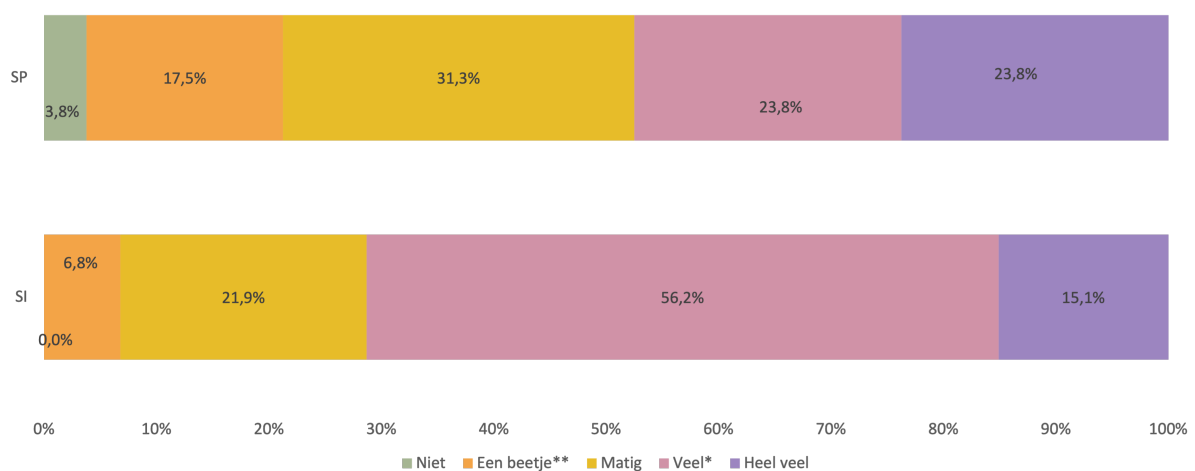
beperking een beetje aanwezig, dit werd significant vaker gerapporteerd door jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging dan door jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (17.5% vs. 6.8%;  $\chi^2(1) = 3.98$ ;  $p < .05$ ). Voor 26.8% was dit matig, voor 39.2% was dit veel en voor 19.6% was dit eerder heel veel. Jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten rapporteerden significant vaker dan jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging dat ze veel beperkt werden in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten door de aanwezigheid van de gedachten (56.2% vs. 23.8%;  $\chi^2(1) = 16.8$ ;  $p < .001$ ).

Fig. 36: SI vs. SP “In hoeverre heb je de afgelopen maand geleden onder deze gedachten?”



\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .01$ )

Fig. 37: SI vs. SP “In hoeverre werd je de afgelopen maand beperkt in dagelijkse activiteiten vanwege deze gedachten?”



\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .001$ )

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

Bij de jongeren die aangeven suïcidale gedachten te hebben, werd ook steeds geacht de aanwezigheid van **concrete plannen** na te gaan. Tijdens de basisbevraging ga 36.0% van deze

jongeren aan **niet nagedacht** te hebben over hoe ze zichzelf zouden kunnen verwonden of beschadigen. 49.5% van de jongeren gaf aan reeds nagedacht te hebben over de methode die ze zouden gebruiken, evenwel **zonder de details** uit te werken. 14.5% had de **details reeds uitgewerkt en goed geformuleerd**. Jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten gaven significant vaker aan reeds nagedacht te hebben over het concretiseren van een zelfmoordpoging, details werden reeds uitgewerkt t.o.v. personen die werden aangemeld na een suïcidepoging (20.6% vs 9.4%;  $\chi^2(1) = 5.39$ ;  $p < .05$ ).

Van de jongeren die hadden aangegeven dat ze reeds hadden nagedacht over de methode die ze zouden gebruiken, gaf 72.6% aan dat de **middelen voorhanden** zijn. 42.7% gaf aan dat ze nog **geen voorbereidingen** hadden getroffen, 44.4% gaf aan dat ze **nauwelijks of minimale voorbereidingen** hadden genomen, maar 12.8% gaf aan dat ze al **uitvoerige voorbereidingen** hadden genomen.

## Ervaren problemen en motieven

### ERVAREN PROBLEMEN (n= 239)

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

#### ○ Welzijn

**Psychische klachten of psychiatrische symptomen** werden het vaakst gerapporteerd (72.8%). De meerderheid van de jongeren gaf aan dat hun psychische klachten of psychiatrische symptomen reeds jaren (48.8%), maanden (5.4%) of weken (2.1%) aanwezig waren. De aanwezigheid van psychische klachten werd gemeld door 72.8% van de jongeren met suïcidale gedachten en door 72.8% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. Gevoelens van **eenzaamheid** (40.6%) werd herhaaldelijk gemeld. De aanwezigheid van **fysieke problemen/ gezondheidsproblemen** werd door 9.6% van de jongeren gemeld (11.4% jongeren met suïcidale gedachten, 8.0% jongeren na een suïcidepoging).

#### ○ 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 39.7% werden **traumatische gebeurtenissen** gerapporteerd. Dit werd bij 37.7% van de jongeren aangegeven die werden aangemeld met suïcidale gedachten en bij 41.6% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. Bij 26.4% werd het **overlijden of ernstige ziekte** van een belangrijke ander aangegeven (29.8% jongeren met suïcidale gedachten, 23.2% jongeren na een poging) en bij 10.9% werd vermeld dat een belangrijk ander reeds **suïcidaal gedrag** had gesteld (8.8% jongeren met suïcidale gedachten, 12.8% jongeren na een suïcidepoging).

#### ○ Problemen in sociale relaties

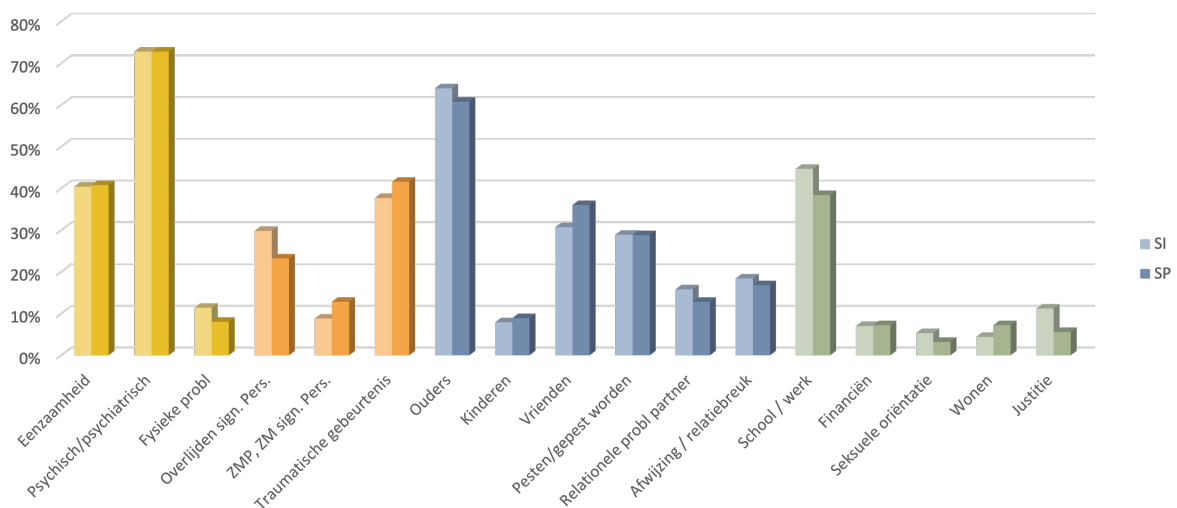
Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden **problemen met de ouders** het vaakst gerapporteerd (62.3%), dit door 64% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en door 60.8% van de jongeren die werden aangemeld

na een suïcidepoging. Problemen met **pestgedrag** werd door 28.9% van de jongeren gemeld, dit door 28.9% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en door 28.8% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. 33.5% van de jongeren meldde **problemen met vrienden** (30.7% jongeren met suïcidale gedachten, 36% jongeren aangemeld na een suïcidepoging). Een **relatiebreuk of afwijzing** werd ook vaak gerapporteerd (17.6%) (18.4% jongeren met suïcidale gedachten, 16.8% jongeren na een suïcidepoging). Tenslotte rapporteerden jongeren problemen met een **partner** (14.2%) (15.8% jongeren met suïcidale gedachten en 12.8% jongeren aangemeld na een suïcidepoging) en een klein aantal jongeren rapporteerden problemen met **kinderen** (8.4%).

○ **Stresserende levensomstandigheden**

Wat betreft de stresserende levensomstandigheden werden de aanwezigheid van **problemen op school** het vaakst gemeld (41.4%), dit door 44.7% van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten en door 38.4% van de jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. **Woonproblemen** (5.9%) (4.4% jongeren met suïcidale gedachten, 7.2% jongeren na een suïcidepoging) en problemen met **justitie en/of politie** werd door 8.2% van de jongeren gemeld (11.2% jongeren met suïcidale gedachten, 5.6% jongeren aangemeld na een suïcidepoging). 4.2% van de jongeren rapporteerden problemen met **seksuele geaardheid en/of genderidentiteit** (5.3% jongeren met suïcidale gedachten, 3.2% jongeren na een suïcidepoging) en tenslotte werd door 7.1% van de jongeren **financiële problemen** aangegeven.

Fig. 38: SI vs. SP Ervaren problemen, 2024



\*lichte kleur = SI; donkere kleur= SP

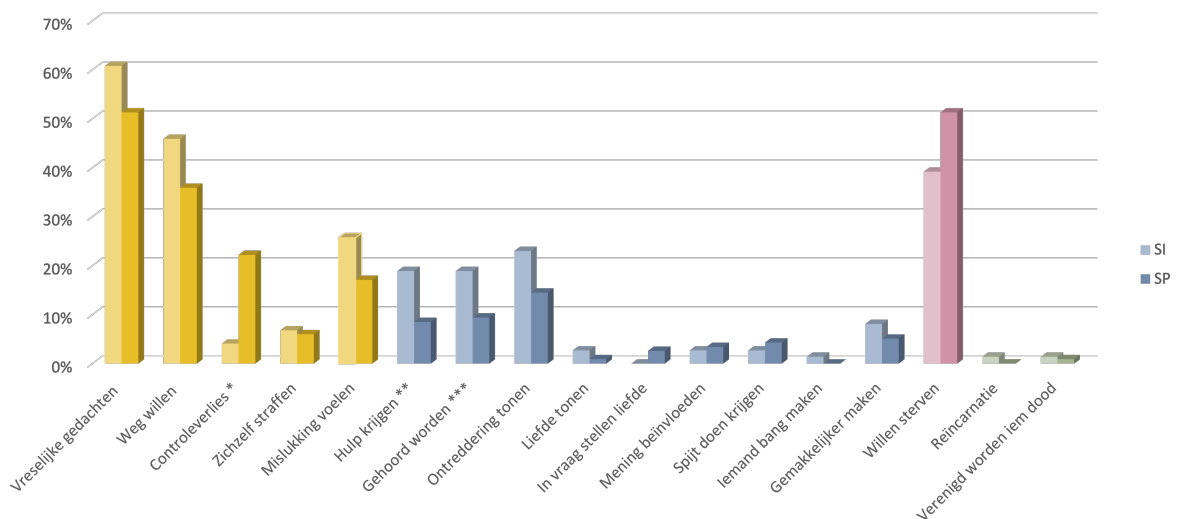
**MOTIEVEN (n= 191)**

Er werd aan de jongeren 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 “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” (55.0%), “Ik wilde sterven” (46.6%) en “Wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie” (39.8%). Eveneens “Mislukking voelen” (20.4%), “Verloor de controle” (15.2%) en “Hoe ontredderd ik was” (17.8%). Als motief voor het suïcidaal gedrag “de controle verliezen” werd significant vaker aangegeven door jongeren aangemeld na een suïcidepoging dan door jongeren aangemeld met suïcidale gedachten (22.2% vs 4.1%;  $\chi^2(1) = 11.62$ ;  $p < .001$ ).

Jongeren rapporteerden eveneens “Gehoord worden” (13.1%), “Mezelf straffen” (6.3%) en “Mensen spijt doen krijgen over de manier waarop ze me behandelen” (3.7%) als motief gemeld. Tenslotte werd ook “Hulp krijgen van iemand” (12.6%), “Weten of iemand van me houdt?” (1.6%) en “Dingen gemakkelijker maken voor anderen” (6.3%). De aanleiding voor het suïcidaal gedrag “Hulp krijgen van iemand” werd significant vaker aangegeven door jongeren aangemeld met suïcidale gedachten dan door jongeren aangemeld na een suïcidepoging (18.9% vs. 8.5%;  $\chi^2(1) = 4.44$ ;  $p < .05$ ). Het motief “Gehoord worden” werd randsignificant vaker aangegeven door de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten dan door de jongeren aangemeld na een suïcidepoging (18.9% vs. 9.4%;  $\chi^2(1) = 3.61$ ;  $p = .05$ ).

Fig. 39: SI vs. SP Motieven, 2024



°lichte kleur = SI; donkere kleur= SP

\*significant verschil tussen SI en SP ( $p < .001$ )

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

\*\*\*Randsignificant verschil tussen SI en SP ( $p = .05$ )

## Zorgtraject

### BEREIDHEID TOT BEGELEIDING (n= 288)

Wanneer op het eind van de basisbevraging aan de jongere gevraagd werd of hij/zij bereid was tot verdere begeleiding, gaf een grote meerderheid aan dat men **neutraal** was tegenover het volgen van verdere begeleiding (n= 187; 64.9%). 65 jongeren (22.6%) wensten **verdere**

**begeleiding** en tenslotte gaf 12.5% van de jongeren aan dat ze **geen verdere begeleiding** wensen. Jongeren aangemeld met suïcidale gedachten stonden significant vaker neutraal tegenover verdere begeleiding dan jongeren aangemeld na een suïcidepoging (75.6% vs 57.4%;  $\chi^2(1) = 10.20$ ;  $p < .001$ ). Jongeren aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan open te staan voor verdere begeleiding dan jongeren aangemeld met (acute) suïcidale gedachten (29.6% vs 12.6%;  $\chi^2(1) = 11.52$ ;  $p < .001$ ).

#### ZORGBEHOEFTE (n= 144)

Tijdens de verdere verkenning van de suïcidaliteit werden de zorgbehoeften na het ontslag op de spoeddienst bij 144 jongeren geregistreerd.

25.0% van de jongeren formuleerden noch een vormelijke, noch een inhoudelijke zorgbehoefte. Bij 34.7% van de jongeren werd enkel een vormelijke zorgbehoefte opgetekend en bij 29.2% louter een inhoudelijke. 11.1% van de jongeren formuleerden zowel vormelijke als inhoudelijke zorgbehoeften.

Van de jongeren bij wie de nood aan professionele hulp geregistreerd werden, gaf 16.0% aan **ambulante begeleiding** te wensen. 22.9% wenste **residentiële begeleiding** en niemand wenste ondersteuning door een **huisarts**. 7.6% van de patiënten was **onbeslist** over de vorm van de gewenste behandeling. Jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging gaven significant vaker aan ambulante hulp te wensen dan jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (26.4% vs 5.6%;  $\chi^2(1) = 11.64$ ;  $p < .001$ ).

Van de jongeren die inhoudelijke zorgbehoeften hadden, formuleerde 17.4% duidelijke **intrapersoonlijke hulpbehoeften** (zoals werken aan zelfbeeld, afhankelijkheidsprobleem en/of depressie) en 0.7% **interpersoonlijke hulpbehoeften** (zoals relatieproblemen en/of psychiatrische problematiek partner). 9.0% van de jongeren wenste vooral **praktische ondersteuning** (zoals hulp bij financiële problemen en/of huisvestingsproblemen). Tenslotte vermeldden 20.8% van de jongeren geen duidelijke probleemgebieden, zij gaven aan vooral te verlangen naar **“rust”** (al dan niet tijdens de verdere behandeling), dit werd significant vaker gemeld door jongeren met suïcidale gedachten t.o.v. jongeren aangemeld na een suïcidepoging (31.9% vs 9.7%;  $\chi^2(1) = 10.78$ ;  $p < .001$ ).

#### BEHANDELPLAN NA AANMELDING/ OPNAME (n= 305)

Er werd aan de hulpverleners gevraagd om het zorgtraject dat de jongeren 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 jongere even wordt opgenomen op de urgentiepsychiatrie, maar daarna een ambulante zorgtraject volgt. Het zorgtraject werd aan de hand van de leidraad bij 305 jongeren geregistreerd.

Bij 2.0% van de patiënten werd aangeduid dat er **geen** zorgtraject voorzien werd na de aanmelding in de zorginstelling. Bij 1.4% ging het om ontslag op advies.

Bij 33.6% van de jongeren werd een **ambulant 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.*

49.8% van de jongeren werd **residentieel** behandeld na hun aanmelding in de zorginstelling. 1.8% van de jongeren verbleef na aanmelding op een **somatische afdeling**. 9.5% van de jongeren verbleven minstens één nacht op een **urgentiepsychiatrische dienst**. Dit zorgtraject werd significant vaker geregistreerd bij jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging t.o.v. jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten (16% vs 2.3%;  $\chi^2(1) = 15.43$ ;  $p < .001$ ). 24.0% verbleef op een **jeugdpsychiatrische crisisunit**, dit werd significant vaker geadviseerd aan jongeren die werden aangemeld met (acute) suïcidale gedachten t.o.v. jongeren aangemeld na een suïcidepoging (31.6% vs 17.3%;  $\chi^2(1) = 7.84$ ;  $p < .01$ ). 4.6% van de jongeren werd doorverwezen naar een **jeugdpsychiatrische afdeling**. 8.8% van de jongeren werden doorverwezen naar een **PAAZ afdeling**. Tenslotte werd aan 2.1% van de jongeren 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 3: Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit: Adolescenten vs. volwassenen

### 3 Leidraad Opvang & Evaluatie Suïcidaliteit 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.

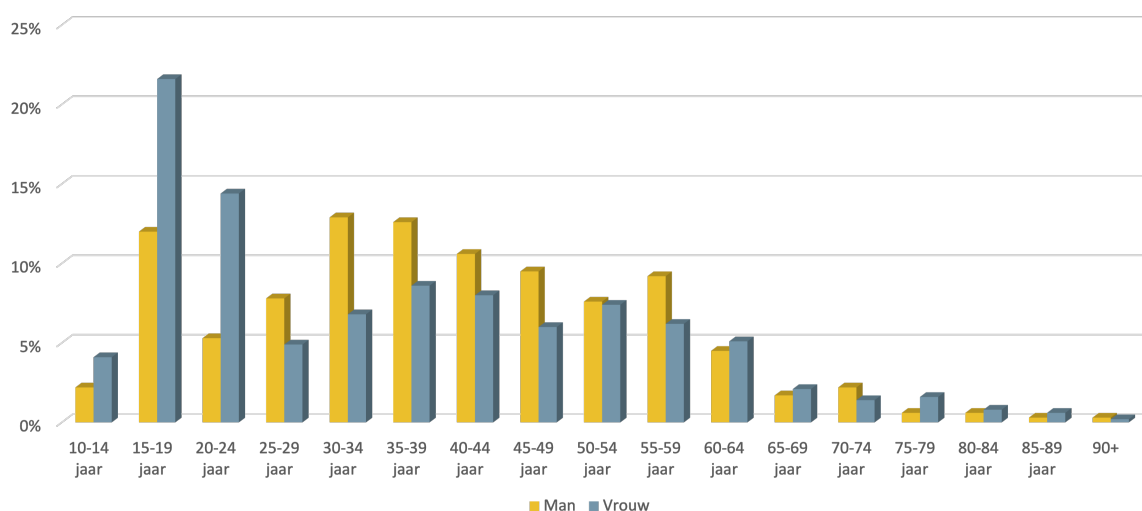
#### 3.1 Persoonsgerelateerde gegevens

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

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).

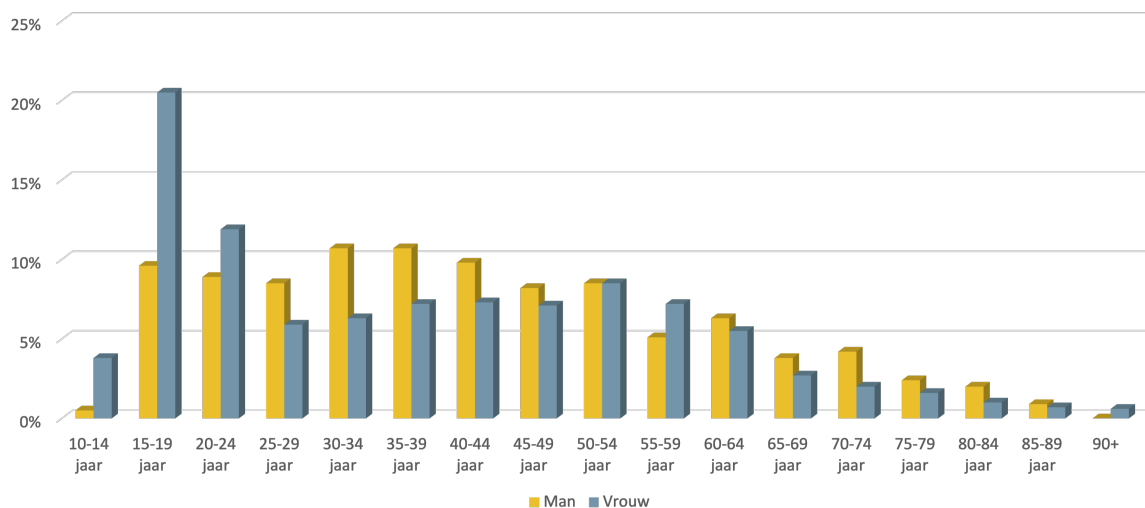
Fig. 40: Leeftijdsverdeling van personen met suïcidale gedachten volgens geslacht 2024



In onderstaande figuur 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. 41: Leeftijdsverdeling van personen aangemeld na een suïcidepoging volgens geslacht 2024



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.

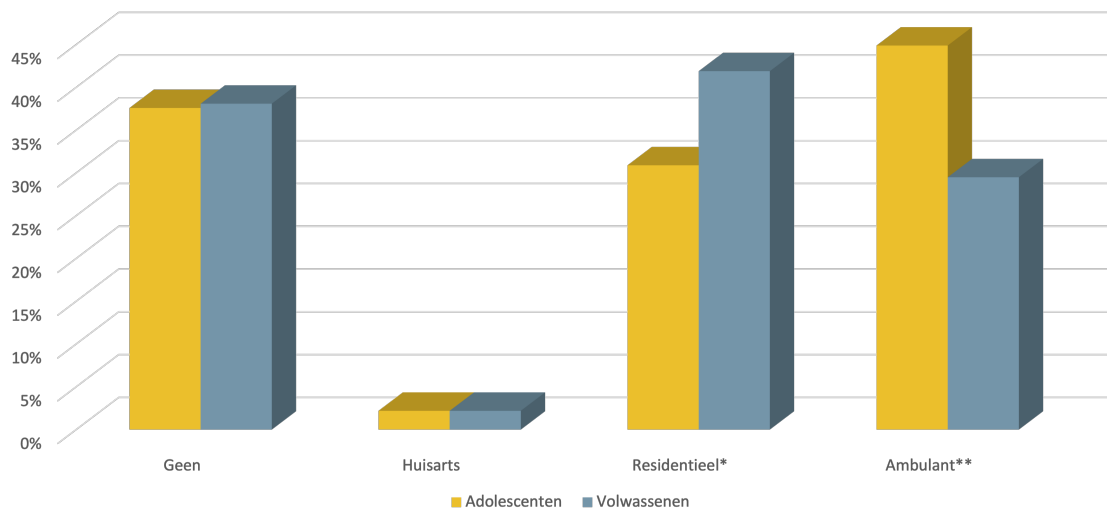
### Behandelgeschiedenis

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 **ambulante** 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 42: Behandelgeschiedenis in het verleden volgens leeftijdsgroep, 2024

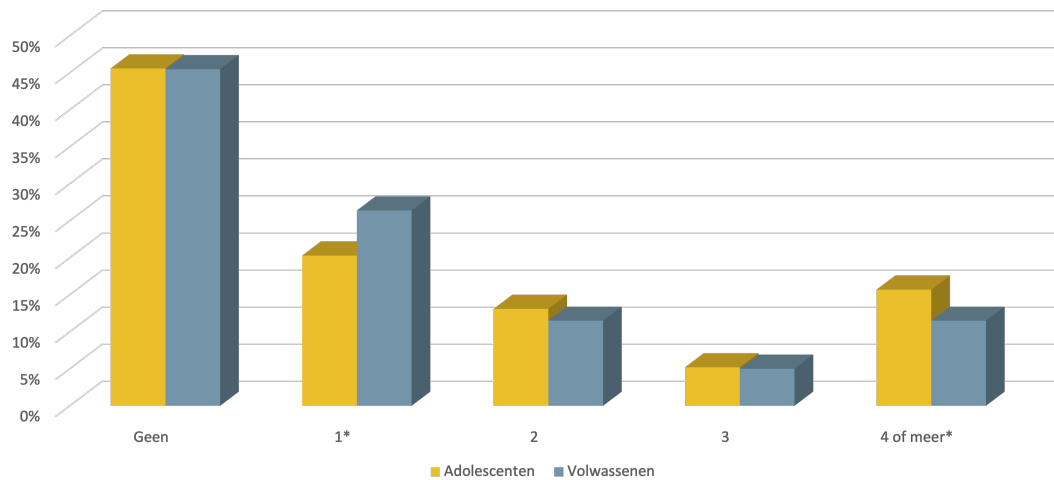


\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen ( $p < .01$ )  
 \*\*significant verschil tussen adolescenten vs volwassenen ( $p < .001$ )

### Voorgeschiedenis van suïcidaal - en zelfbeschadigend gedrag

In huidig onderzoek werd de voorgeschiedenis van een suïcidepoging bevestigd. 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.43: Voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag bij personen met suïcidale gedachten volgens geslacht, 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. Want een poging die recent gebeurde is een sterke voorspeller van opnieuw 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. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden wat betreft de psychische behandeling en de tevredenheid 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 (adolescenten 32.5% vs volwassenen 30.7%) . 55.4% van de personen gaf aan bij iemand terecht te kunnen als hij/zij het moeilijk heeft (adolescenten 59.3% vs volwassenen 54.5%). Hierbij worden eveneens vaak ouders, partner of vrienden genoemd. Studentenbegeleiding en psycholoog worden ook vaak genoemd als vertrouwenspersoon. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden.

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.

## Coping

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 7: 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.

## 3.2 Gebeurtenisgerelateerde gegevens

LOES en IPEO werd in totaal bij 2477 verschillende episodes gebruikt bij de eerste opvang van suïcidale personen. 444 personen waren 18jaar of jonger 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. Er konden geen significante verschillen worden weerhouden tussen beide groepen.

##### ○ Problemen in sociale relaties

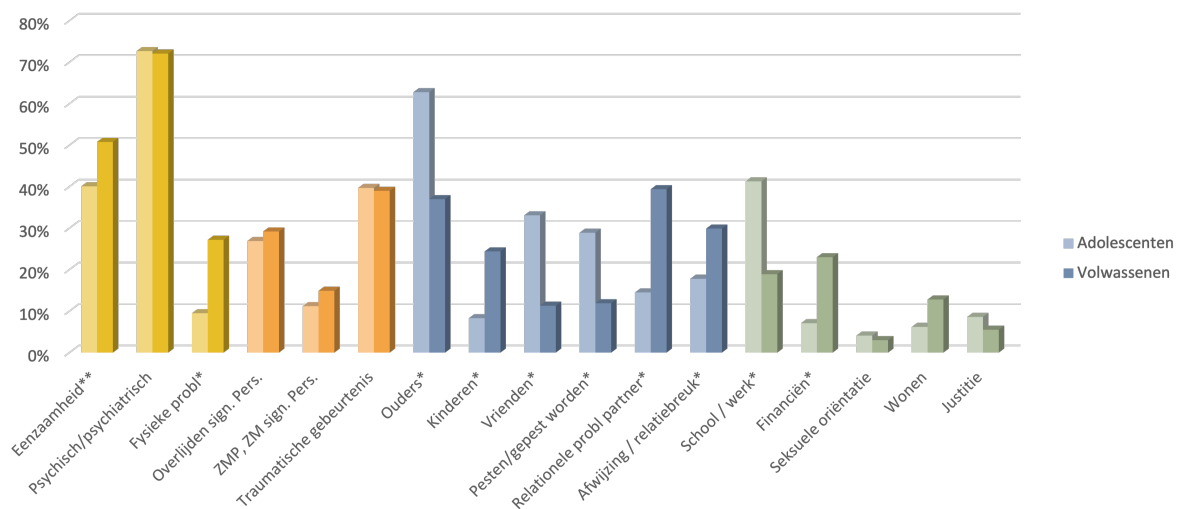
Wanneer er wordt gekeken binnen het domein van sociale relaties dan werden relationele problemen met lief of partner (34.4%) en de ouders het vaakst gerapporteerd (42.1%). Volwassenen rapporteerden significant vaker relationele problemen (39.4% vs. 14.5%;  $\chi^2(1) = 53.19$ ;  $p < .001$ ) t.o.v. adolescenten. 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 werd door 6.1% van de patiënten gemeld. Tenslotte werd problemen met seksuele geaardheid en/of genderidentiteit door 3.2% van de patiënten aangegeven.

Fig. 44: Ervaren problemen volgens leeftijdsgroep, 2024



°lichte kleur = adolescenten; donkere kleur= volwassenen

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

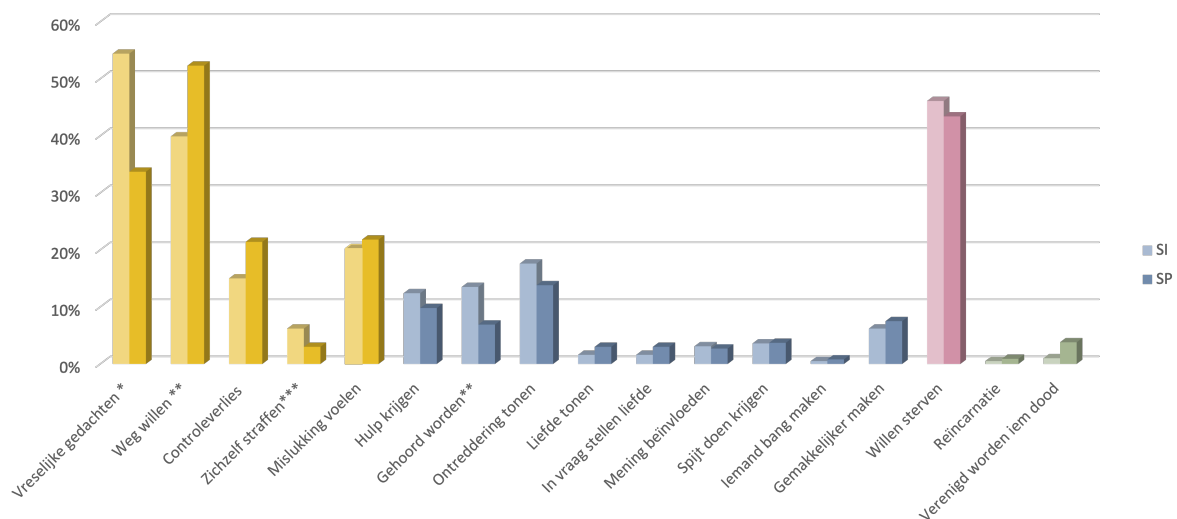
\*\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .01$ )

**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%) werd als motief gemeld. 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. 45: Motieven volgens leeftijdsgroep, 2024



°lichte kleur = adolescenten; donkere kleur= volwassenen  
 \*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .001$ )  
 \*\*significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .01$ )  
 \*\*\* significant verschil tussen adolescenten en volwassenen ( $p < .05$ )

## Zorgtraject

### 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 wensen 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 suïcidaliteit 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 wensen. 24.8% wenste residentiële 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 intrapersoonlijke 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 intrapersoonlijke 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 ambulant 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 **ambulant 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 residentieële 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

### Registraties (LOES en (K)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 de **socio-demografische gegevens** van de jongeren dan zien we dat het overgrote deel van de suïcidale jongeren economisch inactief is, met als voornaamste reden dat zij nog schoolgaand zijn. Bovendien blijkt uit de verdeling van onderwijstypes dat er een significant geslachtsverschil bestaat in het volgen van TSO-onderwijs, waarbij jongens dit vaker kiezen dan meisjes. Dit verschil sluit aan bij de algemene verdeling van jongens en meisjes over de verschillende onderwijstypes, in het schooljaar 2024-2025<sup>4</sup>. In dit schooljaar volgden 24.2% van de jongens in het secundair onderwijs een TSO richting tegenover 19.6% van de meisjes in het secundair onderwijs.

Tijdens het gesprek wordt de **behandelgeschiedenis** in kaart gebracht. Het merendeel van de jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging een voorgeschiedenis heeft van psychische problemen en daarvoor reeds een vorm van behandeling heeft gekregen. Dit benadrukt de hoge prevalentie van eerdere psychische problemen bij deze jongeren en de noodzaak van adequate opvolging en zorg. 25.9% van de jongeren met suïcidale gedachten en 17.7% van de jongeren na een suïcidepoging gaven aan wel een voorgeschiedenis te hebben van psychische problemen, maar daarvoor nooit behandeld is geweest. Jongens gaven significant vaker aan dat ze nog nooit behandeld zijn geweest.

59.5% van de jongeren had reeds een **voorgeschiedenis van suïcidepogingen**. 83.3% van de jongeren met suïcidale gedachten en 7.4% van de jongeren na een suïcidepoging gaf aan dat men zichzelf opzettelijk pijn heeft gedaan of verwond.

Bij aanmelding in de zorginstelling rapporteren jongeren met suïcidale gedachten vaker depressieve en angstige gevoelens, terwijl jongeren na een suïcidepoging vaker een doodswens aangeven. Bij de **motieven** geven jongeren na een suïcidepoging ook significant vaker als intentie om te sterven aan, terwijl personen met suïcidale gedachten meer gericht

<sup>4</sup> <https://onderwijs.vlaanderen.be>

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 de ouders) problemen.

Jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging verbleven vaker op de urgentiepsychiatrie dan jongeren aangemeld met suïcidale gedachten. Jongeren die werden aangemeld met suïcidale gedachten werden dan vaker doorverwezen naar een jeugdpsychiatrische crisisunit of jeugdpsychiatrische afdeling.

Er werd in het laatste hoofdstuk gekeken naar de verschillen tussen adolescenten en volwassenen. Adolescenten hebben al significant vaker een voorgeschiedenis van ambulante hulpverlening terwijl volwassenen al significant vaker een voorgeschiedenis van residentiële behandelingen kent. In de voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag kon er geen significant verschil worden weerhouden tussen adolescenten en volwassenen. Echter werden volwassenen significant vaker medische behandeld. Adolescenten rapporteren significant vaker zelfbeschadigend gedrag dan volwassenen.

79% van de suïcidale personen geeft aan dat ze het gevoel hebben dat anderen om hen geven. Het gevoel van sociale steun wordt significant vaker door adolescenten dan door volwassenen gerapporteerd. Maar 31% zoekt toch geen steun wanneer het moeilijk wordt. Het ervaren van steun betekent dus niet automatisch dat men gebruik durft te maken van die steun. Beide groepen gaven aan dat ouders, partners en vrienden vaak worden gezien als steunfiguren. Wat betreft de coping zien we in het algemeen dat personen met suïcidale gedachten terugvallen op emotiegerichte copingstrategieën (76.5%), waarbij gedragingen zoals boosheid, vermijden en zich terugtrekken vaak voorkomen. Er worden duidelijke verschillen weerhouden wat betreft het omgaan met moeilijke situaties. Adolescenten maken significant vaker gebruik van emotiegedreven reacties zoals boosheid en isolatie. Volwassenen daarentegen rapporteren vaker het gebruik van alcohol en drugs als copingstrategie. Tegelijkertijd blijkt uit de resultaten dat volwassenen vaker dan adolescenten probleemgerichte strategieën inzetten, zoals het op een rijtje zetten van problemen. Zowel bij adolescenten als bij volwassenen is het cruciaal om adaptieve coping te stimuleren, zoals het zoeken van steun, het ordenen van gedachten en het actief benaderen van problemen. Bij zowel jongeren als volwassenen was zelfvergiftiging de vaakste gebruikte methode. Wanneer er wordt gekeken naar de soort medicatie die werd gebruikt dan gebruikten volwassenen significant vaker dan jongeren medicatie uit de groep benzodiazepines, sedatieven en hypnotica. Dit betreft medicatie die enkel op voorschrift voorhanden is. Jongeren gebruiken dan significant vaker dan volwassenen medicatie uit de groep niet-narcotische analgetica (medicatie met pijnstillende werking), die vaak vrij te verkrijgen zijn bij de apotheek. Bij het rapporteren van ervaren problemen zijn er ook een aantal belangrijke gelijkenissen en verschillen te weerhouden tussen adolescenten en volwassenen. De bevindingen tonen aan dat psychische klachten en psychische problemen het vaakst worden gerapporteerd bij personen die worden aangemeld met suïcidale gedachten of na een suïcidepoging. Daarnaast rapporteert bijna de helft van de suïcidale personen gevoelens van eenzaamheid, wat een belangrijke risicofactor is voor suïcidaal gedrag. Gevoelens van eenzaamheid treedt significant vaker op bij volwassenen, net zoals fysieke gezondheidsproblemen dan bij adolescenten. Naast intrapersonlijke factoren spelen ook interpersoonlijke en omgevingsgebonden problemen een belangrijke rol. Relationele moeilijkheden met partner, ouders, vrienden en kinderen worden zeer frequent gemeld,

waarbij duidelijke leeftijdsverschillen zijn. Adolescenten rapporteren vooral conflicten met ouders, problemen met vrienden en pestervaringen, terwijl volwassenen vaker te maken hebben met partnerproblemen, relatiebreuken, problemen met kinderen en financiële uitdagingen. Wat betreft de levensomstandigheden zien we dat financiële moeilijkheden en werkproblemen vooral voorkomen bij volwassenen, terwijl schoolproblemen vooral adolescenten treffen. Deze leeftijdsspecifieke verschillen onderstrepen het belang van hulpverlening op maat, waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkelingsfase. Deze resultaten onderstrepen het multifactoriële karakter van suïcidaliteit: psychische klachten, eenzaamheid, trauma, relationele spanningen en sociaal-economische stressoren kunnen het risico op suïcidaliteit verhogen. De meest genoemde motieven “Ik wilde sterven”, “Ik wou een tijdje weg uit een onmogelijke situatie”, en “Gedachten/gevoelens waren zo vreselijk dat ik daar vanaf wilde zijn” tonen aan dat suïcidaal gedrag vaak ontstaat op een moment van ondraaglijke psychische pijn en ervaren uitzichtloosheid. Opvallend zijn de leeftijdsverschillen die naar voren komen. Adolescenten rapporteren aanzienlijk vaker dat hun gedachten en gevoelens zo overweldigend waren dat zij er vanaf wilden. Volwassenen daarentegen geven vaker aan dat zij wilden ontsnappen aan een “onmogelijke situatie”. Dit kan er op wijzen dat het suïcidaal gedrag bij volwassenen sterker verbonden is met langdurige stressoren zoals relationele conflicten, financiële druk of (chronische) psychische klachten. Tenslotte waren er ook verschillen wat betreft het zorgtraject. Adolescenten gaven significant vaker aan dan volwassenen dat ze neutraal stonden tegenover verdere begeleiding of dat ze zelfs geen verdere begeleiding wensden, terwijl volwassenen significant vaker aangaven bereid te zijn voor verdere begeleiding. Wat de zorgbehoeften betreft gaf de meerderheid van de patiënten aan een voorkeur te hebben voor residentiële begeleiding. Dit kan wijzen op een ervaren nood aan intensieve, veilige en gestructureerde ondersteuning na een suïcidale crisis. Bijna een kwart van de personen rapporteerden expliciet intrapersonlijke hulpvragen, dit werd significant vaker door volwassenen gerapporteerd dan door adolescenten. Praktische hulpvragen worden minder frequent genoemd, maar opvallend is dat adolescenten significant vaker behoefte hebben aan concrete ondersteuning. Een bijzondere categorie wordt gevormd door de personen die aangaven geen duidelijk probleemgebied te kunnen benoemen, maar vooral verlangen naar “rust”. Dit werd significant vaker door adolescenten dan door volwassenen genoemd.

### 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 jongeren die na een suïcidepoging worden aangemeld op de spoeddienst. Jongeren die na hun suïcidepoging in een ziekenhuis worden behandeld representeert slechts een deel van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen. Dit betekent dat de jongeren 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 (K)IPEO worden niet altijd volledig afgenomen van de jongere 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. Echter, 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 jongeren 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 17.4% van de suïcidale jongeren aangeven geen voorgeschiedenis van psychische problemen te hebben kan erop wijzen dat een deel van deze populatie 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 of wanneer suïcidale gedachten worden gemeld, 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 jongere 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 jongeren kunnen we aangeven dat suïcidepreventie zich zowel moet richten op jongeren 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 (K)IPEO), dat kadert binnen

preventie,<sup>5</sup> is een belangrijk instrument voor de evaluatie van het verdere suïcidale risico bij suïcidale patiënten. Aan de hand van LOES (en het (K)IPEO) worden de zorgbehoefte van de jongere bevestigd en wordt na de risico-inschatting advies voor verdere hulpverlening (ambulante en/of residentiële) gegeven. Bij 38.8% van de jongeren werd een ambulante zorgtraject voorgesteld, bij 49% werd een residentiële behandeling geadviseerd. 17.7% van de jongeren werd doorverwezen naar een jeugdpsychiatrische crisisunit.

Personen met psychische problemen vormen eveneens een belangrijke risicogroep voor suïcide. 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 jongeren die werden aangemeld na een suïcidepoging. Bij 14.3% van de jongeren werd de diagnose 'stemmingsstoornis' vermeld. Daarnaast werd bij 48.6% van de jongeren een andere diagnose vermeld, dit betrof hoofdzakelijk Autisme/ASS, eetstoornis, angst en ADHD. 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. Initiatieven gericht op het vergroten van deze kennis en vaardigheden met betrekking tot het inschatten van het suïciderisico en omgaan met suïcidale jongeren 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 jongeren omgaan met hun problemen, zowel probleemgericht als emotiegericht, bieden waardevolle inzichten voor suïcidepreventie. Uit de resultaten van de studie blijkt dat 27.4% van de suïcidale jongeren met iemand over hun problemen praat. Een aanzienlijk deel van de suïcidale personen past emotiegerichte copingstrategieën toe, zoals het leggen van de schuld bij zichzelf (27.4%), boos worden (24.7%), of middelengebruik zoals alcohol of drugs (15.1%), of alleen op de kamer blijven (46.6%). Dit zijn risicovolle manieren van omgaan met problemen die hun situatie kunnen verergeren en het risico op suïcide kunnen verhogen. Suïcidepreventieprogramma's kunnen zich richten op het bevorderen van gezonde copingmechanismen, 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, alsook via sport of kunst. Belangrijk is dat deze programma's aangepast zijn aan de leefwereld van de jongeren. Door de focus te verleggen naar positieve manieren van omgaan met problemen, kan de kans op herhaalde suïcidepogingen en suïcidale gedachten worden verminderd. Tenslotte kan het versterken van zelfvertrouwen en het bevorderen van positieve zelfreflectie de emotionele veerkracht van jongeren verbeteren.

Op basis van deze bevindingen kunnen we concluderen dat suïcidepreventie bij jongeren een holistische aanpak vereist, waarin vroege herkenning, open communicatie, professionele

---

<sup>5</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.

hulp en een ondersteunend sociaal netwerk centraal staan. Er moet aandacht zijn voor psychische klachten, sociale omstandigheden, traumatische ervaringen en de bredere context van het leven van jongeren. Door een combinatie van preventieve maatregelen, tijdige interventies en zorgvuldige nazorg kan het risico op suïcide bij jongeren significant verminderd worden.

## 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 Suicidpreventie (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 9: 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 Middelaars 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

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



