

# EPIDEMIOLOGISCH RAPPORT

2024



De Vlaamse suïdecijfers in een nationale en  
internationale context

Mandy Gijzen & Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP)

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

<b>1. INLEIDING</b>	<b>4</b>
1.1. ACHTERGROND	5
1.2. DOELSTELLINGEN	5
1.3. DEFINITIES	6
1.4. METHODE	7
1.5. BETROUWBAARHEID	10
1.6. OPBOUW VAN DIT RAPPORT	11
<b>2. CIJFERS SUÏCIDE</b>	<b>13</b>
2.1. BELGIË	14
2.2. VLAANDEREN	16
2.3. BRUSSEL	30
2.4. WALLONIË	31
2.5. INTERNATIONAAL	32
<b>3. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN</b>	<b>40</b>
3.1. BELGIË	41
3.2. VLAANDEREN	44
3.3. BRUSSEL	54
3.4. WALLONIË	55
3.5. INTERNATIONAAL	56
3.6. COVID-19 PANDEMIE	60
<b>KADER: ZELFBESCHADIGING</b>	<b>62</b>

<b>4. CIJFERS SUÏCIDEGEDACHTEN</b>	<b>76</b>
4.1. BELGIË	77
4.2. VLAANDEREN	81
4.3. BRUSSEL	89
4.4. WALLONIË	91
4.5. COVID-19 PANDEMIE	92
<b>5. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID</b>	<b>96</b>
5.1. BELGIË	97
5.2. VLAANDEREN	104
5.3. BRUSSEL	107
5.4. WALLONIË	110
5.5. COVID-19 PANDEMIE	113
<b>6. SAMENVATTING</b>	<b>122</b>
6.1. SUÏCIDE	123
6.2. SUÏCIDEPOGINGEN	123
6.3. SUÏCIDEGEDACHTEN	124
6.4. GEESTELIJKE GEZONDHEID	125
6.5. SAMENVATTEND	126
<b>7. REFERENTIES</b>	<b>127</b>
<b>8. TABELLEN EN FIGUREN</b>	<b>134</b>



## 1. INLEIDING

### 1.1. ACHTERGROND

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

### ACTUELE CIJFERS

Dit epidemiologisch rapport wordt jaarlijks geüpdatet. De **meest actuele cijfers met betrekking tot suïcide en suïcidepogingen** kunnen gevonden worden op de website [Zelfmoord1813.be](http://Zelfmoord1813.be).

### 1.2. DOELSTELLINGEN

Dit rapport heeft in de eerste plaats als doel een overzicht te bieden van de meest recente, wetenschappelijke epidemiologische gegevens in Vlaanderen ten aanzien van **geestelijke gezondheidsproblemen**, in het bijzonder van **suïcide en suïcidaal gedrag**. Om hiervan een volledig beeld te krijgen, worden de Vlaamse cijfers (waar mogelijk) in een nationale en internationale context geplaatst. Dit rapport baseert zich hierbij op epidemiologische gegevens die verkregen werden middels erkende informatiesystemen binnen Vlaanderen, maar ook andere betrouwbare gegevensbronnen (zowel nationaal als internationaal) werden aangewend.

Om de betrouwbaarheid van dit rapport te kunnen waarborgen, was het noodzakelijk dat er bij aanvang van het opstellen van dit rapport **criteria** werden opgesteld waaraan de epidemiologische informatie

en gegevensbronnen moesten voldoen. Dit heeft geresulteerd in een checklist die als leidraad werd gebruikt voor het selecteren van epidemiologische data. Dit rapport heeft dus als secundair doel inzicht te geven in de criteria waaraan epidemiologische informatie en gegevensbronnen omtrent suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen moeten voldoen zodanig dat de kwaliteit en uniformiteit van dataverzameling en data-analyse wordt bevorderd.

### 1.3. DEFINITIES

Zowel in de klinische praktijk als in de wetenschappelijke literatuur is er vaak geen volledige overeenstemming over de gebruikte definities van suïcidaal gedrag. Dit heeft vooral te maken met het al dan niet duiden van de doodswens of intentie. Het is vaak moeilijk om achteraf motieven en intenties in te schatten. In veruit de meeste gevallen is suïcidaal gedrag een manier om te ontsnappen aan het uitzichtloos en ondraaglijk lijden zonder dat de dood wordt beoogd. Binnen deze visie is de dood geen opzichzelfstaand doel maar eerder een middel tot doel.

In tabel 1 worden de definities van suïcide, suïcidepogingen, zelfverwondend gedrag en suïcidegedachten beschreven.

**Tabel 1.1. Definities suïcidaal gedrag.**

<b>Suïcide</b>	Onder suïcide verstaan we een daad met dodelijk afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële dodelijke afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, 2006).
<b>Suïcidepoging</b>	Onder een suïcidepoging verstaan we een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken en met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen. Hoewel suïcidepogingen zich kunnen herhalen, laat de notie 'niet-habitueel gedrag' toe suïcidepogingen te onderscheiden van automutilatie of zelfbeschadigend gedrag, wat eerder gezien kan worden als een gewoontepatroon waarbij geen suïcidale intentie aanwezig is (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, 2006).












<b>Zelfbeschadigend gedrag</b>	Bij zelfverwonding brengt een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toe, zonder de bedoeling te hebben zich van het leven te benemen (Claes & Vandereycken, 2007).
<b>Suicidegedachten</b>	Onder suicidegedachten (ook wel suïcidale ideatie genoemd) verstaan we het actief denken aan, of het overwegen van suicide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen.

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

#### 1.4. METHODE

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

Tabel 1.2. Kwaliteitscriteria voor wetenschappelijk onderzoek naar suïcidaal gedrag.

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










3. Is beschreven of de steekproef voldoende groot is voor het doen van betrouwbare uitspraken?	
<b>DATA-ANALYSE</b>	
1. Is een erkende onderzoeksinstelling of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de data-analyse?	
2. Wordt de hoedanigheid van degene die de data analyseert beschreven? <i>(Gaat het bijv. om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?)</i>	
3. Is beschreven op welke manier het databestand werd opgeschoond?	
4. Worden de datamanipulaties c.q. berekeningen zodanig beschreven dat vergelijking met andere data mogelijk is? <i>(Bijv. aan de hand van gestandaardiseerde cijfers zoals rates)</i>	
5. Worden de statistische methoden die werden gehanteerd, beschreven?	
6. Worden de beperkingen van het onderzoek beschreven en de mogelijke gevolgen die dit heeft voor het interpreteren van de data?	

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2014.

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

**Tabel 1.3. Overzicht bronnen van dit epidemiologisch rapport.**

<b>CIJFERS SUICIDE (H2)</b>	
	Departement Zorg
	Domus Medica
	European HFA database
	Eurostat
	Sciensano
	Statbel
	Wereldgezondheidsorganisatie

### CIJFERS SUICIDEOGINGEN (H3)

- ▶ Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
- ▶ Sciensano
- ▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
- ▶ Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering Universiteit Gent
- ▶ National Suicide Research Foundation Ireland

### CIJFERS SUICIDEGEDACHTEN (H4)

- ▶ Sciensano
- ▶ Centrum ter Preventie van Zelfdoding
- ▶ Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering Universiteit Gent

### CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID (H5)

- ▶ Sciensano

## 1.5 BETROUWBAARHEID

In tegenstelling tot de meeste andere doodsoorzaken, moet bij een suïcide niet enkel de oorzaak worden bepaald maar moet ook een antwoord worden geboden op de vraag wie de verwondingen heeft toegebracht en wat hiervan de intentie was. Het kan soms moeilijk zijn om te bepalen of het om een zelfdoding, ongeval of doding gaat. Het is daarom soms lastig om de doodsoorzaak en de intentie om te zetten in een correcte ICD-code, het internationale classificatiesysteem van ziekten en uitwendige oorzaken van ziekten en verwondingen.

Om deze reden **weerspiegelen officiële suïdecijfers vermoedelijk een onderrapportering van het reële aantal suïcides** (Belanger et al., 2008; De Leo & Evans, 2003; Neeleman, 2007; Tøllefsen et al., 2012). Deze moeilijk te definiëren overlijdens worden voornamelijk geregistreerd onder de noemer 'sterfte waarvan de intentie onbepaald is' (SOI). Tevens worden, weliswaar in mindere mate, 'verdoken' suïcides ondergebracht in de categorie 'sterfte waarvan de oorzaak onbepaald is' (SOO) of in de categorie 'ongevallen'. Bijgevolg worden officiële suïdecijfers dan ook veelal binnen deze context geïnterpreteerd (Reynders, van Heeringen, De Maeseneer, & Van Audenhove, 2009). Zo wordt voor de Vlaamse suïdecijfers het aandeel suïcides in de 'SOI' categorie vaak expliciet aangeduid in de legende of zijn onderliggende cijfers hierover beschikbaar. De suïdecijfers zijn daarom een minimumaantal en een onderschatting van het werkelijke aantal. De suïcides + onbepaalde intenties zijn daarentegen een maximumaantal en overschatting. In werkelijkheid ligt het aantal suïcide ergens daar tussenin. In het rapport zullen voor Vlaanderen en Brussel beide cijfers (suïcide en SOI) worden gerapporteerd bij de totaalcijfers en bij de evolutie van het aantal zelfdodingen.

De onderrapportering van suïcidecijfers geldt ook voor andere Europese landen vanwege verschillen in wetgeving (suïcide is/was strafbaar of niet), culturele gevoeligheden (suïcide is een taboe) en verschillen met betrekking tot registratiemethodes die gehanteerd worden. Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op de betrouwbaarheid en validiteit van suïcidecijfers. Desondanks wordt in literatuurstudies veel evidentie gevonden voor de aanname dat vertekeningen in suïcidecijfers veelal onderschattingen zijn maar dat deze voor de meeste West-Europese landen constant en niet sterk genoeg zijn om verschillen tussen landen te verklaren (Chishti et al., 2003; Jouglé et al., 2002). Dit duidt erop dat suïcidecijfers, leeftijds- en geslachtsverdelingen vrij stabiel blijven door de jaren heen waardoor wordt aangenomen dat, zeker in de ontwikkelde landen, officiële suïcidecijfers voldoende betrouwbaar en valide zijn om onderling met elkaar te kunnen worden vergeleken (De Leo & Evans, 2004).

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

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

## 1.6. OPBOUW VAN DIT RAPPORT

Globaal genomen zijn er drie manieren om inzicht te krijgen in de epidemiologie van geestelijke gezondheidsproblemen en suïcidaal gedrag. Zo worden geestelijke gezondheidsproblemen en niet-fataal suïcidaal gedrag (suïcidepogingen, suïcidegedachten) in kaart gebracht via bevolkingsonderzoek. Tevens worden suïcidepogingen waarvoor medische hulp werd verkregen, geregistreerd op spoedopnamediensten. De epidemiologie van suïcides kan inzichtelijk worden gemaakt aan de hand van sterftecertificaten.

Om een volledig beeld te krijgen van de omvang van suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen, is dit epidemiologisch rapport gebaseerd op deze drie vormen van dataverzameling. Het rapport kent de volgende opbouw:

Hoofdstuk 1	Inleiding
Hoofdstuk 2-4	In deze hoofdstukken worden de meest recente en beschikbare epidemiologische gegevens in kaart gebracht op het gebied van respectievelijk suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten. Deze cijfers worden zoveel mogelijk weergegeven op nationaal en regionaal niveau aan de hand van de belangrijkste socio-demografische en economische kenmerken. Daarnaast wordt besproken hoe deze cijfers zich door de jaren heen hebben geëvolueerd. In een apart kader wordt zelfbeschadigend gedrag in kaart gebracht.
Hoofdstuk 5	In dit hoofdstuk worden de meest recente cijfers met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblematiek in de algemene Belgische bevolking van 15 jaar en ouder besproken aan de hand van de belangrijkste socio- demografische en economische kenmerken. Daarnaast wordt een beeld geschetst van hoe deze nationale cijfers zich verhouden tot de Vlaamse cijfers. Tot slot wordt gekeken naar de impact van de COVID-19 pandemie op het mentaal welzijn.
Hoofdstuk 6	Samenvatting
Hoofdstuk 7	Referenties
Hoofdstuk 8	In dit hoofdstuk wordt een overzicht van alle figuren en tabellen weergegeven. Ook is in dit hoofdstuk de ruwe data die gebruikt is om de figuren te maken in tabellen weergegeven.

# 2. CIJFERS SUÏCIDE

## 2. CIJFERS SUÏCIDE

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

### 2.1. BELGIË

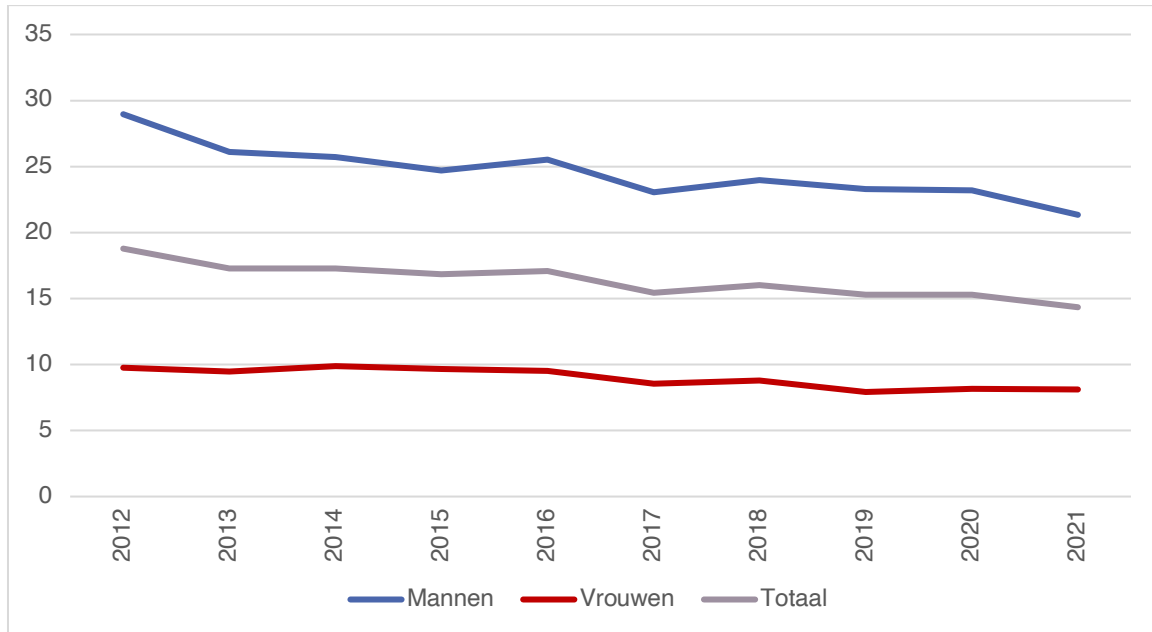
In **2021** overleden in België **1.640 personen ten gevolge van suïcide**, waarvan 1.173 mannen en 467 vrouwen (Statbel, z.d.). Dit komt neer op **4,5 suïcides per dag**.

#### EVOLUTIE

In figuur 2.1 en 2.2 wordt de evolutie van de suïdecijfers (per 100.000 inwoners) weergegeven op nationaal niveau, uitgesplitst naar geslacht en gewest. Tussen 2012 en 2021 is zelfdoding gedaald bij mannen (26,3%) en bij vrouwen (17,1%) in België. In totaal zien we een daling van 23,6% in België in 2021 ten opzichte van 2012.

Wanneer we kijken naar de verschillende gewesten dan zien we dat tussen 2012 en 2021 het suïdecijfer met 22,7% is gedaald in Vlaanderen, met 23,2% in Wallonië en met 27,5% in Brussel.

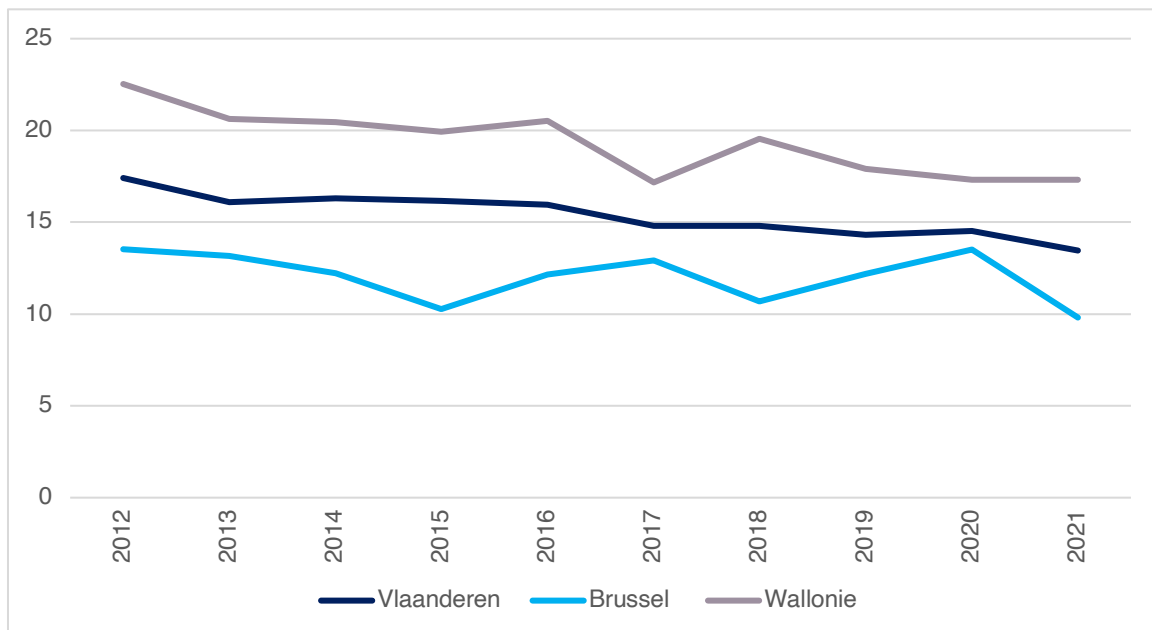
**Figuur 2.1. Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens geslacht.**



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

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

**Figuur 2.2. Evolutie suïcidecijfers (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens gewest.**



Bron: [Eurostat](#)

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

## 2.2. VLAANDEREN

Sterftcijfers door suïcide in Vlaanderen worden geregistreerd door het Departement Zorg op basis van de overlijdenscertificaten. In **2022** (meest recente cijfers) **overleden** in Vlaanderen **1.024 personen door suïcide**. Dit komt neer op ongeveer **2,8 suïcides per dag**. Een merendeel van de suïcides (69%) waren mannen. Het sterfterisico voor mannen was 2,3 keer groter dan voor vrouwen. De suïciderate voor mannen in 2022 was 21,6/100.000 ten opzichte van 21,9/100.000 in 2020 en voor vrouwen 9,3/100.000 ten opzichte van 7,9/100.000 in 2020.

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

### EVOLUTIE

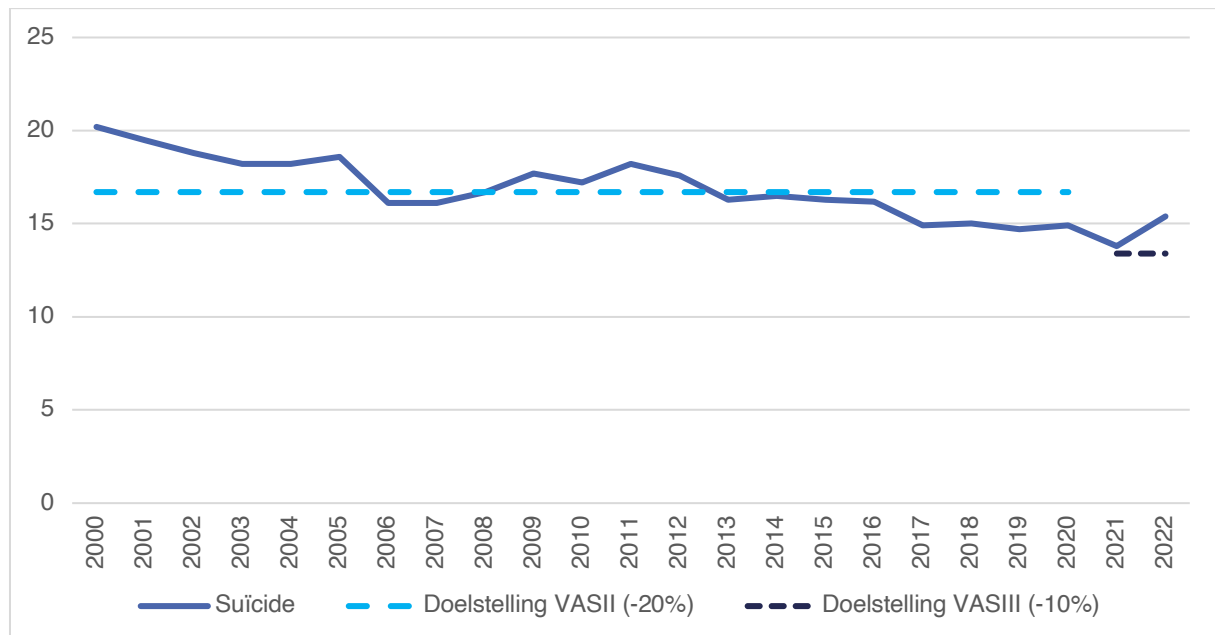
Figuur 2.3 toont de evolutie van de gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide in Vlaanderen en de vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

De huidige gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse Overheid streeft ernaar **het aantal zelfdodingen in 2030 met 10% te doen dalen t.o.v. het referentiejaar 2020**. Om dit te behalen werd het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III) uitgewerkt. De vorige gezondheidsdoelstelling streefde ernaar de sterfte door zelfdoding tegen 2020 te verminderen met 20% t.o.v. het referentiejaar 2000. Deze werd behaald met behulp van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II). Meer hierover is te vinden in de evaluatie van VAS II.

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met de baseline van het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een **stijging van de suïdecijfers met 3,74%**. Dit betekent dat de **gezondheidsdoelstelling**, op basis van de **suïdecijfers van 2022, niet werd behaald**.



Figuur 2.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2022.

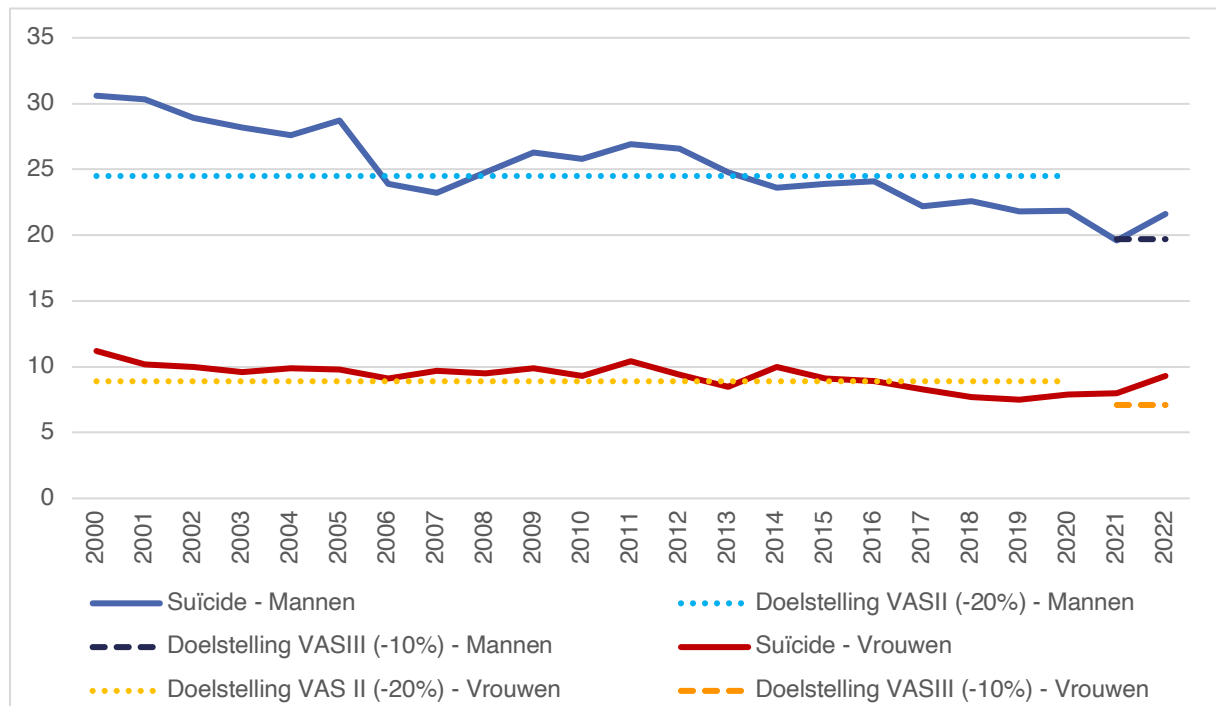


Bron: [Departement Zorg](#)

## GESLACHT

Wanneer de vergelijking wordt gemaakt met het jaar 2020, rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, kan er voor **mannen een daling** van het suïdecijfer worden vastgesteld van **1,31%** en voor **vrouwen een stijging** van het suïdecijfer van **17,75%**. Zie figuur 2.4.

Figuur 2.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2022.



Bron: [Departement Zorg](#)

## LEEFTIJD

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

### LEEFTIJDSGROEP -15 JAAR

De aantallen voor suïcides in de leeftijdsgroep tot 15 jaar zijn te klein om betrouwbare uitspraken te doen over de evolutie ervan. Er zijn 6 personen overleden in de leeftijd van 0-15 jaar in 2022. Voor de leeftijd van 10 jaar waren er geen suïcides. De suïciderate (per 100.000 inw.) was 1,6 voor vrouwen en 1,52 voor mannen van 10-14 jaar in 2022 .

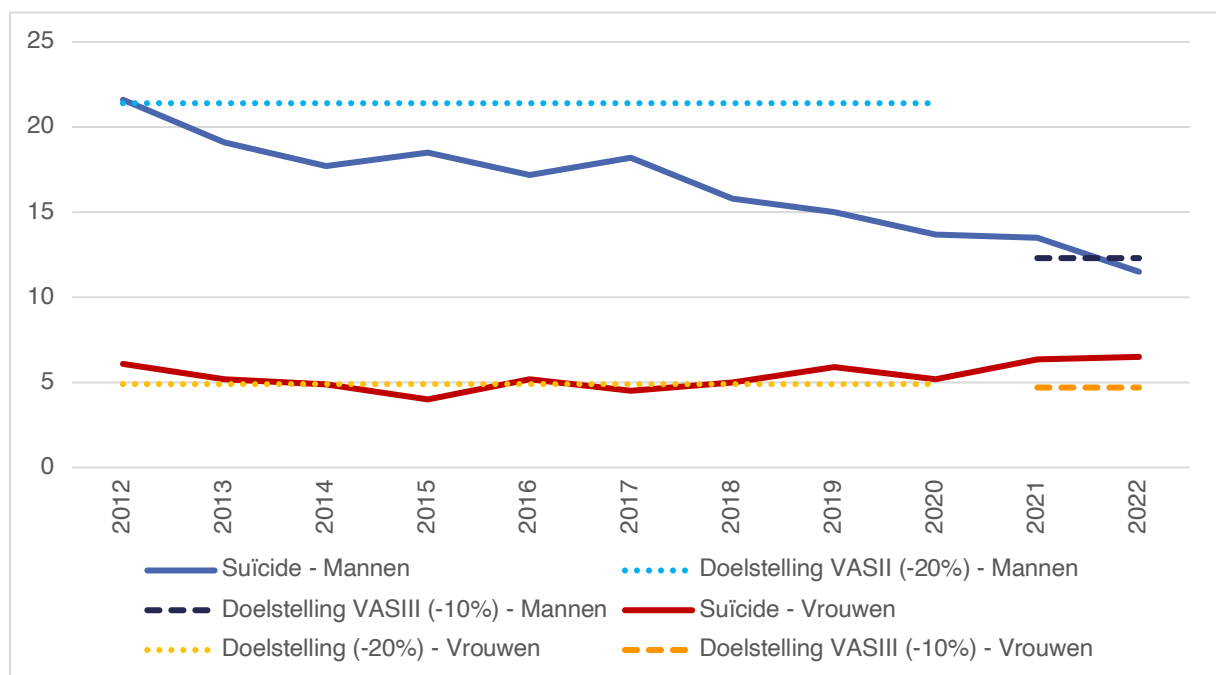
### LEEFTIJDSGROEP 15-29 JAAR

Bij de 15-tot 29-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2022 niet behaald (daling van 4,52%) voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 15-29 jaar was 9,0 in 2022. De ASR-E voor mannen was 11,5 en de ASR-E voor vrouwen was 6,5 in 2022.

Bij de mannen kon in 2022 een daling van 16,14% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd dus al behaald (zie figuur 3.5). Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2022 26,13% hoger dan in 2020 (zie figuur 3.5). De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald voor vrouwen (zie figuur 3.5).

**Figuur 2.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2022.**



Bron: [Departement Zorg](#)

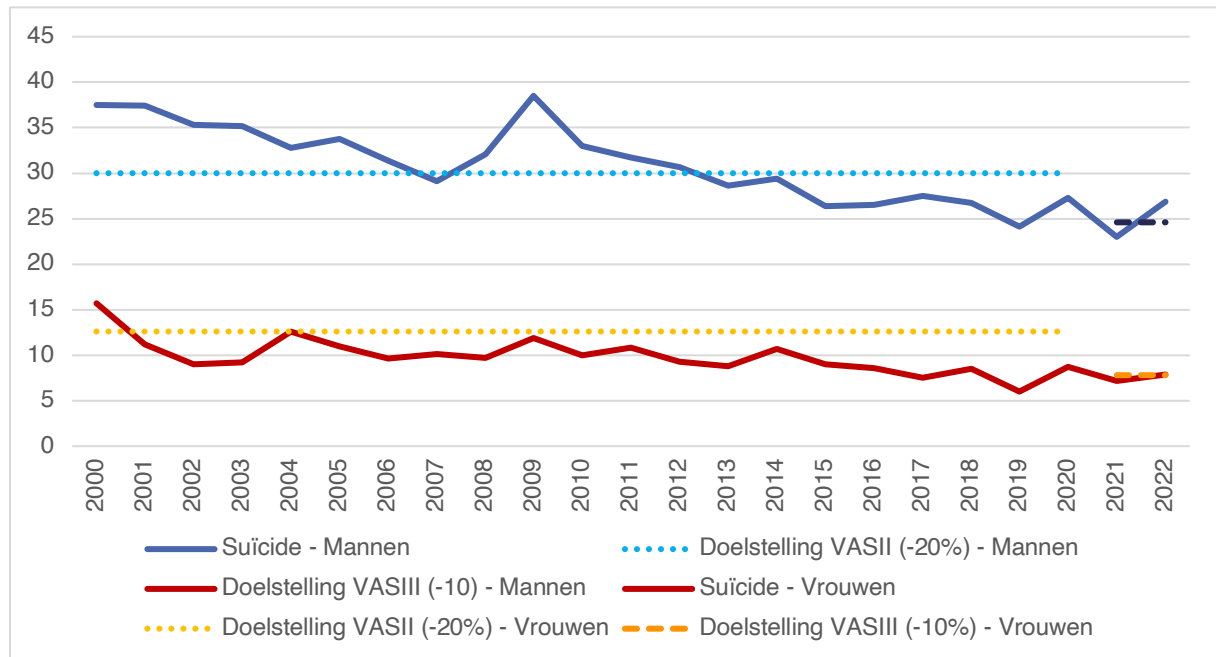
#### LEEFTIJDGROEP 30-44 JAAR

Bij de 30-tot 44-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2022 niet behaald (daling van 3,6%) voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 30-44 jaar was 17,4 in 2022. De ASR-E voor mannen was 26,9 en de ASR-E voor vrouwen was 7,9 in 2022.

Bij de mannen kon in 2022 een daling van 1,65% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2022 9,71% lager dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald voor zowel mannen als vrouwen apart (zie figuur 2.6).

**Figuur 2.6. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2022.**



Bron: Departement Zorg

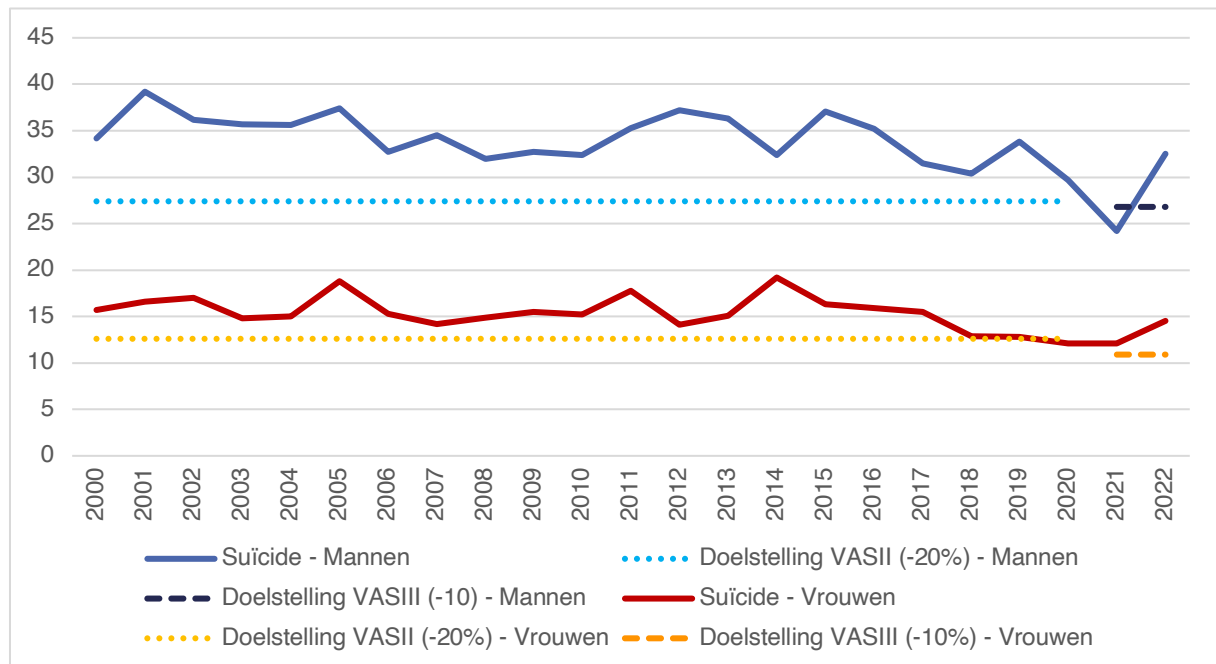
#### LEEFTIJDGROEP 45-59 JAAR

Bij de 45-tot 59-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2022 niet behaald (stijging van 12,15%) voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 45-59 jaar was 23,5 in 2022. De ASR-E voor mannen was 32,5 en de ASR-E voor vrouwen was 14,5 in 2022.

Bij de mannen kon in 2022 een stijging van 9,24% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2022 19,31% hoger dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald (zie figuur 2.7).

Figuur 2.7. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2022.



Bron: [Departement Zorg](#)

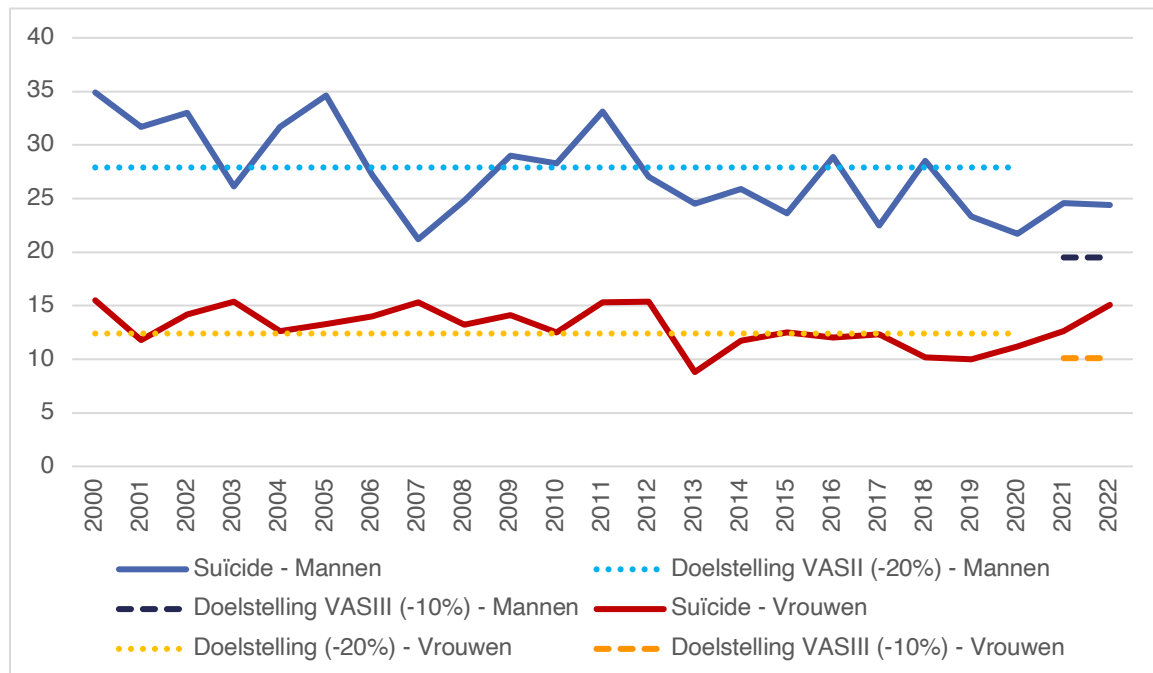
#### LEEFTIJDGROEP 60-74 JAAR

Bij de 60-tot 74-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2022 niet behaald (stijging van 19,99%) voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 60-74 jaar was 19,8 in 2022. De ASR-E voor mannen was 24,4 en de ASR-E voor vrouwen was 15,1 in 2022.

Bij de mannen kon in 2022 een stijging van 12,53% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2022 34,47% hoger dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald voor zowel mannen als vrouwen apart (zie figuur 2.8).

Figuur 2.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2022.



Bron: [Departement Zorg](#)

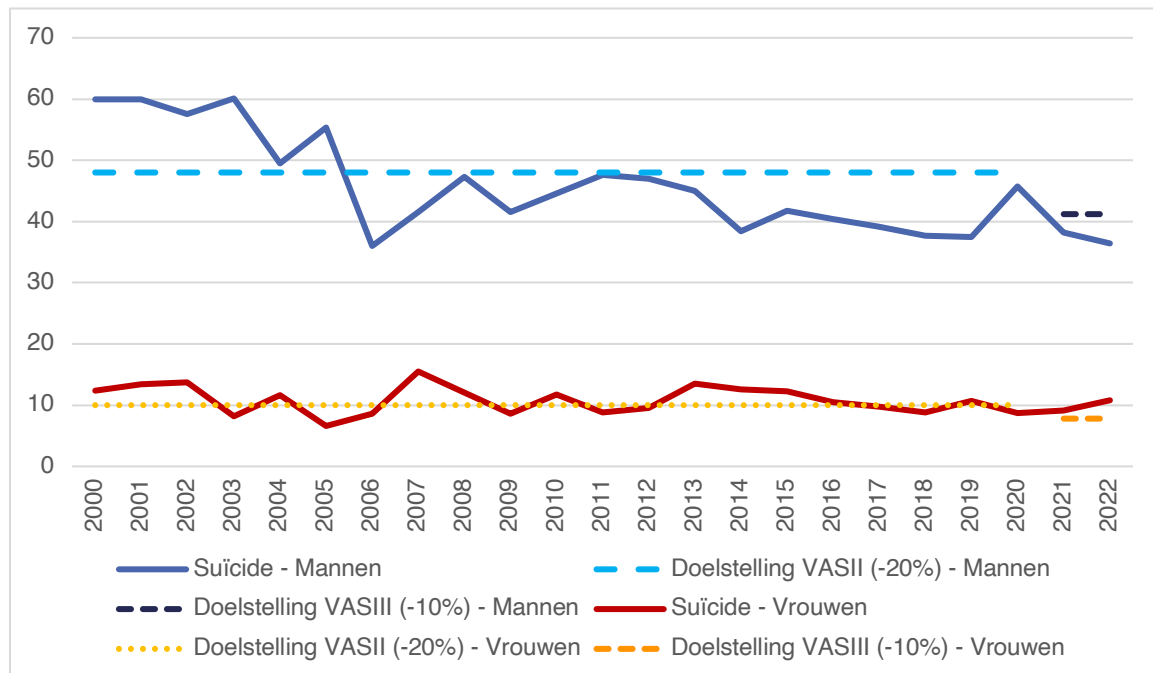
#### LEEFTIJDGROEP 75+

Bij de 75+ jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2022 al behaald (daling van 13,41%) voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 75+ jaar was 23,6 in 2022. De ASR-E voor mannen was 36,4 en de ASR-E voor vrouwen was 10,8 in 2022.

Bij de mannen kon in 2022 een daling van 20,53% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. Bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2022 23,99% hoger dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald voor vrouwen maar wel voor mannen (zie figuur 2.9).

Figuur 2.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2022.



Bron: [Departement Zorg](#)

## ALGEMENE EVALUATIE

Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in 2022 meer overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2020. Concreet gaat het om een stijging van 3.74% in het aantal suïcides tov 2020. De gezondheidsdoelstelling van het 3<sup>de</sup> Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2020-2030) van de Vlaamse overheid stelt dat de suïcides in 2030 met 10% afgenomen moeten zijn in vergelijking met het jaar 2020. **Er kan een daling vastgesteld worden van 1,31% minder suïcides bij mannen en een stijging van 17,75% meer suïcides bij vrouwen in vergelijking met het jaar 2020.** De gezondheidsdoelstelling voor zowel mannen als voor vrouwen over alle leeftijden heen is dus **(nog) niet behaald**. Zie tabel 2.1 voor een overzicht van de evolutie van de suïcidecijfers uitgesplitst naar geslacht en een vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling. Het is echter **nu nog wat vroeg om uitspraken te doen** over het behalen van dit doel gezien dit nog maar de evolutie over 2 jaar betreft.

Tabel 2.1. Evolutie Vlaams suïdecijfer en vergelijking met de gezondheidsdoelstelling.

	MANNEN (op 100.000)	VROUWEN (op 100.000)
2020 (startcijfer)	21,85	7,87
2021	19,6	8,01
2022 (laatste cijfer)	21,56	9,26
2030 (streefcijfer - 10%)	19,7	7,1
Vershil met 2020	- 1,31 %	17,75 %

Bron: [Departement Zorg](#)

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

### ONBEPAALEDE INTENTIES

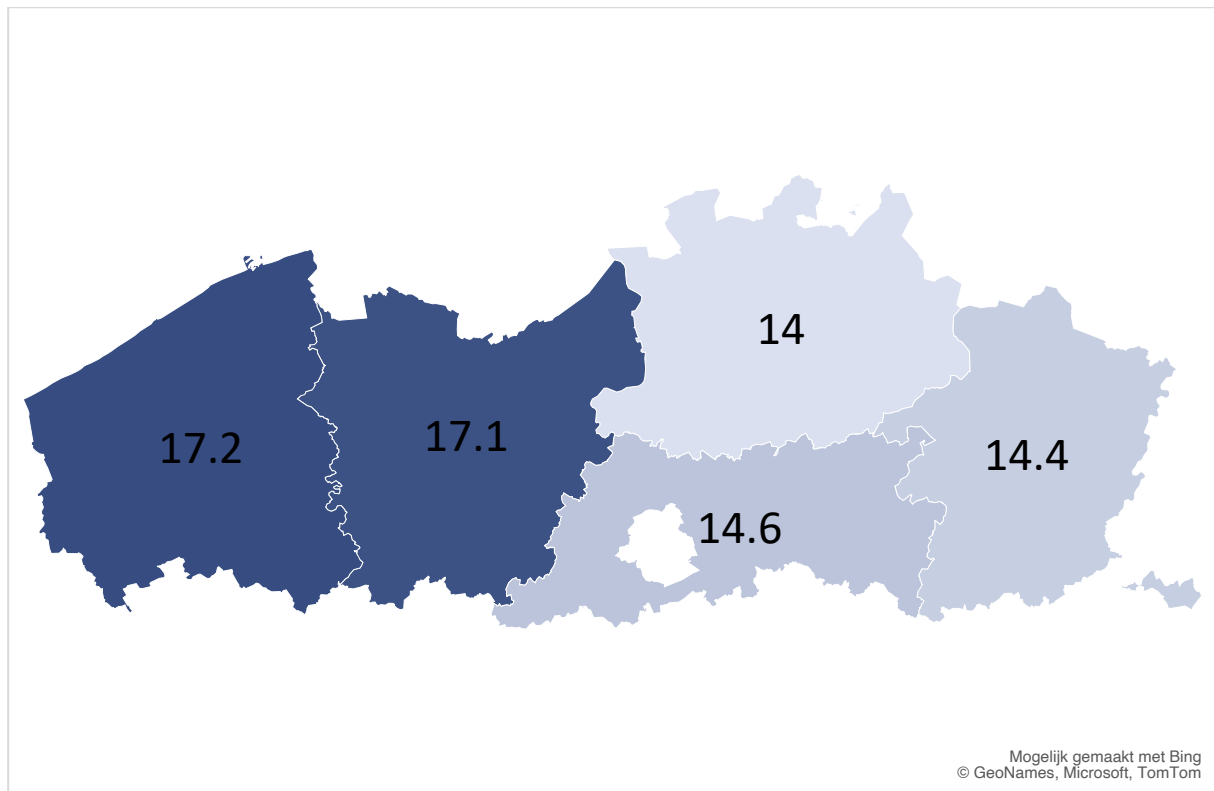
In het jaar 2022 zagen we dat er **475 sterfgevallen** waren waarvan de intentie moeilijk te bepalen waren. Dit zijn dus sterfgevallen met onbepaalde intenties en de kans dat dat daarvan een substantieel deel suïcides betreft is groot. Er dient dus benadrukt te worden dat enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de bovenvermelde suïdecijfers aangewezen is aangezien deze een onderschatting zijn van het werkelijke aantal.

### PROVINCIALE CIJFERS

De suïdecijfers in Vlaanderen verder opgedeeld per provincie is te zien in figuur 2.10. Het is opmerkelijk dat de suïdecijfers niet gelijk verdeeld zijn over de Vlaamse provincies. De meest westelijke provincies (West- en Oost-Vlaanderen) hebben hogere gestandaardiseerde sterftcijfers ten opzichte van de drie andere Vlaamse provincies.



Figuur 2.10. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2022.

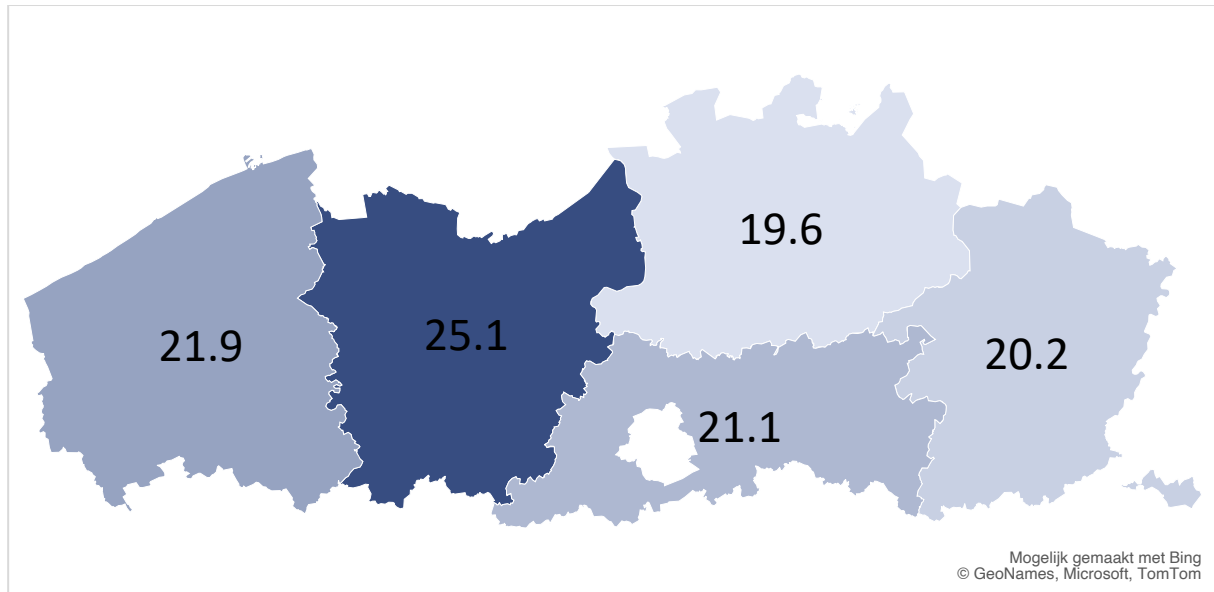


Bron: [Departement Zorg](#)

### GESLACHT

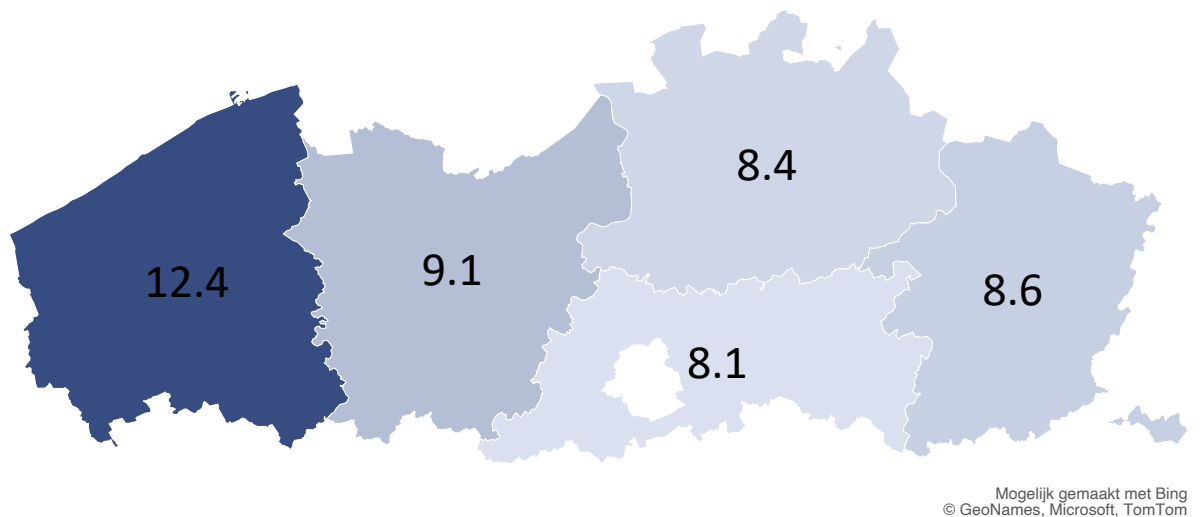
Wanneer we kijken naar de verschillen omtrent geslacht, dan zien we dat in alle provincies het suïcidecijfer hoger ligt bij mannen dan bij vrouwen (zie figuur 2.11 en 2.12). Verder zien we een vergelijkbaar patroon als bij de totale cijfers, namelijk dat de westelijke provincies hogere cijfers hebben voor beide geslachten.

Figuur 2.11. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2022.



Bron: [Departement Zorg](#)

Figuur 2.12. Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2022.

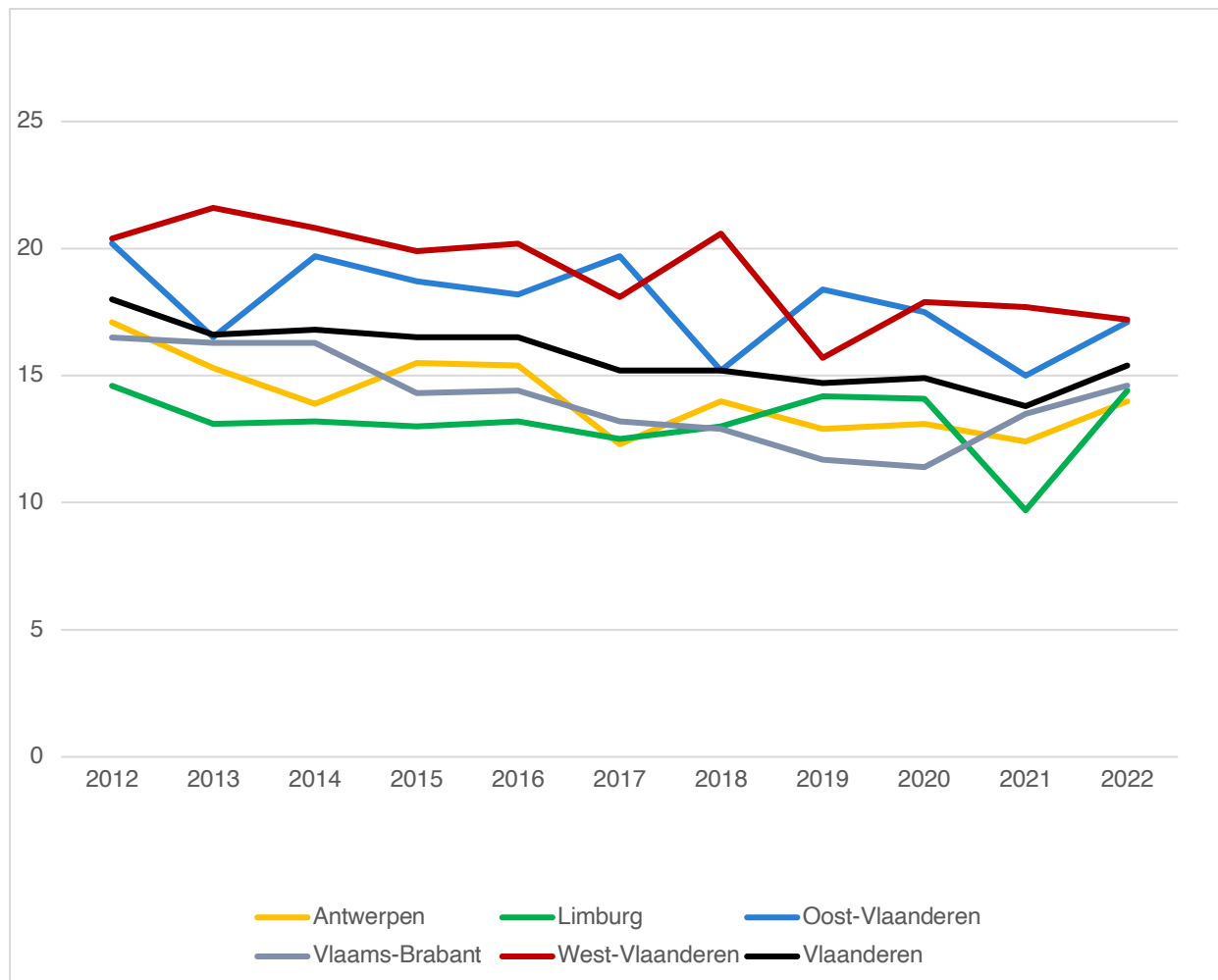


Bron: [Departement Zorg](#)

## EVOLUTIE

We zien dat de suïcidecijfers in de provincies West- en Oost-Vlaanderen licht zijn gedaald en in Antwerpen en Limburg licht zijn gestegen. In Vlaams-Brabant was er een sterkere stijging in 2022 t.o.v. 2020 (zie figuur 2.13).

**Figuur 2.13. Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2022, per provincie.**



Bron: [Departement Zorg](#)

## BEROEPSGROEPEN

Uit internationaal onderzoek blijkt dat bij sommige beroepsgroepen het risico op suïcides hoger is dan bij andere beroepsgroepen <sup>1</sup>. Beroepsgroepen met een hoger suïciderisico (Peterson et al., 2020; Claessens, 2016; Windsor-Sheilard & Gunnell, 2019; Milner et al., 2013; Andersen et al., 2010; Han et al., 2016) zijn landbouwers, artsen, apothekers, verplegers, politieagenten en militairen. Ook in justitie, media en communicatie en bij artiesten, boorput- en mijnwerkers, bouwvakkers, schoonmaakpersoneel en medewerkers van transport- en logistiekbedrijven zien we hogere zelfmoordcijfers. Tot voor enkele jaren terug waren er in Vlaanderen geen cijfers beschikbaar ten aanzien van de spreiding van suïcidecijfers bij verschillende beroepsgroepen. In 2016 is er een studie naar de prevalentie van suïcides bij huisartsen in Vlaanderen in de periode 2004-2012 uitgevoerd door Domus Medica. Daarnaast worden de verkregen suïciderates van artsen vergeleken met andere beroepsgroepen (Claessens, 2016).

### HUISARTSEN

In de periode 2004-2011 zijn er 41 artsen overleden ten gevolge van suïcide. Hierbij zijn het aantal suïcides in het jaar 2012 niet meegenomen vanwege een andere registratiemethode (Claessens, 2016). In deze periode overleden jaarlijks gemiddeld daarmee 5 artsen, waarvan 4 mannen en 1 vrouw. 34 van deze artsen (23 mannen en 11 vrouwen) waren beroepsactief op het ogenblik van overlijden. Dit geeft een gemiddelde suïciderate per jaar van 24,5 suïcides bij artsen per 100.000 beroepsactieve artsen over de periode van 2004 tot 2011, wat bijna identiek is aan de gemiddelde suïciderate in dezelfde periode bij de Vlaamse bevolking (25-65-jarigen).

### GESLACHT

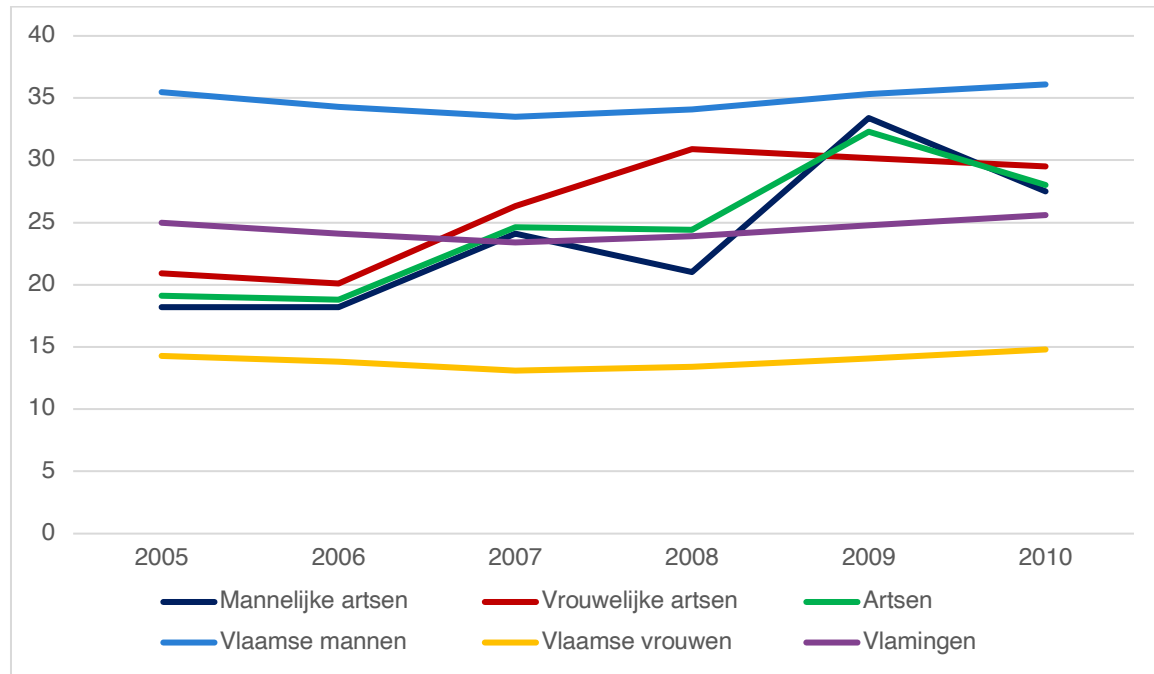
De suïciderate bij mannelijke artsen ligt onder de suïciderate bij Vlaamse mannen (25 versus 35,1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen ligt hoger dan die bij Vlaamse vrouwen, tot (meer dan) het dubbele over de periode 2006-2011 (23,7 versus 14,1 per 100.000). De suïciderate bij vrouwelijke artsen benadert en overstijgt zelfs de suïciderate bij mannelijke artsen. Enkel vrouwelijke artsen in Vlaanderen hebben dus een (sterk) verhoogd risico. De man-vrouw verhouding in het totaal van suïcides bij 25+'ers tussen 2004 en 2012 bedroeg 2.5:1. Bij artsen is het overwicht aan suïcides bij mannen nog

---

<sup>1</sup> Voor meer informatie over suïcide en werk zie <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/factsheets/factsheet-zelfmoord-en-werk>.

meer uitgesproken dan in de algemene Vlaamse populatie, namelijk 75% versus 25%. 33 zelfdodingen gebeurden bij mannen, 11 bij vrouwen (oftewel 3:1). Zie figuur 2.14.

**Figuur 2.14. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.**



Bron: Claessens, 2016

## LEEFTIJD

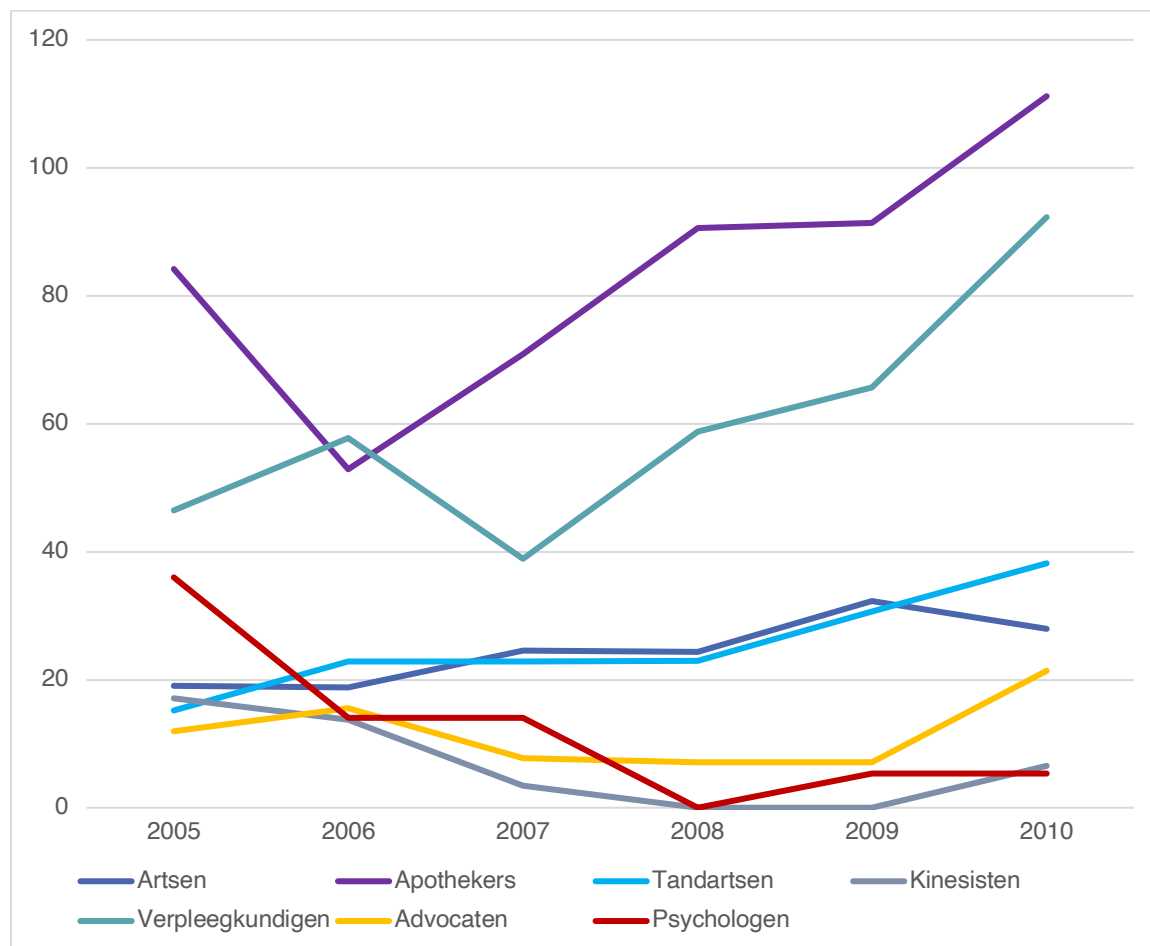
Suicide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (38,6%). Slechts één arts stierf ten gevolge van suicide vóór de leeftijd van 35 jaar. De oudste arts die in de periode 2004-2012 door suicide om het leven kwam was 80 jaar.

## VERGELIJKING SUÏDECIJFER ARTSEN MET ANDERE BEROEPSGROEPEN

Als enkele andere beroepsgroepen nader worden bekeken, dan kan geconcludeerd worden dat apothekers en verpleegkundigen een sterk verhoogde suïciderate kennen (zie figuur 2.15). Net zoals bij artsen, benadert de suïciderate van tandartsen de suïciderate in de algemene Vlaamse bevolking. Advocaten, psychologen en kinesisten lopen minder risico op suicide dan de algemene bevolking en artsen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een verschil in geslacht.

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

Figuur 2.15. Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.



Bron: Claessens, 2016

### OPMERKING!

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

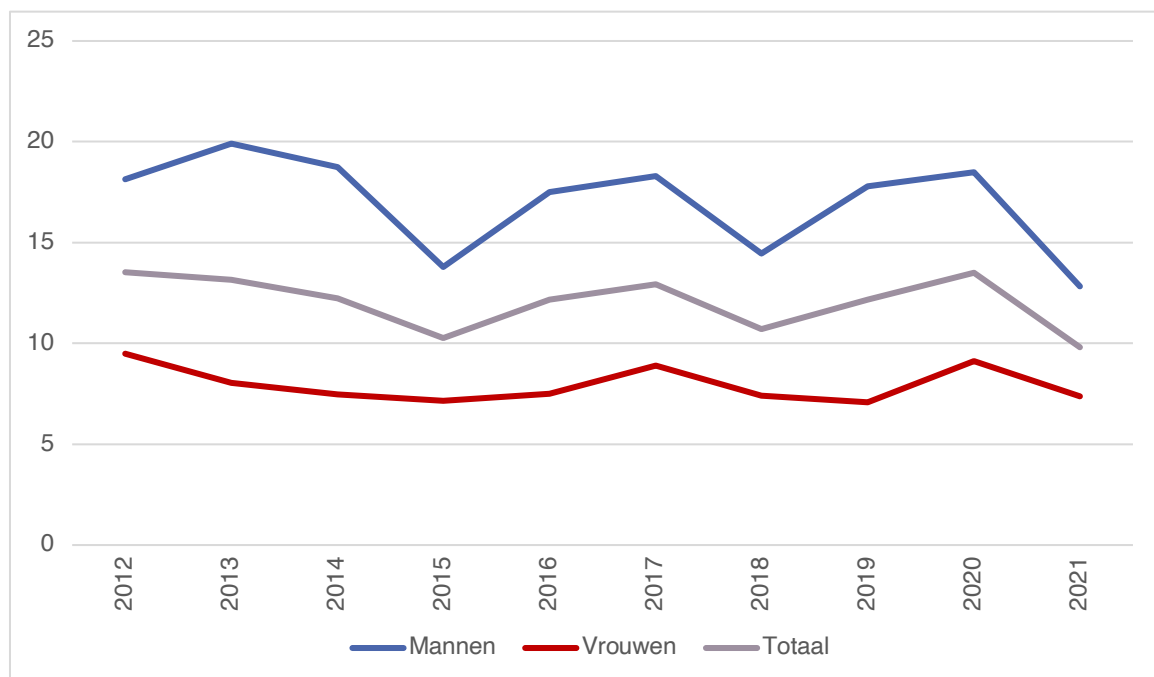
## 2.3. BRUSSEL

In 2021 overleden in Brussel **105 personen** ten gevolge van **suicide**, waarvan 65 mannen en 40 vrouwen. De suïciderate voor mannen is in 2021 gedaald naar 12,8/100.000 (ten opzichte van 18,5/100.00 in 2020) en voor vrouwen gedaald naar 7,4/100.000 (ten opzichte van 9,1/100.000 in 2020).

## EVOLUTIE

Het leeftijdsgestandaardiseerde suïdecijfer wisselt de afgelopen jaren in Brussel. In 2015 en 2018 was het cijfer met name bij mannen lager en ook in 2021 zien we dat het cijfer weer gedaald is ten opzichte van 2020 (zie figuur 2.16).

**Figuur 2.16. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 2012-2021, volgens geslacht.**



Bron: [Eurostat](#)

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

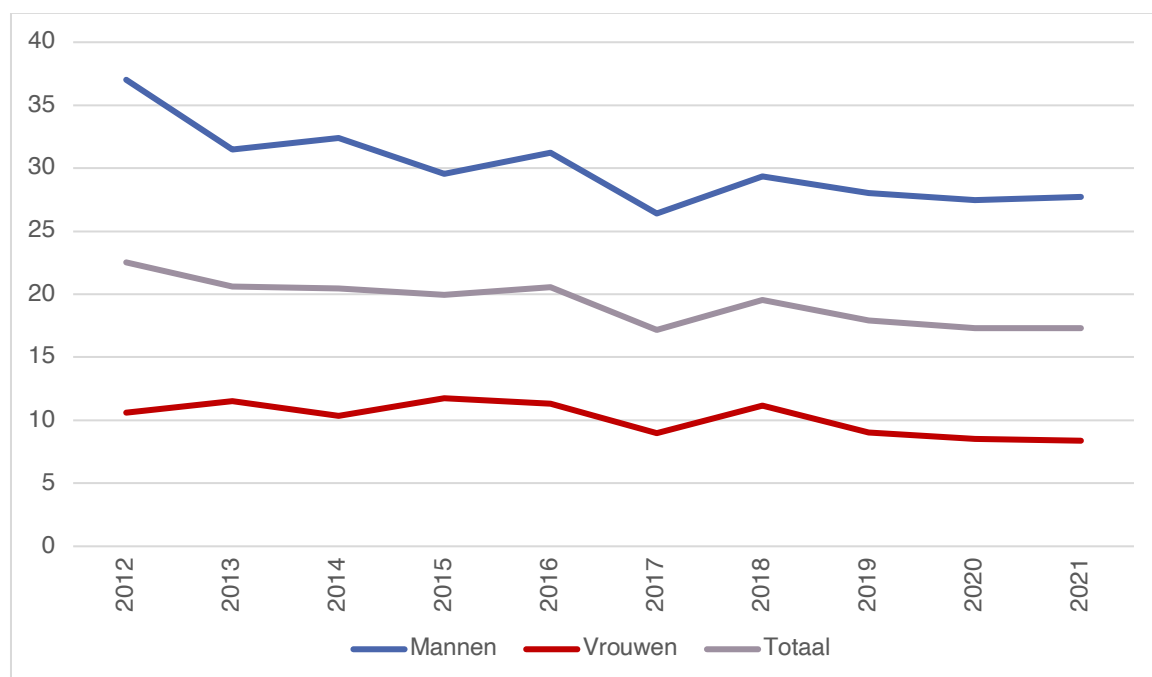
## 2.4. WALLONIË

In **2021** kwamen in Wallonië **625 personen** door suïcide om het leven, waarvan 471 mannen en 154 vrouwen. Dit komt neer op **bijna twee suïcides per dag**. De suïciderate voor mannen is in 2021 licht gedaald naar 27,7 (ten opzichte van 27,5/100.000 in 2020) en voor vrouwen stabiel gebleven in 2021 naar 8,4/100.000 ten opzichte van 8,5/100.000 in 2020).

## EVOLUTIE

Zoals in figuur 2.17 te zien is, kan er voor mannen vanaf 2012 een geleidelijke daling in de suïcidecijfers waargenomen worden. In 2018 zien we echter een lichte stijging, waarna er weer een lichte daling is. Sinds 2019 is het cijfer stabiel gebleven. Bij de vrouwen is er een lichte schommeling in de cijfers de voorbije jaren, waarbij er net zoals bij de mannen, een lichte stijging van de cijfers valt op te merken in 2018 waarna er weer een daling was in de cijfers in 2019 en is het cijfer sindsdien redelijk gelijk gebleven.

**Figuur 2.17. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2021, volgens geslacht.**



Bron: [Eurostat](#)

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

## 2.5. INTERNATIONAAL

### VLAANDEREN EN BELGIË BINNEN EUROPA

België bevindt zich in het gezelschap van Europese lidstaten die kampen met hogere suïcidecijfers: het Belgische suïcidecijfer ligt 1,4 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Zie tabel 2.2. Het suïcidecijfer voor Vlaanderen ligt 1,3 keer hoger dan het Europese gemiddelde. Zie figuur 2.18.



Tabel 2.2. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2021 versus 2020, verdeeld naar geslacht.

	2020			2021		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
België	23,2	8,1	15,3	21,3	8,1	14,3
EU (27 landen)	16,9	4,5	10,3	16,8	4,6	10,2

Bron: [Eurostat](#)

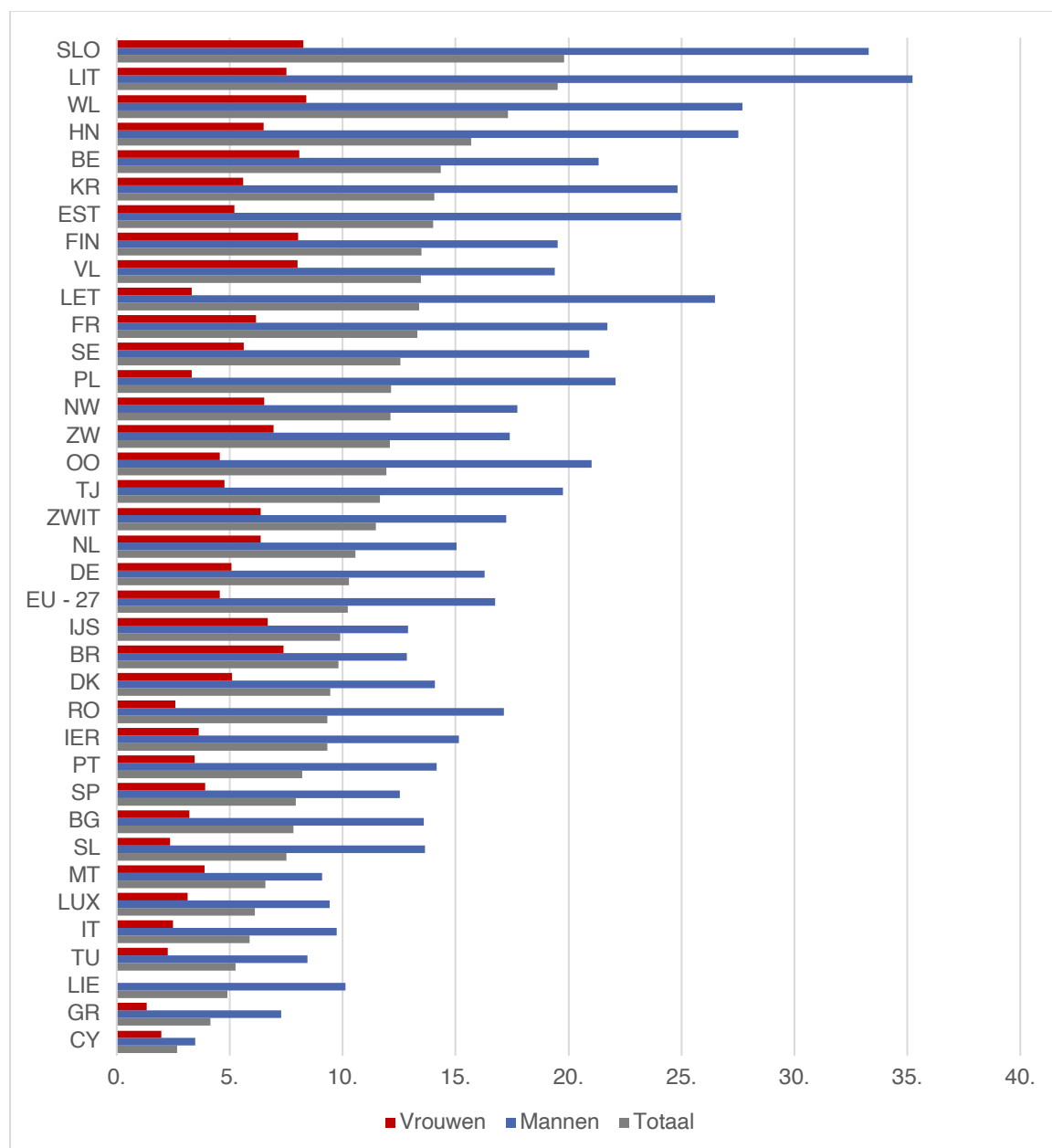
Voor de directe standaardisatie van de suïcidecijfers werd gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

Slovenië, Litouwen, en Hongarije hebben hogere suïcidecijfers dan België in 2021. Daarnaast hebben Kroatië, Estland en Finland ook hogere suïcidecijfers dan Vlaanderen in 2021.

Wat betreft het suïcidecijfer voor vrouwen heeft enkel Slovenië hogere cijfers dan België. Daarnaast heeft Finland hogere cijfers dan Vlaanderen.

Voor mannen hebben Kroatië, Estland, Hongarije, Litouwen, Slovenië, Letland, Frankrijk en Polen hogere suïcidecijfers dan België. Wat betreft Vlaanderen hebben ook Finland, Tjechië, Oostenrijk, en Servië hogere suïcidecijfers. Zie figuur 2.18.

Figuur 2.18. Rangschikking Europese lidstaten<sup>2</sup> naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2021 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).



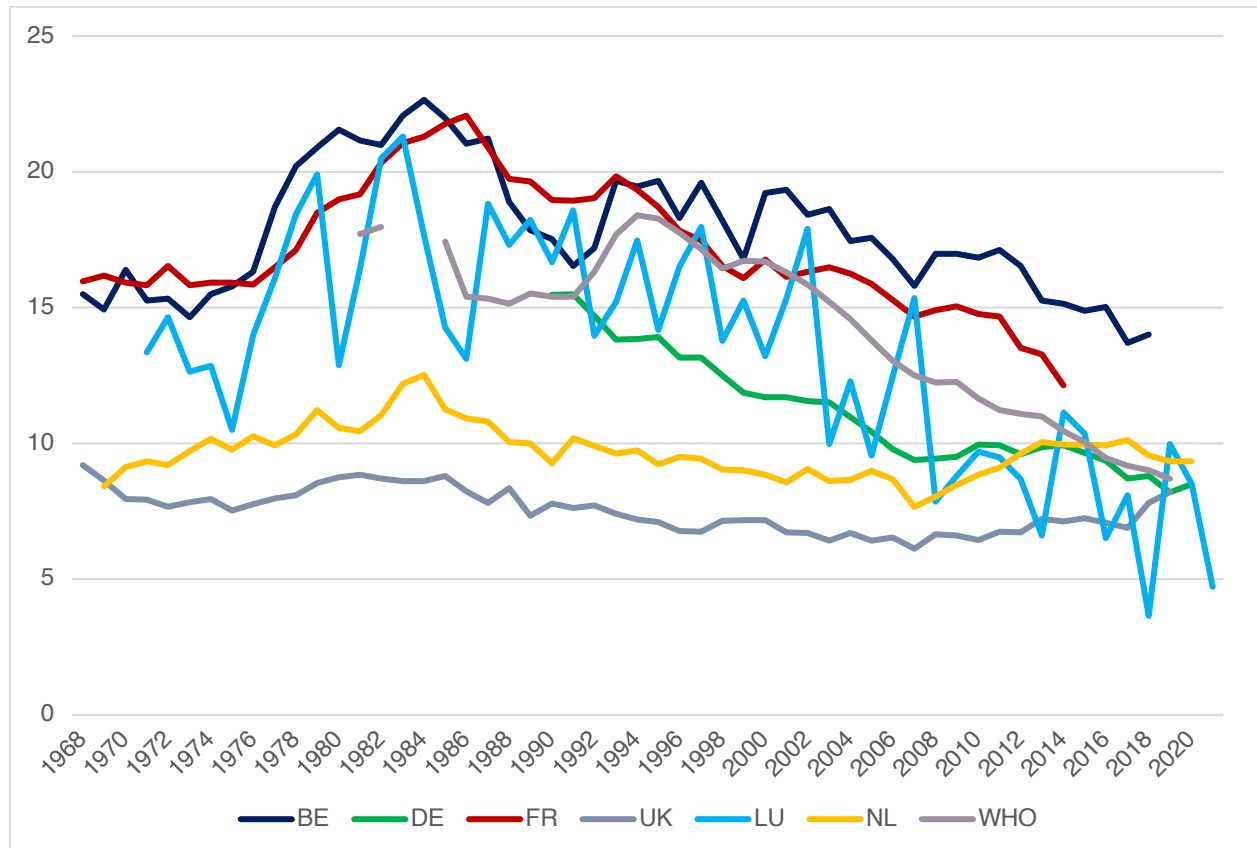
Bron: [Eurostat](#)

<sup>2</sup> MT: Malta, CY: Cyprus, TU: Turkije; GR: Griekenland, IT: Italië, SP: Spanje, SL: Slowakije, BG: Bulgarije, IER: Ierland, PT: Portugal, DK: Denemarken, EU: Europese Unie – 27, RO: Roemenië, NL: Nederland, DE: Duitsland, ZW: Zweden, LUX: Luxemburg, IJS: IJsland, TJ: Tsjechië, FR: Frankrijk, PL: Polen, FIN: Finland, OO: Oostenrijk, BR: Brussel, NW: Noorwegen, VL: Vlaams Gewest, WL: Waals gewest, SE: Servië, EST: Estland, KR: Kroatië, BE: België, HN: Hongarije, LET: Letland, SLO: Slovenië, LIT: Litouwen; LIE: Liechtenstein, ZWIT: Zwitserland.

## INCIDENTIE EN EVOLUTIE BIJ DE BUURLANDEN

Wanneer de suïcidecijfers vanaf 1968 in kaart worden gebracht voor België en de buurlanden, dan bevindt België zich helemaal bovenaan (m.u.v. Frankrijk in de jaren 1986 en 1987-1993). Zie figuur 2.19.

**Figuur 2.19. Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2021 (voor zover beschikbaar).**

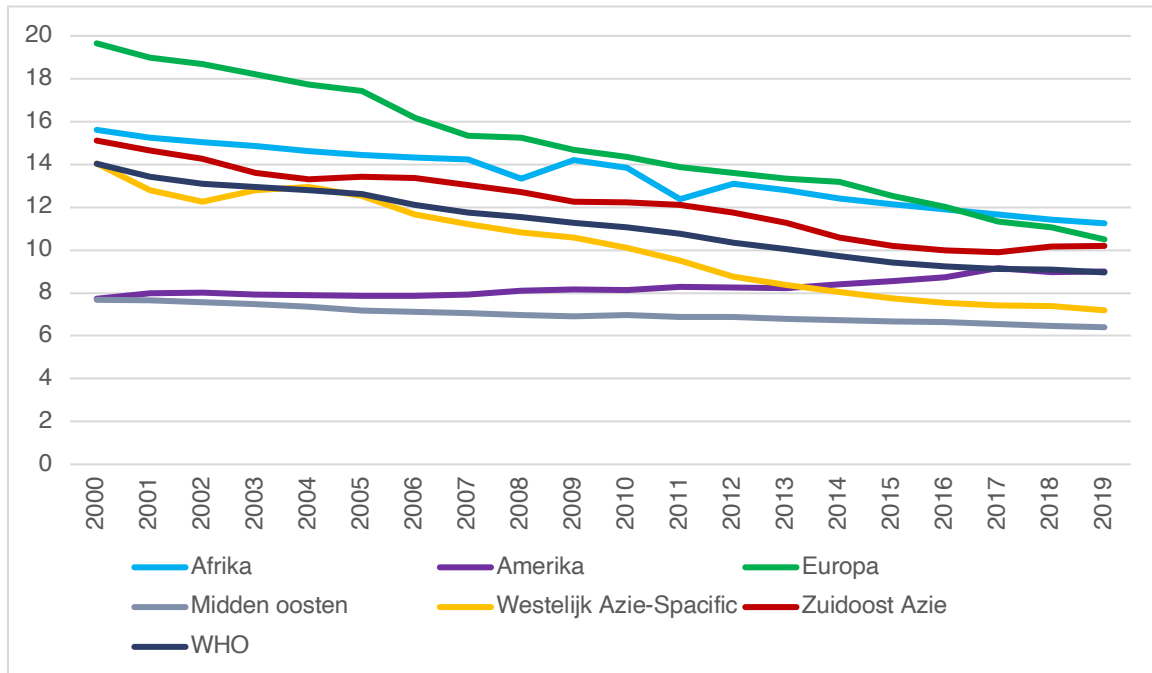


Bron: [European HFA Database](#)

## EVOLUTIE IN DE WERELD

In de periode 2000-2019 is de suïciderate wereldwijd met 36% afgenomen. Deze daling varieert van 17% in de Oost-Mediterraanse landen tot 47% in Europa en 49% in de West-Pacifische landen. Enkel Amerika liet in 2000-2019 een stijging van 17% zien. Zie figuur 2.20.

Figuur 2.20. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.



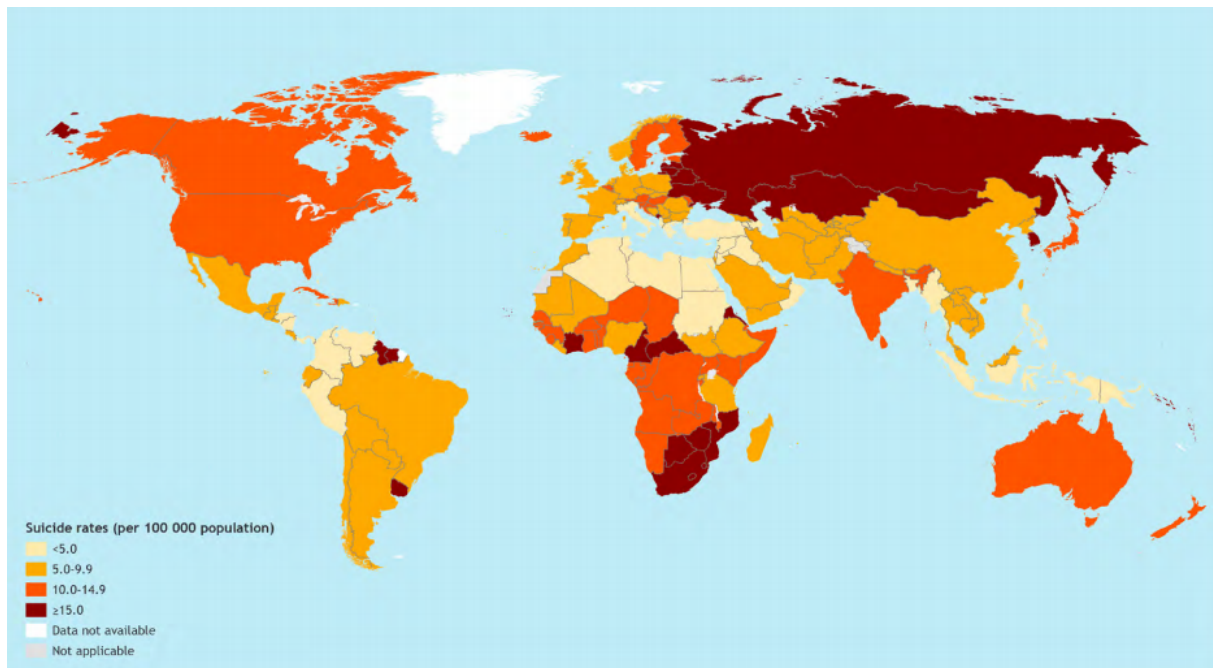
Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

## BELGIË VERSUS DE REST VAN DE WERELD

Zoals blijkt uit tabel 3.3, ligt het suïcidecijfer in 2019 in België ruim boven het wereldwijde gemiddelde (13,9 per 100.000 inwoners vs. 9 per 100.000 inwoners). België behoort hierdoor tot de categorie met de op één na hoogste suïciderates (zie figuur 2.21). Wanneer een onderverdeling wordt gemaakt naar geslacht, dan behoort België voor mannen zelfs bij de landen met de hoogste suïciderates (zie figuren 2.22 en 2.23). Ook wanneer België wordt afgezet tegen enkel andere landen met hoge inkomens, dan blijkt België ook hier, zowel voor mannen als vrouwen, ruim boven het gemiddelde suïcidecijfer uit te komen (zie tabel 2.3).

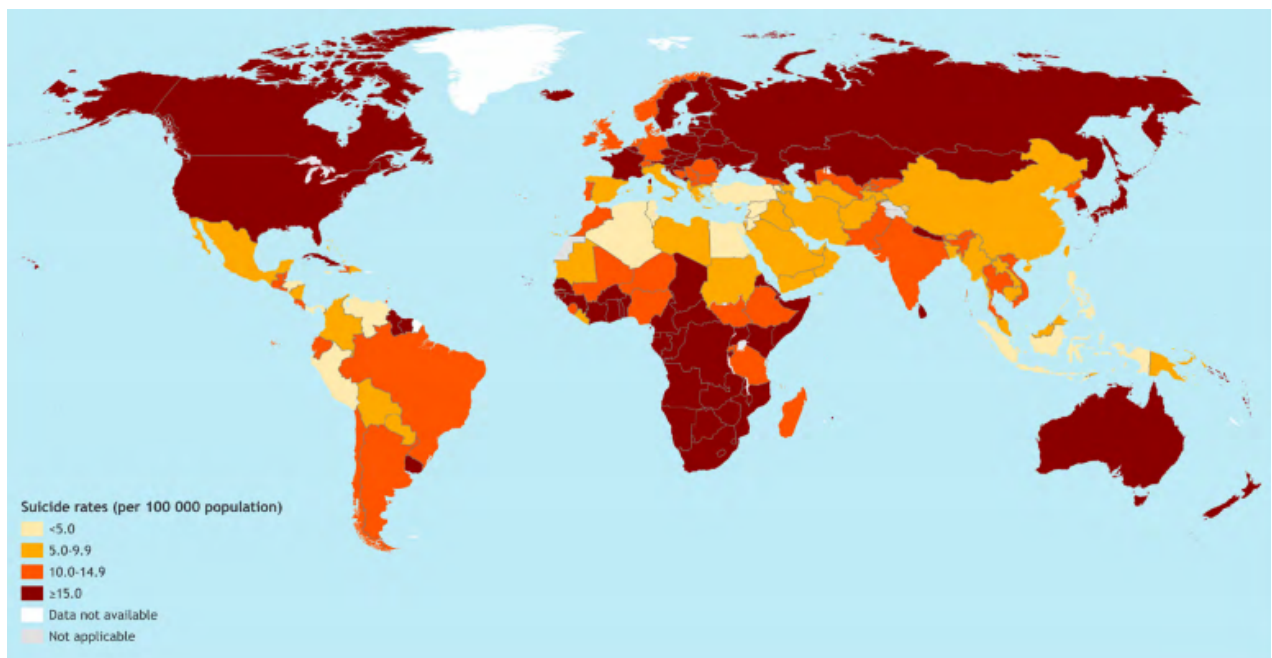
Figuur 2.21. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.



Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

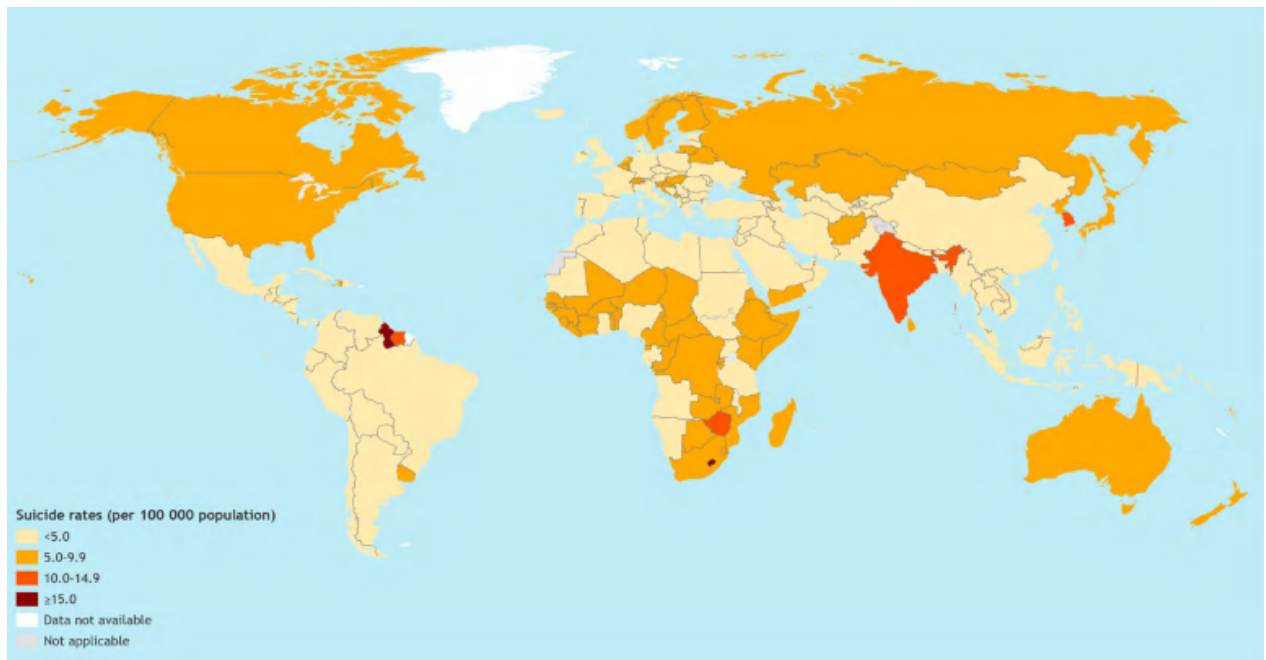
Figuur 2.22. Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.



Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

**Figuur 2.23. Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.**



Bron: [Wereldgezondheidsorganisatie](#)

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

Tabel 2.3. Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners) voor België, landen met hoge inkomens en de wereld als geheel, 2019.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
België <sup>3</sup>	19,6	8,4	13,9
Landen met hoge inkomens	16,5	5,4	10,9
Wereldwijd	12,6	5,4	9,0

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

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

---

<sup>3</sup> Omdat bij deze gestandaardiseerde suïcidecijfers de wereld standaardbevolking (ASR-W) als populatioenoemer werd gebruikt, verschillen deze suïcidecijfers met de suïcidecijfers die werden gestandaardiseerd aan de hand van de Europese standaardbevolking (ASR-E).

# 3. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN



### 3. CIJFERS SUÏCIDEPOGINGEN

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

Anders dan bij suïcides, zijn er twee manieren voor het in kaart brengen van de epidemiologie van suïcidepogingen. Zo kunnen suïcidepogingen waarvoor medische hulp werd verkregen, worden geregistreerd op spoedafdelingen. In Vlaanderen wordt vanuit de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent al decennialang in samenwerking met Vlaamse ziekenhuizen gegevens omtrent medisch aangemelde suïcidepogingen geregistreerd aan de hand van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO) dat sinds 2022 werd aangepast naar de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) (zie verder). Daarnaast kan het aantal suïcidepogingen inzichtelijk gemaakt worden aan de hand van bevolkingsonderzoek. Binnen dit kader verzamelt Sciensano vijfjaarlijks gegevens via de Gezondheidsenquête<sup>4</sup>. Op basis van dergelijke monitoring- en bevolkingsstudies volgt hieronder een overzicht van de meest actuele cijfers omtrent suïcidepogingen in België/Vlaanderen. Daarnaast wordt een beeld geschetst van hoe deze cijfers zich verhouden tot andere landen en regio's binnen Europa.

#### 3.1. BELGIË

##### GEZONDHEIDSENQUÊTE

##### PREVALENTIE

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête bleek dat 4,3% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven een suïcidepoging hadden ondernomen en 0,2%

---

<sup>4</sup> De vijfjaarlijkse Gezondheidsenquête geeft inzicht in de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder en is gebaseerd op een netto steekproef van 10.000 deelnemers, waarvan 3.500 personen in Vlaanderen en Wallonië en 3000 personen in Brussel. In dit epidemiologisch rapport werden de resultaten opgenomen met betrekking tot psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen.

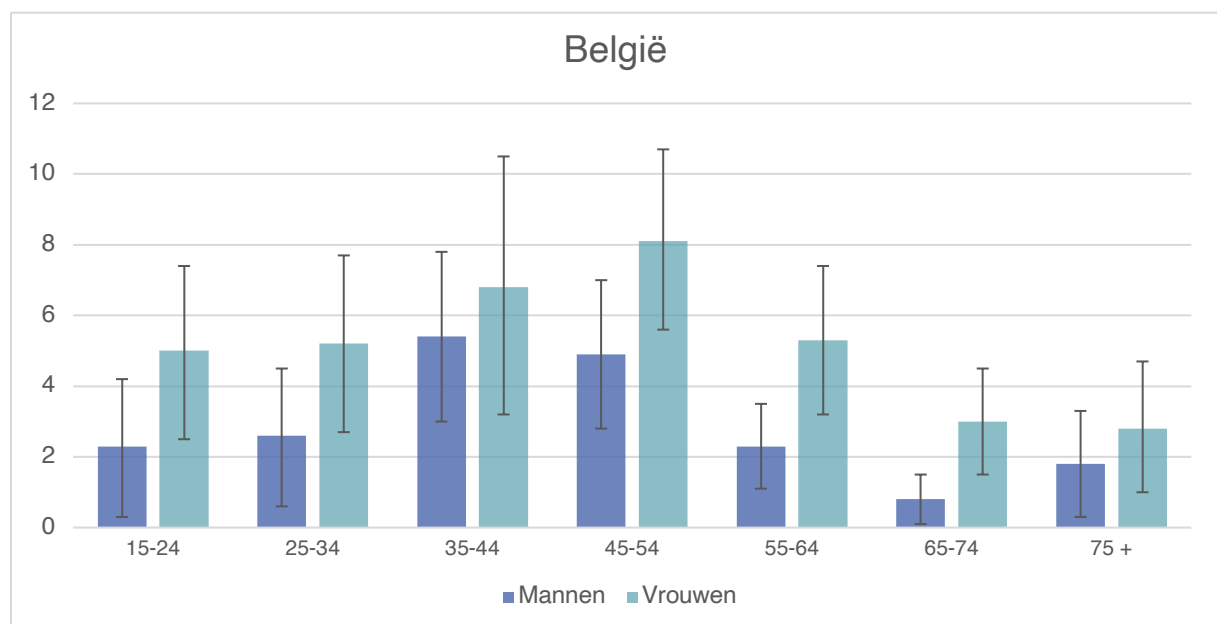
(of 2 personen op 1000) dat ze een suïcidepoging hadden ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview (Gisle et al., 2020). Het interview vond plaats in 2018.

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

### SOCIO-DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

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

**Figuur 3.1. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.**



Bron: [Sciensano](#)

### GESLACHT

Vorige Gezondheidsenquêtes gaven aan dat het percentage personen dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, hoger is bij vrouwen dan bij mannen. De resultaten in 2018 bevestigen dit: 5,4% van de vrouwen en 3,1% van de mannen hebben ooit gepoogd suïcide te plegen. Daarentegen kunnen geen verschillen worden vastgesteld tussen het percentage mannen en vrouwen dat aangeeft een suïcidepoging te hebben ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (0,2% en 0,3%).

#### LEEFTIJD

Zoals in figuur 3.1 te zien is, vertonen zowel mannen als vrouwen in de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar het hoogste percentage voor wat betreft lifetime prevalentie van suïcidepogingen. Een recente suïcidepoging (in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête) komt vaker voor bij jongeren (0,4% in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar) en bij volwassenen op middelbare leeftijd (0,4% in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar).

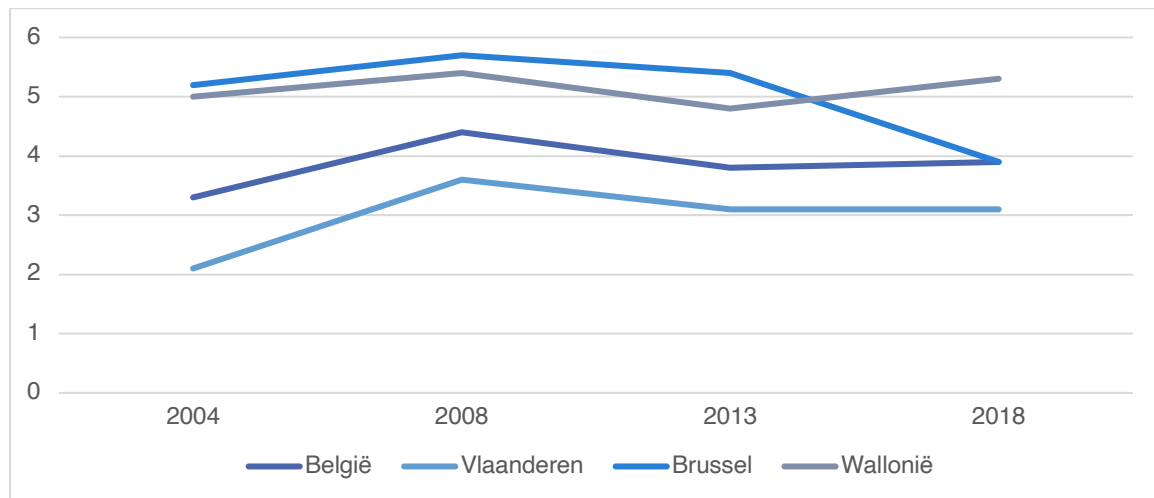
#### OPLEIDINGSNIVEAU

Het opleidingsniveau werkt als een beschermende factor voor suïcidepogingen: 3,3% van de hoogstopgeleiden hebben ooit een suïcidepoging ondernomen, tegen 4,3% tot 5,5% van diegenen met het laagste opleidingsniveau.

#### EVOLUTIE

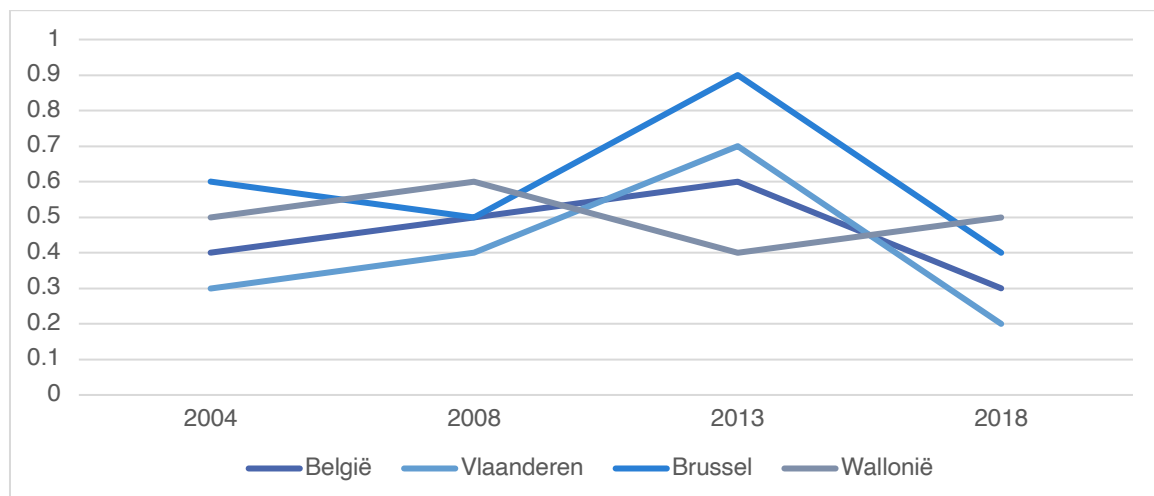
Zoals te zien in figuur 3.2 het percentage personen dat meldt ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, relatief stabiel in de tijd: het varieert tussen minimum 3,3% (in 2004) en maximum 4,4% (in 2008), naargelang de jaren. Het percentage personen dat een recente suïcidepoging meldt, is tot 2013 nooit hoger dan 0,6%, en het verschil met 2018 (0,3%) is niet significant (zie figuur 3.3).

Figuur 3.2. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 3.3. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## 3.2. VLAANDEREN

### GEZONDHEIDSENQUETE

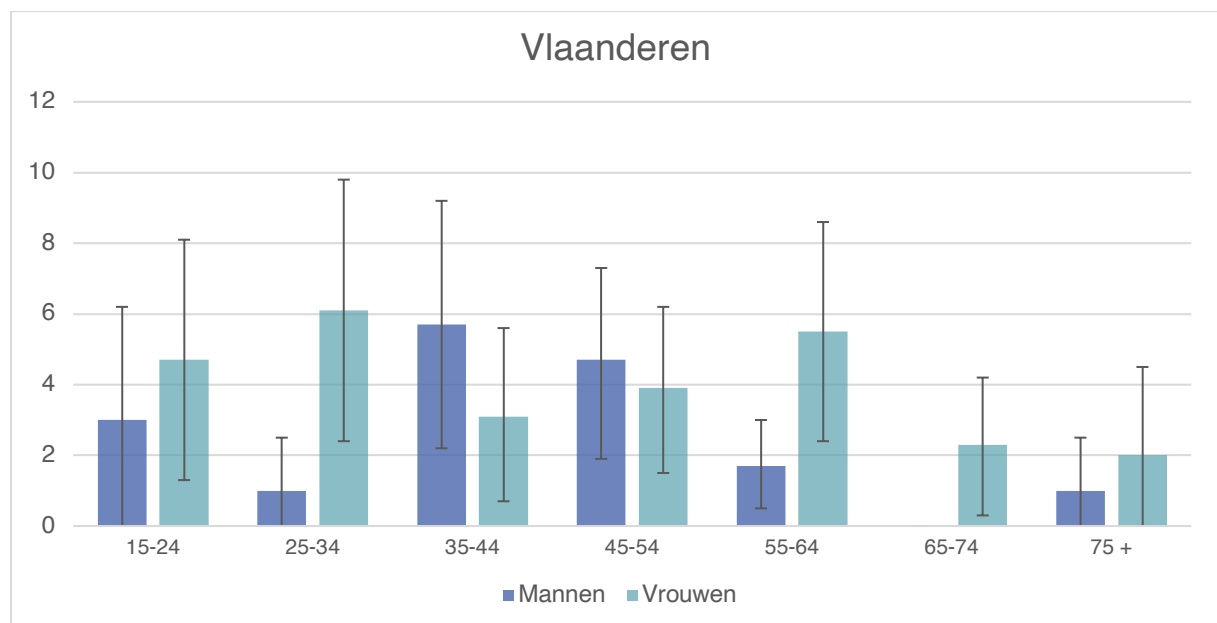
Uit de Gezondheidsenquête bleek dat in Vlaanderen 3,4% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0,1% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et

al., 2020). De percentages van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen zijn opgenomen in figuur 3.4.

Het percentage personen dat een suïcidepoging in de afgelopen 12 maanden meldt, is minder hoog in Vlaanderen (0,1%) dan in Brussel (0,3%) of Wallonië (0,4%).

In figuur 3.4 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

**Figuur 3.4. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.**



Bron: [Sciensano](#)

#### INSTRUMENT VOOR PSYCHOSOCIALE EVALUATIE EN OPVANG (IPEO)

In Vlaanderen werd in 1986 gestart met het registreren van de frequentie van suïcidepogingen en de kenmerken van suïcidepogers die werden aangemeld op de spoedafdelingen van de ziekenhuizen in de regio Gent. In het kader van het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2006-2010) werd dit vanaf

2007 uitgebreid naar heel Vlaanderen door de introductie van het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Door middel van dit semigestructureerd interview worden het suïciderisico en de zorgbehoeften in kaart gebracht, zodat het zorgpad voor de patiënt uitgewerkt kan worden. Er werd ook een specifieke versie voor kinderen- en jongeren ontwikkeld; KIPEO. De verzamelde registratiegegevens worden geanalyseerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent. In 2022 werd hiertoe door 25 Vlaamse spoedopnamediensten data aangeleverd. Hieronder volgt een bespreking van de meest relevante gegevens uit het Jaarverslag 2022 (Vancayseele, Van Hevele, & Portzky, 2023).

Vanuit het werkveld werd de vraag gesteld om het IPEO en KIPEO te herwerken. Men had vooral de vraag om ook een instrument ter beschikking te hebben dat kan gebruikt worden voor patiënten met suïcidale gedachten. Sinds 2021 is de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES) gefinaliseerd en wordt het vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. Dit jaar zal er data van beide instrumenten gebruikt worden voor de epidemiologische studie.

## PREVALENTIE EN EVOLUTIE

Er waren in 2022 naar schatting 8.943 pogingen tot zelfdoding in Vlaanderen, wat neerkomt op gemiddeld 25 suïcidepogingen per dag.

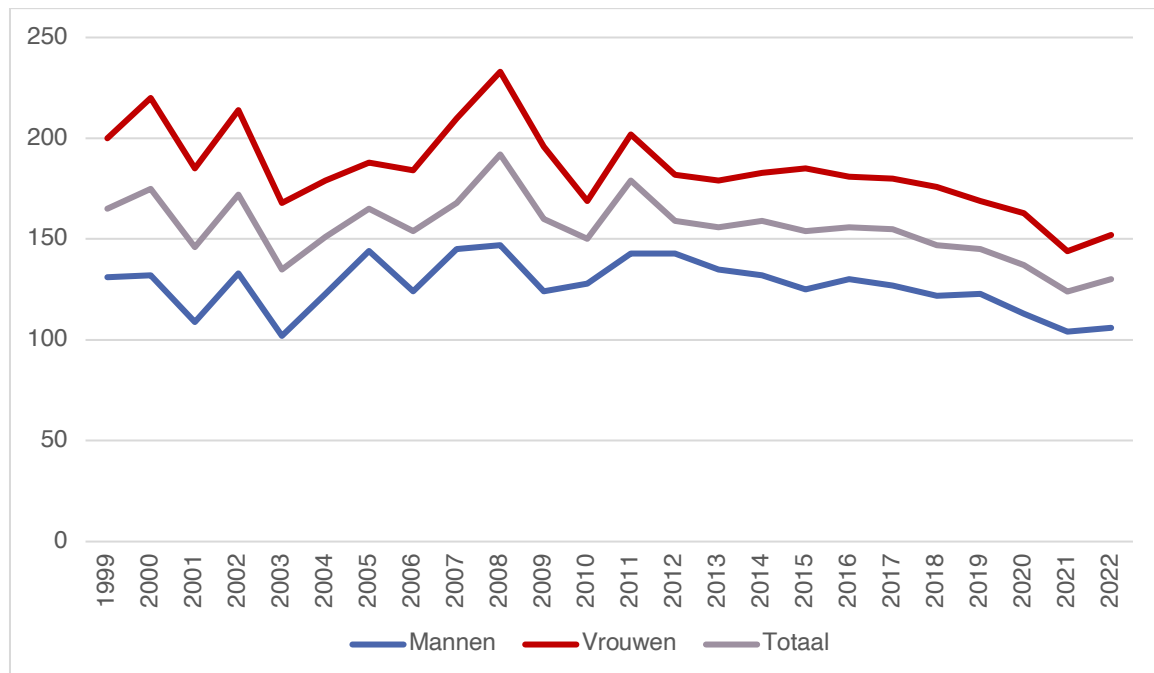
Omdat er personen zijn die binnen het jaar meerdere suïcidepogingen ondernemen en hiervoor meer dan één keer worden aangemeld bij de spoeddienst, wordt er bij de registratie van suïcidepogingen een onderscheid gemaakt tussen *person-based rates* (het aantal personen dat een suïcidepoging ondernam per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

## PERSON-BASED RATES

Het gemiddelde van de totale person-based rates gedurende de voorbije 24 registratiejaren bedraagt 156/100.000 inwoners. In de afgelopen jaren hebben significant meer vrouwen dan mannen zich na een suïcidepoging op de spoeddienst aangemeld (gemiddelde person-based incidentierate van 185/100.000 voor vrouwen ten opzichte van 127/100.000 voor mannen).

De person-based rate van 2022 is niet-significant gestegen met 4,8% t.o.v. 2021. De person-based rate van 2022 voor vrouwen (152) kent een niet-significante stijging van 5,6% ten opzichte van 2021. Voor mannen is de person-based incidentierate (106) eveneens niet-significant gestegen met 1,9%. Figuur 3.5 toont de evolutie van de person-based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2022.

Figuur 3.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.



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

#### EVENT-BASED RATES

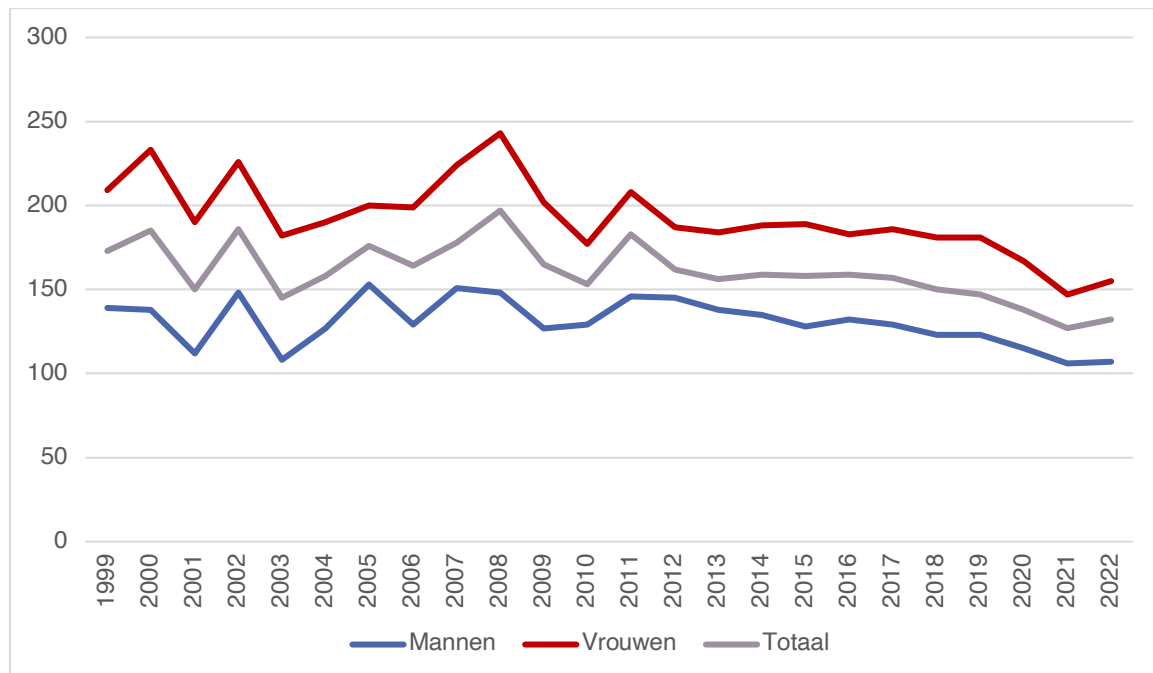
Figuur 3.6 toont aan dat de event-based rates quasi dezelfde evolutie volgen als de person-based rates. De gemiddelde event-based rate voor Vlaanderen, berekend over de voorbije 24 jaar, bedraagt 160/100.000 inwoners.

Ten opzichte van 2021 is de totale EB-rate (132) van 2022 niet significant gestegen met 3,9%. Ter verduidelijking van deze rate betekent dit in absolute cijfers dat in 2022 naar schatting 8.943 pogingen voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 25 suïcidepogingen per dag.

Het verschil tussen de gemiddelde event-based rate voor vrouwen (193/100.000) en mannen (131/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de person-based rates (respectievelijk 185/100.000 en 127/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan mannen.

De event-based rate van 2022 voor vrouwen (155) kent een niet-significante stijging van 5,4% ten opzichte van 2021. mannen is de event-based rate (107) eveneens niet significant gestegen met 0,9%.

Figuur 3.6. Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.



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

### DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III) wordt als voorstel van de gezondheidsdoelstelling aangegeven om 10% minder zelfdodingen in 2030 ten opzichte van het jaar 2020. Een suïcidepoging is één van de belangrijkste risicofactoren voor suïcide, daarom wordt er ook stilgestaan bij de evolutie van de rate van suïcidepogingen. De PB-rate in 2022 was 130 en deze steeg met 4,8 % tov 2021 (PB rate 124). Deze stijging is niet significant. De EB-rate in 2022 was 132 en steeg niet significant met 3,9% tov 2021 (EB rate 127).

### PROVINCIALE VERSCHILLEN

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de geografische EB-rates distributie per provincie in Vlaanderen. In vier provincies was er een stijging in de EB-rate van 2022 ten opzichte van 2021; West-Vlaanderen stijging van 11,9%, in Antwerpen een stijging van 11,4%, in Limburg stijging van 43,5% en in Oost-Vlaanderen van 0,7%. De stijging was significant in Limburg. Enkel in de provincie Vlaams-Brabant was er een daling van 25,6% en deze daling was significant.



Tabel 3.1. Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners 2020) per geslacht, 2022.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Antwerpen	100	136	117
Limburg	70	116	89
Oost-Vlaanderen	101	180	142
Vlaams-Brabant	151	124	134
West-Vlaanderen	133	180	159

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

Vlaams-Brabant (134), West-Vlaanderen (159) en Oost-Vlaanderen (142) hebben de hoogste EB-rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2022. Voorgaande jaren van registratie toonden telkens aan dat de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen de hoogste rates vertoonden. Antwerpen (117), en Limburg (89) hebben de laagste rates in Vlaanderen. Wat de vergelijking tussen de provincies betreft, moeten de gegevens voor 2022 met **de nodige voorzichtigheid** geïnterpreteerd worden **gezien het lage aantal deelnemende ziekenhuizen in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant**.

De EB-rate in West-Vlaanderen (159) is significant hoger dan die in Antwerpen (117) en Limburg (89). De EB-rate van Vlaams-Brabant (134) is significant hoger dan de EB-rate van Limburg (89). De EB-rate in Oost-Vlaanderen (142) is eveneens significant hoger dan die in Limburg (89). De EB-rate in Antwerpen (117) is randsignificant hoger dan die in Limburg (89).

### GESLACHT EN LEEFTIJD

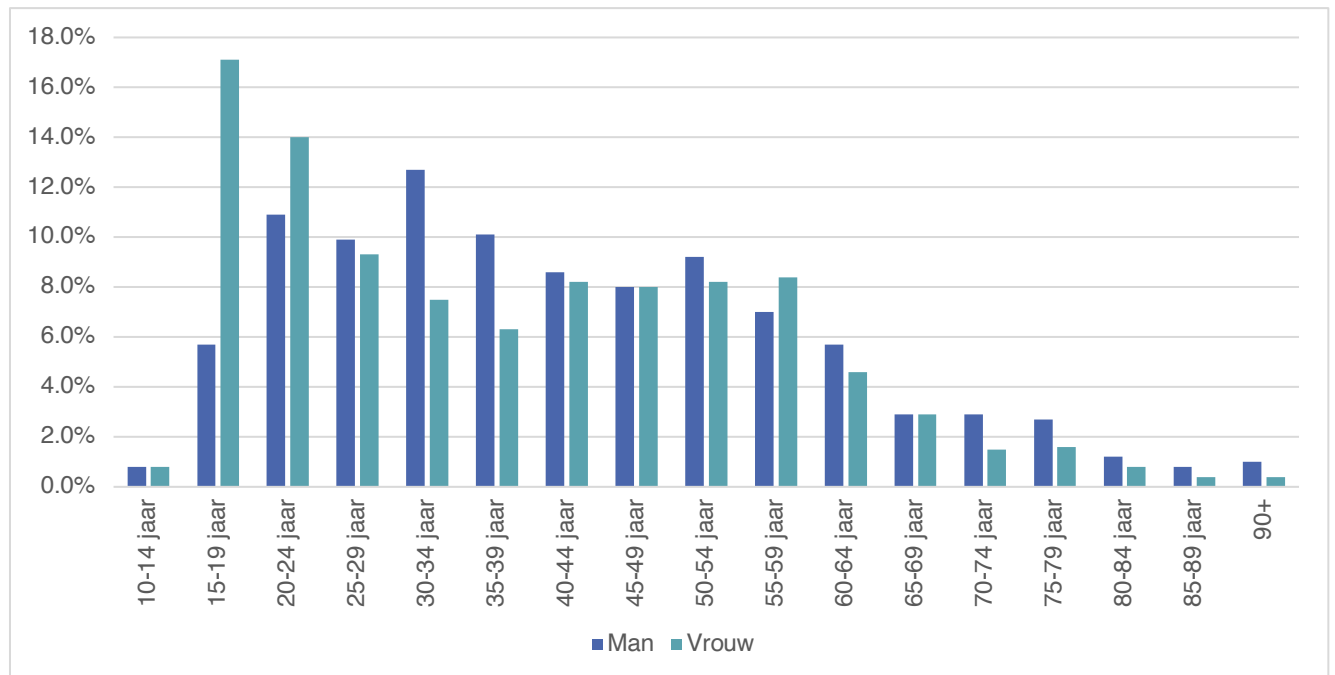
Uit de data van het IPEO, KIPEO en LOES samen blijkt dat in 2022 meer vrouwen (n= 816, 59,5%) dan mannen (n= 555, 40,5%) een suïcidepoging ondernamen. Bij 21 registraties werd het geslacht niet ingevuld. De huidige vrouw-man ratio bedraagt 1.5:1

Het hoogst absolute aantal suïcidepogers vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19 jaar, 20-24 jaar, en 30-34 jaar. Bij de vrouwen zagen we het hoogst aantal pogers terug in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Bij mannen bevinden de meeste pogers zich onder de 20-24 jarigen, de 30-34 jarigen, en de 35-39. Dit resultaat dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het hierbij gaat om absolute aantallen en niet om rates, waardoor er geen rekening

kan worden gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Vlaamse bevolking. Zie figuur 4.7.

De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen in 2022 was 39,9 jaar; voor mannen was dit 42,2 jaar (min.: 12; max.: 99) en voor vrouwen 38,1 jaar (min.: 12; max.: 93).

**Figuur 3.7. Leeftijdverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2022, volgens geslacht.**



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

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

In 2022 werden er maar 35 formulieren ingevuld, waardoor onderstaande informatie met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dient te worden. De analyses kunnen niet opgesplitst worden volgens geslacht, wegens de kleine groep jongens (n=10).

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Onder de jongeren die in 2022 een suïcidepoging ondernamen en die bevroegd werden met het KIPEO, bevonden zich meer meisjes (68,6%, n=24) dan jongens (28,6%; n=10). Bij 1 registratie werd het geslacht

niet ingevuld. In de literatuur wordt dezelfde trend gevonden: suïcidepogingen worden vaker door meisjes ondernomen dan door jongens (Rasmussen & Hawton, 2014).

Voor 2022 liggen de leeftijden van de pogers tussen 13 en 17 jaar, met de grootste groep in de leeftijden van 15 en 17 jaar. Voor 15 cases werd geen geboortedatum of leeftijd genoteerd.

### VOORGESCHIEDENIS SUÏCIDEPOGINGEN EN AUTOMUTILATIE

Verschillende studies hebben aangetoond dat (het herhalen van) een suïcidepoging een risicofactor is voor latere suïcide (Beghi et al., 2013; Kotila & Lonnqvist, 1987; Vajda & Steinbeck, 2000). Het vormt een belangrijke voorspeller van toekomstig suïcidaal gedrag (Shain et al., 2016). Hoe meer pogingen, hoe groter het risico. Uit huidig onderzoek bleek dat de huidige poging voor ongeveer één vierde van de jongeren (8 van de 30 jongeren, 26,7%) de eerste poging was. Voor ongeveer drie vierden van de jongeren (N=22) was dit de tweede, derde, vierde of zelfs vijfde poging.

Bij bijna driekwart van de jongeren (11 van de 15) was de vorige poging minder dan zes maanden geleden, en bij de meerderheid (11 van de 13 jongeren) werd er iemand op de hoogte gebracht zoals een ouder, broer of zus, een vriend(in) en/of een vertrouwenspersoon op school.

Vijf jongeren beantwoordden de vraag of ze hulp kregen na hun vorige suïcidepoging. Eén jongere gaf aan geen hulp te hebben gekregen, drie personen kregen hulp van een psycholoog en twee jongeren kregen hulp via het CLB. Vier jongeren gaven aan dat van hun ouders geen hulp ontvingen na hun suïcidepoging.

Vier jongeren beantwoordden de vraag of ze aan automutilatie deden. Twee jongeren antwoordden 'ja' op die vraag en twee jongeren 'nee'.

---

### LEIDRAAD OPVANG EN EVALUATIE SUÏCIDALITEIT (LOES)

De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO & KIPEO), dit resulteerde in LOES. LOES is net zoals het IPEO/KIPEO een semi-structureerd interview maar naast het voeren van een gesprek met patiënten die een poging ondernamen, kan het nu ook gebruikt worden bij het voeren van een gesprek bij patiënten met (acute) suïcidale gedachten. Sinds 2021 is LOES gefinaliseerd en wordt vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. De implementatie is in volle gang en de komende jaren wordt dan ook verwacht dat steeds meer ziekenhuizen gebruikt zullen maken van LOES. In 2022 waren er negen

Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan. Nog niet alle deelnemende ziekenhuizen die gebruikmaakten van IPEO/KIPEO maken inmiddels gebruik van LOES. Daarmee kunnen we op dit moment nog niets zeggen over hoe de cijfers binnen LOES zich verhouden tot de IPEO/KIPEO. In dit hoofdstuk worden de allereerste resultaten van deze data gerapporteerd. In totaal werden er 384 registraties ontvangen in 2022. Van de 384 registraties werd LOES gebruikt bij 275 patiënten die waren aangemeld na een suïcidepoging.

**Tabel 3.2** Overzicht LOES registraties suïcidepogingen volgens geslacht, absolute aantallen, 2022.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Suïcidepoging	118	157	275

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

In dit hoofdstuk worden enkel suïcidepogingen behandeld. In hoofdstuk 4 worden de aantallen met betrekking tot suïcidegedachten verder besproken.

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Bij 118 mannen (42,9%) en 157 vrouwen (57,1%) die werden aangemeld na een suïcidepoging werd het gesprek rond suïcialiteit gevoerd aan de hand van LOES.

De gemiddelde leeftijd was 38,6 jaar (min. 12 jaar; max. 87 jaar). Voor mannen was dit 40,9 jaar (min. 15 jaar; max. 85 jaar) en voor vrouwen was dit 36,9 jaar (min. 12 jaar ; max. 87 jaar)

### DE ZELFMOORDLIJN 1813

Het meest recente [Jaarverslag \(2023\)](#) van het [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#) toont dat in 2023 **23.886 oproepen** werden beantwoord aan de [Zelfmoordlijn](#). Vanaf 2016 wordt een oproeper automatisch doorgeschakeld kan worden naar Tele-Onthaal wanneer de Zelfmoordlijn bezet is. Er werden 14.342 oproepen beantwoord door Tele-Onthaal. Onderstaande cijfers hebben betrekking op het totale aantal oproepen dat werd beantwoord (n = 23.886) door de Zelfmoordlijn.

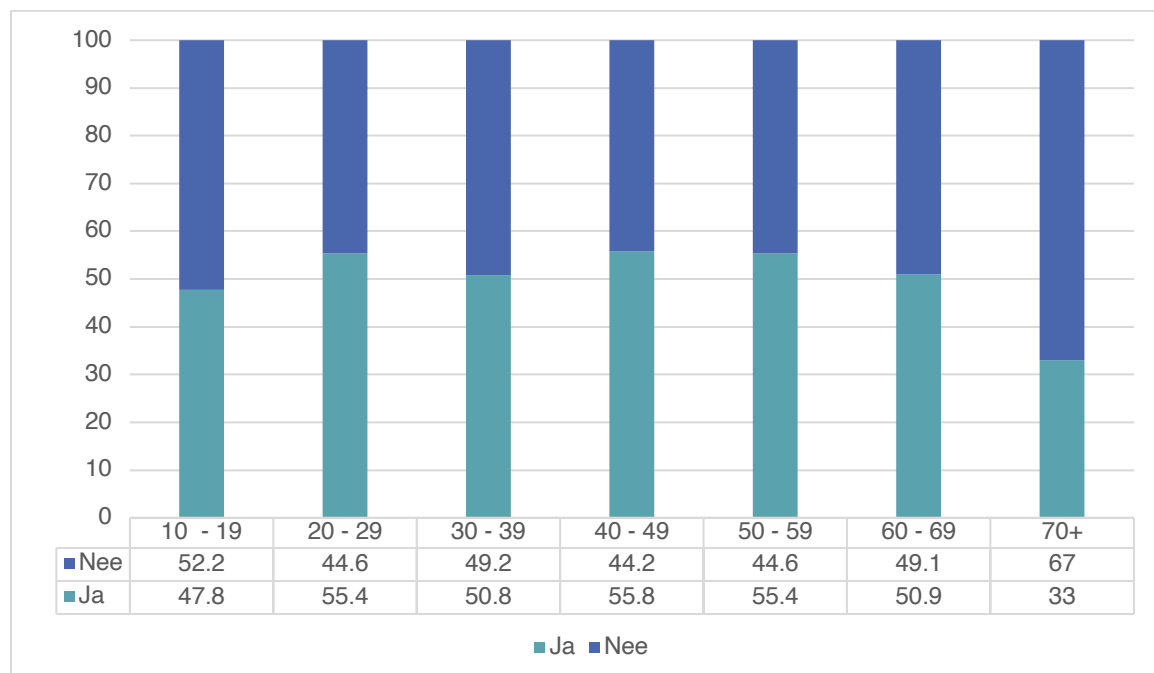
Met een permanentie van 24/7, is de telefoon nog altijd het voornaamste medium en worden verreweg de meeste oproepen beantwoord via de telefoon (77%), gevolgd door chat (13%) en e-mail (10%).

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

Van alle oproepers, geeft **55,6%** aan al een eerdere poging te hebben ondernomen (n = 3.429). Er wordt hier geen rekening gehouden met het moment in het verleden wanneer deze poging plaatsvond. Figuren 3.8 en 3.9 bevatten gegevens van de proportie oproepen wanneer gender en leeftijd geweten zijn. Over de verschillende leeftijdscategorieën heen geeft **59,6% van de mannen** en **55,6% van de vrouwen** aan eerder een suïcidepoging te hebben ondernomen.

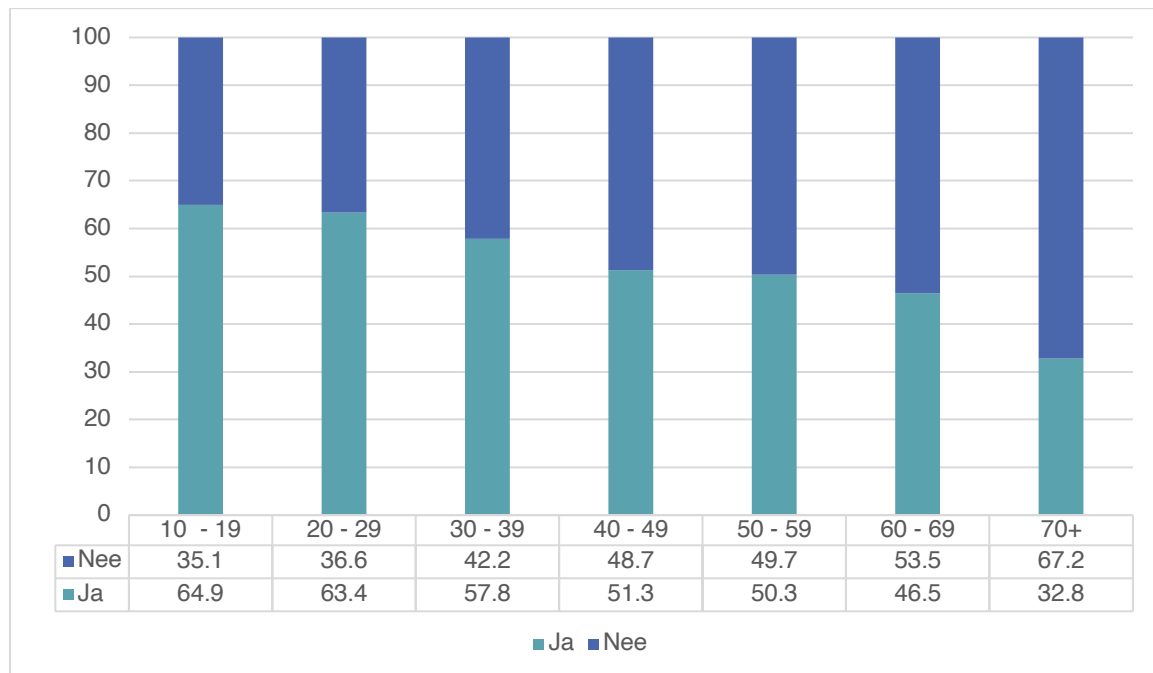
Bij mannen zijn de hoogste cijfers te zien in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar (55,4%), 40-49 jaar (55,8%), 50-59 jaar (55,4%). Terwijl bij vrouwen de hoogste cijfers zijn te zien in de leeftijdscategorie 10-19 jaar (64,9%), 20-29 jaar (63,4%).

**Figuur 3.8. Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.**



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

Figuur 3.9. Proportie vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.



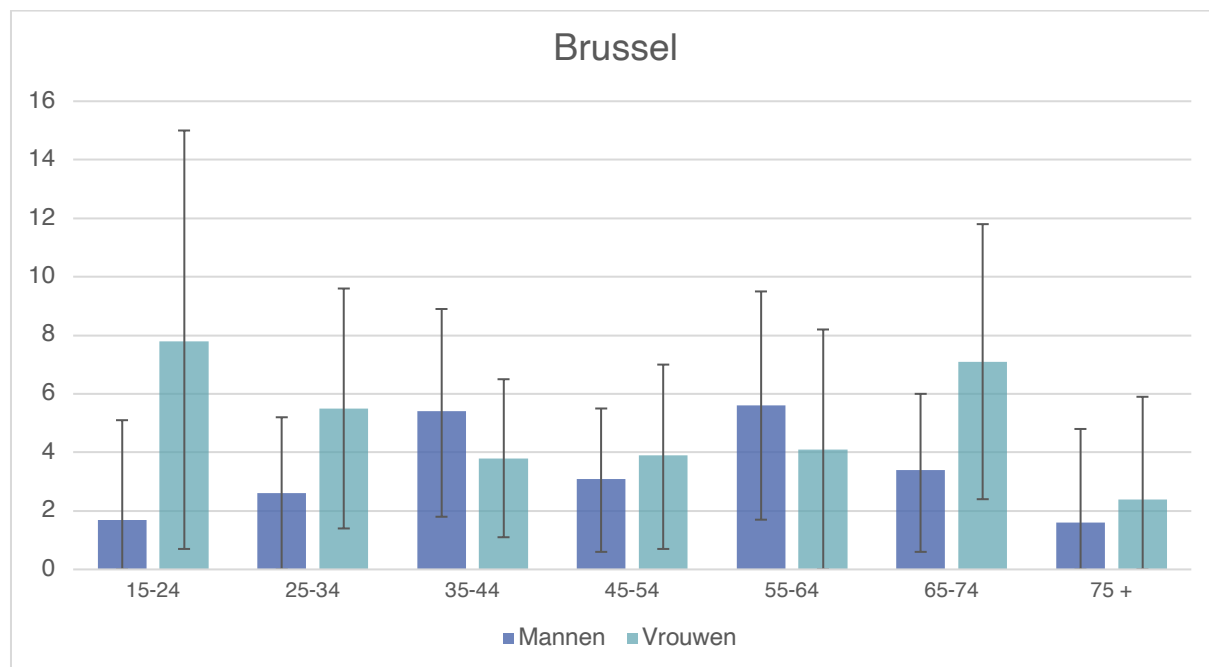
Bron: [Centrum ter Preventie van Zelfdoding](#)

### 3.3. BRUSSEL

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat in Brussel 3.9% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0,4% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020).

In figuur 3.10 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 3.10. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

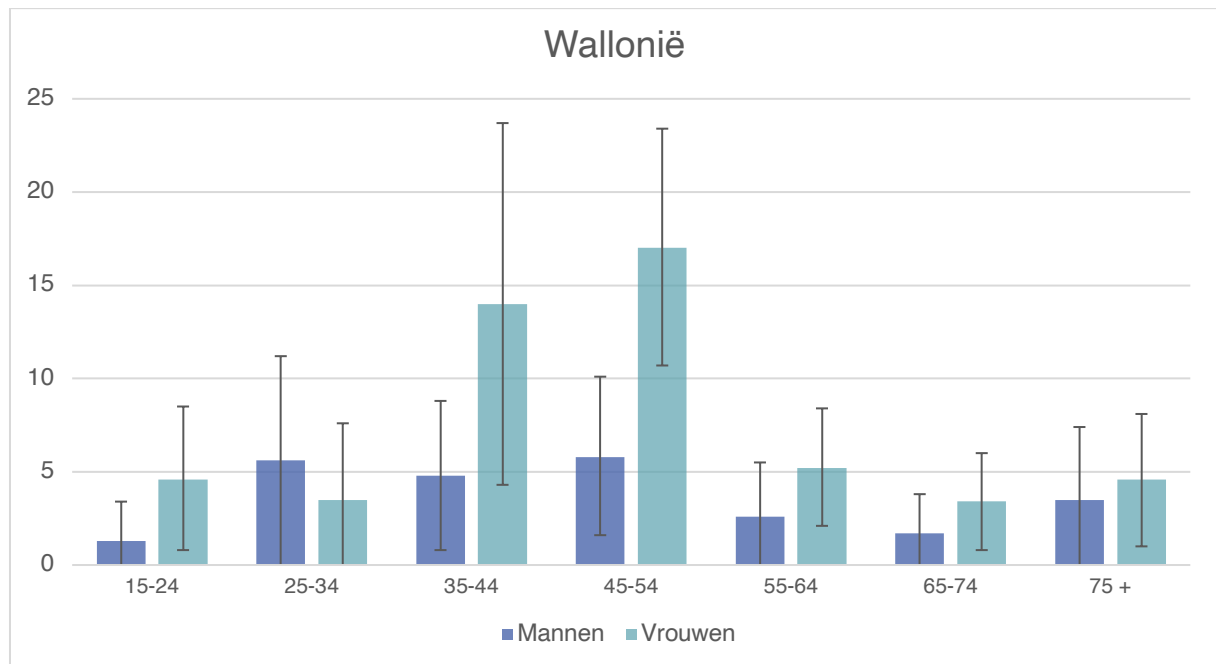
### 3.4. WALLONIË

Uit de Gezondheidsenquête blijkt dat in Wallonië 6% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0,4% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020).

In Wallonië is het percentage personen dat ooit een suïcidepoging meldt, het hoogst (6,0%). Dit percentage is significant hoger in vergelijking met Vlaanderen (3,4%), terwijl het verschil met Brussel (4,2%) niet significant is.

In figuur 3.11 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 3.11. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

### 3.5. INTERNATIONAAL

Om een vergelijking van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen binnen een Europese context mogelijk te maken, werden gegevens van andere Europese expertisecentra met gelijkaardige methodologie omtrent de registratie van suïcidepogingen aangewend. Het WHO rapport over de monitoring van suïcidepogingen gaf aan dat er op internationaal niveau 13 registratiestudies met de focus op het aantal aanmeldingen van suïcidepogers in ziekenhuizen bestaan (zie tabel 3.2). Aangezien de andere Europese landen/regio's niet zoveel informatie over de suïcidepoging registreren als Vlaanderen wordt enkel de informatie die alle landen/regio's hebben, hieronder beschreven. In het huidige rapport worden daarom enkel de meest recente en beschikbare cijfers Ierland (2020) gebruikt (Joyce et al., 2022).



Tabel 3.3. Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen.

Locatie	Regio's / Steden	Aantal ziekenhuizen	Periode
<b>Belgie – Gent</b>	Gent	4	1986 – heden
<b>Belgie – Vlaanderen</b>	Vlaanderen	34	2007 – heden
<b>China</b>	Nantou	1	07/2000 – 12/2005
<b>Denemarken</b>	Funen	59	1989 – heden
<b>Fiji</b>	Viti Levu	11	2016
<b>India</b>	Mysore	1	02/2013 – 06/2013
<b>Ierland</b>	Nationaal	40	2003 – heden
<b>Noord-Ierland</b>	Noord-Ierland	3	2007 – heden
<b>Jamaica</b>		5	1999 – heden
<b>Nicaragua</b>	Leon	1	2004 – heden
<b>Pakistan</b>	Karachi	1	01/2004 – 12/2004
<b>VK Multicenter</b>	Oxford – Derbyshire – Manchester	6	2000 – heden
<b>VK – Oxford</b>	Oxford	3	1976 – heden

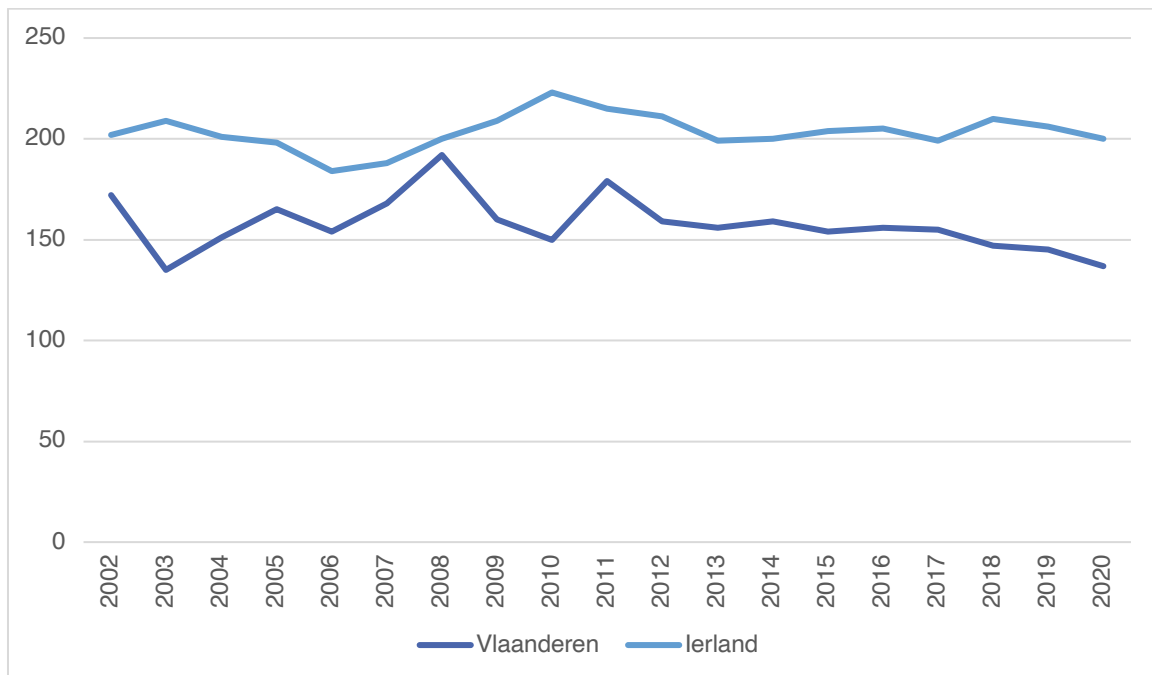
Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

### VLAANDEREN VERSUS IERLAND

Figuren 3.12, 3.13 en 3.14 geven de evolutie weer van de person-based rates voor Vlaanderen en Ierland voor de periode van 2002-2020 opgedeeld volgens geslacht. In 2020 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen, 113/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 176/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was minder groot, respectievelijk 163/100.000 ten opzichte van 224/100.000. In Vlaanderen was er een daling van 8,1% in de rate bij de

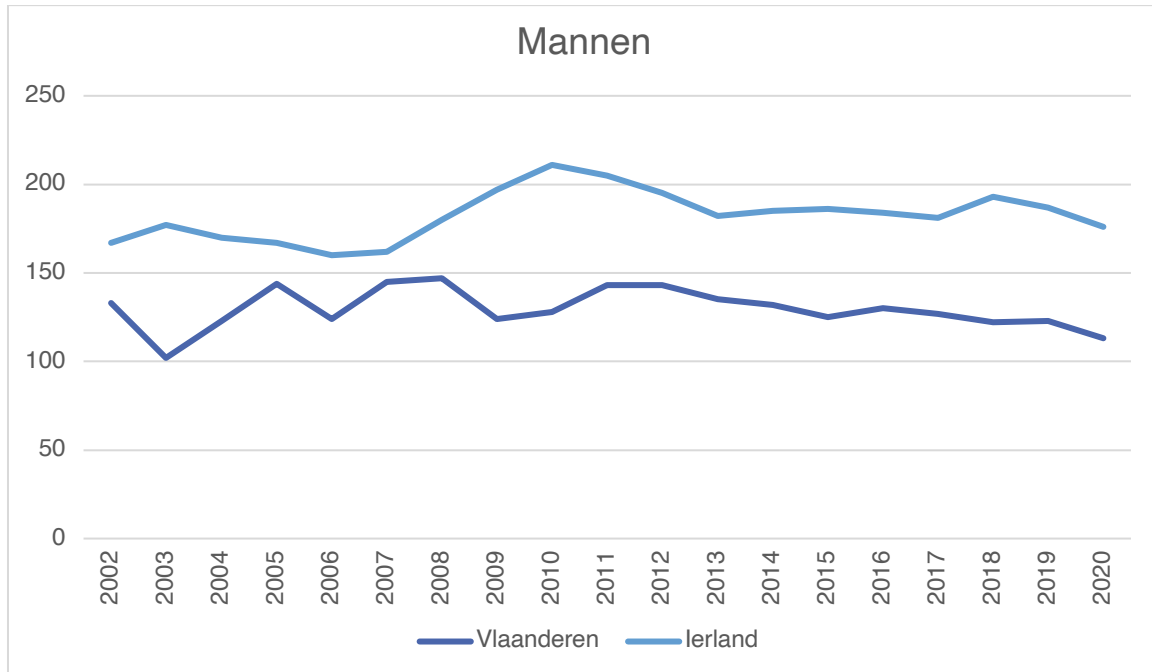
mannen, in Ierland was er een daling van 6% t.o.v. 2019. Bij de vrouwen was er in Vlaanderen eveneens een daling met 3,6%, in Ierland was er een daling in de rate met 1%.

**Figuur 3.12. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.**



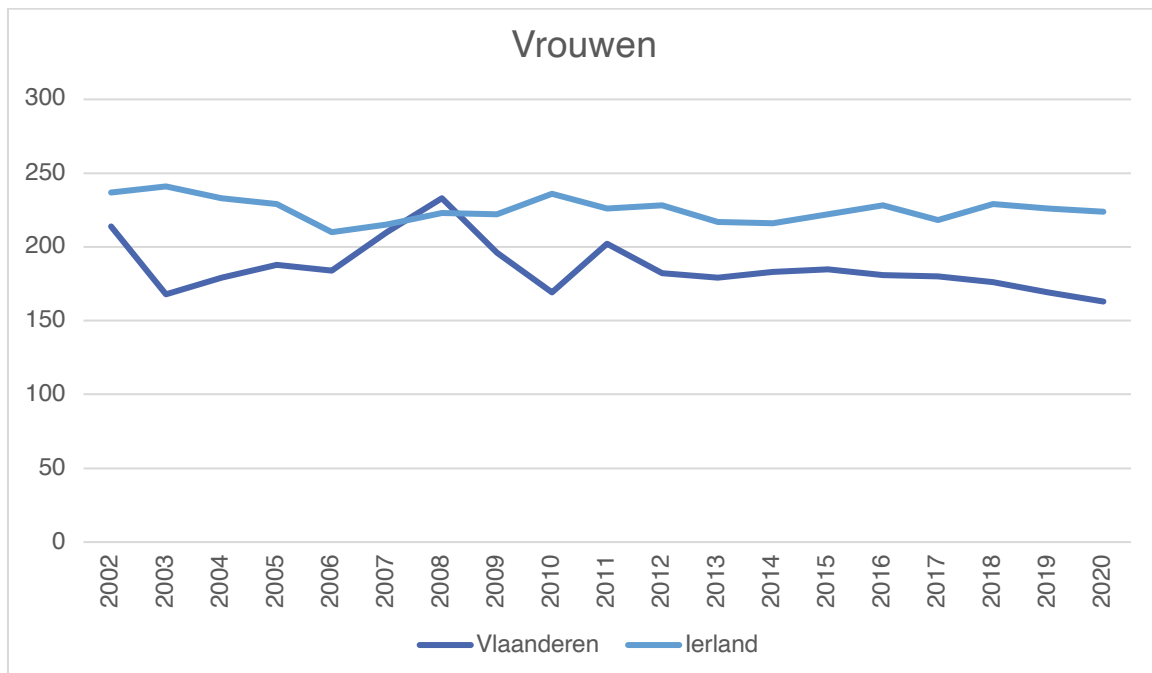
Bron: [Joyce et al. \(2022\)](#); [Vancayseele et al., 2023](#)

Figuur 3.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.



Bron: [Joyce et al. \(2022\)](#); [Vancayseele et al., 2023](#)

Figuur 3.14. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.



Bron: [Joyce et al. \(2022\)](#); [Vancayseele et al., 2023](#)

### COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

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

Uit de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête bleek dat 28,5% van de personen die aangaven voor de pandemie al dachten aan zelfdoding ook ooit een poging heeft ondernomen. Op basis hiervan wordt geschat dat in totaal **iets minder dan 5% van de volwassenen** (personen van 18 jaar en ouder) ooit in hun leven (vóór het begin van de pandemie) een zelfmoordpoging heeft ondernomen. Deze resultaten sluiten vrij nauw aan bij de gegevens uit de nationale gezondheidsenquêtes tussen 2008 en 2018 (4,9% en 4,4% respectievelijk).

Van de personen die aangaven dat zij tijdens de pandemie aan zelfdoding dachten gaf 7,5% aan een poging te hebben ondernomen. Dit komt neer op **ongeveer 0,7% van de volwassenen** die in de afgelopen twee jaar een zelfmoordpoging ondernamen.

Daarnaast bleek dat 0,06% (d.w.z. 6 per 10.000) in de laatste drie maanden (in 2022) een zelfmoordpoging heeft ondernomen, 0,24% (2 per 1.000) in het jaar 2021 en 0,4% (4 per 1.000) in het jaar 2020. Deze cijfers zijn ook in overeenstemming met schattingen uit de nationale gezondheidsenquêtes, waarin de 12- maandenprevalentie van zelfmoordpogingen bij volwassenen (18+ jaar) varieert van 0,5% tot 0,2% tussen 2004 en 2018 (met een gemiddelde van 0,4% over de 4 enquêtes in deze periode).

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

#### **OPMERKINGEN!**

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

Het is belangrijk om bovenstaande gegevens voorzichtig te interpreteren aangezien de data van de COVID-19 gezondheidsenquêtes verzameld werd aan de hand van zelfrapportage en daardoor mogelijk minder betrouwbaar zijn. Er dienen daarnaast ook nog enkele methodologische kanttekeningen te

worden geplaatst wanneer we de cijfers uit de COVID-19-Gezondheidsenquêtes willen vergelijken met de resultaten van de Gezondheidsenquête uit 2018:

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

# KADER

## ZELFBESCHADIGUNG

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

### STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

Een studie die ook informatie verschaft over zelfbeschadigend gedrag bij de jongerenpopulatie in Vlaanderen, is de studie Jongeren en Gezondheid. Deze studie wordt onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie uitgevoerd door de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering van de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent.<sup>5</sup> Het onderzoek kadert binnen de Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) studie waar Vlaanderen sinds 1989 aan deelneemt. Suïcidale ideatie bij jongeren uit het secundair onderwijs wordt gemeten op basis van zelfrapportage. De meest recente cijfers stammen uit 2022 (Schrijvers, Dierckens, & Deforche, 2023). Hieronder volgen de cijfers met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag. De resultaten met betrekking tot de prevalentie van suïcidegedachten worden toegelicht in hoofdstuk 4 ‘Suïcidale gedachten’ (p. 87).

### PREVALENTIE

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

---

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

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

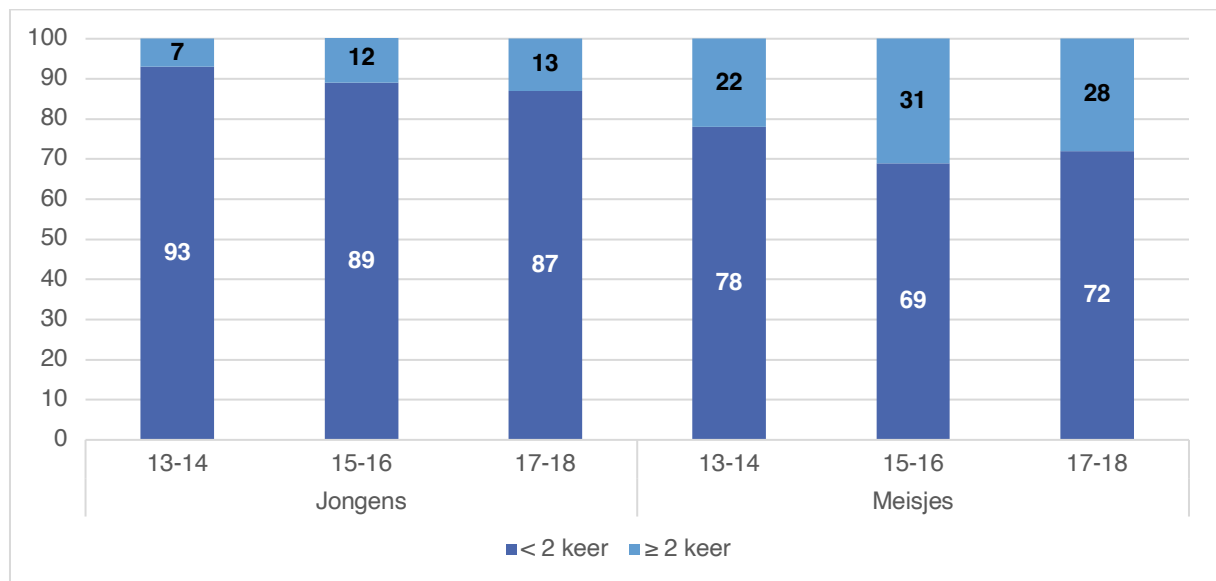
### GESLACHT

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

### LEEFTIJD

Zoals te zien in figuur 3.15 was de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag het laagst bij de 13- tot 14-jarigen (algemeen: 14,3%; jongens: 7,2%; meisjes: 21,6%). Bij de jongeren algemeen alsook bij de jongens werd de hoogste prevalentie opgetekend bij de 17- tot 18-jarigen (algemeen: 20,7%; jongens: 12,9%). Bij de meisjes lag de prevalentie het hoogst bij de 15- tot 16-jarigen (31,0%).

**Figuur 3.15. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.**



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

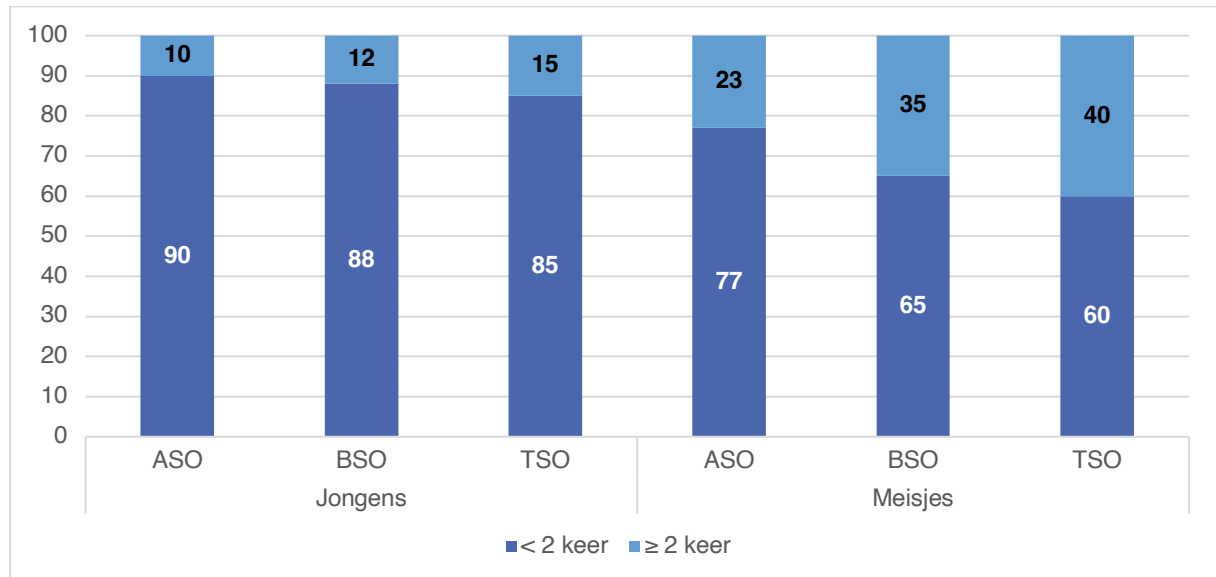
### OPLEIDING

Zoals af te leiden is uit figuur 3.16, zijn er ook naargelang opleiding verschillen op te merken. Het percentage jongens dat minstens eenmaal zelfbeschadigend gedrag vertoonde, bedraagt 15% in het beroeps secundair onderwijs en 12,3% in het technisch secundair onderwijs tegenover 9,8% in het algemeen secundair onderwijs. Bij meisjes is het percentage zelfbeschadigend gedrag eveneens



significant lager in het algemeen secundair onderwijs (22,6%) in vergelijking met het technisch en beroeps secundair onderwijs (respectievelijk 35% en 40,1%).

**Figuur 3.16. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.**



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

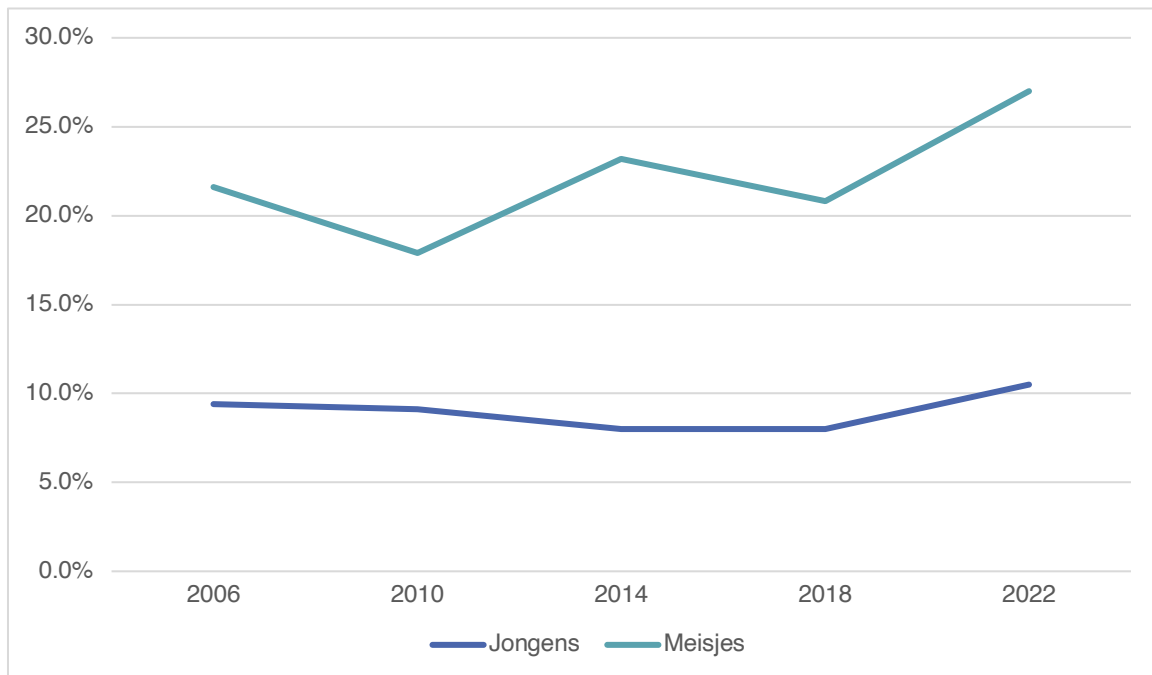
## EVOLUTIE

We zien in figuur 3.17 dat in vergelijking met de bevindingen uit 2018 er een toename was in de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij alle jongeren, alsook bij de jongens en meisjes afzonderlijk.

Daarvoor (2006-2018) zagen we bij jongens juist een daling. In vergelijking met 2006 (9,4%) was het percentage in 2018 (8%) significant gedaald ( $p < 0.010$ ). Daarentegen zien we bij meisjes een meer schommelend beeld. In vergelijking met 2014 was er in 2018 een gunstige en significante afname te zien bij de meisjes ( $p < 0.010$ ), maar het percentage verschilde niet met 2006. Nu was er juist een significante stijging ten opzichte van 2018.

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

Figuur 3.17. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.



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

In vergelijking met de bevindingen uit 2018 nam de prevalentie van zelfbeschadigend gedrag toe bij alle opleidingsvormen in de totale groep jongeren alsook bij de jongens en de meisjes uit het aso en het tso. In het bso werd enkel bij de meisjes een toename in de prevalentie tussen 2018 en 2022 gevonden (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4. Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	ASO	TSO	BSO
<b>Totaal</b>			
2018	11,1%	18,1%	22,6%
2022	16,9%	22,8%	26,1%
<b>Jongens</b>			
2018	5,9%	10,2%	13,5%
2022	9,8%	12,3%	15,0%
<b>Meisjes</b>			
2018	14,6%	28,2%	33,1%
2022	22,6%	35,0%	40,1%

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

## CASE-STUDIE

Een belangrijke studie die ons informatie verschaft over opzettelijk zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren is de CASE-studie (Madge et al., 2008)<sup>6</sup>. Dit betreft echter gegevens die afkomstig zijn uit 2000-2001. De onderstaande bevindingen dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

### ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

<sup>6</sup> In het kader van de Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE)-studie werden ruim 30.000 jongeren in zes Europese landen (België –Vlaanderen-, Engeland, Hongarije, Ierland, Nederland, Noorwegen) en Australië bevestigd naar opzettelijk zelfbeschadigend gedrag, al dan niet met suïcidale intentie. Aan de jongeren werd gevraagd of zij zichzelf ooit gedurende het leven al eens opzettelijk hebben beschadigd (lifetime prevalentie) en of zij zichzelf opzettelijk hebben beschadigd gedurende het afgelopen jaar of tijdens de voorbije maand. Voor wat betreft België (Vlaanderen) werden Oost- en West-Vlaanderen als catchment area geselecteerd. In totaal werden door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek 4396 Vlaamse jongeren (14 tot 17 jaar) bevestigd. Het merendeel van de bevestigde jongeren (80%) betrof 15-16-jarigen.

In alle landen die hieraan hebben deelgenomen, kwam opzettelijk zelfbeschadigend gedrag ruim tweemaal zoveel voor bij meisjes dan bij jongens. Dit geldt zowel voor de lifetime prevalentie alsook voor opzettelijk zelfbeschadigend gedrag dat heeft plaatsgevonden in het voorbije jaar of in de afgelopen maand. Opzettelijk zelfbeschadigend gedrag komt meer voor naarmate een langer tijdsperspectief werd gehanteerd. Van alle deelnemende landen kon, wat betreft adolescentie jongens, de hoogste prevalentie worden gevonden in Vlaanderen. De prevalentie van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij adolescentie meisjes in Vlaanderen is vergelijkbaar met de andere deelnemende landen (zie tabel 3.5). De meerderheid van de jongeren van alle deelnemende landen (60%) gaf met het gestelde opzettelijk zelfbeschadigend gedrag aan de intentie te hebben om te willen sterven.

**Tabel 3.5. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.**

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	JONGENS	MEISJES
<b>Lifetime prevalentie</b>		
Alle landen	4,3%	13,5%
Vlaanderen	6,5%	15,3%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 <sup>ste</sup>	4 <sup>de</sup>
<b>Prevalentie tijdens het voorbije jaar</b>		
Alle landen	2,6%	8,9%
Vlaanderen	4,2%	10,5%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 <sup>ste</sup>	4 <sup>de</sup>
<b>Prevalentie tijdens de voorbije maand</b>		
Alle landen	1,0%	2,6%
Vlaanderen	1,4%	3,2%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	1 <sup>ste</sup>	3 <sup>de</sup>

Bron: [Madge et al., 2008](#)

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,<sup>7</sup> toont aan dat bijna driemaal zoveel Vlaamse jongeren zichzelf ooit of in het voorbije jaar opzettelijk hebben beschadigd dan Nederlandse jongeren (Portzky et al., 2008). Overeenkomstig de resultaten van Madge et al. (2008), komt in beide landen opzettelijke zelfbeschadiging beduidend meer voor bij meisjes dan bij jongens. Zie tabel 3.6.

**Tabel 3.6. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.**

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	JONGENS	MEISJES	TOTAAL
<b>Lifetime prevalentie</b>			
Vlaanderen	6,3%	14,6%	10,4%
Nederland	2,6%	5,6%	4,1%
<b>Prevalentie tijdens het voorbije jaar</b>			
Vlaanderen	4,1%	10,6%	7%
Nederland	1,6%	3,6%	2,6%

Bron: Portzky, De Wilde & van Heeringen, 2008

#### GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING

In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-studie, gaf gemiddeld ruim één op de vijf meisjes en bijna 1 op de tien jongens aan het afgelopen jaar eraan te hebben gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, maar had dit nog niet daadwerkelijk gedaan. Wanneer de resultaten per land worden bekeken, dan variëren de rates voor jongens van 4,6% (Nederland) tot 17,5% (Hongarije). Vlaanderen positioneert zich hierbij boven het gemiddelde van alle deelnemende landen (11,7% versus 9,9%). Wat betreft meisjes variëren de rates van 10,2% (Nederland) tot 33,2% (Hongarije). De prevalentie bij

---

<sup>7</sup> Deze vergelijkende studie is gebaseerd op de gegevens van 4431 Vlaamse en 4458 Nederlandse adolescenten. De meerderheid (86%) van de bevroegde jongeren waren 15- en 16-jarigen.

adolescente meisjes is in Vlaanderen vergelijkbaar met het gemiddelde van alle deelnemende landen (zie tabel 3.7).

**Tabel 3.7. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14 – 17 jarigen. 2000, 2001.**

GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING	JONGENS	MEISJES
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Alle landen	9,9%	21,5%
Vlaanderen	1,7%	20,9%
Rangorde België (Vlaanderen) op zeven landen	7 <sup>de</sup>	5 <sup>de</sup>

Bron: Madge et al., 2008

## REPLICATIE CASE-STUDIE

Het onderzoek van Vanderstraeten (2016) had als doel opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het schooljaar 2015 in kaart te brengen bij Vlaamse jongeren van 14 tot 17 jaar in vijf secundaire scholen in regio Sint-Niklaas en deze te vergelijken met de resultaten van de CASE-studie in 2000. Bij dit onderzoek werden dezelfde definitie en studieopzet gehanteerd als bij de CASE-studie (Madge et al., 2008).

## ZELFBESCHADIGEND GEDRAG

### PREVALENTIE 2015

Van de 1.103 jongeren die de vraag met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag hadden beantwoord, gaven 171 jongeren (15,5%) aan ooit opzettelijk te veel pillen te hebben geslikt of op een andere manier geprobeerd te hebben zichzelf lichamelijk te beschadigen (zie tabel 3.8). Deze jongeren voldeden in hun beschrijving aan de definitie van zelfbeschadigend gedrag, waarvan 25,7% meisjes en 4,8% jongens.

Jongeren gaven tevens aan wanneer de laatste episode van zelfbeschadigend gedrag had plaatsgevonden. Bij 25,7% van de jongeren vond de laatste episode plaats in de voorbije maand, bij

37,4% was dit langer dan een maand geleden (maar binnen het voorbije jaar) en bij 36,8% was dit reeds langer dan een jaar geleden.

Uit de resultaten blijkt dat jaarlijks 9,8% (waarvan 16,5% meisjes en 2,8% jongens) van de jongeren in de leeftijd van 14 tot 17 jaar in de regio Sint-Niklaas zichzelf opzettelijk beschadigt of te veel pillen inneemt. In de voorbije maand gaf 4,0% (6,2% meisjes, 1,7% jongens) van de jongeren aan zichzelf opzettelijk beschadigend te hebben of te veel pillen te hebben ingenomen.

**Tabel 3.8. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.**

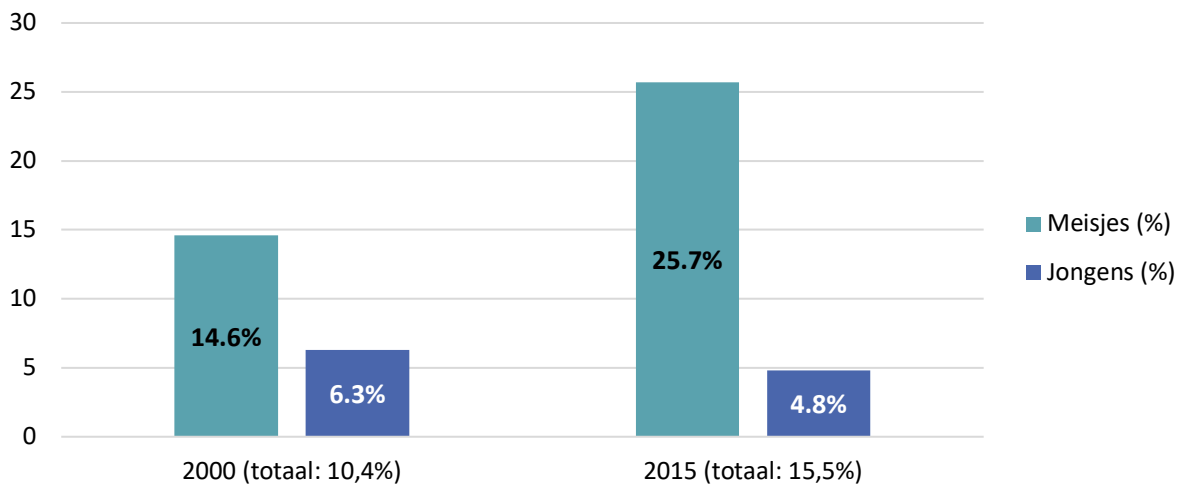
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West-Vlaanderen	Sint-Niklaas
<b>Lifetime prevalentie</b>		
Totaal	10,4%	15,5%
Meisjes	14,6%	25,7%
Jongens	6,3%	4,8%
<b>Prevalentie tijdens het voorbije jaar</b>		
Totaal	7,0%	9,8%
Meisjes	10,1%	16,5%
Jongens	4,1%	2,8%
<b>Prevalentie tijdens de voorbije maand</b>		
Totaal	Geen cijfers beschikbaar	4,0%
Meisjes	Geen cijfers beschikbaar	6,2%
Jongens	Geen cijfers beschikbaar	1,7%

Bron: Vanderstraeten (2016)

## PREVALENTIE 2015 VERSUS 2000

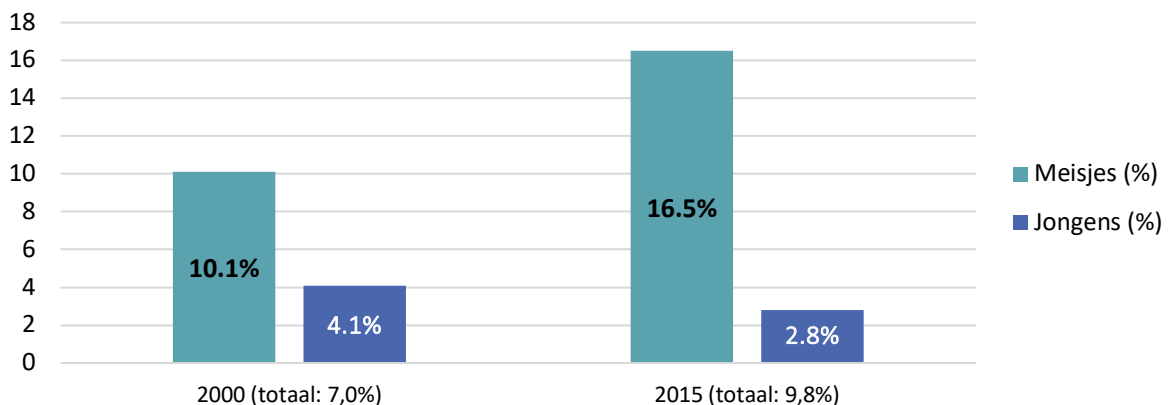
In vergelijking met 2000 toont het onderzoek een toename van jongeren die zichzelf beschadigen: zowel de lifetime prevalentie als de jaarlijkse prevalentie zijn toegenomen (zie figuur 3.18 en 3.19). Dit is vooral te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevraagd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

**Figuur 3.18. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.**



Bron: Vanderstraeten, 2016

**Figuur 3.19. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.**



Bron: Vanderstraeten, 2016



## FREQUENTIE 2015

De jongeren konden aangeven of zij zichzelf éénmalig of vaker hadden beschadigd. De meerderheid van de jongeren (55%; n = 94) gaven aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd. Hierbij stellen meisjes significant meer herhaald zelfbeschadigend gedrag dan jongens (respectievelijk 85,1% versus 14,9%). Bij 45% van de jongeren ging het om éénmalig zelfbeschadigend gedrag. Zie tabel 3.9.

**Tabel 3.9. Frequentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.**

FREQUENTIE ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
Eénmalig	60,7%	45,0%
Herhaald gedrag (> 1)	39,3%	55,0%
Herhaald gedrag (> 1) meisjes	41,5%	85,1%
Herhaald gedrag (> 1) jongens	34,8%	14,9%

Bron: Vanderstraeten, 2016

## FREQUENTIE 2015 VERSUS 2000

Bij de bevraging naar éénmalig of herhaald gedrag van zelfbeschadiging toont het onderzoek dat in 2015 meer jongeren herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag stellen ten opzichte van het jaar 2000. In 2000 gaf 39,3% van de Vlaamse jongeren aan zichzelf meerdere malen te hebben beschadigd. In 2000 en 2015 wordt eenzelfde trend vastgesteld: jongens vertonen eerder éénmalig zelfbeschadigend gedrag, terwijl meisjes vaker herhaaldelijk zelfbeschadigend gedrag vertonen. Het onderzoek toont dat het aantal meisjes dat zichzelf herhaaldelijk beschadigd, verdubbeld is in dit onderzoek ten opzichte van 2000.

## GEDACHTEN AAN ZELFBESCHADIGING

Het onderzoek van Vanderstraeten (2016) geeft ook informatie over in hoeverre Vlaamse jongeren van 14 tot 17 jaar van vijf secundaire scholen in regio Sint-Niklaas gedachten hebben over zelfbeschadigend gedrag.

## PREVALENTIE 2015

Aan alle deelnemende jongeren werd gevraagd of zij gedurende de laatste maand of het laatste jaar er ernstig aan gedacht hebben om opzettelijk teveel pillen te slikken of zichzelf op een andere manier lichamelijk te beschadigen, maar dit niet gedaan hebben. Tabel 3.10 en figuur 3.20 geven een overzicht van de antwoorden. Van de jongens heeft 6,3% in het laatste jaar gedacht aan zelfbeschadigend gedrag, bij de meisjes is dit 21,1%. Significant meer meisjes dan jongens denken aan zelfbeschadiging. 13,9% van de bevroegde jongeren geeft aan het afgelopen jaar aan zelfbeschadiging te hebben gedacht.

**Tabel 3.10. De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.**

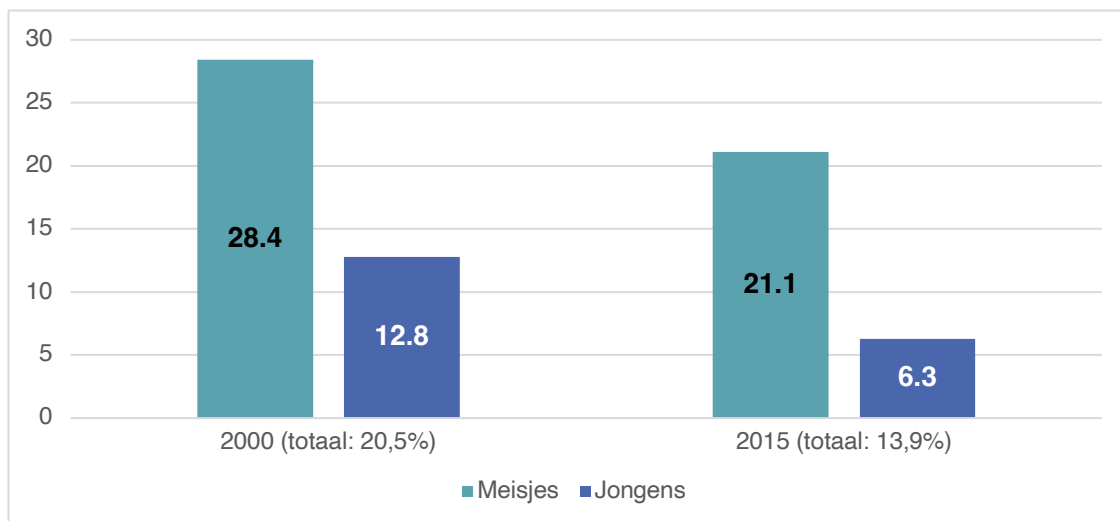
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar		
Totaal	20,5%	13,9%
Meisjes	28,4%	21,1%
Jongens	12,8%	6,3%

Bron: Vanderstraeten, 2016

## PREVALENTIE 2015 VERSUS 2000

Net zoals in 2000, hebben significant meer meisjes dan jongens gedurende het laatste jaar er ernstig over gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, zonder het evenwel te doen (zie figuur 3.20). Algemeen toont het onderzoek in 2015 een afname van gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren.

Figuur 3.20. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.



Bron: Vanderstraeten, 2016

# 4. CIJFERS SUÏCIDEGEDACHTEN

## 4. CIJFERS SUÏCIDE GEDACHTEN

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

### 4.1. BELGIË

#### GEZONDHEIDSENQUÊTE

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

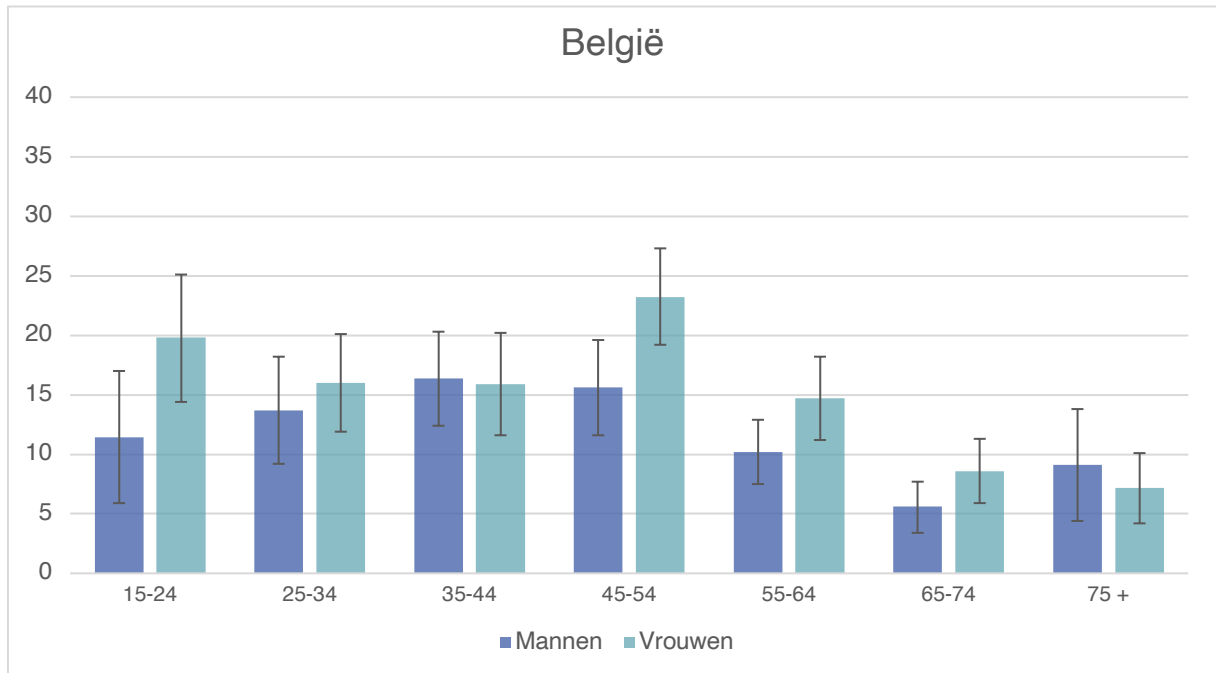
#### PREVALENTIE

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête blijkt in 2018 dat **13,9%** van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder aan minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide te hebben gedacht, en **4,3%** van de bevolking in de afgelopen 12 maanden (Gisle et al., 2020).

#### SOCIO-DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

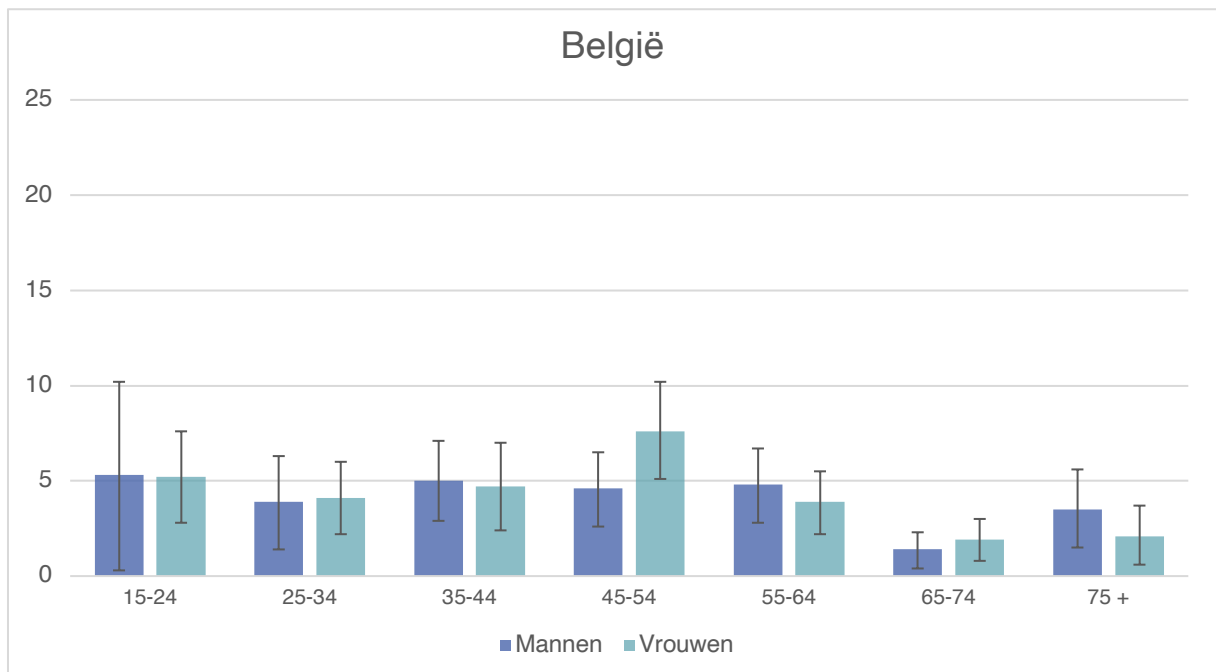
We zien dat trends voor suïcidale gedachten vergelijkbaar zijn met suïcidepogingen. Vrouwen lopen meer risico op suïcidale gedachten dan mannen, die dan weer wel meer risico lopen op overlijden door suïcide. Net als bij pogingen neemt het risico op gedachten af met de leeftijd, terwijl het risico op overlijden toeneemt met de leeftijd. In figuur 4.1 en 4.2 zijn geslacht en leeftijd meegenomen in de percentages van de Belgische bevolking dat suïcidale gedachten rapporteerde.

Figuur 4.1. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 4.2. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## GESLACHT

Zoals te zien in figuur 4.1 hebben relatief meer vrouwen dan mannen hebben ooit suïcidegedachten gehad (15,5% vs. 12,3%) en dit verschil blijft significant na correctie voor leeftijd. Er kunnen geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen worden vastgesteld voor wat betreft suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden (4,4% van de vrouwen, 4,2% van de mannen, zie figuur 4.2)

## LEEFTIJD

Personen vanaf de leeftijd van 65 jaar hebben significant minder vaak (7,2% tot 8,0%) ooit gedachten aan suïcide gehad in vergelijking tot jongere personen (12,5% tot 19,4%). Dit gaat ook op voor suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden: bij diegenen van 65 jaar en ouder betreft het tussen 1,6% en 2,7%, terwijl het bij personen van 15 tot 64 jaar om 4,0% tot 6,1% gaat.

De kritische periode voor vrouwen situeert zich tussen de leeftijd van 45 en 54 jaar (7,4%). Tussen de leeftijd van 65 en 74 jaar melden zowel mannen als vrouwen het minst recente suïcidegedachten.

## GEWEST

Suïcidegedachten ooit in het leven zijn iets nadrukkelijker aanwezig in Wallonië (15,8%) dan in Vlaanderen (12,9%) en het percentage in Brussel ligt tussen beiden (niet significant). Recente suïcidegedachten (in de afgelopen 12 maanden) worden eerder in Brussel (4,9%) en Wallonië (5,9%) dan in Vlaanderen (3,3%) gemeld, verschillen die significant zijn, zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

## OPLEIDINGSNIVEAU

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

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

## EVOLUTIE

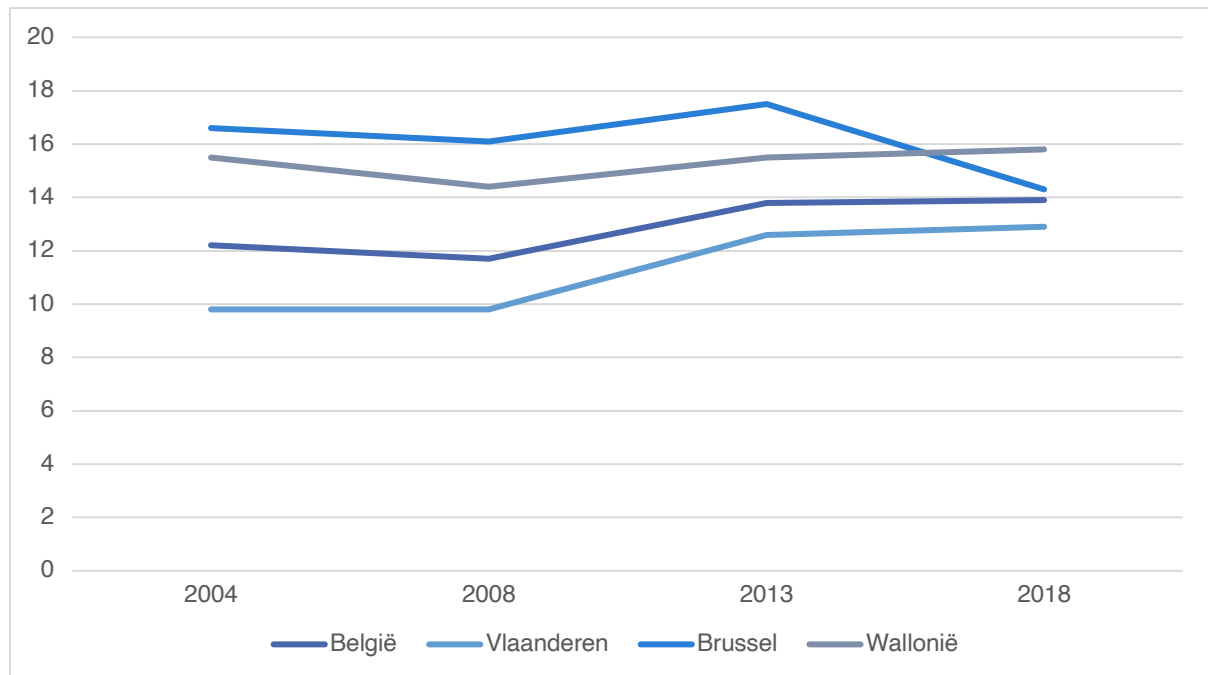
Zoals in figuur 4.3 te zien is, is het percentage mensen dat ooit aan suïcide heeft gedacht, tussen 2018 (13,9%) en 2013 (13,8%) stabiel gebleven in België, maar blijft groter dan in de periode 2004-2008 (ongeveer 12%). In figuur 4.4 zien we dat suïcidegedachten in de afgelopen 12 maanden in 2018 (4,3%) iets minder werden gemeld dan in 2013 (5,0%, niet significant) en sluiten nauwer aan bij het percentage uit 2008 (3,6%, niet significant). De resultaten tonen dus aan dat de waarden bekomen in 2018 deze van 2008 benaderen, maar nog niet echt verschillend zijn in vergelijking met de hoge waarden van 2013.

## GEWEST

In Brussel is het percentage van de bevolking dat al minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide heeft gedacht, gedaald van 17,5% in 2013 tot 14,3% in 2018. Deze daling wordt noch in het Vlaanderen, noch in Wallonië vastgesteld.

De prevalentie van mensen die recente suïcidegedachten melden, is in Vlaanderen (3,3%) gedaald in vergelijking met 2013 (4,9%) terwijl deze stabiel is gebleven in Brussel en Wallonië (niet significante verschillen), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

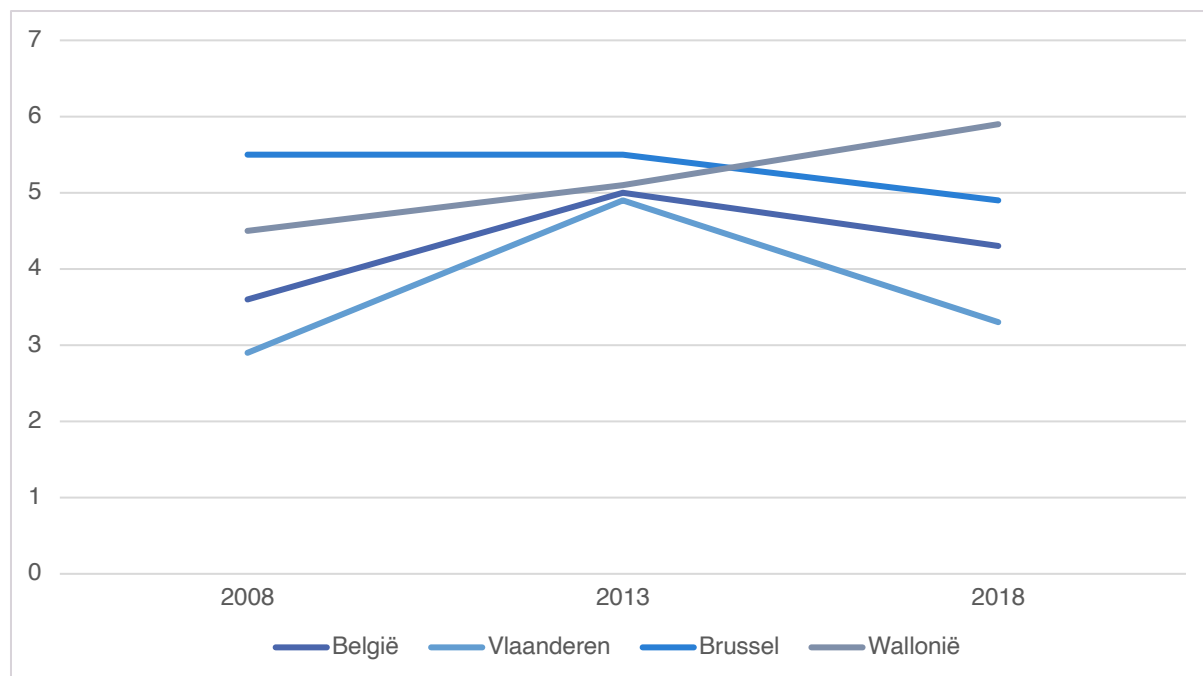
**Figuur 4.3. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.**



Bron: [Sciensano](#)



Figuur 4.4. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

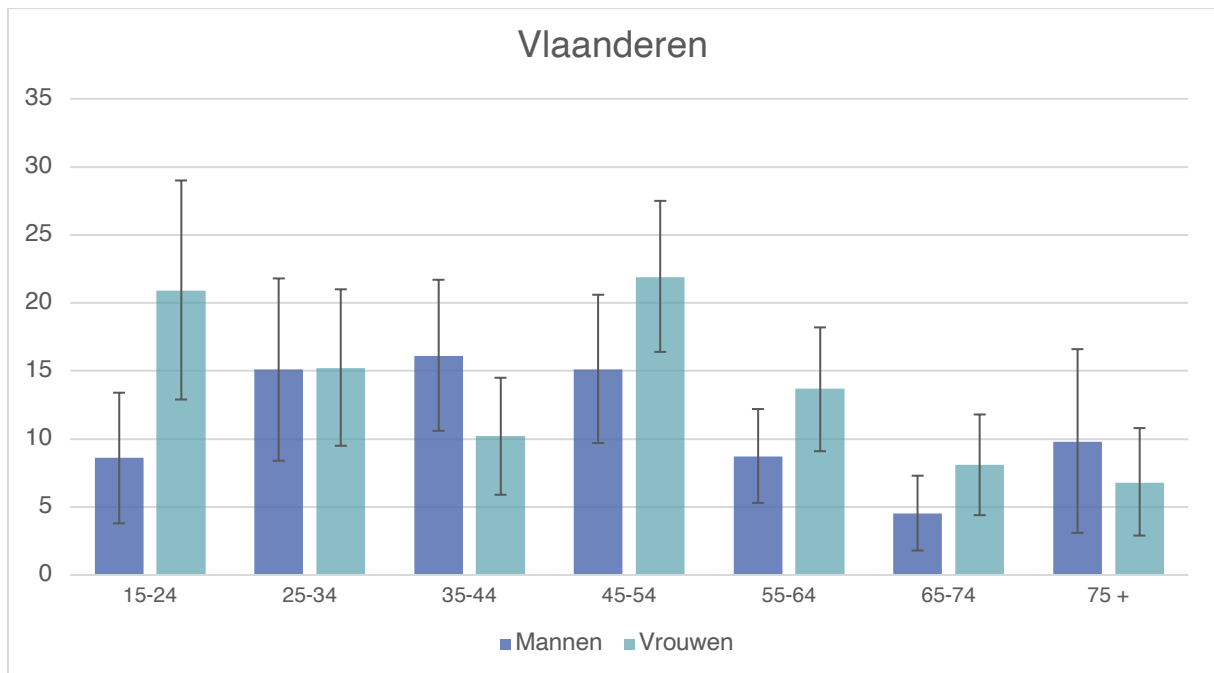
## 4.2. VLAANDEREN

### GEZONDHEIDSENQUÊTE

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **12,9% van de Vlaamse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht** (zie figuur 4.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 3,3% (zie figuur 4.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

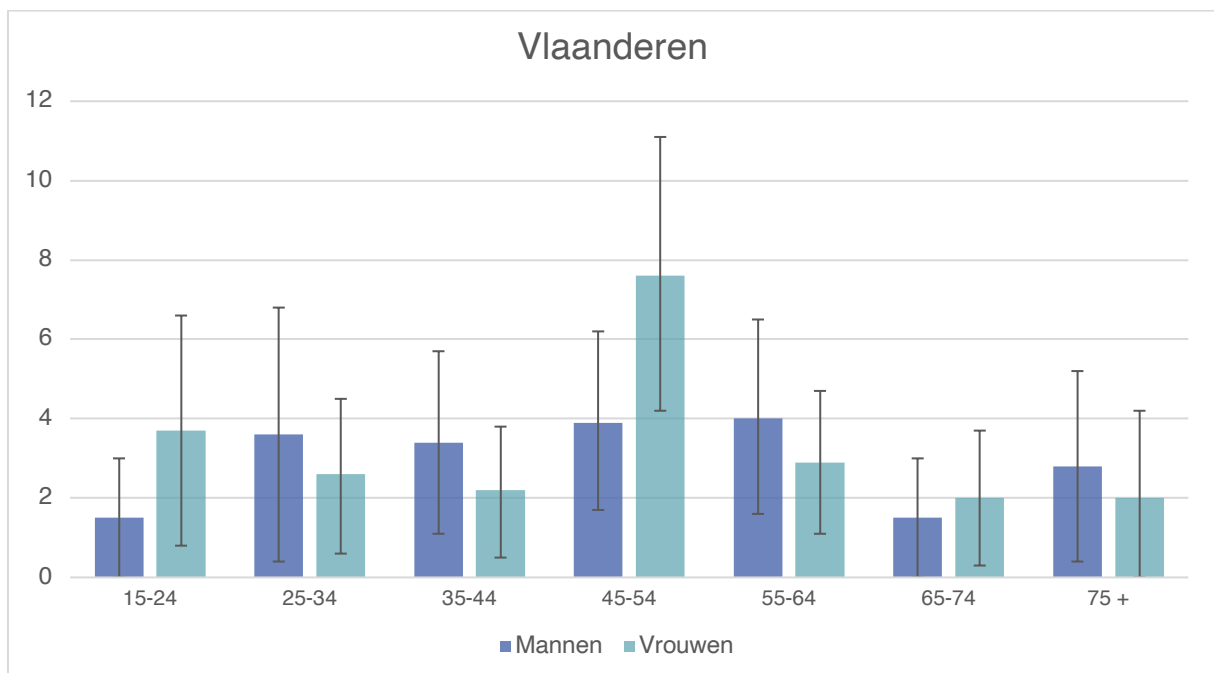
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we dat vrouwen ook hier over het algemeen meer denken aan suïcide, behalve in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar. Er kunnen geen verschillen in leeftijd en geslacht gevonden worden voor gedachten aan zelfmoord in de afgelopen 12 maanden.

Figuur 4.5. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 4.6. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## LEIDRAAD OPVANG EN EVALUATIE SUÏCIDALITEIT (LOES)

De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO & KIPEO), dit resulteerde in LOES. LOES is net zoals het IPEO/KIPEO een semi-gestructureerd interview maar naast het voeren van een gesprek met patiënten die een poging ondernamen, kan het nu ook gebruikt worden bij het voeren van een gesprek bij patiënten met (acute) suïcidale gedachten. Sinds 2021 is LOES gefinaliseerd en wordt vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. De implementatie is in volle gang en de komende jaren wordt dan ook verwacht dat steeds meer ziekenhuizen gebruikt zullen maken van LOES. In 2022 waren er negen Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan. Nog niet alle deelnemende ziekenhuizen die gebruikmaakten van IPEO/KIPEO maken inmiddels gebruik van LOES. Daarmee kunnen we op dit moment nog niets zeggen over hoe de cijfers binnen LOES zich verhouden tot de IPEO/KIPEO. In dit hoofdstuk worden de allereerste resultaten van deze data gerapporteerd. In totaal werden er 384 registraties ontvangen in 2022. Van de 384 registraties werd LOES gebruikt bij 109 patiënten die waren aangemeld met suïcidale gedachten.

**Tabel 4.1. Overzicht LOES registraties suïcidale gedachten volgens geslacht, absolute aantallen, 2022.**

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Suïcidale gedachten	49	60	109

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

In dit hoofdstuk worden enkel suïcidegedachten verder behandeld. In hoofdstuk 3 worden de aantallen met betrekking tot suïcidepogingen verder besproken.

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Bij 49 mannen (45,0%) en 60 vrouwen (55,0%) die werden aangemeld met suïcidale gedachten werd het gesprek rond suïcidaliteit gevoerd aan de hand van LOES.

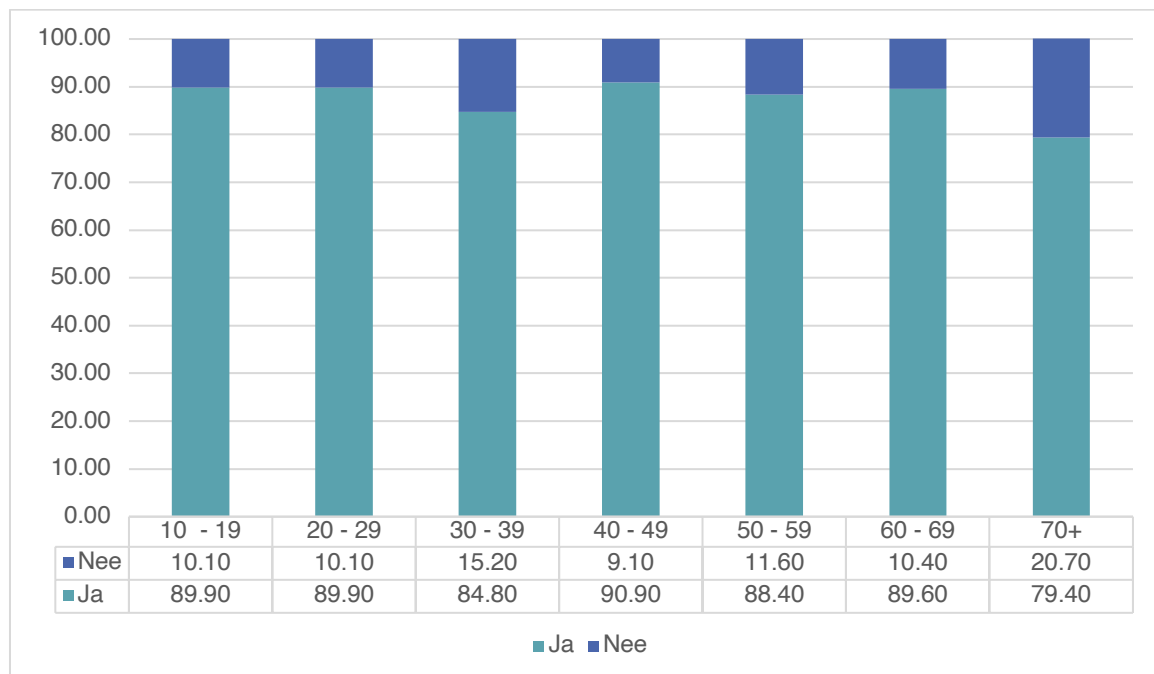
De gemiddelde leeftijd was 40,4 jaar (min. 15 jaar; max. 81 jaar). Voor mannen was dit 43,9 jaar (min. 17 jaar; max. 73 jaar) en voor vrouwen was dit 37,5 jaar (min. 15 jaar; max. 81 jaar)

## DE ZELFMOORDLIJN 1813

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

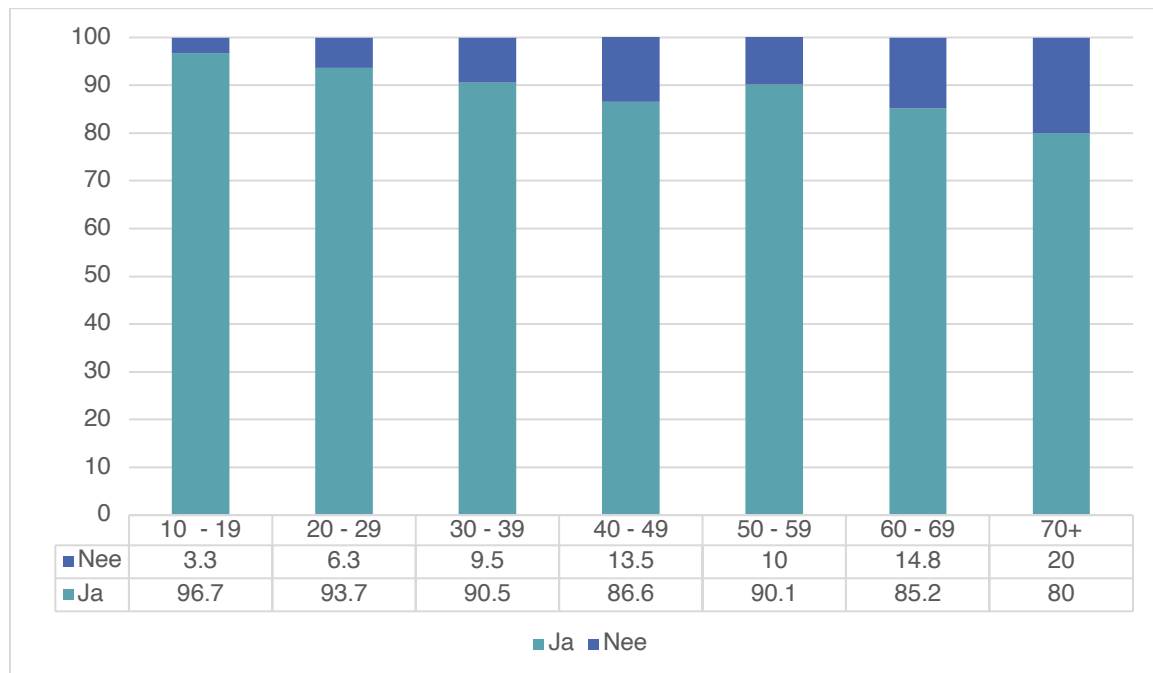
Figuur 4.7 en 4.8 tonen voor vrouwen en mannen afzonderlijk in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd tijdens het telefoon- of chatgesprek met de Zelfmoordlijn. Zoals verwacht, denkt het overgrote deel (90%) zelf ook aan zelfdoding op het moment dat zij de Zelfmoordlijn contacteren.

**Figuur 4.7. Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

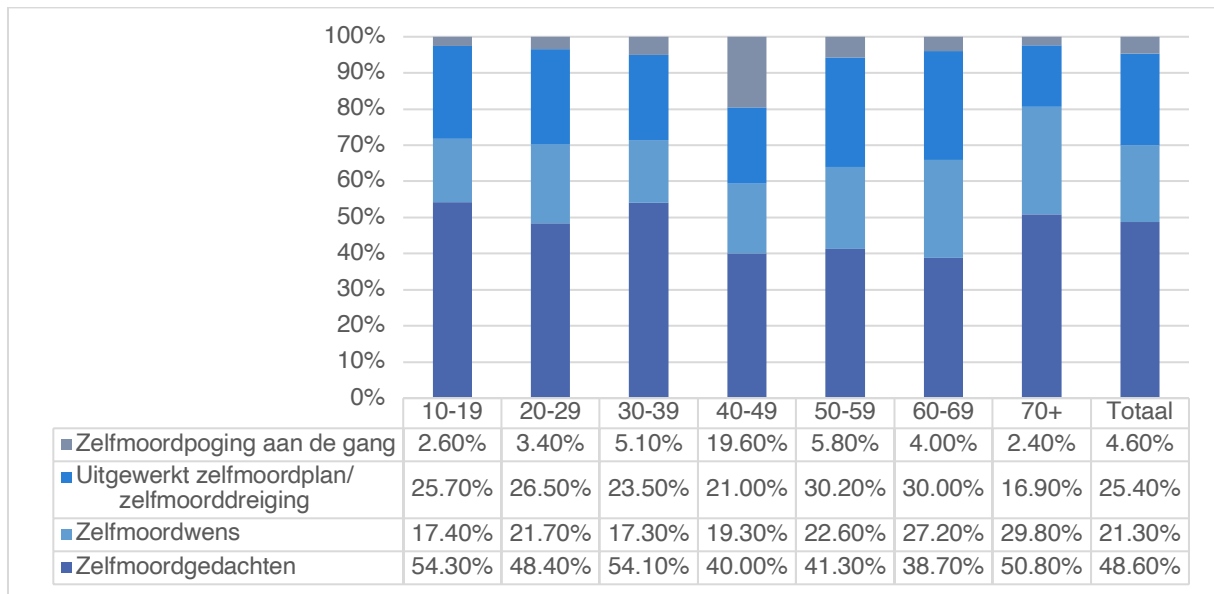
**Figuur 4.8. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.**



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

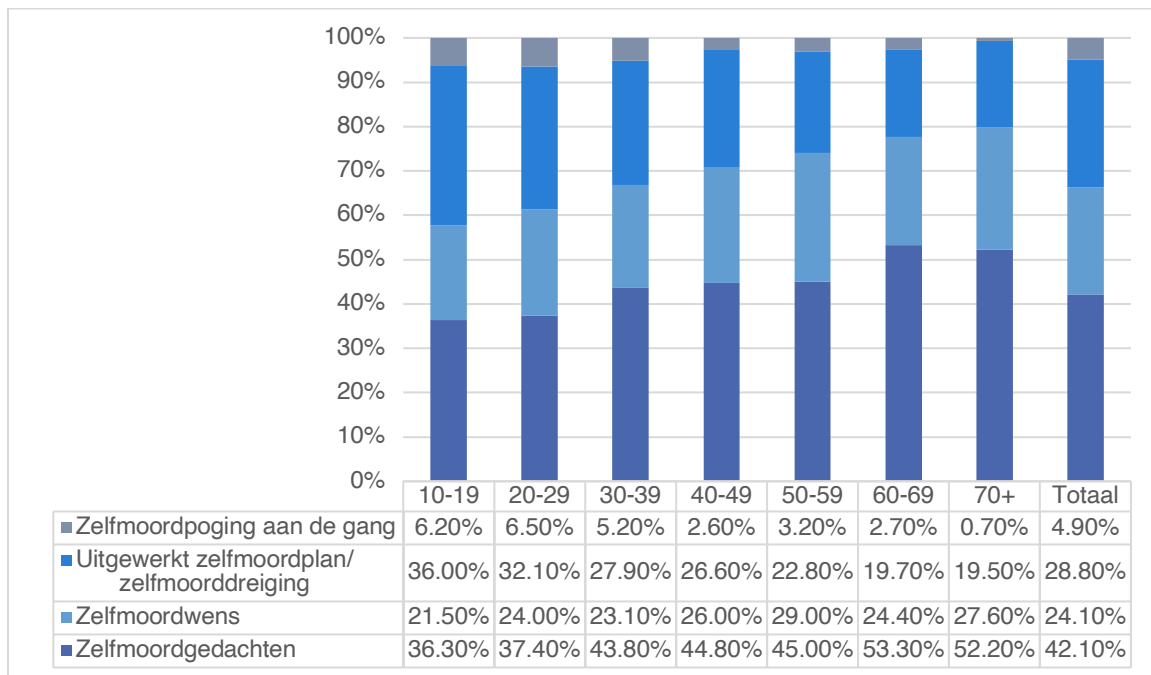
In figuur 4.9 en 4.10 is het suïcidale proces weergegeven wanneer de oproeper contact opnam met de Zelfmoordlijn. Zoals in de figuren te zien is, is er een duidelijk verschil zichtbaar naar gender en naar leeftijd. Bij vrouwen en met name jonge vrouwen wordt vaker een acutere situatie ingeschat. Bij vrouwen is er in 33,7% van de oproepen sprake van een uitgewerkt plan, concrete dreiging of een poging aan de gang. Bij mannen bedraagt dit 30%. De meeste acute situaties zijn te vinden bij volwassen mannen (40-49 jaar) en jonge vrouwen (10-19 jaar en 20-29 jaar). Bij jonge vrouwen van 10-19 jaar is in 6,2% en van 20-29 jaar in 6,5% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang. Bij mannen van 40-49 jaar is in 19,6% van de gesprekken een suïcidepoging aan de gang.

Figuur 4.9. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2023.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

Figuur 4.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2023.



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

## STUDIE JONGEREN EN GEZONDHEID

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

### PREVALENTIE

Het percentage jongeren dat aangaf meermaals zelfmoordgedachten gehad te hebben, bedroeg 22,3%.

### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

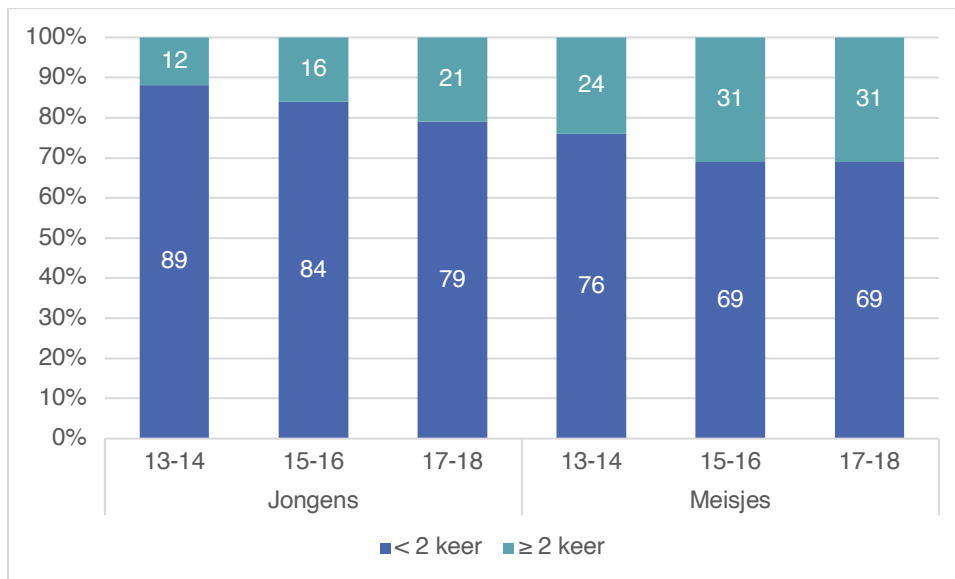
#### GESLACHT

De prevalentie van jongeren die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben bedroeg bij jongens 16,3% en bij meisjes 28,3% in 2022. Significanter meer meisjes dan jongens hebben twee keer of meer aan zelfmoord gedacht.

#### LEEFTIJD

De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt. Bij de jongens uit de leeftijdsgroep 13- tot 14-jarigen geeft 11,5% aan dat ze al meer dan eens erover nadachten om het leven te beëindigen. Op de leeftijd van 17 tot 18 jaar is dit toegenomen tot 21,2%. Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken, van 23,7% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 30,6% op 17- tot 18-jarige leeftijd. Zie figuur 4.11.

**Figuur 4.11. Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.**

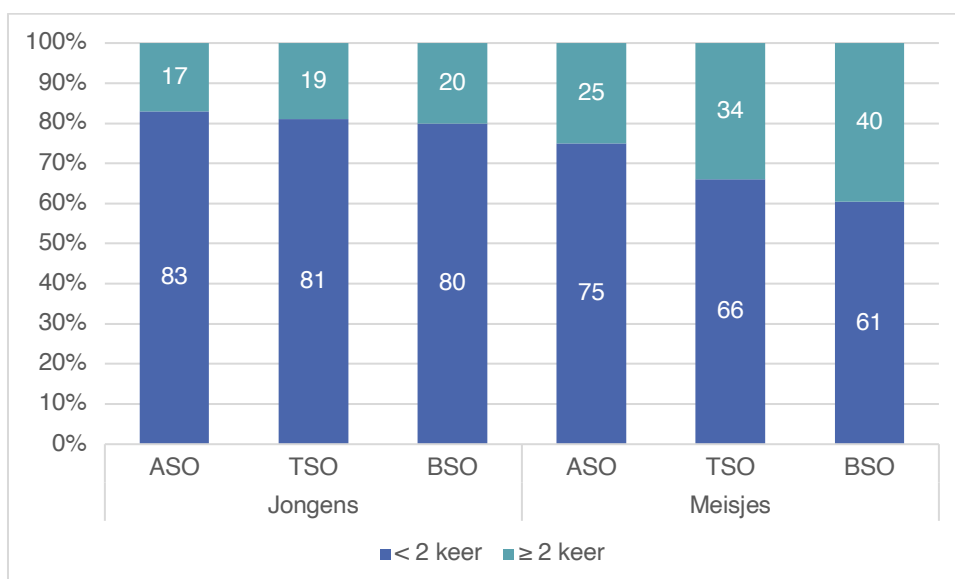


Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

#### OPLEIDING

Bij de jongens worden er geen significante verschillen gevonden in de prevalentie tussen de diverse opleidingsvormen. Bij de meisjes daarentegen worden significante verschillen waargenomen. De prevalentie van zelfmoordgedachten ligt beduidend hoger in het beroeps secundair onderwijs (39,5%) en het technisch secundair onderwijs (34%) ten opzichte van het algemeen secundair onderwijs (24,7%). Zie figuur 4.12.

**Figuur 4.12. Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.**



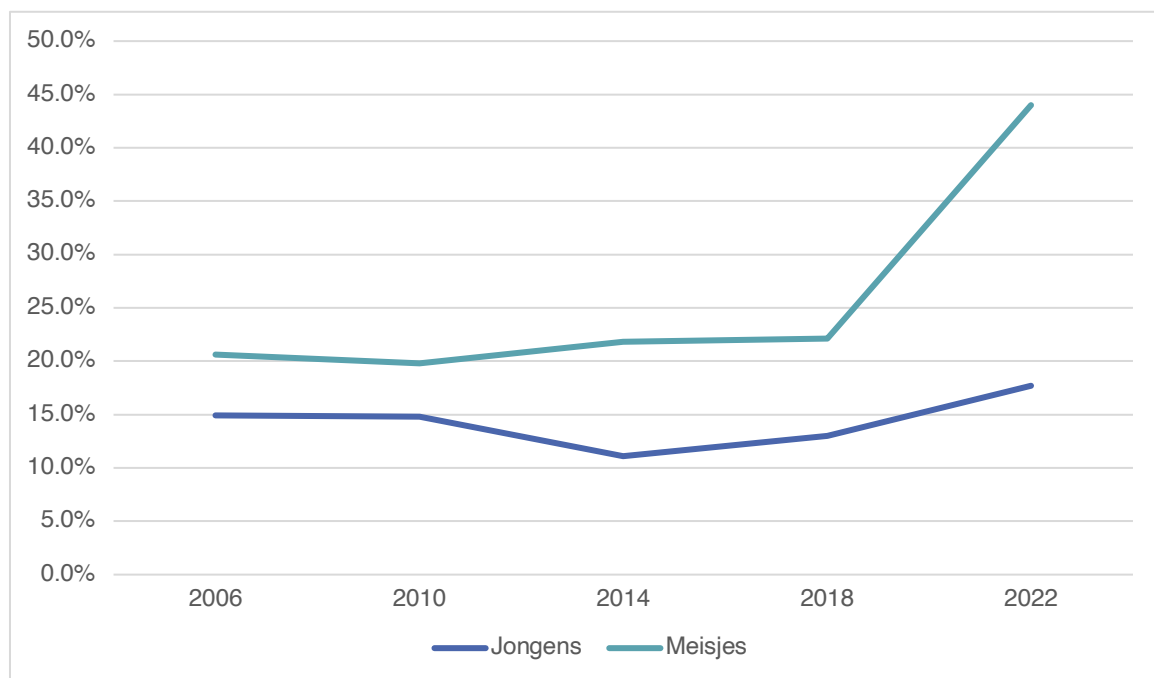


Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

## EVOLUTIE

In vergelijking met 2018 werd een ongunstige evolutie geobserveerd in de prevalentie van zelfmoordgedachten en dit bij alle jongeren en de jongens en de meisjes afzonderlijk (Zie figuur 4.13).

**Figuur 4.13. Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022.**



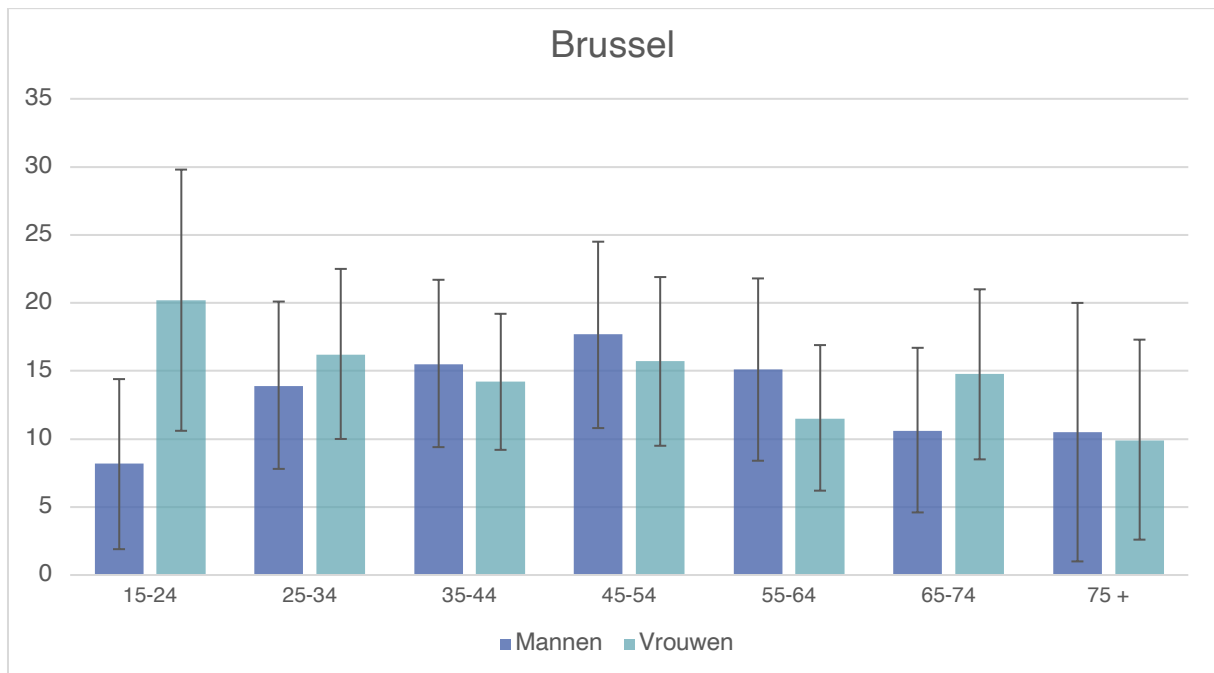
Bron: [Schrijvers et al., 2023](#)

## 4.3 BRUSSEL

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **14,3% van de Brusselse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht** (zie figuur 4.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 4,9% (zie figuur 4.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

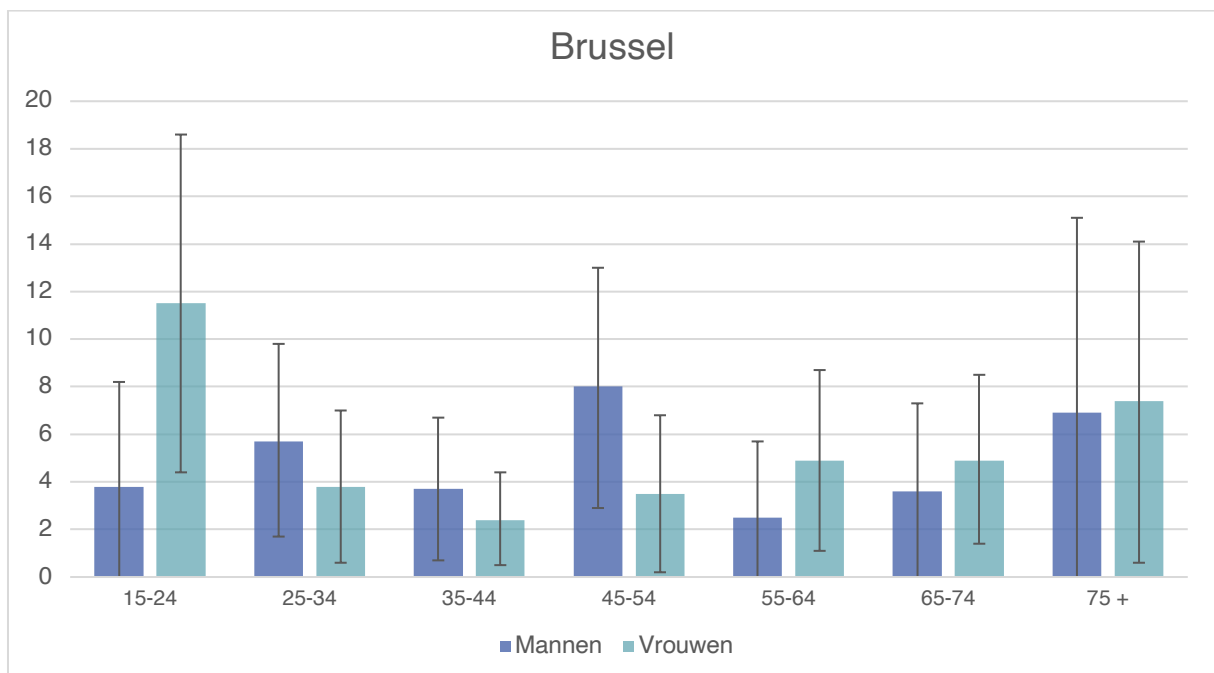
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we eerder een atypisch beeld, waarbij het niet altijd het geval is dat vrouwen gemiddeld gezien vaker aan zelfmoord denken in de loop van hun leven (zie figuur 4.14). Ook zien we dat er in Brussel is een relatief hoog percentage jonge vrouwen (11,5% in de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar) dat recent suïcidegedachten gehad heeft en een relatief hoger percentage mannen en vrouwen vanaf de leeftijd van 65 jaar die dergelijke gedachten recent gehad hebben (zie figuur 4.15).

Figuur 4.14. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 4.15. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



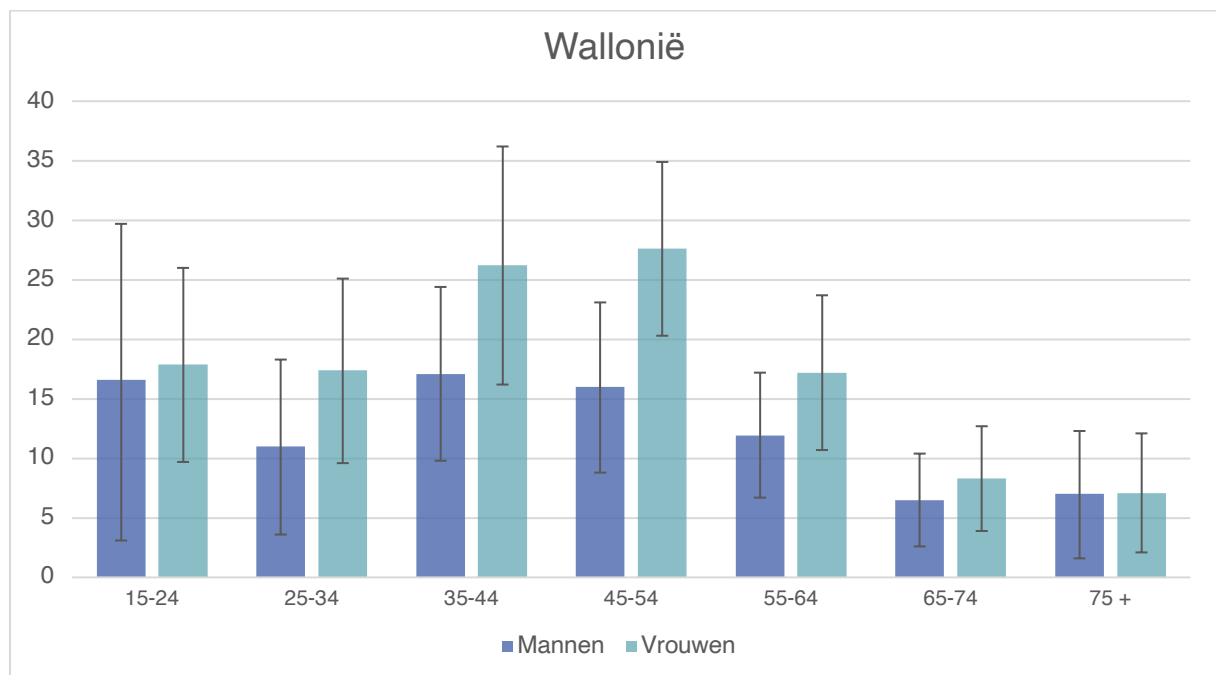
Bron: [Sciensano](#)

#### 4.4 WALLONIË

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **15,8 van de Waalse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht** (zie figuur 4.3). In de afgelopen 12 maanden was dit 5,9% (zie figuur 4.4). In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

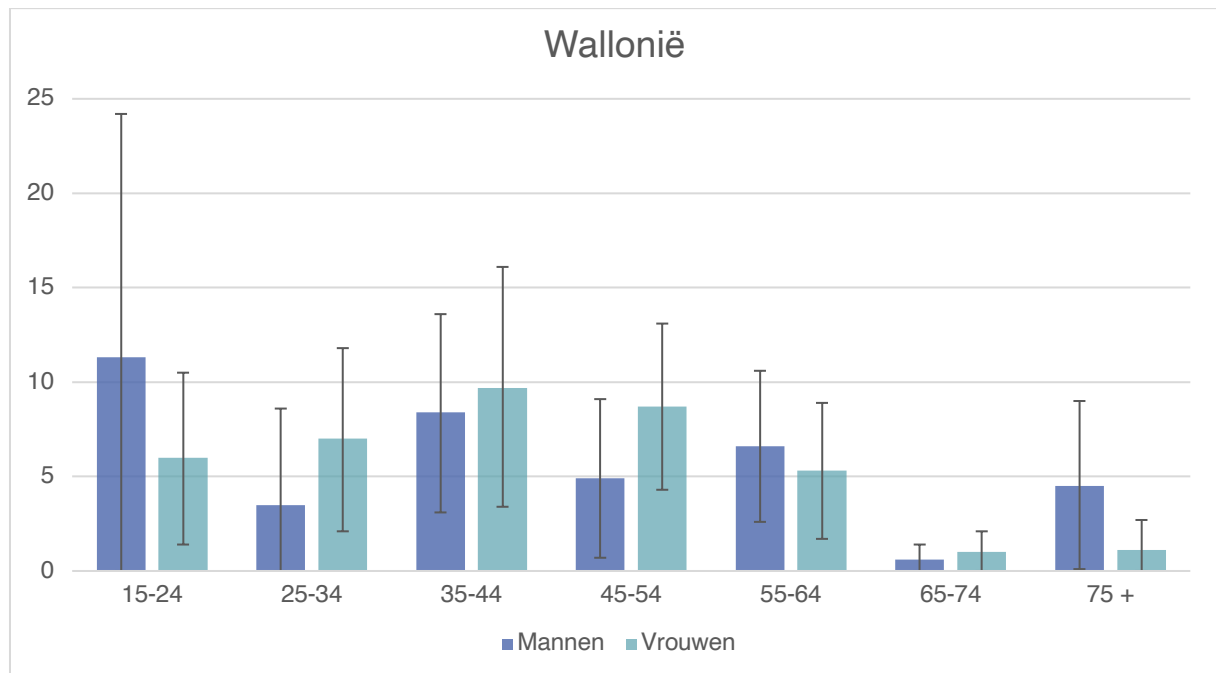
Net als in de andere gewesten, geven vrouwen in Wallonië relatief meer dan mannen aan ooit suïcidedachten gehad te hebben (respectievelijk 18,4% en 13,0%) en dit is ook zo over de verschillende leeftijdscategorieën. In Wallonië hebben relatief meer jonge mannen van 15 tot 24 jaar recent aan suïcide gedacht dan jonge vrouwen (respectievelijk 11,2% en 6,0%).

**Figuur 4.16. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.**



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 4.17. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

#### 4.5. COVID-19 PANDEMIE

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

##### COVID-19-GEZONDHEIDSENQUÊTE

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

Deelnemers aan de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij ooit in hun leven suïcidegedachten hadden ervaren. De antwoorden waren als volgt: "nee, nooit" (80%), "ja, maar enkel voor de start van de pandemie" (9%), "ja, zowel voor als tijdens de pandemie" (8%), en "ja, maar enkel tijdens de pandemie" (2,5%). Het percentage personen van 18 jaar en ouder die aangaven ooit in hun

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

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

Van diegenen die aangaven tijdens de pandemie zelfmoordgedachten te hebben gehad (8% + 2,5% = 10,5%), gaf een meerderheid (71%) aan dat deze gedachten voorkwamen in de laatste 3 maanden. In verhouding tot de gehele volwassen bevolking (18+ jaar) komt dit neer op ongeveer 7% die sinds 1 januari 2022 aan zelfmoord heeft gedacht.

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

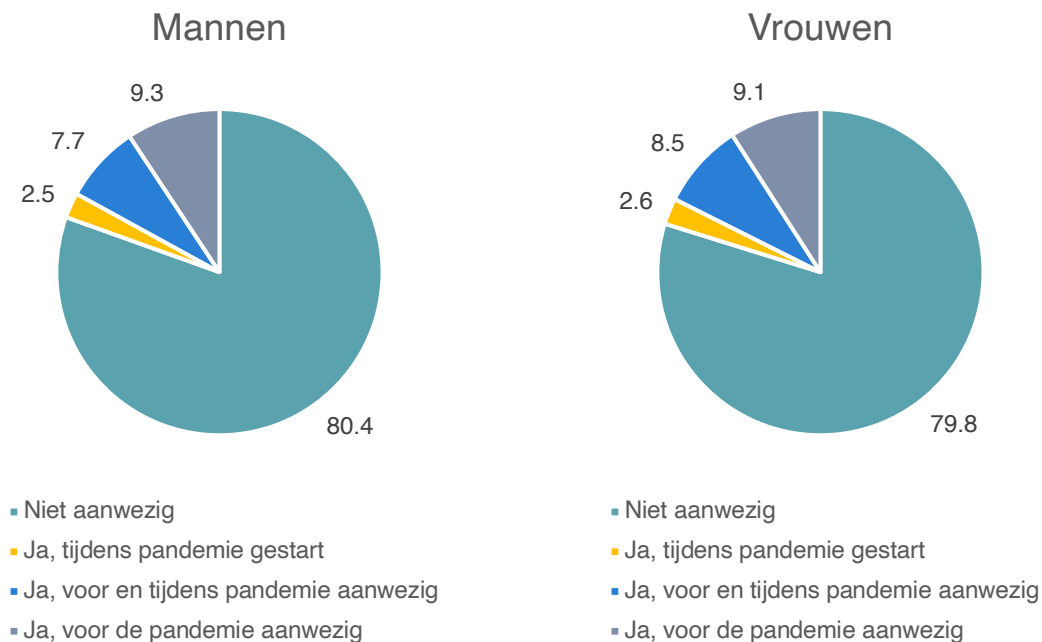
### GESLACHT

De resultaten van deze tiende COVID-19-Gezondheidsenquête geven aan dat er na correctie voor leeftijd geen onderscheid is voor wat betreft het voorkomen van suïcidale gedachten ooit in hun leven tussen mannen en vrouwen (zie figuur 4.18)

### LEEFTIJD

Er is een significant verschil tussen de verschillende leeftijdscategorieën: jongvolwassenen (18-29 jaar) gaven vaker aan "voor en tijdens" de pandemie (14,5%) en "alleen tijdens" de pandemie (5%) aan zelfmoord te hebben gedacht dan personen tussen 30-64 jaar (8% en 2% voor deze respectievelijke periodes) en 65-plussers (4% en 1% voor deze periodes).

Figuur 4.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19-gezondheidsenquête, België, 2022



#### OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

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

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

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

5. CIJFERS

# 5. GEESTELIJKE GEZONDHEID



## 5. CIJFERS GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

### 5.1. BELGIË

#### ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

#### PREVALENTIE

Uit de meest recente cijfers (2018) die door Sciensano worden verzameld in het kader van de Gezondheidsenquête<sup>8</sup>, blijkt dat de **gemiddelde score van psychisch welbevinden**, gemeten op basis van de GHQ-12, **1,7** bedraagt. De GHQ-12 meet het welbevinden op basis van een schaal gaande van 0 tot 12, waarbij elke eenheid een bijkomend subjectief probleem vertegenwoordigt.

Daarnaast bleek dat **één op de drie Belgen** (33%) van **15 jaar en ouder psychische problemen** heeft. Terwijl **17,7%** van de totale bevolking heeft **een reële kans op het ontwikkelen van een psychische aandoening**. Daarnaast was **één op de vijf personen** (19,4%) zich wat **minder of veel minder optimistisch** dan gewoonlijk voelde over zijn toekomst.

Wat betreft het psychische welbevinden worden vijf problemen vaker gemeld dan andere problemen, en dit zowel in 2018 als in 2008: het gevoel voortdurend onder druk te staan (28,7% vs. 19,7%), door zorgen veel slaap tekort gekomen (22,9% vs. 18,2%), het gevoel ongelukkig of neerslachtig te zijn (19,7%

---

<sup>8</sup> De vijfjaarlijkse Gezondheidsenquête geeft inzicht in de verschillende dimensies van de geestelijke gezondheid van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder en is gebaseerd op een netto steekproef van 10.000 deelnemers, waarvan 3.500 personen in Vlaanderen en Wallonië en 3000 personen in Brussel. In dit epidemiologisch rapport werden de resultaten opgenomen met betrekking tot psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische gezondheidsproblemen.

vs. 15,8%), het gevoel moeilijkheden niet de baas te zijn (15,5% vs. 11,5%) en het gevoel minder gelukkig dan gewoonlijk te zijn (12,1% vs. 10,1%).

#### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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

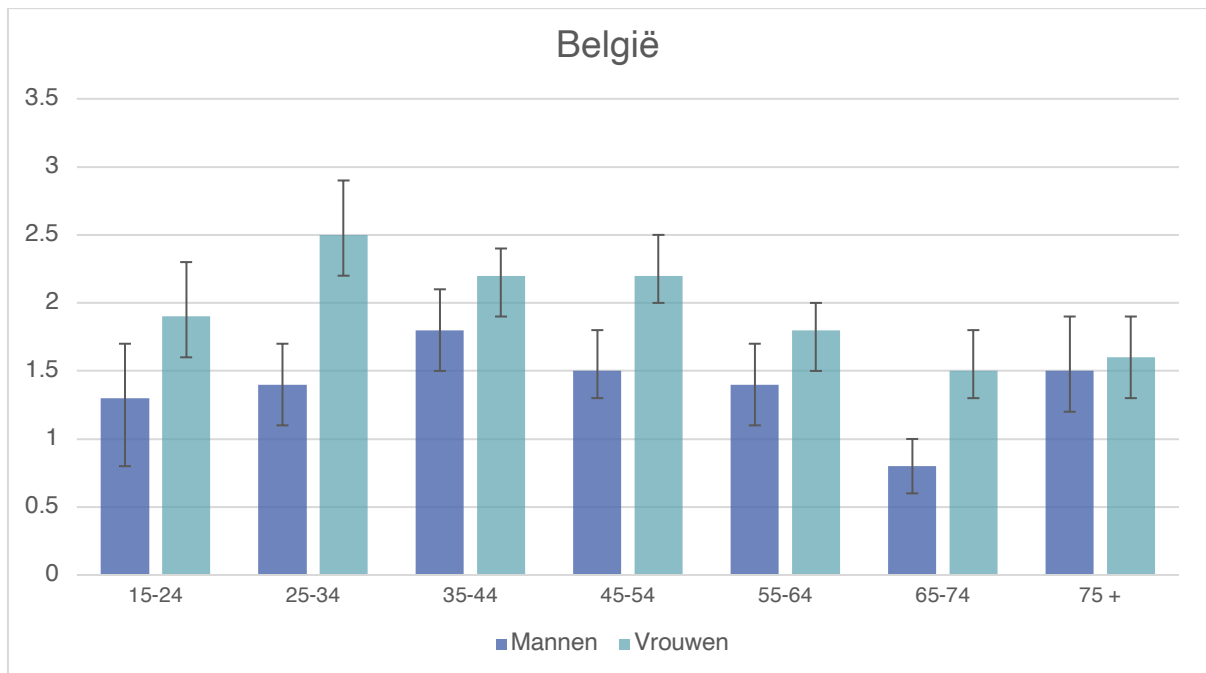
#### GESLACHT

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2 versus 1.4), hebben vaker psychische problemen (38,2% versus 26,8%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (21% versus 13,7%).

#### LEEFTIJD

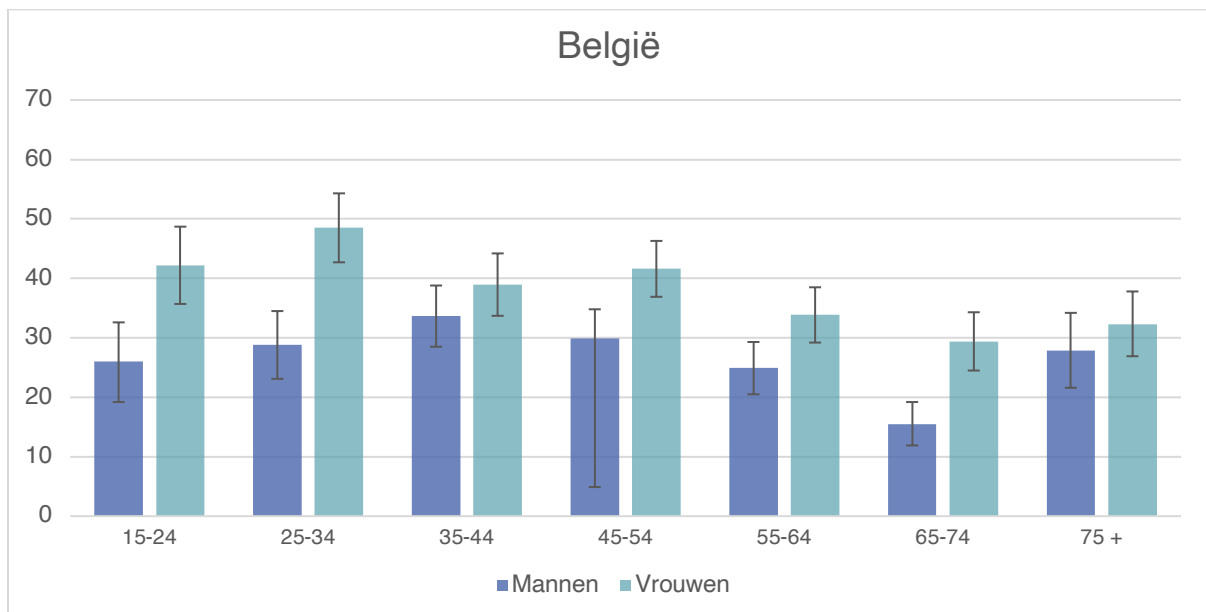
Jongvolwassenen (van 25 tot 44 jaar) hebben gemiddeld een minder gunstige score voor psychische welbevinden (2,0) dan ouderen van 55 jaar en ouder (tussen 1,2 en 1,6). Hetzelfde geldt voor de prevalentie van psychische problemen: hogere percentages bij volwassenen van 25 tot 54 jaar (35,8% tot 39,0%) dan bij ouderen van 55 jaar en ouder (22,9% tot 30,5%). De verschillen volgens leeftijd tonen aan dat de prevalentie van een mogelijke psychische aandoening de neiging heeft om te dalen vanaf een leeftijd van 45 jaar, terwijl deze dan weer licht stijgt bij 75+. Al is de prevalentie van 75+ nog steeds lager dan bij de jong volwassenen (15 tot 44 jaar). Zie figuren 5.1 t/m 5.4

Figuur 5.1. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



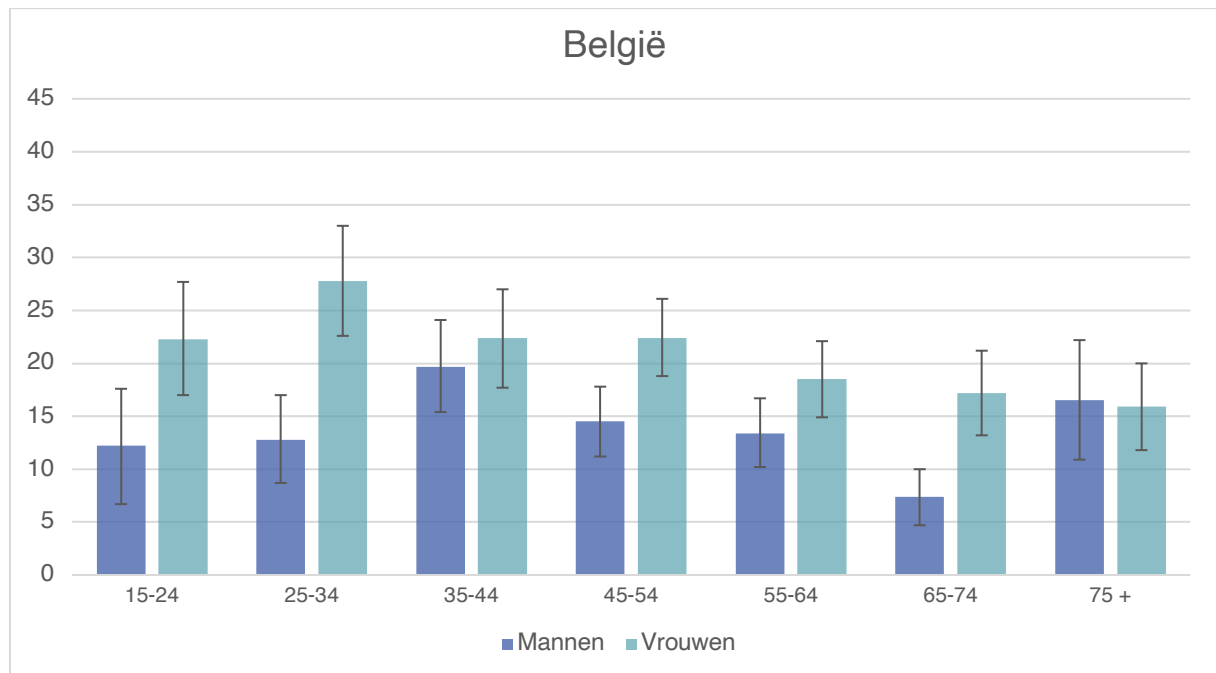
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.2. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.3. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

#### OPLEIDINGSNIVEAU

De gemiddelde score voor psychisch welbevinden en de prevalentie van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening variëren volgens het opleidingsniveau. De laagst opgeleiden (zonder diploma of met een diploma lager onderwijs) melden gemiddeld een minder gunstige score voor psychisch welbevinden (2,4) en psychische problemen (43,7%) en een mogelijke psychische aandoening (26,1%) in vergelijking met hoger opgeleiden (1,8; 33,5%; 20,1% respectievelijk)

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

#### EVOLUTIE

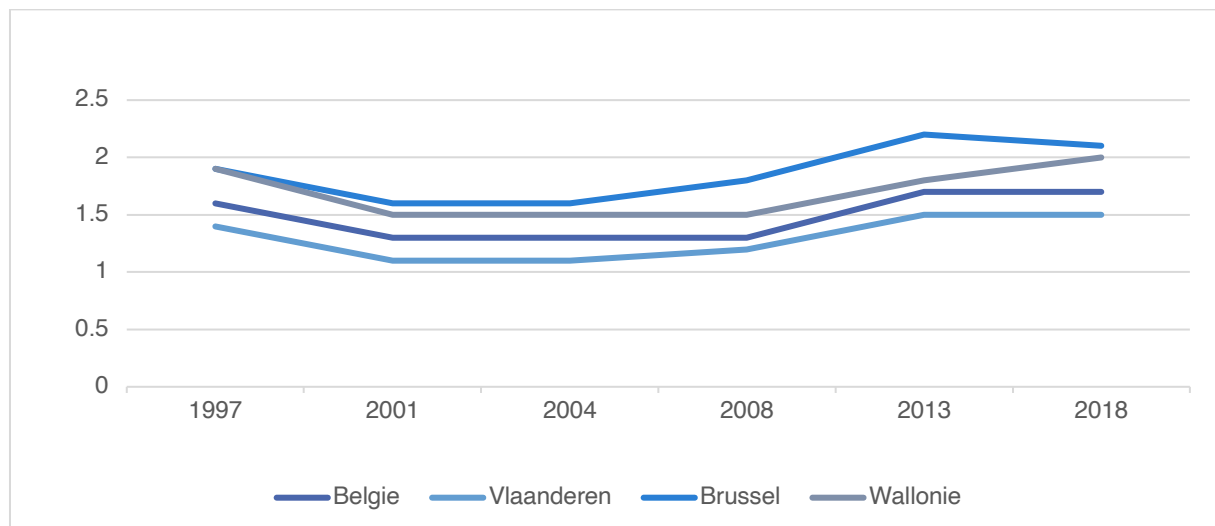
In de **afgelopen tien jaar** is er in België een **toename van het niveau van psychisch onwelbevinden** (Gisle et al., 2020). Zoals in figuur 5.4 te zien is, is de gemiddelde score van psychisch welbevinden stabiel gebleven in vergelijking met 2013 (1,7), maar gestegen (en dus minder positief) in vergelijking met de vorige enquêtes (1,3 in 2001, 2004 en 2008). De prevalentie van personen met psychische

problemen is nog steeds stijgend (zie figuur 5.5). Het percentage in 2018 (32%) ligt slechts iets hoger is dan in 2013 (31,8%). De prevalentie is daarmee net als in 2013 hoger dan in 1997 (31,1%). De prevalentie van een mogelijke psychische aandoening is tussen 2013 (17,9%) en 2018 (17,7%) stabiel gebleven, maar is in 2018 hoger dan in 2001-2008 (variatie tussen 12,7% en 14%) en vergelijkbaar aan 2017. Zie figuur 2.6).

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

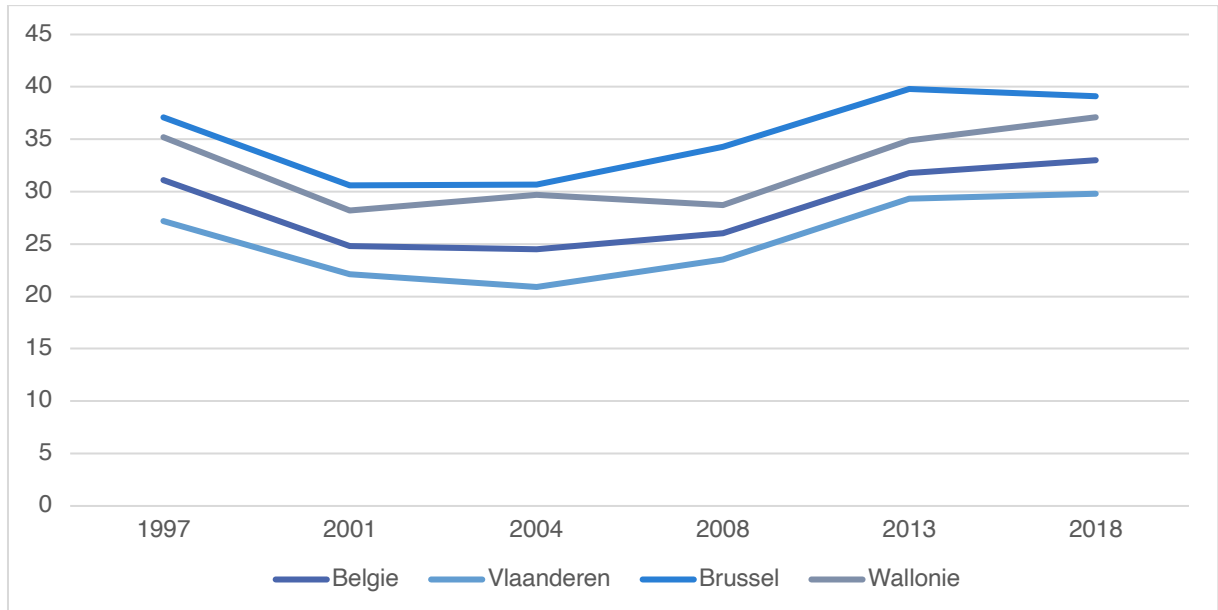
#### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

**Figuur 5.4. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.**



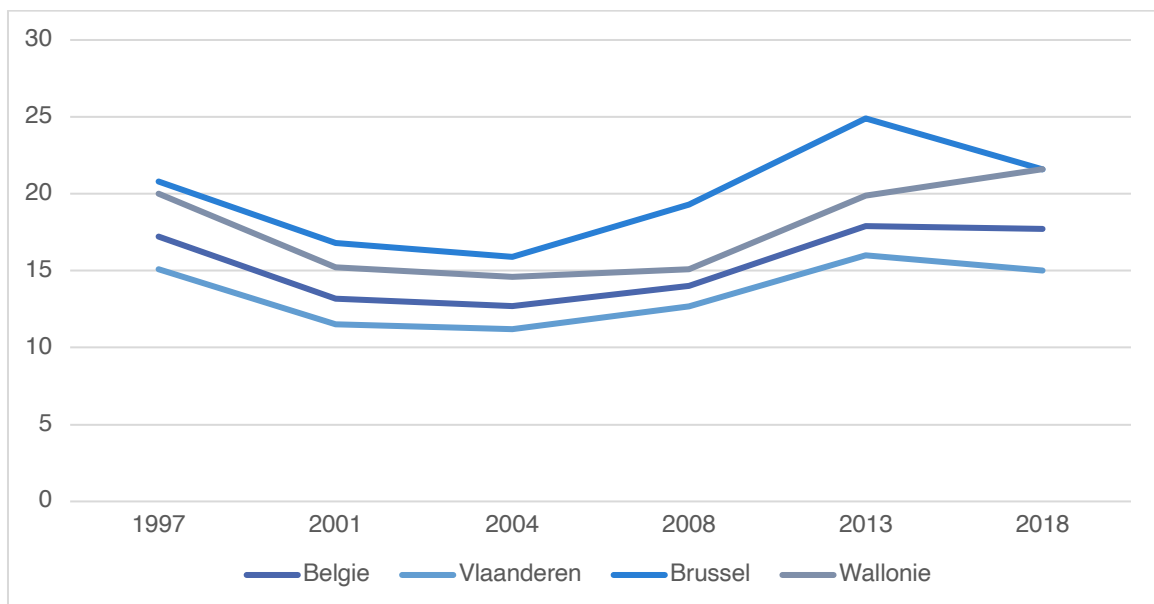
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.5. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.6. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

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

### PREVALENTIE

In 2018 geeft **11,2%** van de bevolking in België van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 3,4% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat bijna **één op de tien inwoners** van 15 jaar en ouder (9,4%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 4.8% van de bevolking. In 2018 geeft **7,2%** van de Belgen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

### SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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

### GEWEST

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

### EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (10,1%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 6,1 en 6,5%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager te zijn dan in 2013 (14,8%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (8,0-9,5%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (8,4%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

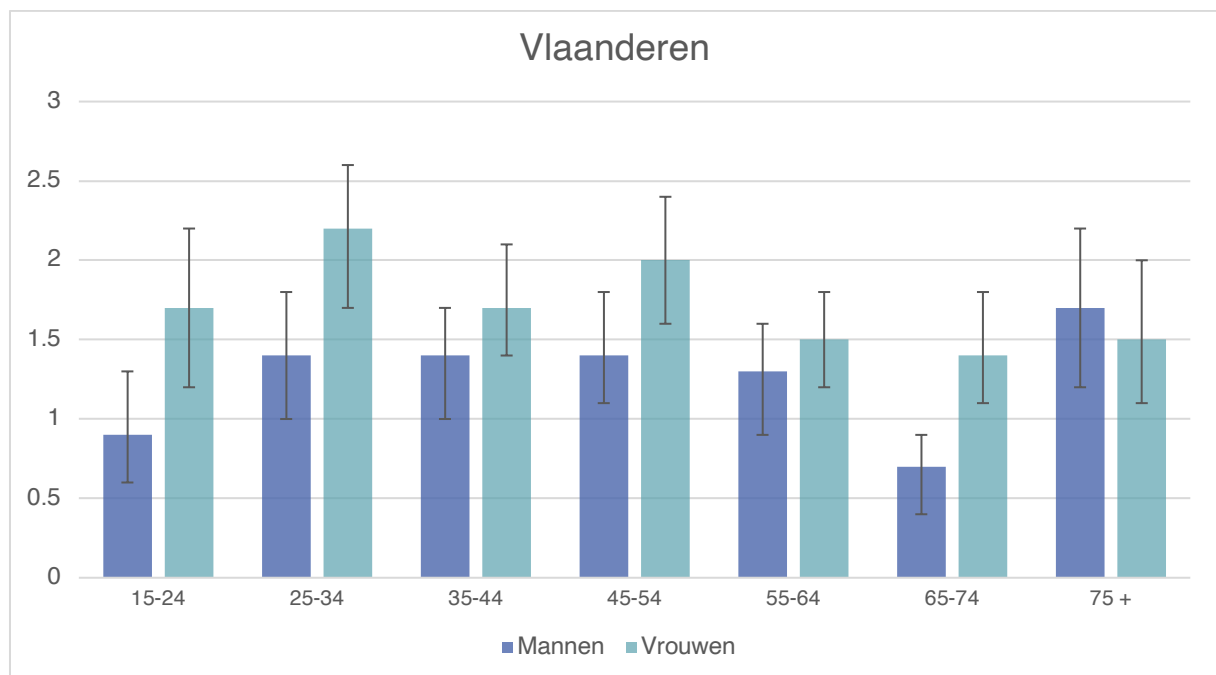
## ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

## PREVALENTIE

Het niveau van psychisch welbevinden is beter in Vlaanderen (1,5) dan in het Wallonië en Brussel (respectievelijk 2,0 en 2,1). De prevalentie van personen met psychische problemen is 29,8% in Vlaanderen, tegenover 37,1% in Wallonië en 39,1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening is 15,0% in Vlaanderen tegenover 21,6% in Wallonië en Brussel.

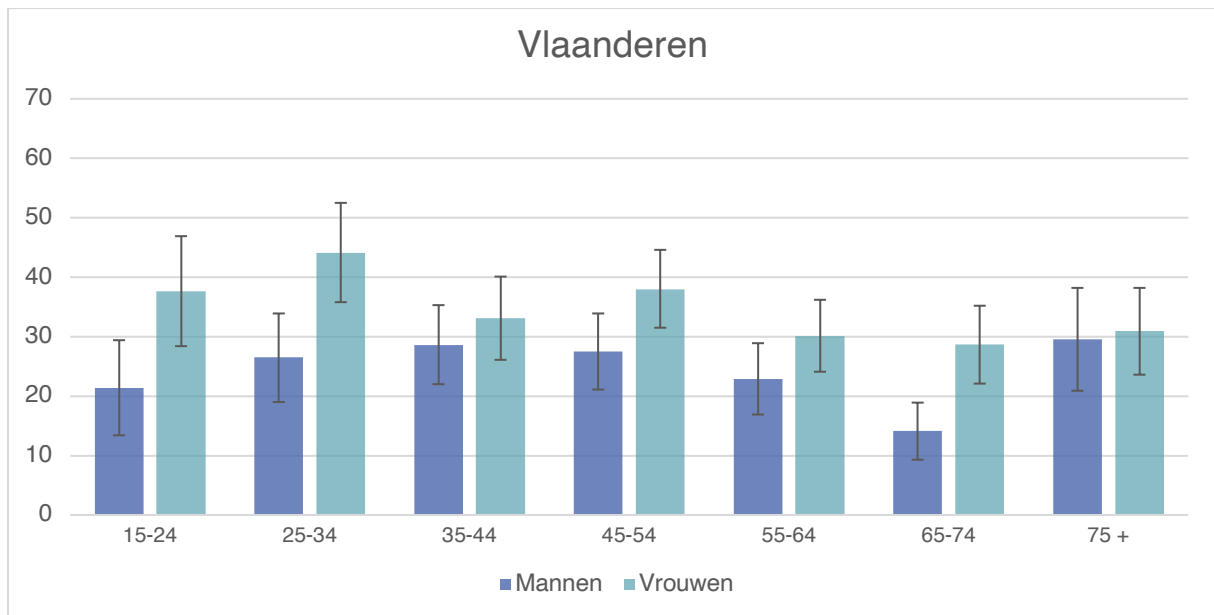
**Figuur 5.7. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.**



Bron: [Sciensano](#)

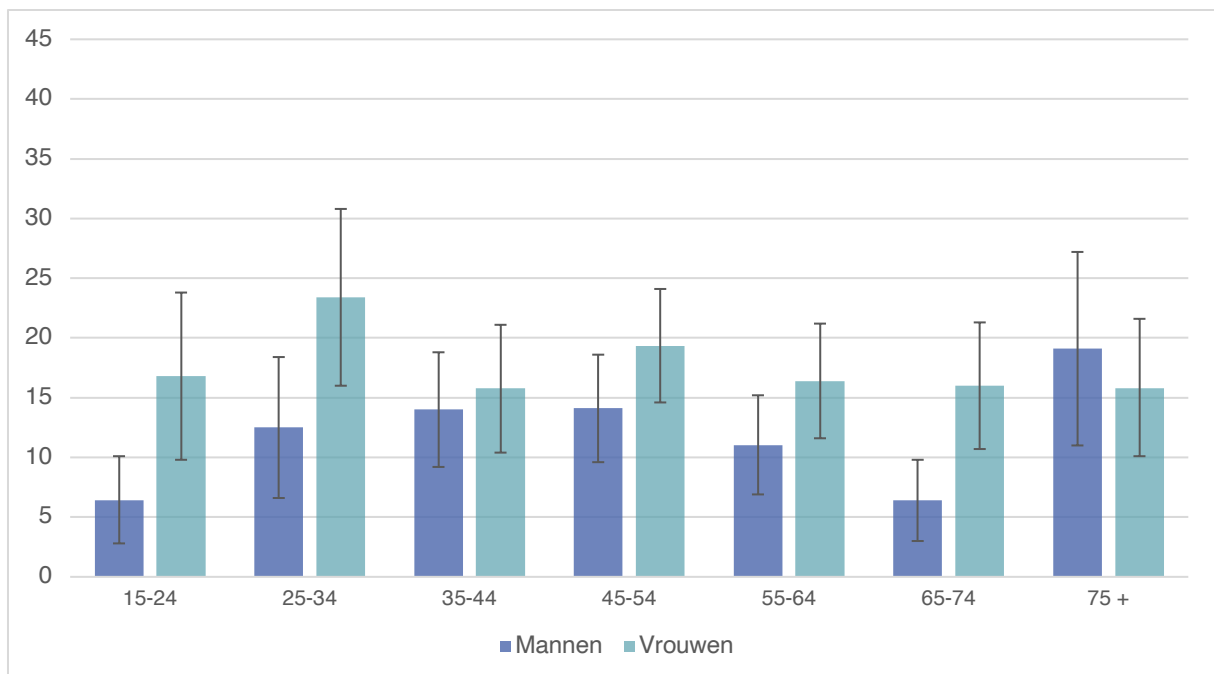


Figuur 5.8. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.9. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (1,7 versus 1,3), hebben vaker psychische problemen (34,7% versus 24,6%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (17,8% versus 12,0%).

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

### EVOLUTIE

In Vlaanderen was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (figuur 5.4 t/m 5.6 op p. 101).

## SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **8,6%** van de bevolking in Vlaanderen van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 2,4% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat **6,4%** van de bevolking van 15 jaar en ouder kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 0,7% van de bevolking. In 2018 geeft **5,7%** van de Vlamingen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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

### GEWEST

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

## EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (9,2%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 5,3 en 5,8%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt een stuk lager te zijn dan in 2013 (13,3%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (6,8-8,2%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (6,5%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

## 5.3 BRUSSEL

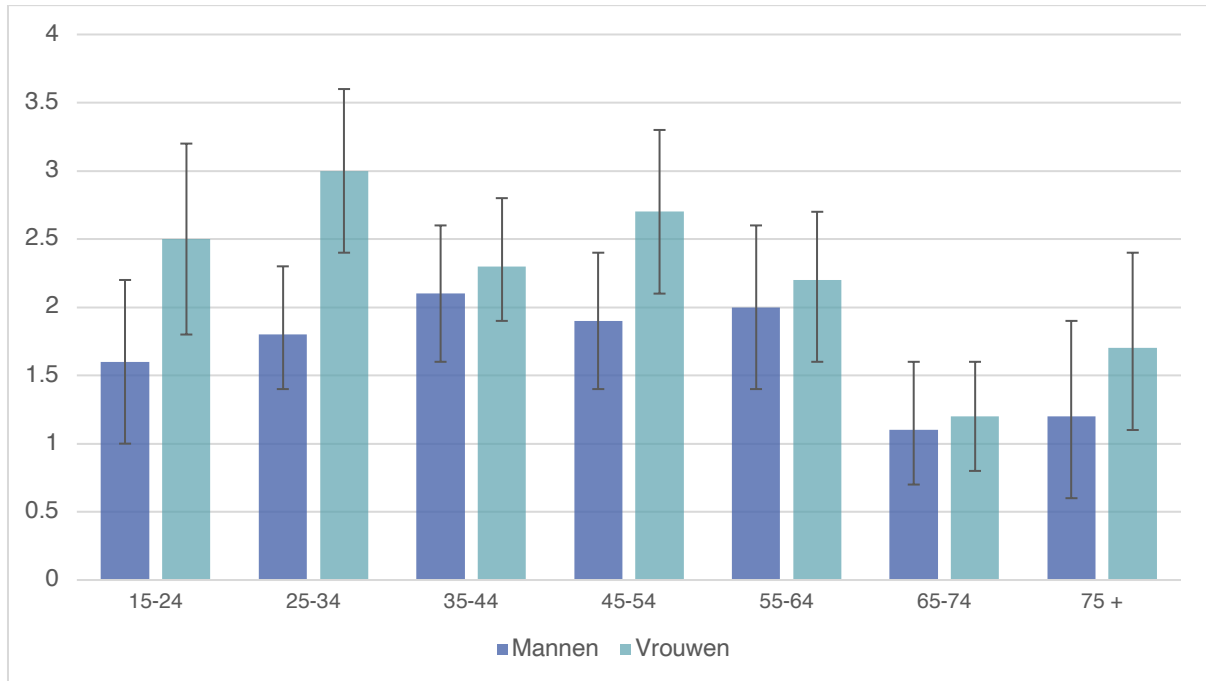
### ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

## PREVALENTIE

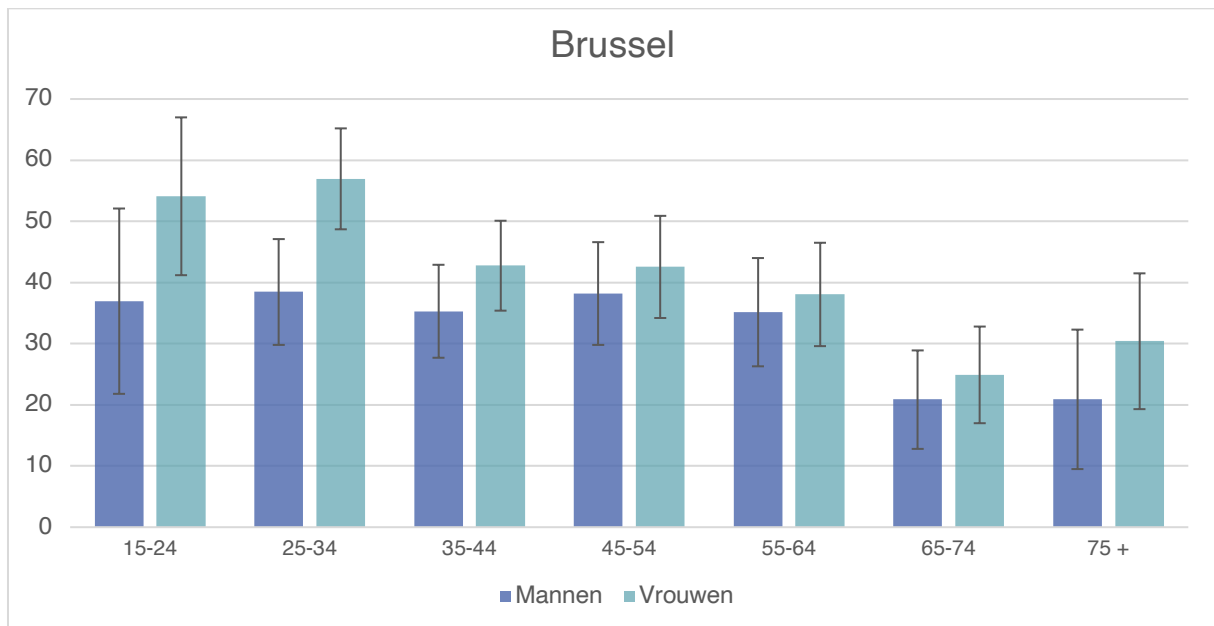
Het niveau van psychisch welbevinden is in Brussel is 2,1. De prevalentie van personen met psychische problemen is 39.1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening is 21,5% in Brussel.

Figuur 5.10. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



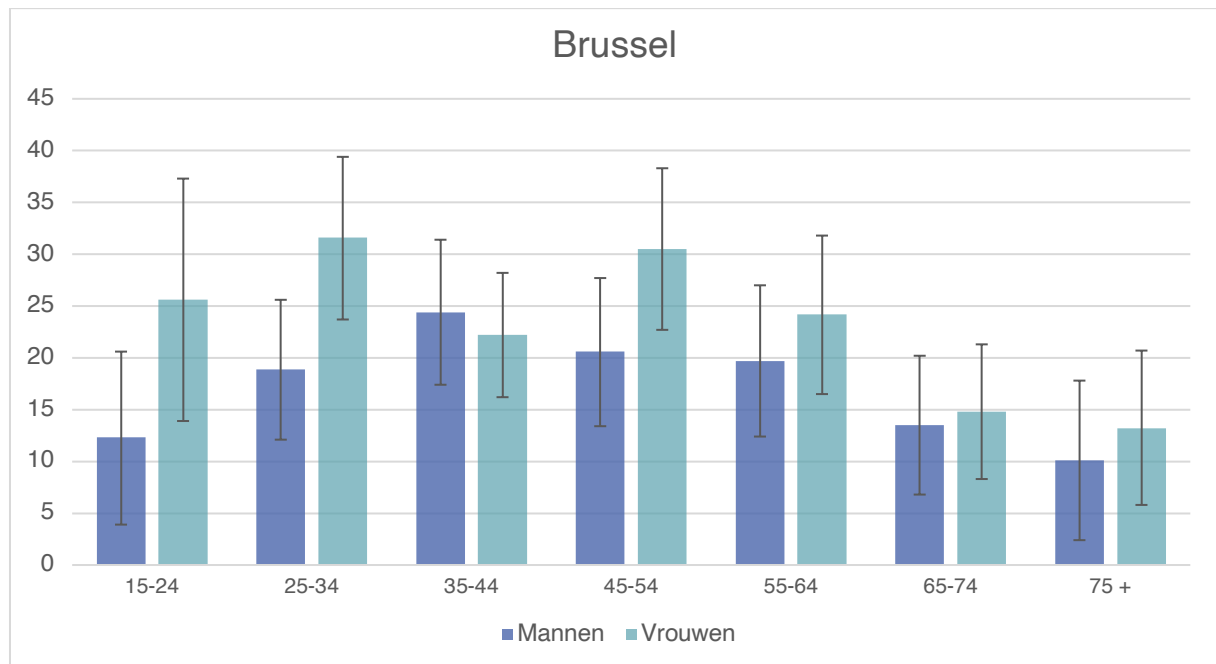
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.11. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.12. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2,4 versus 1,8), hebben vaker psychische problemen (43,4% versus 34,5%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (24,5% versus 18,6%). Het is opmerkelijk is dat bijna de helft (iets meer dan 43%) van de vrouwen in Brussel psychische problemen meldt.

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

### EVOLUTIE

In Brussel was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (zie figuur 5.4 t/m 5.6 op p. 101).

## SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **12,4%** van de bevolking in Brussel van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 4,2% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat bijna **één op de acht inwoners** van 15 jaar en ouder (12,8%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 1,7% van de bevolking. In 2018 geeft **12,2%** van de bevolking in Brussel van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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

## EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 gelijk gebleven (10,1%), maar blijft hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 7,0 en 9,1%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager te zijn dan in 2013 (18,2%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (9,5-13,8%). Voor eetstoornissen is de prevalentie licht gedaald ten opzichte van 2013 (12,6%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

## 5.4 WALLONIË

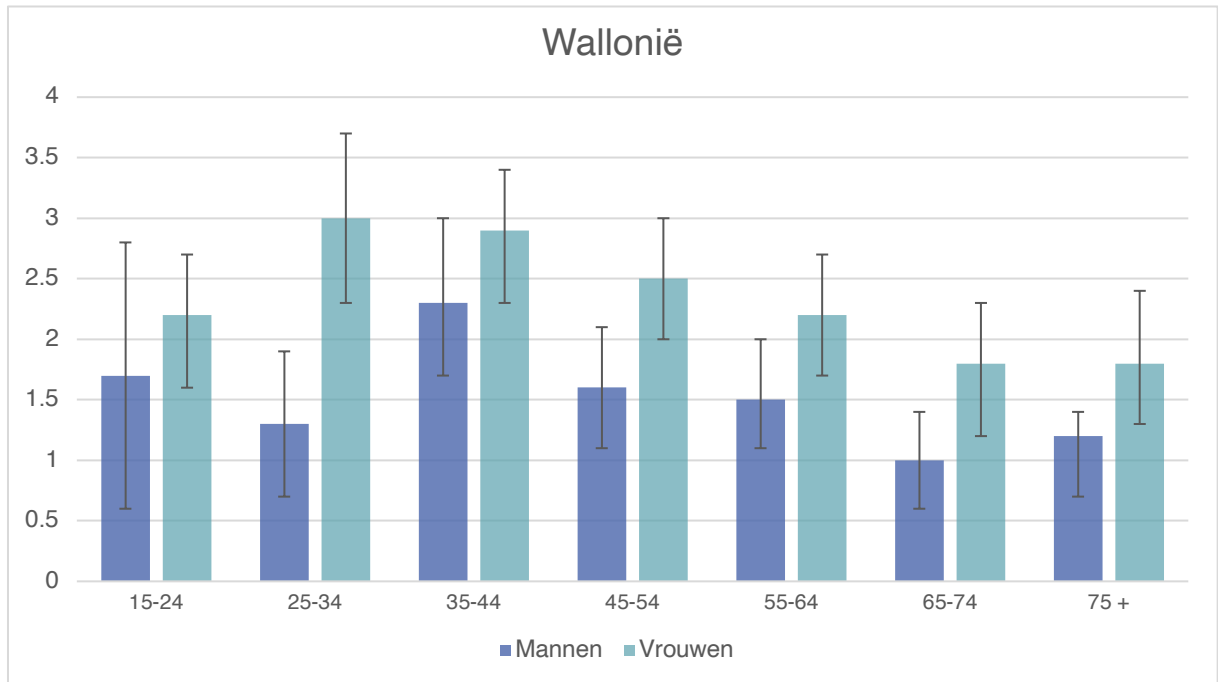
## ALGEMENE GEESTELIJKE GEZONDHEID

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

## PREVALENTIE

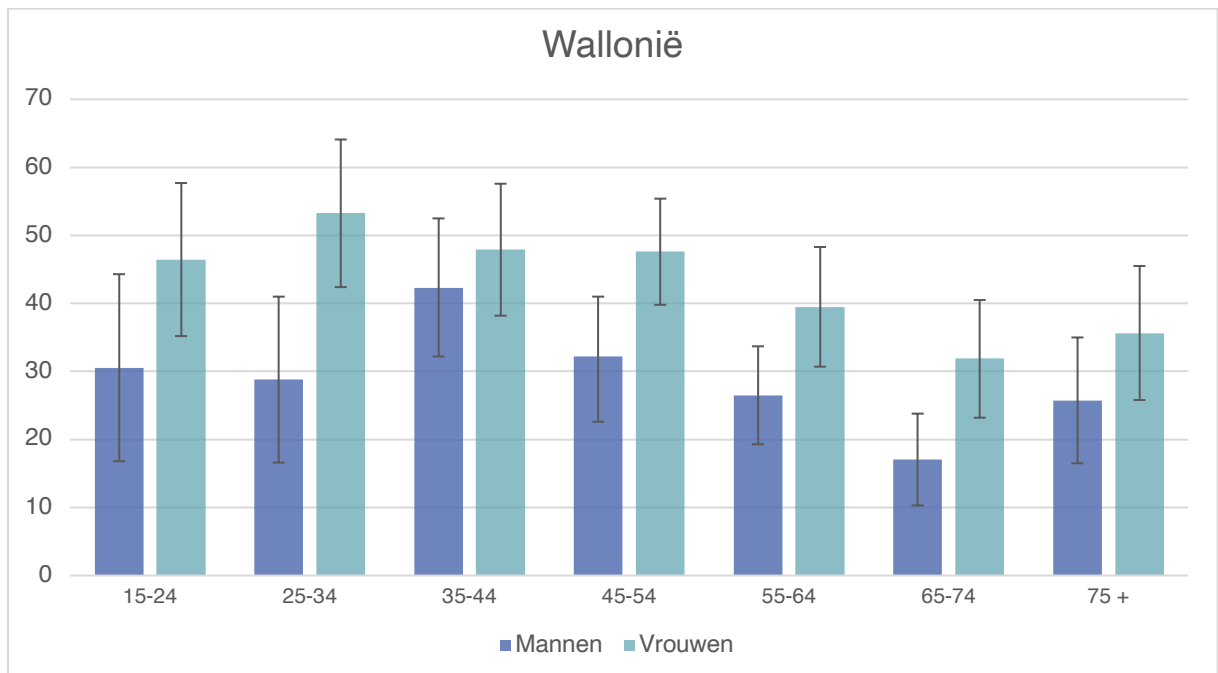
Het niveau van psychisch welbevinden in Wallonië is 2,0. De prevalentie van personen met psychische problemen is 37,1%, terwijl de prevalentie van de mogelijkheid van een psychische aandoening 21,6% is in Wallonië.

Figuur 5.13. Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.



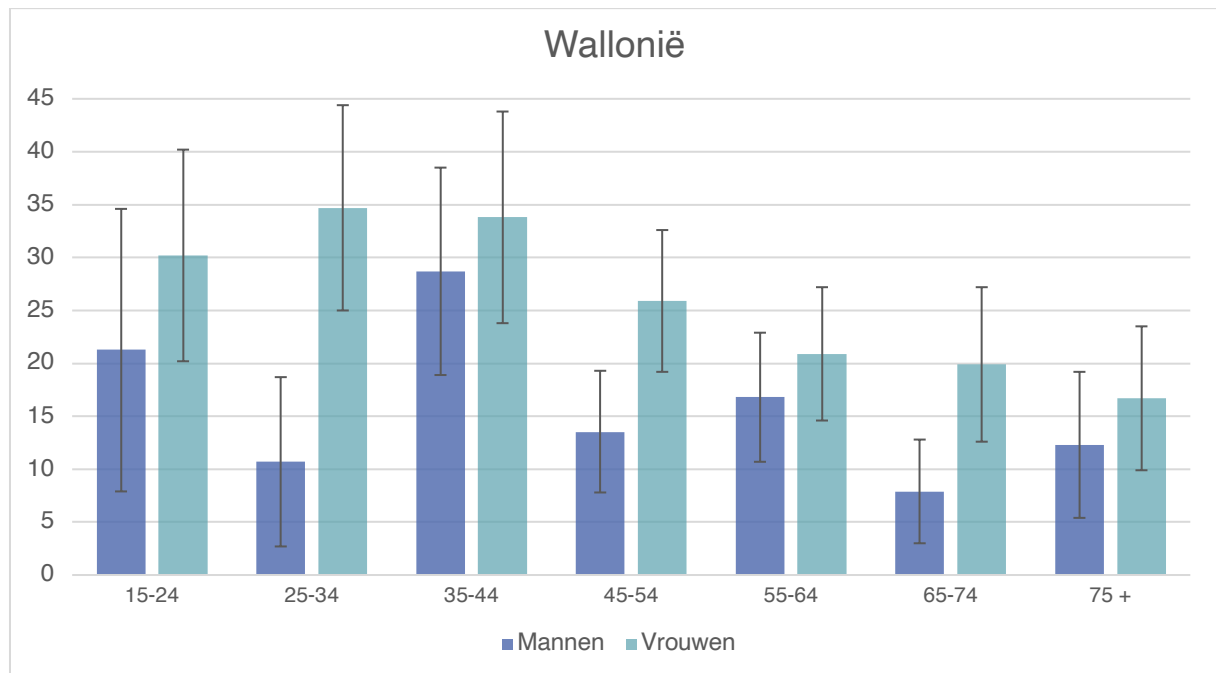
Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.14. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

Figuur 5.15. Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.



Bron: [Sciensano](#)

## SOCO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT EN LEEFTIJD

Vrouwen scoren slechter dan mannen voor wat betreft psychisch welbevinden (2,4 versus 1,6), hebben vaker psychische problemen (43,6% versus 29,8%) en hebben een groter aandeel in de personen met een reële kans op een psychische aandoening (26,3% versus 16,5%).

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

### EVOLUTIE

In Wallonië was de gemiddelde score voor psychische welbevinden en de prevalenties van psychische problemen en een mogelijke psychische aandoening gelijkaardig aan de cijfers van 2013, maar hoger dan de cijfers die werden verkregen in de periode tussen 2001 en 2008 (zie figuur 5.4 t/m 5.6 op p. 101).



## SPECIFIEKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

In 2018 geeft **15,5%** van de bevolking in Wallonië van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis** aan, waarvan voor ongeveer één derde – of 5,1% van de bevolking – sprake is van een ernstige stoornis. Uit de bevraging van 2018 blijkt daarnaast dat iets meer dan **één op de acht inwoners** van 15 jaar en ouder (13.8%) kampt met een **depressieve stoornis**. Voor de prevalentie van een ernstige depressieve stoornis gaat het om 2,5% van de bevolking. In 2018 geeft **9,1%** van de Walen van 15 jaar en ouder aan geconfronteerd te worden met een **eetstoornis**.

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

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

## EVOLUTIE

De prevalentie van angststoornissen is in vergelijking met 2013 licht gestegen (15,5%), en blijft ook hoger dan in de periode 2001-2008 (tussen 7,2% en 7,9%). De prevalentie van depressieve stoornissen lijkt lager te zijn dan in 2013 (16,8%) en benadert de in 2001-2008 verkregen cijfers (9,7-11,0%) al is het in 2018 nog steeds hoger dan tijdens 2001-2008. Voor eetstoornissen is de prevalentie licht en niet significant gedaald ten opzichte van 2013 (11,2%), hiervan zijn geen cijfers uit eerdere jaren beschikbaar.

## 5.5. COVID-19 PANDEMIE

### COVID-19-GEZONDHEIDSENQUETE

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

de 10<sup>e</sup> COVID-19-gezondheidsenquête<sup>9</sup> (april 2022), dat de **bevolking nog steeds zeer gedestabiliseerd** is en **lijdt aan psychische problemen** (Flamant et al., 2022; Dugailliez, 2022).

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

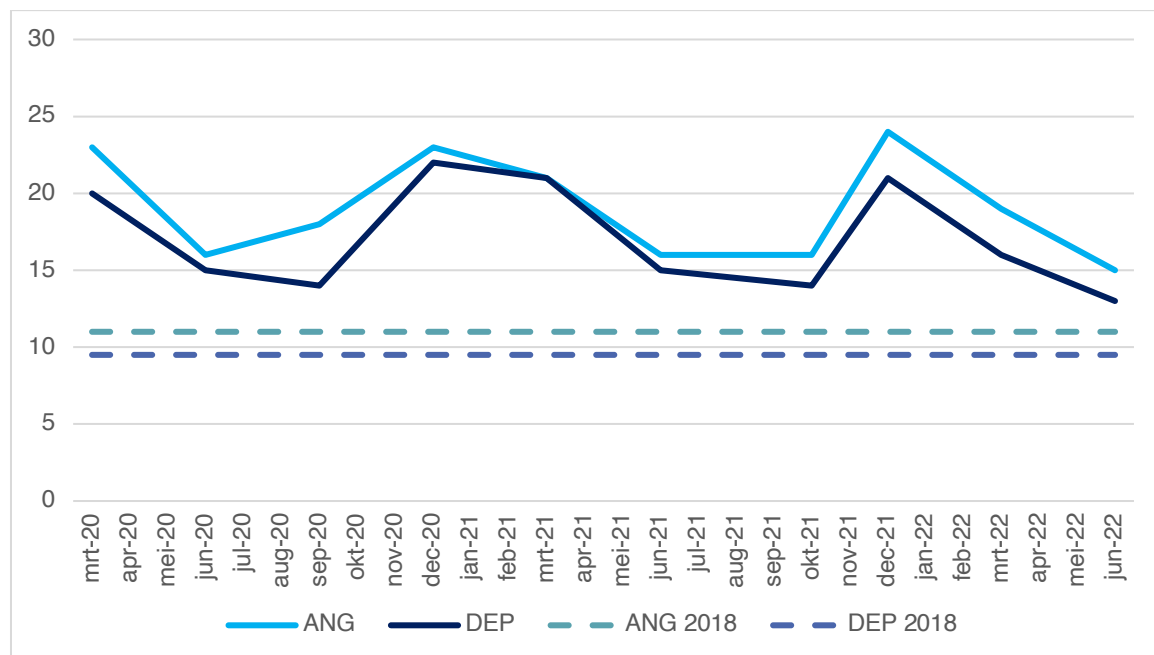
## ANGST EN DEPRESSIE

De eerste COVID-19-Gezondheidsenquête (begin april 2020) signaleerde een zeer hoge prevalentie van angststoornissen (23%) en depressieve stoornissen (20%) bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder) in vergelijking met de prevalentie in 2018 (respectievelijk 11% en 9,5%). Bij het begin van de versoepelingen (juni 2020) kwamen angst en depressie minder vaak voor, hoewel dit nog niet terugging naar de "normale" waarden. Na de versoepeling van de maatregelen en de zomerperiode, nam het percentage COVID-19-besmettingen weer toe (van 16% in juni tot 18% in september). Het percentage mensen met symptomen van depressie bleef stabiel tussen juni (15%) en september (14%), voordat de nieuwe beperkingen van kracht gingen. Met de komst van het winterseizoen, de tweede golf van besmettingen en de uitbreiding van de beperkende maatregelen, werd een nieuwe toename van angst en depressie vastgesteld (december 2020): 23% van de bevolking vertoonde angststoornissen en 22% depressieve stoornissen. Vanaf maart tot december 2021 zagen we weer een kleine daling van angst en depressie, maar deze namen in de wintermaanden (vanaf oktober) weer toe. In december 2021 (COVID-maatregelen worden nog steeds gehandhaafd) zagen we, vergelijkbaar met december 2020 dat de **cijfers zeer hoog** waren: **zowel angst als depressie bereikten 24% en 21% van de Belgische bevolking**, respectievelijk (zie figuur 2.16). In maart 2022 waren de cijfers weer wat **gedaald** met betrekking tot **angst en depressie, 19% en 16% respectievelijk** en in juni 2022 zijn deze nog verder gedaald, **15% en 13% respectievelijk**. Ondanks deze daling in maart 2022 kunnen we concluderend stellen dat gedurende de pandemie de cijfers steeds verhoogd zijn geweest ten opzichte van 2018 en dat de fluctuaties samen gaan met de bestemmingsgolven en de genomen preventieve maatregelen.

---

<sup>9</sup> De tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd afgenomen tussen 17 en 27 maart 2022. 13.882 Belgen van 18 jaar en ouder namen deel. De elfde COVID-19-Gezondheidsenquête werd afgenomen tussen 15 en 30 juni 2022. 18.706 Belgen van 18 jaar en ouder namen deel.

Figuur 5.16. Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.



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

Depressie en angst komen vaak samen voor bij dezelfde persoon (comorbiditeit). In het tiende (meest recente waarvoor deze data beschikbaar is) onderzoek was dit het geval bij 11% van de respondenten. Dit ligt daarmee iets lager dan de 15,5% in het negende onderzoek. Daarnaast lijdt 8% van de respondenten aan angst zonder depressie en 5% aan depressie zonder angst. In totaal heeft dus 24% van de mensen van 18 jaar en ouder ten minste één van deze twee aandoeningen, een daling in vergelijking met vorig jaar december (30%). Ook het aandeel personen met comorbiditeit fluctueert naar gelang het aantal besmettingen en de genomen maatregelen. Bovendien zijn deze fluctuaties sterker waar te nemen dan bij het aandeel personen met één van deze twee aandoeningen.

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT

Vrouwen hebben meer kans op angststoornissen dan mannen (22,5% versus 25%), en het verschil tussen deze twee groepen is significant na correctie voor leeftijd. Depressieve stoornissen komen ook

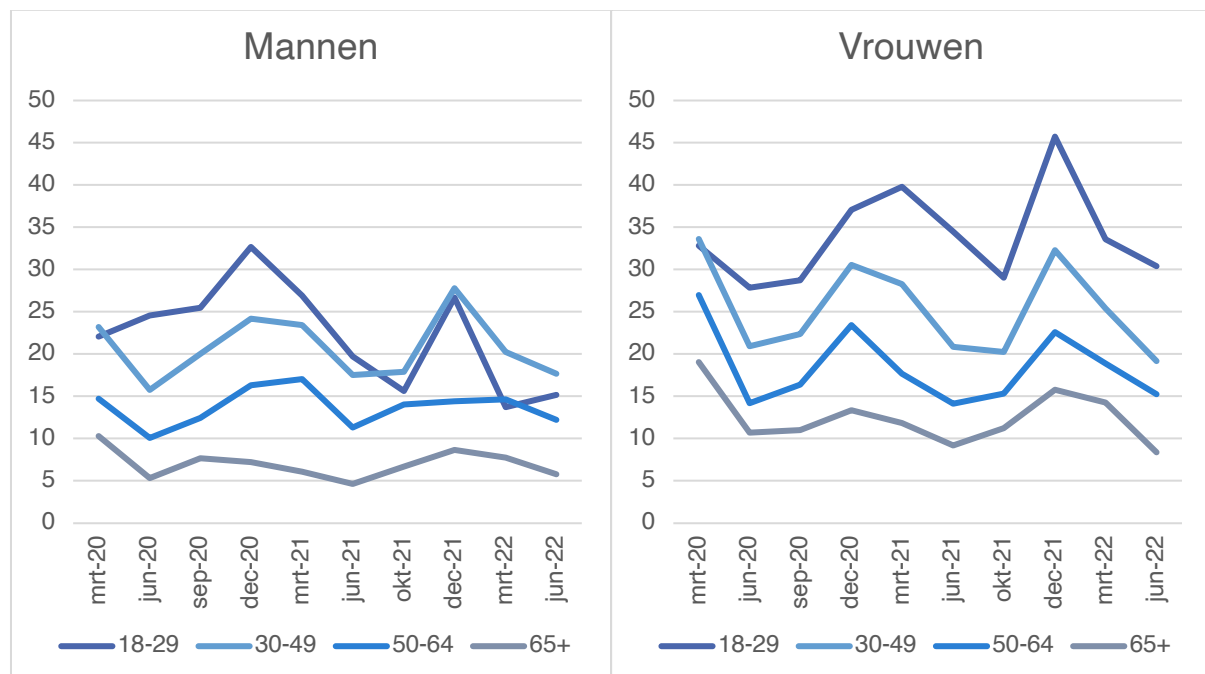
vaker voor bij vrouwen (17% versus 16%), hoewel dit verschil niet statistisch significant is na correctie voor leeftijd.

#### LEEFTIJD

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

Zoals in figuur 5.17 te zien is, zijn angststoornissen duidelijk leeftijdsgebonden bij zowel mannen als vrouwen. Anderzijds zien we ook dat de angstsymptomen vanaf december 2020 bij jonge mannen (18-29 jaar) een daling lieten zien tot oktober 2021, terwijl bij jonge vrouwen deze daling pas in maart 2021 is ingezet. Voor de iets oudere leeftijdscategorieën (30+) zien we dat de daling iets eerder stagneert en de cijfers weer stijgen vanaf juni 2021, terwijl bij jonge mannen en vrouwen (18-29 jaar) de stijging iets later start (oktober 2021). Sinds december 2021 zien we dat angstsymptomen weer dalen in alle leeftijdsgroepen.

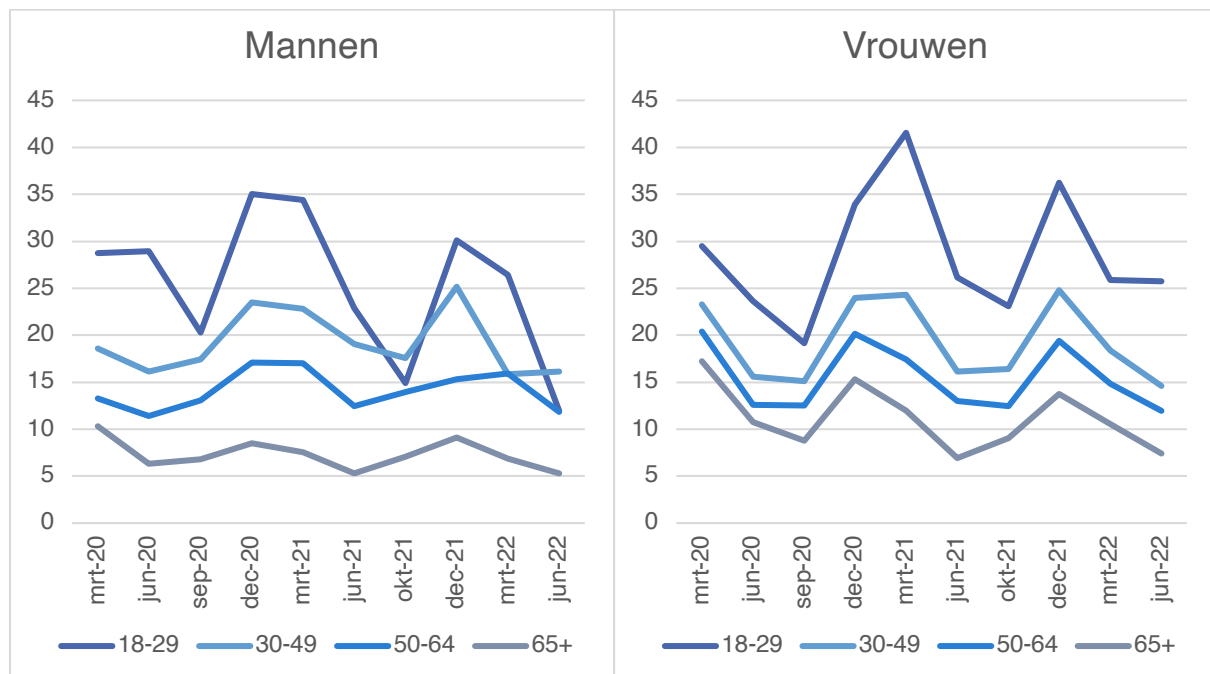
**Figuur 5.17. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.**



Bron: [Sciensano](#)

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

**Figuur 5.18. Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.**



Bron: [Sciensano](#)

#### GEZINSSAMENSTELLING

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

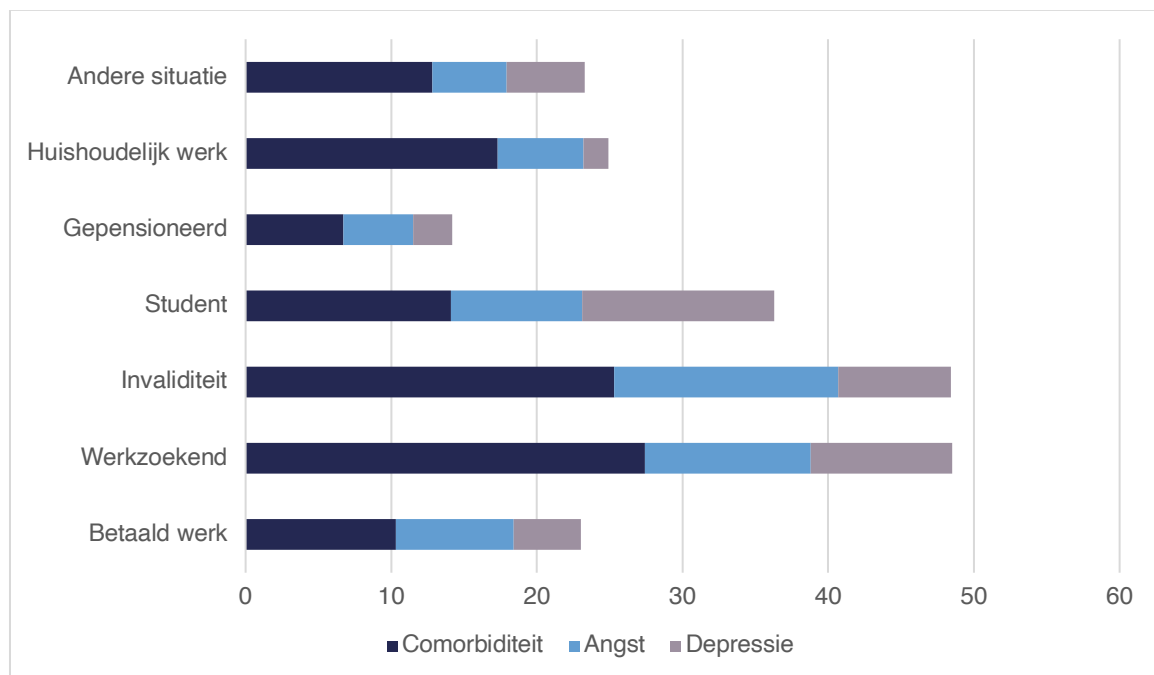
## OPLEIDINGSNIVEAU

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

## PROFESSIELE STATUS

Sinds het begin van de crisis is de professionele status van individuen een discriminerende factor voor angst- en depressieve stoornissen (zie figuur 5.19). In vergelijking met personen met een betaalde job het risico op een angststoornis en/of een depressieve stoornis significant hoger is bij personen die werkzoekend zijn, invalide zijn of studeren, na correctie voor leeftijd en geslacht. Gepensioneerden daarentegen hebben een lager risico om aan dit soort stoornissen te lijden.

**Figuur 5.19. Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.**



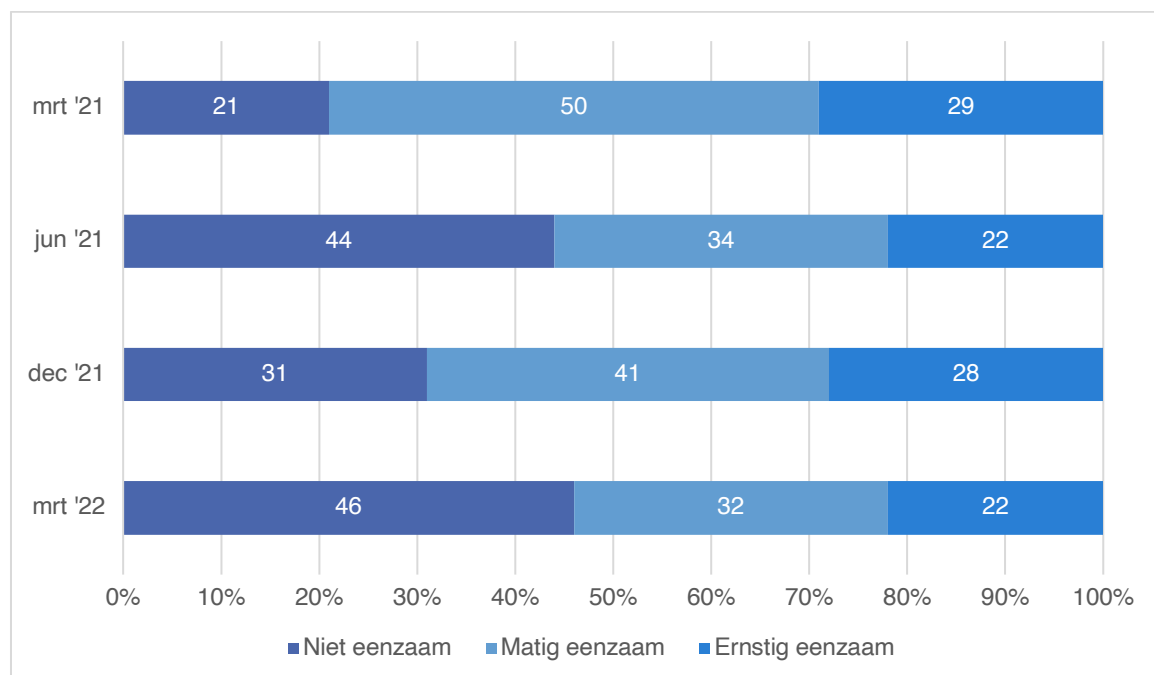
Bron: [Flamant et al., 2022](#)

## EENZAAMHEID

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

De resultaten van de tiende COVID-19-gezondheidsenquête tonen aan dat 46% van de personen van 18 jaar en ouder zich niet eenzaam voelt, 32% zich matig eenzaam voelt en 22% zich ernstig eenzaam voelt. De cijfers zijn positiever dan de cijfers van de negende COVID-19-gezondheidsenquête van december '21 (toen niet eenzaam: 31%, matig eenzaam: 41% en ernstig eenzaam: 28%). De volledige evolutie van eenzaamheid sinds maart '21 wordt weergegeven in figuur 5.20.

**Figuur 5.20. Evolutie van percentage personen naar eenzaamheid per gezondheidsenquête, België, 2021-2022.**



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

## SOCIO-DEMOGRAFISCHE KENMERKEN

### GESLACHT

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

### LEEFTIJD

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

#### GEZINSSAMENSTELLING

Alleenwonenden met kind(eren) (32%), alleenwonenden (27%) melden vaker een ernstige eenzaamheid dan koppels met of zonder kind(eren) (resp. 17% en 15%). Het percentage personen dat geen eenzaamheid ervaart is het laagste bij alleenwonenden met of zonder kinderen (beiden 35%) en het hoogste bij koppels met of zonder kinderen (resp. 51% en 55%).

#### OPLEIDINGSNIVEAU

Eenzaamheid varieert naar opleidingsniveau: personen met hoogstens een diploma secundair onderwijs bevinden zich vaker in de categorie “Ernstig eenzaam” dan personen met een diploma hoger onderwijs (25% t.o.v. 15,5%). Zij bevinden zich ook minder vaak in de categorie “Niet eenzaam” (42,5% t.o.v. 53%). Deze verschillen zijn statistisch significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

#### OPMERKINGEN!

Een zekere voorzichtigheid bij het interpreteren van deze gegevens.

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

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



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

# 6. SAMENVATTING

## 6. SAMENVATTING

In deze samenvatting staat een overzicht van de kerncijfers met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen in België en Vlaanderen specifiek, suïcides in Vlaanderen, suïcidepogingen in België en Vlaanderen en suïcidegedachten in België en Vlaanderen.

### 6.1. SUÏCIDE

Suïdecijfers in Vlaanderen worden geregistreerd door het Departement Zorg op basis van **overlijdenscertificaten**.

De meest recente sterftcijfers die door het Departement Zorg bekend werden gemaakt, laten zien dat er in **2022** in Vlaanderen **1.024 personen** door suïcide zijn overleden. Dit komt neer op **2,8 suïcides per dag**. Vermoedelijk is dit een onderschatting, aangezien er ook elk jaar sterfgevallen zijn waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is.

Met de gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse overheid wordt in 2030 een afname van de suïdecijfers beoogd met 10% in vergelijking met het referentiejaar 2020. Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in **2022 3,74% meer overlijdens ten gevolge van suïcide** waar te nemen dan in 2020. Wanneer hierbij een onderverdeling wordt gemaakt naar geslacht, kan een daling vastgesteld worden van 1,31% bij mannen en een stijging van 17,75% bij vrouwen.

De cijfers tonen eveneens aan dat er nog steeds 2,8 suïcides per dag zijn en dat Vlaanderen daarmee blijft horen bij de Europese lidstaten die kampen met hoge suïdecijfers: het Vlaamse suïdecijfer lag in 2021 1.3 keer hoger dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Het is daarom zeer belangrijk om **te blijven inzetten op de preventie van suïcide**.

### 6.2. SUÏCIDEPOGINGEN

Het ondernemen van een suïcidepoging heeft een grote voorspellende waarde voor toekomstig suïcidaal gedrag. Het risico om uiteindelijk te komen overlijden ten gevolge van suïcide is bij mensen die al een poging hebben ondernomen zeer groot. Het is daarom van groot belang om suïcidepogingen goed te monitoren. Binnen dit kader worden suïcidepogingen in Vlaanderen waarvoor medische hulp werd verkregen, geregistreerd op spoedafdelingen middels het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Deze gegevens worden geanalyseerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (UGent) en op basis hiervan wordt jaarlijks een verslag uitgebracht. De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO en KIPEO), dit

resulteerde in de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (=LOES). LOES is net zoals het IPEO een semi-gestructureerd interview maar kan naast suïcidepogingen nu ook gebruikt worden bij het voeren van een gesprek bij patiënten met (acute) suïcidale gedachten. In 2022 waren er negen Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan.

De meest recente cijfers van het Jaarverslag tonen aan dat in 2022 de person-based rate (aantal suïcidepogers per 100.000 inwoners) 130 bedroeg en de event-based rate (aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners) 132. In absolute cijfers betekent dit dat **in 2022 naar schatting 8.943 suïcidepogingen** bij de spoeddienst aangemeld werden, wat neerkomt op ongeveer **25 suïcidepogingen per dag** (Vancayseele et al., 2023).

Voor wat betreft de suïcidepogingen kan er op basis van de **cijfers van 2022** een **niet-significante daling van 4.3%** in vergelijking met het jaar 2020 worden vastgesteld.

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête van 2018 bleek dat 4,3% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven een suïcidepoging hadden ondernomen en 0,2% (of 2 personen op 1000) dat ze een suïcidepoging hadden ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview (Gisle et al., 2020).

## COVID-19 PANDEMIE

Uit de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête kan met grote voorzichtigheid worden gesteld dat het aantal mensen dat een suïcidepoging ondernam tijdens de pandemie niet significant is gestegen ten opzichte van voor de pandemie.

### 6.3. SUÏDEGEDACHTEN

Uit de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête blijkt in 2018 dat **13,9%** van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder aan minstens één keer in hun leven ernstig aan suïcide te hebben gedacht, en **4,3%** van de bevolking in de afgelopen 12 maanden (Gisle et al., 2020).

Uit de Gezondheidsenquête van 2018 kwam naar voren dat **12,9% van de Vlaamse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suïcide heeft gedacht**. In de afgelopen 12 maanden was dit 3,3%. In vergelijking met het jaar 2004 zien we in 2018 een lichte stijging in de cijfers (Gisle et al., 2020).

De LOES registraties tonen aan dat bij 109 personen suïcidegedachten zijn geregistreerd bij negen Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan.

## COVID-19 PANDEMIE

In het kader van de COVID-19 pandemie onderzocht Sciensano hoe het welzijn van de Belgen evolueert tijdens de maatregelen die in het kader van deze pandemie werden gesteld. Sinds de start van de coronacrisis in maart 2020 worden er verschillende COVID-19-Gezondheidsenquêtes uitgevoerd. Deelnemers aan de tiende COVID-19-Gezondheidsenquête werd gevraagd of zij *ooit in hun leven* suïdegedachten hadden ervaren. De antwoorden waren als volgt: "nee, nooit" (80%), "ja, maar enkel voor de start van de pandemie" (9%), "ja, zowel voor als tijdens de pandemie" (8%), en "ja, maar enkel tijdens de pandemie" (2,5%). Het percentage personen van 18 jaar en ouder die aangaven ooit in hun leven zelfmoordgedachten te hebben gehad (hier 20%) ligt hoger dan de cijfers uit nationale enquêtes (bv. HIS 2018: 14% van de 18+- jarigen). We zien dus dat de **gedachten aan suïcide toeneemt ten opzichte van 2018** maar deze cijfers dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien een andere onderzoeksmethodologie wordt gebruikt voor de COVID-19-Gezondheidsenquêtes in vergelijking met de 5-jaarlijkse Gezondheidsenquêtes van Sciensano..

### 6.4. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Eén op de drie Belgen (33%) van 15 jaar en ouder heeft **psychische problemen** in 2018. In de afgelopen tien jaar is er in België een **toename van het niveau van psychisch onwelbevinden** (Gisle et al., 2020). In 2018 geeft **11,2%** van de bevolking in België van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis**, **9,4%** een **depressieve stoornis** en **7,2%** een **eetstoornis** aan.

De prevalentie van personen met psychische problemen van 15 jaar en ouder is 29,8% in Vlaanderen, tegenover 37,1% in Wallonië en 39,1% in Brussel in 2018. Daarnaast geeft **8,6%** van de bevolking in Vlaanderen van 15 jaar en ouder een **gegeneraliseerde angststoornis**, **6,4%** een **depressieve stoornis** en **5,7%** een **eetstoornis** aan in 2018.

## COVID-19 PANDEMIE

Sinds de coronacrisis volgt Sciensano de geestelijke gezondheid op door het systematisch uitvoeren van specifieke COVID-19-Gezondheidsenquêtes. De resultaten uit de tiende (meest recente) COVID-19 enquête (januari 2022) toont dat de bevolking nog steeds **gedestabiliseerd** is en lijdt aan **psychische problemen** (Flamant et al., 2022). In maart 2022 waren de cijfers weliswaar wat **gedaald** met betrekking tot **angst en depressie, 19% en 16% respectievelijk** en in juni 2022 zijn deze nog verder gedaald, **15%**

**en 13% respectievelijk.** Ondanks deze daling in maart en juni van 2022 kunnen we concluderend stellen dat gedurende de pandemie de cijfers steeds verhoogd zijn geweest ten opzichte van 2018 en dat de fluctuaties samen gaan met de bestemmingsgolven en de genomen preventieve maatregelen.

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

## 6.5. SAMENVATTEND

Suïcide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. De suïdecijfers zijn licht gestegen t.o.v. 2020 en ook t.o.v. 2021. Ook suïcidepogingen zijn t.o.v. 2020 licht gestegen. Er zijn geen recente cijfers m.b.t. suïcidale gedachten voorhanden. De LOES registraties tonen aan dat bij 109 personen suïcidegedachten zijn en bij 275 suïcidepogingen zijn geregistreerd bij negen Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan.

Eerste cijfers van zowel Vlaamse als internationale studies benadrukken de **impact van de COVID-19 pandemie en de beperkende maatregelen op het mentaal welzijn van de bevolking**. Over het algemeen zijn de cijfers voor suïcides en suïcidepogingen niet verhoogd ten opzichte van de periode voor de coronapandemie (Pirkins et al., 2022). Desondanks wijzen studies wel uit dat psychisch onwelbevinden en gedachten aan zelfdoding zijn gestegen tijdens de pandemie. Dit zijn risicofactoren voor suïcides en suïcidepogingen en dit toont aan dat het belangrijk is om deze cijfers goed te blijven monitoren.

# 7. REFERENTIES

## REFERENTIES

- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2020). Alcohol use and risk of suicide: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of addictive diseases, 38*(2), 200-213. <https://doi.org/10.1080/10550887.2020.1736757>
- Andersen, K., Hawgood, J., Klieve, H., Kølves, K., & De Leo, D. (2010). Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(3), 243-249. <https://doi.org/10.3109%2F00048670903487142>
- Beghi, M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric disease and treatment, 9*, 1725-1736. <https://doi.org/10.2147/ndt.s40213>
- Belanger, F., Ung, A. B., Bene, M., Bruzzone, S., & Denissov, G. (2008). *Suicide related deaths in an enlarged European Union*. Institut de Veille Sanitaire – Saint-Maurice.
- Bogdanovica, I., Jiang, G. X., Löhr, C., Schmidtke, A., & Mittendorfer-Rutz, E. (2011). Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(11), 1103-1114. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0282-3>
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological medicine, 36*(12), 1747-1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008786>
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-Harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *Plos One, 9*(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding vzw (2024). *Jaarverslag 2023* [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 23 mei 2024. Beschikbaar op [https://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2024/04/CPZ\\_Jaarverslag2023\\_Digitaal-2.pdf](https://www.preventiezelfdoding.be/wp-content/uploads/2024/04/CPZ_Jaarverslag2023_Digitaal-2.pdf)
- Chishti, P., Stone, D. H., Corcoran, P., Williamson, E., & Petridou, E. (2003). Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health, 13*, 108-114. <https://doi.org/10.1093/eurpub/13.2.108>
- Claessens, H. (2016). *Suicidepreventie bij (huis)artsen: Een onderzoek naar de prevalentie en de context van emotionele problemen bij (huis)artsen in Vlaanderen*. Antwerpen: Domus Medica. <https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads.html>



- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J., Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- De Leo, D., Evans, R. (2003). International suicide rates. Recent trends and implications for Australia. Report to the Commonwealth of Australia. Canberra: Department of Health and Aging.
- De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Demarest, S., Berete, F., Braekman, E., Bruggeman, H., Charafeddine, R., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J. Zevende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2021/14.440/51. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.25608/4e6z-qa15>
- Demarest, S., Berete, F., Braekman, E., Charafeddine, R., Drieskens, S., Gisle, L., Hermans, L., Nélis, G., Van der Heyden, J. Negende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België; Depot nummer: D/2022/14.440/2. <https://doi.org/10.25608/7e8n-pa14>
- Departement Zorg (2022). Evolutie van de sterfte voor verschillende doodsoorzaken [Online publicatie]. Brussel, geraadpleegd op 23 februari 2024. Beschikbaar op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/evolutie-van-de-sterfte-voor-verschillende-doodsoorzaken>
- Dugaillez, C. (2022). Resultaten van de 11de COVID-19 gezondheidsenquête. <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-11de-covid-19-gezondheidsenquete>
- Giner, L., Carballo, J. J., Guija, J. A., Sperling, D., Oquendo, M. A., Garcia-Parajua, P., ... & Giner, J. (2007). Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *International journal of adolescent medicine and health*, 19(1), 99-113. <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2007.19.1.99>
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquete.be](http://www.gezondheidsenquete.be).
- Han, B., Crosby, A. E., Ortega, L. A., Parks, S. E., Compton, W. M., & Gfroerer, J. (2016). Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Comprehensive psychiatry*, 66, 176-186. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.02.001>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(1), 1372-81.

- Joiner Jr, T. E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., ... & Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of abnormal psychology*, *114*(2), 291. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.291>
- Jouglia, E., Niyonsenga, A., Chappert, J. L., Johansson, L. A., & Pavillon, G. (2001). *Comparability and quality improvement of European causes of death statistics* (Rep. No. Project 96 / S 99 - 5761).
- Joyce, M., Chakraborty, S., O'Sullivan, G., Hursztyn, P., Daly, C., McTernan, N., Nicholson, S., Arensman, E., Williamson, E., Corcoran, P. (2022). National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2020. Cork: National Suicide Research Foundation. Opgehaald van: <https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2022/11/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-annual-report-2020-Final-for-website.pdf>
- Kene, P., & Hovey, J. D. (2014). Predictors of suicide attempt status: Acquired capability, ideation, and reasons. *Psychiatric Quarterly*, *85*(4), 427-437. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9302-x>
- Kotila, L., & Lonnqvist, J. (1987). Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *76*, 386-393. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb05623.x>
- Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S., & Young-Jeon, S. (2018). Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, *197*, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
- Madge, N., Hewit, A., Hawton, K., De Wilde, E.J., Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J., & LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *203*(6), 409–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>
- Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, *345*. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4972>
- Neeleman, J. (2007). Epidemiologie van Suïcidaal Gedrag. In C.v.Heeringen (Ed.) *Handboek: Suïcidaal Gedrag* (pp. 31-48). Utrecht: De Tijdstroom.

- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depression and anxiety*, 27(9), 791-798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Peterson, C., Sussell, A., Li, J., Schumacher, P. K., Yeoman, K., & Stone, D. M. (2020). Suicide Rates by Industry and Occupation – National Violent Death Reporting System, 32 States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (3). <https://doi.org/10.15585%2Fmmwr.mm6903a1>
- Pirkins J., Gunnel D., ..., Spittal M. (2022). Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EclinicalMedicine*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101573>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Biondi, M., Siracusano, A., Di Giannantonio, M., ... & Möller-Leimkühler, A. M. (2012). Substance abuse and suicide risk among adolescents. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(6), 469-485. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0292-0>
- Portzky, G., Wilde, E.J. de & Heeringen, K. van (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 179-186. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0652-x>
- Rasmussen, S., & Hawton, K. (2014). Adolescent self-harm: a school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 159, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.015>
- Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Rhodes, A. E., Bethell, J., Carlisle, C., Rosychuk, R. J., Lu, H., & Newton, A. (2014). Time trends in suicide-related behaviours in girls and boys. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 152-159. <https://doi.org/10.1177%2F070674371405900307>

- Shain, B; Committee on Adolescence (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1): e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Schrijvers, K., Dierckens, M. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Beschikbaar op: [HBSC2022 Factsheet welzijn.pdf \(ugent.be\)](https://www.ugent.be/onderzoek/hbcs2022/factsheet-welzijn.pdf).
- Statbel (z.d.). Doodsoorzaken. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-13>
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-9>
- Vajda, J., Steinbeck, K. (2000). Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 437-445. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00712.x>
- van Heeringen, C. (2001a). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*; 16, S1-S6.
- van Heeringen, C. (2001b). The suicidal process and related concepts. In C. van Heeringen (Red). *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.
- Vancayseele, N., Van Hevelen, E., van Heeringen, C. & Portzky, G., (2022). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2021*. Gent: Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vanderstraeten, E. (2016). *Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, KU Leuven, Universiteit Gent, VU Brussel.
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2014). Preventing suicide. A manual for case registration of suicide and attempted suicide. Geneva: World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB\\_2014\\_EN\\_1688.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf)
- Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2021). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. [Suicide worldwide in 2019 \(who.int\)](https://www.who.int/teams/injury-prevention-and-control/suicide)

Windsor-Sheilard, B., & Gunnell, D. (2019). Occupation-specific suicide risk in England: 2011-2015. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 594-599. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.69>

Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: a review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104. <https://doi.org/10.1111/ajad.1218>

# 8. TABELLEN EN FIGUREN

#### HOOFDSTUK 1

**Tabel 1.3.** Overzicht bronnen van dit epidemiologisch rapport.

#### HOOFDSTUK 2

**Tabel 2.1.** Evolutie Vlaams suïcidecijfer en vergelijking met de gezondheidsdoelstelling.

**Tabel 2.2.** Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en Europa, 2021 versus 2020, verdeeld naar geslacht.

**Tabel 2.3.** Leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-W; per 100.000 inwoners) voor België, landen met hoge inkomens en de wereld als geheel, 2019.

#### HOOFDSTUK 3

**Tabel 3.1.** Overzicht van geografische event-based rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners 2020) per geslacht, 2022.

**Tabel 3.2** Overzicht LOES registraties suïcidepogingen volgens geslacht, absolute aantallen, 2022.

**Tabel 3.3.** Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen.

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Tabel 3.4.** Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

**Tabel 3.5.** Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001.

**Tabel 3.6.** Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001.

**Tabel 3.7.** De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14 – 17 jarigen. 2000, 2001.

**Tabel 3.8.** De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Tabel 3.9.** Frequentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Tabel 3.10.** De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

**HOOFDSTUK 4** De voorbije jaren werd er gewerkt aan de vernieuwing van het Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO & KIPEO), dit resulteerde in LOES. LOES is net zoals het IPEO/KIPEO een semi-gestructureerd interview maar naast het voeren van een gesprek met patiënten die een poging ondernamen, kan het nu ook gebruikt worden bij het voeren van een gesprek bij patiënten met (acute) suïcidale gedachten. Sinds 2021 is LOES gefinaliseerd en wordt vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. De implementatie is in volle gang en de komende jaren wordt dan ook verwacht dat steeds meer ziekenhuizen gebruikt zullen maken van LOES. In 2022 waren er negen Algemene Ziekenhuizen (van de 67 erkende ziekenhuizen) die met LOES aan de slag zijn gegaan. Nog niet alle deelnemende ziekenhuizen die gebruikmaakten van IPEO/KIPEO maken inmiddels gebruik van LOES. Daarmee kunnen we op dit moment nog niets zeggen over hoe de cijfers binnen LOES zich verhouden tot de IPEO/KIPEO. In dit hoofdstuk worden de allereerste resultaten van deze data gerapporteerd. In totaal werden er 384 registraties ontvangen in 2022. Van de 384 registraties werd LOES gebruikt bij 109 patiënten die waren aangemeld met suïcidale gedachten.

**Tabel 4.1.** Overzicht LOES registraties suïcidale gedachten volgens geslacht, absolute aantallen, 2022.

## HOOFDSTUK 5

Niet van toepassing.



HOOFDSTUK 1

Niet van toepassing.

HOOFDSTUK 2

**Figuur 2.1.** Evolutie gestandaardiseerd suïdecijfer (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens geslacht.

**Figuur 2.2.** Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens gewest.

**Figuur 2.3.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2022.

**Figuur 2.4.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2022.

**Figuur 2.5.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2022.

**Figuur 2.6.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2022.

**Figuur 2.7.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2022.

**Figuur 2.8.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2022.

**Figuur 2.9.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2022.

**Figuur 2.10.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2022.

**Figuur 2.11.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2022.

**Figuur 2.12.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2022.

**Figuur 2.13.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2022, per provincie.

**Figuur 2.14.** Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.

**Figuur 2.15.** Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.

**Figuur 2.16.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 2012-2021, volgens geslacht.

**Figuur 2.17.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2021, volgens geslacht.

**Figuur 2.18.** Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2021 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

**Figuur 2.19.** Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2021 (voor zover beschikbaar).

**Figuur 2.20.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.

**Figuur 2.21.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), 2019.

**Figuur 2.22.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), mannen, 2019.

**Figuur 2.23.** Wereldwijde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners), vrouwen, 2019.

## HOOFDSTUK 3

**Figuur 3.1.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

**Figuur 3.2.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 3.3.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 3.4.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 3.5.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.

**Figuur 3.6.** Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.

**Figuur 3.7.** Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2022, volgens geslacht.

**Figuur 3.8.** Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.

**Figuur 3.9.** Proportie vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.

**Figuur 3.10.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.



**Figuur 3.11.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

**Figuur 3.12.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

**Figuur 3.13.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020. Bron: Joyce et al. (2022); Vancayseele et al., 2023

**Figuur 3.14.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Figuur 3.15.** Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.

**Figuur 3.16.** Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

**Figuur 3.17.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.

**Figuur 3.18.** De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Figuur 3.19.** De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

**Figuur 3.20.** De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

#### HOOFDSTUK 4

**Figuur 4.1.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

**Figuur 4.2.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

**Figuur 4.3.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 4.4.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 4.5.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 4.6.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 4.7.** Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.

**Figuur 4.8.** Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.

**Figuur 4.9.** Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2023.

**Figuur 4.10.** Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2023.

**Figuur 4.11.** Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.

**Figuur 4.12.** Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

**Figuur 4.13.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022.

**Figuur 4.14.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

**Figuur 4.15.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

**Figuur 4.16.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

**Figuur 4.17.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

**Figuur 4.18.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19- gezondheidsenquête, België, 2022.

## HOOFDSTUK 5

**Figuur 5.1.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

**Figuur 5.2.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

**Figuur 5.3.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

**Figuur 5.4.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 5.5.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 5.6.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.

**Figuur 5.7.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 5.8.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 5.9.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 5.10.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

**Figuur 5.11.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

**Figuur 5.12.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.

**Figuur 5.13.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.

**Figuur 5.14.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

**Figuur 5.15.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

**Figuur 5.16.** Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.

**Figuur 5.17.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

**Figuur 5.18.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

**Figuur 5.19.** Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.

**Figuur 5.20.** Evolutie van percentage personen naar eenzaamheid per gezondheidsenquête, België, 2021-2022.

## DATA BIJ FIGUREN

### HOOFDSTUK 1

Niet van toepassing

### HOOFDSTUK 2

**Figuur 2.1.** Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
2012	28,96	9,76	18,78
2013	26,09	9,48	17,3
2014	25,7	9,88	17,29
2015	24,69	9,68	16,85
2016	25,5	9,51	17,09
2017	23,05	8,55	15,44
2018	23,83	8,77	15,93
2019	23,16	7,92	15,22
2020	23,16	8,11	15,24
2021	21,34	8,09	14,34

**Figuur 2.2.** Evolutie suïdecijfers (per 100.000 inw.), België, 2012-2021, volgens gewest.

	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2012	17,41	13,53	22,53
2013	16,1	13,17	20,63
2014	16,29	12,23	20,45
2015	16,18	10,28	19,94
2016	15,97	12,17	20,54
2017	14,82	12,82	17,17

2018	14,85	10,67	19,54
2019	14,3	12,17	17,92
2020	14,5	13,51	17,27
2021	13,46	9,81	17,31

**Figuur 2.3.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2022.

	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)
2000	20,2	16,7	nvt
2001	19,5	16,7	nvt
2002	18,8	16,7	nvt
2003	18,2	16,7	nvt
2004	18,2	16,7	nvt
2005	18,6	16,7	nvt
2006	16,1	16,7	nvt
2007	16,1	16,7	nvt
2008	16,7	16,7	nvt
2009	17,7	16,7	nvt
2010	17,2	16,7	nvt
2011	18,2	16,7	nvt
2012	17,6	16,7	nvt



2013	16,3	16,7	nvt
2014	16,5	16,7	nvt
2015	16,3	16,7	nvt
2016	16,2	16,7	nvt
2017	14,9	16,7	nvt
2018	15	16,7	nvt
2019	14,7	16,7	nvt
2020	14,9	16,7	nvt
2021	13,8	nvt	13,4
2022	15,4	nvt	13,4

**Figuur 2.4.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2000	30,6	24,5	nvt	11,2	8,9	nvt
2001	30,3	24,5	nvt	10,2	8,9	nvt
2002	28,9	24,5	nvt	10	8,9	nvt
2003	28,2	24,5	nvt	9,6	8,9	nvt
2004	27,6	24,5	nvt	9,9	8,9	nvt
2005	28,7	24,5	nvt	9,8	8,9	nvt
2006	23,9	24,5	nvt	9,1	8,9	nvt
2007	23,2	24,5	nvt	9,7	8,9	nvt
2008	24,8	24,5	nvt	9,5	8,9	nvt
2009	26,3	24,5	nvt	9,9	8,9	nvt
2010	25,8	24,5	nvt	9,3	8,9	nvt
2011	26,9	24,5	nvt	10,4	8,9	nvt
2012	26,6	24,5	nvt	9,4	8,9	nvt
2013	24,8	24,5	nvt	8,5	8,9	nvt
2014	23,6	24,5	nvt	10	8,9	nvt
2015	23,9	24,5	nvt	9,1	8,9	nvt
2016	24,1	24,5	nvt	8,9	8,9	nvt

2017	22,2	24,5	nvt	8,3	8,9	nvt
2018	22,6	24,5	nvt	7,7	8,9	nvt
2019	21,8	24,5	nvt	7,5	8,9	nvt
2020	21,85	24,5	nvt	7,9	8,9	nvt
2021	19,6	nvt	19,7	8,0	nvt	7,1
2022	21,6	nvt		9,3	nvt	7,1

**Figuur 2.5.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2012	21,6	21,4	nvt	6,1	4,9	nvt
2013	19,1	21,4	nvt	5,2	4,9	nvt
2014	17,7	21,4	nvt	4,9	4,9	nvt
2015	18,5	21,4	nvt	4	4,9	nvt
2016	17,2	21,4	nvt	5,2	4,9	nvt
2017	18,2	21,4	nvt	4,5	4,9	nvt
2018	15,8	21,4	nvt	5	4,9	nvt
2019	15	21,4	nvt	5,9	4,9	nvt
2020	13,7	21,4	nvt	5,2	4,9	nvt
2021	13,5	nvt	12,3	6,35	nvt	4,7

2022	11,5	nvt	12,3	6,5	nvt	4,7
------	------	-----	------	-----	-----	-----

**Figuur 2.6.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 30-44 jarigen, per geslacht, 2000-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling	Doelstelling	Suïcide	Doelstelling	Doelstelling
		VASII	VASIII		VASII	VASIII
		(-20%)	(-10%)		(-20%)	(-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2000	37,5	30	nvt	15,7	12,6	nvt
2001	37,4	30	nvt	11,2	12,6	nvt
2002	35,3	30	nvt	9	12,6	nvt
2003	35,2	30	nvt	9,2	12,6	nvt
2004	32,8	30	nvt	12,6	12,6	nvt
2005	33,8	30	nvt	11	12,6	nvt
2006	31,4	30	nvt	9,6	12,6	nvt
2007	29,1	30	nvt	10,1	12,6	nvt
2008	32,1	30	nvt	9,7	12,6	nvt
2009	38,5	30	nvt	11,9	12,6	nvt
2010	33	30	nvt	10	12,6	nvt
2011	31,7	30	nvt	10,8	12,6	nvt
2012	30,7	30	nvt	9,3	12,6	nvt
2013	28,6	30	nvt	8,8	12,6	nvt
2014	29,4	30	nvt	10,7	12,6	nvt

2015	26,4	30	nvt	9	12,6	nvt
2016	26,5	30	nvt	8,6	12,6	nvt
2017	27,5	30	nvt	7,5	12,6	nvt
2018	26,7	30	nvt	8,5	12,6	nvt
2019	24,1	30	nvt	6	12,6	nvt
2020	27,3	30	nvt	8,7	12,6	nvt
2021	23	nvt	24,6	7,2	nvt	7,8
2022	26,9	nvt	24,6	7,9	nvt	7,8

**Figuur 2.7.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 45-59-jarigen, per geslacht, 2000-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling VASII	Doelstelling VASIII	Suïcide	Doelstelling VASII	Doelstelling VASIII
		(-20%)	(-10%)		(-20%)	(-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2000	34,2	27,4	nvt	15,7	12,6	nvt
2001	39,2	27,4	nvt	16,6	12,6	nvt
2002	36,2	27,4	nvt	17	12,6	nvt
2003	35,7	27,4	nvt	14,8	12,6	nvt
2004	35,6	27,4	nvt	15	12,6	nvt
2005	37,4	27,4	nvt	18,8	12,6	nvt
2006	32,7	27,4	nvt	15,3	12,6	nvt
2007	34,5	27,4	nvt	14,2	12,6	nvt
2008	32	27,4	nvt	14,9	12,6	nvt
2009	32,7	27,4	nvt	15,5	12,6	nvt
2010	32,4	27,4	nvt	15,2	12,6	nvt
2011	35,3	27,4	nvt	17,8	12,6	nvt
2012	37,2	27,4	nvt	14,1	12,6	nvt
2013	36,3	27,4	nvt	15,1	12,6	nvt
2014	32,4	27,4	nvt	19,2	12,6	nvt
2015	37,1	27,4	nvt	16,3	12,6	nvt
2016	35,2	27,4	nvt	15,9	12,6	nvt

2017	31,5	27,4	nvt	15,5	12,6	nvt
2018	30,4	27,4	nvt	12,9	12,6	nvt
2019	33,8	27,4	nvt	12,8	12,6	nvt
2020	29,7	27,4	nvt	12,1	12,6	nvt
2021	24,2	nvt	26,8	12,1	nvt	10,9
2022	32,5	nvt	26,8	14,5	nvt	10,9

**Figuur 2.8.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)	Suïcide	Doelstelling VASII (-20%)	Doelstelling VASIII (-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2000	34,9	27,9	nvt	15,5	12,4	nvt
2001	31,7	27,9	nvt	11,8	12,4	nvt
2002	33	27,9	nvt	14,2	12,4	nvt
2003	26,1	27,9	nvt	15,4	12,4	nvt
2004	31,7	27,9	nvt	12,6	12,4	nvt
2005	34,6	27,9	nvt	13,3	12,4	nvt
2006	27,2	27,9	nvt	14	12,4	nvt
2007	21,2	27,9	nvt	15,3	12,4	nvt
2008	24,8	27,9	nvt	13,2	12,4	nvt
2009	29	27,9	nvt	14,1	12,4	nvt
2010	28,3	27,9	nvt	12,5	12,4	nvt
2011	33,1	27,9	nvt	15,3	12,4	nvt
2012	27	27,9	nvt	15,4	12,4	nvt
2013	24,5	27,9	nvt	8,8	12,4	nvt
2014	25,9	27,9	nvt	11,7	12,4	nvt
2015	23,6	27,9	nvt	12,5	12,4	nvt
2016	28,9	27,9	nvt	12	12,4	nvt



2017	22,5	27,9	nvt	12,3	12,4	nvt
2018	28,5	27,9	nvt	10,2	12,4	nvt
2019	23,3	27,9	nvt	10	12,4	nvt
2020	21,7	27,9	nvt	11,2	12,4	nvt
2021	24,6	nvt	19,5	12,6	nvt	10,1
2022	24,4	nvt	19,5	15,1	nvt	10,1

**Figuur 2.9.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2022.

Jaar	Suïcide	Doelstelling VASII	Doelstelling VASIII	Suïcide	Doelstelling VASII	Doelstelling VASIII
		(-20%)	(-10%)		(-20%)	(-10%)
	Mannen			Vrouwen		
2000	60	48	nvt	12,4	10	nvt
2001	60	48	nvt	13,4	10	nvt
2002	57,5	48	nvt	13,7	10	nvt
2003	60,1	48	nvt	8,2	10	nvt
2004	49,5	48	nvt	11,6	10	nvt
2005	55,3	48	nvt	6,6	10	nvt
2006	36	48	nvt	8,6	10	nvt
2007	41,5	48	nvt	15,5	10	nvt
2008	47,3	48	nvt	12	10	nvt
2009	41,5	48	nvt	8,6	10	nvt
2010	44,6	48	nvt	11,7	10	nvt
2011	47,6	48	nvt	8,8	10	nvt
2012	47	48	nvt	9,5	10	nvt
2013	45	48	nvt	13,5	10	nvt
2014	38,4	48	nvt	12,6	10	nvt
2015	41,8	48	nvt	12,3	10	nvt
2016	40,4	48	nvt	10,5	10	nvt

2017	39,1	48	nvt	9,8	10	nvt
2018	37,7	48	nvt	8,8	10	nvt
2019	37,5	48	nvt	10,7	10	nvt
2020	45,7	48	nvt	8,7	10	nvt
2021	38,2	nvt	41,2	9,1	nvt	7,8
2022	36,4	nvt	41,2	10,8	nvt	7,8

**Figuur 2.10 t/m 2.12:**

**Figuur 2.10.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2022.

**Figuur 2.11.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) mannen, per provincie, 2022.

**Figuur 2.12.** Gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100,000 inw.) vrouwen, per provincie, 2022.

Provincie	Totaal	Mannen	Vrouwen
<b>Antwerpen</b>	14,0	19,6	8,4
Limburg	14,4	20,2	8,6
Oost-Vlaanderen	17,1	25,1	9,1
Vlaams-Brabant	14,6	21,1	8,1
<b>West-Vlaanderen</b>	17,2	21,9	12,4

**Figuur 2.13.** Evolutie gestandaardiseerde sterftcijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2022, per provincie.

Provincie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Antwerpen</b>	17,1	15,3	13,9	15,5	15,4	12,4	14	12,9	13,1	12,4	14
Limburg	14,6	13,1	13,2	13	13,2	12,5	13	14,1	14,2	9,7	14,4
Oost-Vlaanderen	20,2	16,5	19,7	18,7	19,2	19,7	15,2	18,4	17,5	15	17,1
Vlaams-Brabant	16,5	16,3	16,3	14,3	14,4	13,2	12,9	11,7	11,4	13,5	14,6
<b>West-Vlaanderen</b>	20,4	21,6	20,8	19,9	20,2	18,1	20,6	15,7	17,9	17,7	17,2

**Figuur 2.14.** Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages.

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

Figuur 2.15. Suïciderates in Vlaanderen verdeeld naar beroepsgroep o.b.v. three-year moving averages.

	Artsen	Apothekers	Tandartsen	Kinesisten	Verpleegkundigen	Advocaten	Psychologen
2004	19,3	147,3	22,9	10,4	32	11,9	65,6
2005	19,1	84,2	15,2	17,1	46,5	11,9	36
2006	18,8	52,9	22,9	13,7	57,8	15,6	14,1
2007	24,6	70,9	22,9	3,4	38,9	7,7	14,1
2008	24,4	90,6	23	0	58,8	7,1	0
2009	32,3	91,4	30,7	0	65,7	7,1	5,3
2010	28	111,2	38,2	6,5	92,3	21,4	5,3

2011	23,7	113,4	22,6	19,4	101,1	10,5	0
2012	11,7	59,8	0	19	43,4	20,3	13

**Figuur 2.16.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 2012-2021, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1998	37,94	14,16	23,92
1999	28,66	14,83	20,73
2000	28,72	12,99	20,08
2001	30,59	12,9	21,15
2002	25,78	10,88	17,73
2003	29,01	15,27	20,97
2004	26,95	12,51	18,84
2005	25,32	10,45	17,29
2006	26,36	13,6	18,99
2007	24,29	10,45	16,25
2008	23,24	9,38	15,21
2009	20,34	7,86	13,47
2010	17,55	10,11	13,43
2011	21,49	8,79	14,54
2012	18,3	9,52	13,6
2013	19,92	8,05	13,18

2014	18,66	7,5	12,2
2015	13,75	7,18	10,26
2016	17,62	7,51	12,22
2017	18,13	8,91	12,83
2018	14,48	7,41	10,7
2019	17,87	7,08	12,17
2020	18,52	9,13	13,51
2021	12,83	7,38	9,81

**Figuur 2.17.** Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2021, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen	Totaal
1998	36,88	11,81	23,11
1999	34,91	10,62	21,49
2000	38,48	13,23	24,35
2001	41,93	12,87	25,76
2002	40,89	13,53	25,05
2003	42,41	11,17	25
2004	36,13	10,17	21,81
2005	35,39	11,77	22,58
2006	36,32	11,04	22,96
2007	34,59	10,37	21,23

2008	40,04	11,61	24,41
2009	35,67	11,6	22,66
2010	37,15	11,75	23,27
2011	35,58	12,37	23,08
2012	37,07	10,61	22,55
2013	31,47	11,53	20,62
2014	32,36	10,44	20,45
2015	29,54	11,77	19,94
2016	31,35	11,32	20,59
2017	26,49	8,98	17,21
2018	28,85	10,95	19,21
2019	28,02	9,02	17,92
2020	27,46	8,41	17,27
2021	27,71	8,38	17,31

**Figuur 2.18.** Rangschikking Europese lidstaten naar direct gestandaardiseerde sterfte door suïcide en situering Vlaams gewest, gemiddelde 2021 (voor zover beschikbaar), op basis van de Europese Standaardbevolking 2013 (ASR-E).

label	Land	Suïcide (ASR-E)		
		Totaal	Mannen	Vrouwen
<b>CY</b>	<b>Cyprus</b>	2,68	3,47	1,98
<b>GR</b>	<b>Griekenland</b>	4,15	7,29	1,33
<b>LIE</b>	<b>Liechtenstein</b>	4,91	10,13	0



<b>TU</b>	<b>Turkije</b>	5,25	8,44	2,27
<b>IT</b>	<b>Italie</b>	5,89	9,73	2,5
<b>LUX</b>	<b>Luxemburg</b>	6,12	9,43	3,15
<b>MT</b>	<b>Malta</b>	6,59	9,09	3,88
<b>SL</b>	<b>Slowakije</b>	7,5	13,64	2,36
<b>BG</b>	<b>Bulgarije</b>	7,82	13,59	3,21
<b>SP</b>	<b>Spanje</b>	7,93	12,53	3,92
<b>PT</b>	<b>Portugal</b>	8,22	14,17	3,46
<b>IER</b>	<b>Ierland</b>	9,31	15,15	3,64
<b>RO</b>	<b>Roemenië</b>	9,33	17,15	2,59
<b>DK</b>	<b>Duitsland</b>	9,46	14,09	5,11
<b>BR</b>	<b>Brussel</b>	9,81	12,83	7,38
<b>IJS</b>	<b>IJsland</b>	9,88	12,89	6,68
<b>EU - 27</b>	<b>Europese Uni</b>	10,24	16,75	4,55
<b>DE</b>	<b>Denemarken</b>	10,28	16,29	5,09
<b>NL</b>	<b>Nederland</b>	10,57	15,04	6,36
<b>ZWIT</b>	<b>Zwitserland</b>	11,48	17,23	6,36
<b>TJ</b>	<b>Tjechië</b>	11,64	19,75	4,76
<b>OO</b>	<b>Oostenrijk</b>	11,94	21,01	4,55
<b>ZW</b>	<b>Zweden</b>	12,08	17,41	6,94
<b>NW</b>	<b>Noorwegen</b>	12,11	17,74	6,52
<b>PL</b>	<b>Polen</b>	12,15	22,07	3,32

<b>SE</b>	<b>Servië</b>	12,56	20,93	5,61
<b>FR</b>	<b>Frankrijk</b>	13,32	21,71	6,17
<b>LET</b>	<b>Letland</b>	13,38	26,48	3,32
<b>VL</b>	<b>Vlaanderen</b>	13,46	19,4	8
<b>FIN</b>	<b>Liechtenstein</b>	13,48	19,53	8,03
<b>EST</b>	<b>Estland</b>	14,01	24,98	5,2
<b>KR</b>	<b>Kroatië</b>	14,06	24,82	5,6
<b>BE</b>	<b>België</b>	14,34	21,34	8,09
<b>HN</b>	<b>Hongarije</b>	15,69	27,52	6,51
<b>WL</b>	<b>Wallonië</b>	17,31	27,71	8,38
<b>LIT</b>	<b>Litouwen</b>	19,51	35,22	7,51
<b>SLO</b>	<b>Slovenië</b>	19,81	33,29	8,26

**Figuur 2.19.** Evolutie gestandaardiseerde suïcidecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2021 (voor zover beschikbaar).

	<b>BE</b>	<b>DE</b>	<b>FR</b>	<b>UK</b>	<b>LU</b>	<b>NL</b>	<b>WHO</b>
<b>1968</b>	15,5		15,97	9,2			
<b>1969</b>	14,92		16,17	8,64		8,41	
<b>1970</b>	16,4		15,91	7,94		9,13	
<b>1971</b>	15,27		15,82	7,92	13,36	9,33	
<b>1972</b>	15,32		16,54	7,67	14,64	9,2	
<b>1973</b>	14,64		15,83	7,83	12,64	9,72	

1974	15,5		15,91	7,94	12,86	10,17	
1975	15,79		15,91	7,52	10,49	9,76	
1976	16,31		15,85	7,76	13,98	10,26	
1977	18,71		16,48	7,98	16,08	9,93	
1978	20,22		17,12	8,09	18,45	10,32	
1979	20,89		18,48	8,53	19,9	11,22	
1980	21,56		18,99	8,74	12,88	10,56	
1981	21,15		19,18	8,84	16,43	10,45	17,71
1982	20,99		20,32	8,7	20,5	11,05	17,98
1983	22,08		21,06	8,62	21,3	12,2	
1984	22,65		21,3	8,61	17,67	12,52	
1985	21,97		21,77	8,81	14,27	11,24	17,42
1986	21,04		22,07	8,24	13,12	10,91	15,39
1987	21,23		20,89	7,82	18,82	10,8	15,33
1988	18,88		19,73	8,35	17,31	10,06	15,15
1989	17,85		19,65	7,34	18,23	10,01	15,52
1990	17,53	15,47	18,95	7,79	16,67	9,28	15,41
1991	16,54	15,49	18,94	7,62	18,59	10,18	15,39
1992	17,19	14,7	19,04	7,72	13,96	9,91	16,31
1993	19,68	13,83	19,84	7,41	15,21	9,62	17,69
1994	19,45	13,84	19,35	7,2	17,47	9,75	18,4
1995	19,68	13,92	18,71	7,09	14,18	9,23	18,27

1996	18,31	13,16	17,84	6,78	16,5	9,5	17,76
1997	19,6	13,15	17,47	6,75	17,98	9,44	17,15
1998	18,2	12,5	16,54	7,15	13,78	9,04	16,45
1999	16,8	11,87	16,08	7,18	15,27	9,02	16,72
2000	19,23	11,7	16,76	7,1673067	13,2	8,85	16,69
2001	19,33	11,7	16,14	6,73	15,34	8,56	16,29
2002	18,41	11,56	16,32	6,7	17,9	9,06	15,86
2003	18,64	11,51	16,48	6,41	9,97	8,62	15,22
2004	17,46	10,97	16,26	6,69	12,3	8,65	14,58
2005	17,58	10,42	15,87	6,42	9,55	8,99	13,8
2006	16,8	9,8	15,29	6,53	12,46	8,69	13,04
2007	15,81	9,38	14,68	6,12	15,36	7,66	12,5
2008	16,99	9,43	14,91	6,66	7,85	8,05	12,24
2009	16,97	9,51	15,04	6,6	8,79	8,46	12,26
2010	16,85	9,95	14,76	6,43	9,69	8,84	11,65
2011	17,13	9,92	14,66	6,75	9,49	9,1	11,23
2012	16,53	9,6	13,52	6,73	8,67	9,63	11,09
2013	15,27	9,85	13,29	7,22	6,61	10,05	10,99
2014	15,14	9,92	12,14	7,13	11,14	9,96	10,45
2015	14,89	9,65		7,24	10,36	9,95	10,04
2016	15,02	9,37		7,07	6,51	9,94	9,46
2017	13,7	8,7	10,97	6,9	8,1	10,11	9,18

2018	14	8,8		7,8	3,65	9,56	9
2019		8,2		8,2	9,97	9,34	8,7
2020		8,5			8,51	9,34	
					4,71		

**Figuur 2.20.** Wereldwijde suïdecijfers (per 100.000 inwoners), verdeeld naar WHO-regio, 2000-2019.

	Afrika	Amerika	Europa	Midden oosten	Westelijk Azië Pacific	Zuidoost Azië	WHO
2000	15,61	7,73	19,65	7,68	14,04	15,11	14,03
2001	15,26	7,98	18,97	7,66	12,81	14,65	13,41
2002	15,03	8,02	18,68	7,58	12,27	14,26	13,08
2003	14,86	7,93	18,21	7,47	12,81	13,6	12,96
2004	14,61	7,9	17,73	7,36	12,96	13,29	12,8
2005	14,45	7,88	17,43	7,18	12,53	13,43	12,62
2006	14,32	7,87	16,17	7,12	11,67	13,36	12,11
2007	14,24	7,93	15,34	7,07	11,21	13,04	11,75
2008	13,34	8,09	15,24	6,97	10,82	12,72	11,55
2009	14,2	8,15	14,68	6,9	10,58	12,27	11,28
2010	13,83	8,13	14,36	6,97	10,1	12,24	11,05
2011	12,39	8,28	13,88	6,89	9,51	12,1	10,75
2012	13,09	8,26	13,61	6,88	8,77	11,75	10,36

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

**Figuur 3.21 t/m 3.23:**

Niet van toepassing

### HOOFDSTUK 3

**Figuur 3.1.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	2,3	0,3	4,2	5	2,5	7,4
25-34	2,6	0,6	4,5	5,2	2,7	7,7
35-44	5,4	3,0	7,8	6,8	3,2	10,5
45-54	4,9	2,8	7,0	8,1	5,6	10,7
55-64	2,3	1,1	3,5	5,3	3,2	7,4
65-74	0,8	0,1	1,5	3	1,5	4,5
75 +	1,8	0,3	3,3	2,8	1,0	4,7

**Figuur 3.2.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen ooit tijdens het leven, volgens gewest en jaar, 2018.

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

**Figuur 3.3.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat een suïcidepoging heeft ondernomen in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

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

**Figuur 3.4.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	3	0,0	6,2	4,7	1,3	8,1
25-34	1	0,0	2,5	6,1	2,4	9,8
35-44	5,7	2,2	9,2	3,1	0,7	5,6
45-54	4,7	1,9	7,3	3,9	1,5	6,2

55-64	1,7	0,5	3,0	5,5	2,4	8,6
65-74	0	0,0	0,0	2,3	0,3	4,2
75 +	1	0,0	2,5	2	0,0	4,5

**Figuur 3.5.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
1999	165	131	200
2000	175	132	220
2001	146	109	185
2002	172	133	214
2003	135	102	168
2004	151	123	179
2005	165	144	188
2006	154	124	184
2007	168	145	210
2008	192	147	233
2009	160	124	196
2010	150	128	169
2011	179	143	202
2012	159	143	182
2013	156	135	179
2014	159	132	183



2015	154	125	185
2016	156	130	181
2017	155	127	180
2018	147	122	176
2019	145	123	169
2020	137	113	163
2021	124	104	144
2022	130	106	152

**Figuur 3.6.** Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2022.

	Totaal	Mannen	Vrouwen
1999	173	139	209
2000	185	138	233
2001	150	112	190
2002	186	148	226
2003	145	108	182
2004	158	127	190
2005	176	153	200
2006	164	129	199
2007	178	151	224
2008	197	148	243
2009	165	127	202

2010	153	129	177
2011	183	146	208
2012	162	145	187
2013	156	138	184
2014	159	135	188
2015	158	128	189
2016	159	132	183
2017	157	129	186
2018	150	123	181
2019	147	123	181
2020	138	115	167
2021	127	106	147
2022	132	107	155

Figuur 3.7. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2022, volgens geslacht.

	Mannen	Vrouwen
10-14 jaar	1,1%	2,0%
15-19 jaar	6,6%	15,2%
20-24 jaar	11,5%	14,6%
25-29 jaar	11,5%	8,7%
30-34 jaar	8,7%	8,4%
35-39 jaar	10,9%	9,6%
40-44 jaar	8,3%	7,2%

45-49 jaar	10,4%	6,8%
50-54 jaar	10,9%	7,4%
55-59 jaar	5,8%	7,8%
60-64 jaar	4,9%	3,8%
65-69 jaar	3,6%	3,3%
70-74 jaar	3,2%	2,1%
75-79 jaar	1,1%	2,1%
80-84 jaar	0,9%	0,2%
85-89 jaar	0,4%	0,7%
90+	0,0%	0,1%

**Figuur 3.8.** Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
<b>Totaal</b>	2023 n=138	2023 n=397	2023 n=325	2023 n=380	2023 n=379	2023 n=212	2023 n=94	2023 n=2.262
<b>Ja</b>	47,8%	55,4%	50,8%	55,8%	55,4%	50,9%	33,0%	59,6%
<b>Nee</b>	52,2%	44,6%	49,2%	44,2%	44,6%	49,1%	67,0%	40,4%

**Figuur 3.9.** Proportie vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een suïcidepoging te hebben ondernomen, volgens leeftijd, 2023.

Leeftijd	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----	--------

Totaal	2023 n=689	2023 n=612	2023 n=550	2023 n=511	2023 n=539	2023 n=361	2023 n=183	2023 n=3.445
<b>Ja</b>	64,9%	63,4%	57,8%	51,3	50,3%	46,5%	32,8%	55,6%
<b>Nee</b>	35,1%	36,6%	42,3%	48,7	49,7%	53,5%	67,2%	44,4%

In figuur 3.10 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

Figuur 3.10. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
<b>15-24</b>	1,7	0,0	5,1	7,8	0,7	15,0
<b>25-34</b>	2,6	0,0	5,2	5,5	1,4	9,6
<b>35-44</b>	5,4	1,8	8,9	3,8	1,1	6,5
<b>45-54</b>	3,1	0,6	5,5	3,9	0,7	7,0

55-64	5,6	1,7	9,5	4,1	0,0	8,2
65-74	3,4	0,0	6,9	7,1	2,4	11,8
75 +	1,6	0,0	4,8	2,4	0,0	5,9

In figuur 3.11 zijn de percentages weergegeven per leeftijdsgroep en geslacht wat betreft de lifetime prevalentie voor suïcidepogingen. Het is moeilijk uitspraken te doen over de resultaten per leeftijdsgroep en geslacht voor wat suïcidepogingen betreft op gewestelijk niveau gezien de kleine aantallen en de grote onzekerheidsmarges. De aantallen voor pogingen in de afgelopen 12 maanden zijn dermate klein dat deze niet zijn opgenomen in een figuur.

**Figuur 3.11.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

Leeftijd	% 95% CI		% 95% CI	
	Mannen		Vrouwen	
15-24	1,3	0,0 3,4	4,6	0,8 8,5
25-34	5,6	0,0 11,2	3,5	0,0 7,6
35-44	4,8	0,8 8,8	14	4,3 23,7
45-54	5,8	1,6 10,1	17	10,7 23,4
55-64	2,6	0,0 5,5	5,2	2,1 8,4
65-74	1,7	0,0 3,8	3,4	0,8 6,0
75 +	3,5	0,0 7,4	4,6	1,0 8,1

**Figuur 3.12 t/m 3.14:**

**Figuur 3.12.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

**Figuur 3.13.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020. Bron: Joyce et al. (2022); Vancayseele et al., 2023

**Figuur 3.14.** Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2020.

	Vlaanderen			Ierland		
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen
2002	172	133	214	202	167	237
2003	135	102	168	209	177	241
2004	151	123	179	201	170	233
2005	165	144	188	198	167	229
2006	154	124	184	184	160	210
2007	168	145	210	188	162	215
2008	192	147	233	200	180	223
2009	160	124	196	209	197	222
2010	150	128	169	223	211	236
2011	179	143	202	215	205	226
2012	159	143	182	211	195	228
2013	156	135	179	199	182	217
2014	159	132	183	200	185	216
2015	154	125	185	204	186	222
2016	156	130	181	205	184	228
2017	155	127	180	199	181	218
2018	147	122	176	210	193	229

2019	145	123	169	206	187	226
2020	137	113	163	200	176	224

#### KADER: ZELFBESCHADIGING

**Figuur 3.15.** Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022.

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

**Figuur 3.16.** Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

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

**Figuur 3.17.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die zelfbeschadigend gedrag hebben gedaan, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2006-2022.

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

**Figuur 3.18.** De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

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

**Figuur 3.19.** De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015.

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

**Figuur 3.20.** De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015.

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



**Figuur 4.1.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	11,4	5,9	17,0	19,8	14,4	25,1
25-34	13,7	9,2	18,2	16	11,9	20,1
35-44	16,4	12,3	20,3	15,9	11,6	20,2
45-54	15,6	11,6	19,6	23,2	19,2	27,3
55-64	10,2	7,5	12,9	14,7	11,2	18,2
65-74	5,6	3,4	7,7	8,6	5,9	11,3
75 +	9,1	4,4	13,8	7,2	4,2	10,1

**Figuur 4.2.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	5,3	0,3	10,2	5,2	2,8	7,6
25-34	3,9	1,4	6,3	4,1	2,2	6,0
35-44	5	2,9	7,1	4,7	2,4	7,0
45-54	4,6	2,6	6,5	7,6	5,1	10,2
55-64	4,8	2,8	6,7	3,9	2,2	5,5
65-74	1,4	0,4	2,3	1,9	0,8	3,0

75 +	3,5	1,5	5,6	2,1	0,6	3,7
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

**Figuur 4.3.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
2004	12,2	9,8	16,6	15,5
2008	11,7	9,8	16,1	14,4
2013	13,8	12,6	17,5	15,5
2018	13,9	12,9	14,3	15,8

**Figuur 4.4.** Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens gewest en jaar, 2018.

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

**Figuur 4.5.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	8,6	3,8	13,4	20,9	12,9	29,0
25-34	15,1	8,4	21,8	15,2	9,5	21,0
35-44	16,1	10,6	21,7	10,2	5,9	14,5
45-54	15,1	9,7	20,6	21,9	16,4	27,5
55-64	8,7	5,3	12,2	13,7	9,1	18,2

65-74	4,5	1,8	7,3	8,1	4,4	11,8
75 +	9,8	3,1	16,6	6,8	2,9	10,8

**Figuur 4.6.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
	%	95% CI		%	95% CI	
15-24	1,5	0,0	3,0	3,7	0,8	6,6
25-34	3,6	0,4	6,8	2,6	0,6	4,5
35-44	3,4	1,1	5,7	2,2	0,5	3,8
45-54	3,9	1,7	6,2	7,6	4,2	11,1
55-64	4,0	1,6	6,5	2,9	1,1	4,7
65-74	1,5	0,0	3,0	2,0	0,3	3,7
75 +	2,8	0,4	5,2	2,0	0,0	4,2

**Figuur 4.7.** Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden een aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Aantal	n=217	n=544	n=520	n=581	n=543	n=288	n=155	n=2.619
Ja	89,9%	89,9%	84,8%	90,9%	88,4%	89,6%	79,4%	87,3%
Neen	10,1%	10,1%	15,2%	9,1%	11,6%	10,4%	20,7%	12,8%

**Figuur 4.8.** Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2023.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
Aantal	n= 1.318	n=1.267	n=951	n=904	n=961	n=628	n=264	n=6.293
Ja	96,7%	93,7%	90,5%	86,6%	90,1%	85,2%	80,0%	90,4%
Neen	3,3%	6,3%	9,5%	13,5%	10,0%	14,8%	20,0%	9,6%



**Figuur 4.9.** Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2023.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=230	n=558	n=473	n=652	n=530	n=323	n=124	n=2837
Zelfmoordgedachten	54,30%	48,40%	54,10%	40,00%	41,30%	38,70%	50,80%	48,60%
Zelfmoordwens	17,40%	21,70%	17,30%	19,30%	22,60%	27,20%	29,80%	21,30%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	25,70%	26,50%	23,50%	21,00%	30,20%	30,00%	16,90%	25,40%
Zelfmoordpoging aan de gang	2,60%	3,40%	5,10%	19,60%	5,80%	4,00%	2,40%	4,60%

**Figuur 4.10.** Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2023.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Totaal
	n=1.266	n=1.201	n=865	n=786	n=816	n=521	n=216	n=5.194
Zelfmoordgedachten	36,30%	37,40%	43,80%	44,80%	45,00%	53,30%	52,20%	42,10%
Zelfmoordwens	21,50%	24,00%	23,10%	26,00%	29,00%	24,40%	27,60%	24,10%
Uitgewerkt zelfmoordplan/ zelfmoorddreiging	36,00%	32,10%	27,90%	26,60%	22,80%	19,70%	19,50%	28,80%
Zelfmoordpoging aan de gang	6,20%	6,50%	5,20%	2,60%	3,20%	2,70%	0,70%	4,90%

**Figuur 4.11.** Percentages suicidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022.

		Nooit	≥ 2 keer
Leeftijd			
Jongens	13-14	90	10
	15-16	88	12
	17-18	82	18
Meisjes	13-14	81	20
	15-16	77	23

	17-18	76	24
--	-------	----	----

**Figuur 4.12.** Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022.

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

**Figuur 4.13.** Percentages jongeren (13- tot 18-jarigen) die reeds twee keer of meer aan zelfmoord gedacht hebben in hun leven, opgesplitst naar jaar en geslacht, 2022.

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

**Figuur 4.14.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suïcide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	8,2	1,9	14,4	20,2	10,6	29,8
25-34	13,9	7,8	20,1	16,2	10,0	22,5
35-44	15,5	9,4	21,7	14,2	9,2	19,2
45-54	17,7	10,8	24,5	15,7	9,5	21,9
55-64	15,1	8,4	21,8	11,5	6,2	16,9
65-74	10,6	4,6	16,7	14,8	8,5	21,0
75 +	10,5	1,0	20,0	9,9	2,6	17,3

**Figuur 4.15.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	3,8	0,0	8,2	11,5	4,4	18,6
25-34	5,7	1,7	9,8	3,8	0,6	7,0
35-44	3,7	0,7	6,7	2,4	0,5	4,4
45-54	8,0	2,9	13,0	3,5	0,2	6,8
55-64	2,5	0,0	5,7	4,9	1,1	8,7
65-74	3,6	0,0	7,3	4,9	1,4	8,5
75 +	6,9	0,0	15,1	7,4	0,6	14,1

**Figuur 4.16.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

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

Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	16,6	3,5	29,7	17,9	9,7	26,0
25-34	11,0	3,6	18,3	17,4	9,6	25,1
35-44	17,1	9,8	24,4	26,2	16,2	36,2
45-54	16,0	8,8	21,1	27,6	20,3	34,9
55-64	11,9	6,7	17,2	17,2	10,7	23,7
65-74	6,5	2,6	10,4	8,3	3,9	12,7
75 +	7,0	1,6	12,3	7,1	2,1	12,1

**Figuur 4.17.** Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de afgelopen 12 maanden, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	11,3	0,0	24,2	6,0	1,4	10,5
25-34	3,5	0,0	8,6	7,0	2,1	11,8
35-44	8,4	3,1	13,6	9,7	3,4	16,1
45-54	4,9	0,7	9,1	8,7	4,3	13,1
55-64	6,6	2,6	10,6	5,3	1,7	8,9
65-74	0,6	0,0	1,4	1,0	0,0	2,1
75 +	4,5	0,1	9,0	1,1	0,0	2,7

**Figuur 4.18.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) volgens de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (ooit) en volgens de periode waarin deze gedachten manifesteerden, 10de COVID-19- gezondheidsenquête, België, 2022

	%
Niet aanwezig	80,4



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

## HOOFDSTUK 5

**Figuur 5.1.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

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

**Figuur 5.2.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	26	19,2	32,6	42,2	35,7	48,7
25-34	28,8	23,1	34,5	48,5	42,7	54,3
35-44	33,7	28,5	38,8	39	33,7	44,2

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

**Figuur 5.3.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018.

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

**Figuur 5.4.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1997	1,6	1,4	1,9	1,9
2001	1,3	1,1	1,6	1,5

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

**Figuur 5.5.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens gewest en jaar, 2018.

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

**Figuur 5.6.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens gewest en jaar, 2018.

	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië
1997	17,2	15,1	20,8	20
2001	13,2	11,5	16,8	15,2
2004	12,7	11,2	15,9	14,6
2008	14	12,7	19,3	15,1
2013	17,9	16	24,9	19,9

2018	17,7	15	21,6	21,6
------	------	----	------	------

**Figuur 5.7.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

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

**Figuur 5.8.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	21,4	13,4	29,4	37,6	28,4	46,9
25-34	26,5	19	33,9	44,1	35,8	52,5
35-44	28,6	22	35,3	33,1	26,1	40,1
45-54	27,5	21,1	33,9	38	31,5	44,6

<b>55-64</b>	22,9	16,9	28,9	30,1	24,1	36,2
<b>65-74</b>	14,1	9,3	18,9	28,7	22,1	35,2
<b>75 +</b>	29,5	20,9	38,2	30,9	23,6	38,2

**Figuur 5.9.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Vlaanderen, 2018.

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

**Figuur 5.10.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

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

**Figuur 5.11.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
<b>15-24</b>	36,9	21,8	52,1	54,1	41,2	67
<b>25-34</b>	38,5	29,8	47,1	56,9	48,7	65,2
<b>35-44</b>	35,3	27,7	42,9	42,8	35,4	50,1
<b>45-54</b>	38,2	29,8	46,6	42,6	34,2	50,9
<b>55-64</b>	35,2	26,3	44	38,1	29,6	46,5
<b>65-74</b>	20,9	12,8	28,9	24,9	17	32,8
<b>75 +</b>	20,9	9,5	32,3	30,4	19,3	41,5

**Figuur 5.12.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht, leeftijd, Vlaanderen, 2018.

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

**Figuur 5.13.** Gemiddelde score voor psychische welbevinden (hoe hoger, hoe minder gunstig), volgens geslacht, leeftijd en gewest, 2018.

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

75 +	1,2	0,7	1	1,8	1,3	2,4
------	-----	-----	---	-----	-----	-----

**Figuur 5.14.** Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

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

**Figuur 5.15.** Het percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder met een mogelijke psychische aandoening, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018.

	%	95% CI		%	95% CI	
Leeftijd	Mannen			Vrouwen		
15-24	21,3	7,9	34,6	30,2	20,2	40,2
25-34	10,7	2,7	18,7	34,7	25	44,4
35-44	28,7	18,9	38,5	33,8	23,8	43,8
45-54	13,5	7,8	19,3	25,9	19,2	32,6



55-64	16,8	10,7	22,9	20,9	14,6	27,2
65-74	7,9	3	12,8	19,9	12,6	27,2
75 +	12,3	5,4	19,2	16,7	9,9	23,5

**Figuur 5.16.** Percentage van de bevolking (18 jaar en ouder) met een angst- of depressieve stoornis, volgens maand van de COVID-19-enquête, in vergelijking met de HIS-2018, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Angststoornis	Depressieve stoornis	Angststoornis HIS-2018	Depressieve stoornis HIS-2018
mrt/20	23	20	11	9,5
jun/20	16	15	11	9,5
sep/20	18	14	11	9,5
dec/20	23	22	11	9,5
mrt/21	21	21	11	9,5
jun/21	16	15	11	9,5
okt/21	16	14	11	9,5
dec/21	24	21	11	9,5
mrt/22	19	16	11	9,5
jun/22	15	13	11	9,5

**Figuur 5.17.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met angststoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Mannen				Vrouwen			
	18-29	30-49	50-64	65+	18-29	30-49	50-64	65+
mrt/20	22,09	23,22	14,71	10,31	32,82	33,62	26,99	19,06
jun/20	24,56	15,77	10,09	5,36	27,86	20,92	14,23	10,73
sep/20	25,52	20,02	12,49	7,71	28,73	22,37	16,41	11,05
dec/20	32,68	24,2	16,29	7,21	37,07	30,54	23,43	13,33
mrt/21	26,91	23,46	17,05	6,11	39,82	28,26	17,66	11,86
jun/21	19,69	17,56	11,3	4,65	34,52	20,85	14,14	9,19
okt/21	15,66	17,9	14,07	6,68	29,02	20,29	15,33	11,24
dec/21	26,69	27,8	14,41	8,7	45,73	32,29	22,59	15,79
mrt/22	13,73	20,28	14,67	7,74	33,58	25,37	18,88	14,29
jun/22	15,17	17,72	12,23	5,83	30,39	19,18	15,29	8,39

**Figuur 5.18.** Percentage mannen en vrouwen (18 jaar en ouder) met depressieve stoornissen, volgens leeftijd en maand van de COVID-19-Gezondheidsenquêtes, België 2020-2022.

Covid-19 enquête	Mannen				Vrouwen			
	18-29	30-49	50-64	65+	18-29	30-49	50-64	65+
mrt/20	28,72	18,59	13,24	10,31	29,49	23,32	20,39	17,23
jun/20	28,93	16,14	11,4	6,34	23,65	15,62	12,58	10,74
sep/20	20,27	17,46	13,04	6,81	19,15	15,14	12,51	8,77
dec/20	35,03	23,51	17,09	8,49	33,91	23,98	20,16	15,34
mrt/21	34,38	22,84	17,02	7,54	41,55	24,28	17,45	11,98
jun/21	22,86	19,08	12,47	5,3	26,18	16,15	13,02	6,92
okt/21	14,93	17,56	13,97	7,05	23,05	16,38	12,46	9,05
dec/21	30,07	25,16	15,33	9,12	36,26	24,79	19,43	13,72
mrt/22	26,39	15,85	15,95	6,87	25,89	18,35	14,87	10,54
jun/22	11,95	16,13	11,83	5,29	25,74	14,6	11,95	7,41

**Figuur 5.19.** Percentage van personen van 18 jaar en ouder met een angst- en of depressieve stoornis, volgens socio-economische status, tiende Gezondheidsenquête, België, 2022.

	Comorbiditeit	Angst	Depressie
<b>Betaald werk</b>	10,3	8,1	4,6

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

**Figuur 5.20.** Evolutie van percentage personen naar eenzaamheid per gezondheidsenquête, België, 2021-2022.

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