

Rapport: Suïcidaliteit in cijfers

2025

Vlaamse cijfers betreffende suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten in een nationale en internationale context

Gwendolyn Portzky

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)

info@vlesp.be

September, 2025

1. Inleiding	6
1.1. Achtergrond	6
1.2. Doelstellingen	6
1.3. Definities	7
1.4. Methodologie.....	8
1.5. Betrouwbaarheid data	11
1.6. Opbouw Epidemiologisch rapport.....	13
2. Cijfers suïcide	16
2.1. België	16
2.2. Vlaanderen.....	17
2.2.1. Incidentie.....	17
2.2.2. Evolutie.....	18
2.2.3. Onbepaalde intenties	27
2.2.4. Provinciale cijfers.....	28
2.2.5. Beroepsgroepen	30
2.3. Brussel.....	33
2.3.1. Incidentie.....	33
2.3.2. Evolutie.....	33
2.4. Wallonië.....	34
2.4.1. Incidentie.....	34
2.4.2. Evolutie.....	34
2.5. Internationale vergelijking.....	35
2.5.1. Vlaanderen binnen Europa.....	35
2.5.2. Incidentie en evolutie internationaal	36
2.5.3. België vs de buurlanden op langere termijn	37
3. Cijfers suïcidepogingen.....	39
3.1. België	39
3.1.1. Prevalentie	39
3.1.2. Socio-demografische verschillen	40
3.2. Vlaanderen.....	43
3.2.1. Data Gezondheidsenquête Sciensano	43

3.2.2. Data Registratieproject suïcidepogingen Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent	44
3.2.3. Data Zelfmoordlijn 1813	50
3.3. Brussel	50
3.4. Wallonië	51
3.5. Internationale vergelijking	52
Kader: Zelfbeschadiging	57
<i>Studie Jongeren en Gezondheid</i>	57
<i>Europese CASE-studie</i>	62
<i>Replicatie Vlaanderen CASE-studie</i>	65
Hoofdstuk 4: Suïcidale gedachten	72
4. Cijfers suïcidale gedachten	73
4.1. België	73
4.1.1. Prevalentie	73
4.2. Vlaanderen	78
4.2.1. Data Gezondheidsenquête Sciensano	78
4.2.2. Data Registratiestudie Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Ugent (op basis van de Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES))	80
4.2.3. Data Zelfmoordlijn 1813	81
4.2.4. Data Studie Jongeren en Gezondheid	84
4.3 Brussel	87
4.4 Wallonië	89
Hoofdstuk 5: Geestelijke gezondheid(sproblemen)	91
5. Cijfers geestelijke gezondheid(sproblemen)	92
5.1. België	92
5.1.1. Algemene geestelijke gezondheid	92
5.1.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	98
5.2 Vlaanderen	99
5.2.1. Algemene geestelijke gezondheid	99
5.2.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	101
5.3. Brussel	102
5.3.1. Algemene geestelijke gezondheid	102

5.3.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	105
5.4. Wallonië	105
5.4.1. Algemene geestelijke gezondheid	105
5.4.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen	108
6. Samenvatting	110
6.1. Suïcide Vlaanderen	110
6.2. Suïcidepogingen Vlaanderen	111
6.3. Suïcidale gedachten Vlaanderen.....	112
6.4. Geestelijke gezondheidsproblemen Vlaanderen	112
6.5. Samenvattend.....	112
Referenties.....	114

Hoofdstuk 1: Inleiding

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

Suicide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. Epidemiologische registratieprojecten zijn essentiële onderdelen van doeltreffende preventieprogramma's (WHO, 2014). Een belangrijke rol hierin is weggelegd voor het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), de partnerorganisatie van de Vlaamse overheid. Eén van de taken van VLESP is het **verzamelen en opvolgen van alle epidemiologische informatie in Vlaanderen omtrent suïcide, suïcidepogingen en suïcidale gedachten**. Gezien geestelijke gezondheidsproblemen een belangrijke associatie hebben met suïcidaal gedrag worden ook deze gegevens opgevolgd vanuit VLESP. Hiertoe brengt VLESP jaarlijks een rapport uit waarin dieper wordt ingegaan op de meest recente Vlaamse epidemiologische gegevens binnen een 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.

Dit epidemiologisch rapport wordt jaarlijks geüpdatet. De **meest actuele cijfers met betrekking tot suïcide en suïcidepogingen** kunnen eveneens gevonden worden op de website 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 suicide, suicidepogingen, zelfverwondend gedrag en suïcidegedachten beschreven.

Tabel 1.1. Definities suïcidaal gedrag.

Suicide	Onder suicide verstaan we een daad met dodelijke 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).
Suicidepoging	Onder een suicidepoging 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 suicidepogingen 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).
Zelfbeschadigend gedrag	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).
Suïcidegedachten	Onder suïcidegedachten (ook wel suïcidale ideatie genoemd) verstaan we het actief denken aan, of het overwegen van suïcide, als mogelijkheid of als uitweg om ervaren problemen te verminderen of op te lossen.

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

1.4. Methodologie

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

Tabel 1.2. 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?	
DATA-ANALYSE	
1. Is een erkende onderzoeksinstelling of expertisecentrum als verantwoordelijke aangesteld voor de coördinatie en/of uitvoering van de data-analyse?	
2. Wordt de hoedanigheid van degene die de data analyseert beschreven? <i>(Gaat het bijv. om een arts, psycholoog of wetenschappelijk medewerker?)</i>	
3. Is beschreven op welke manier het databestand werd opgeschoond?	
4. Worden de datamanipulaties c.q. berekeningen zodanig beschreven dat vergelijking met andere data mogelijk is? <i>(Bijv. aan de hand van gestandaardiseerde cijfers zoals rates)</i>	
5. Worden de statistische methoden die werden gehanteerd, beschreven?	
6. Worden de beperkingen van het onderzoek beschreven en de mogelijke gevolgen die dit heeft voor het interpreteren van de data?	

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie, 2014.

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

Tabel 1.3. Overzicht bronnen van dit epidemiologisch rapport.

CIJFERS SUICIDE (H2)
▶ Departement Zorg
▶ Domus Medica
▶ European HFA database
▶ Eurostat
▶ Statbel
▶ Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)
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

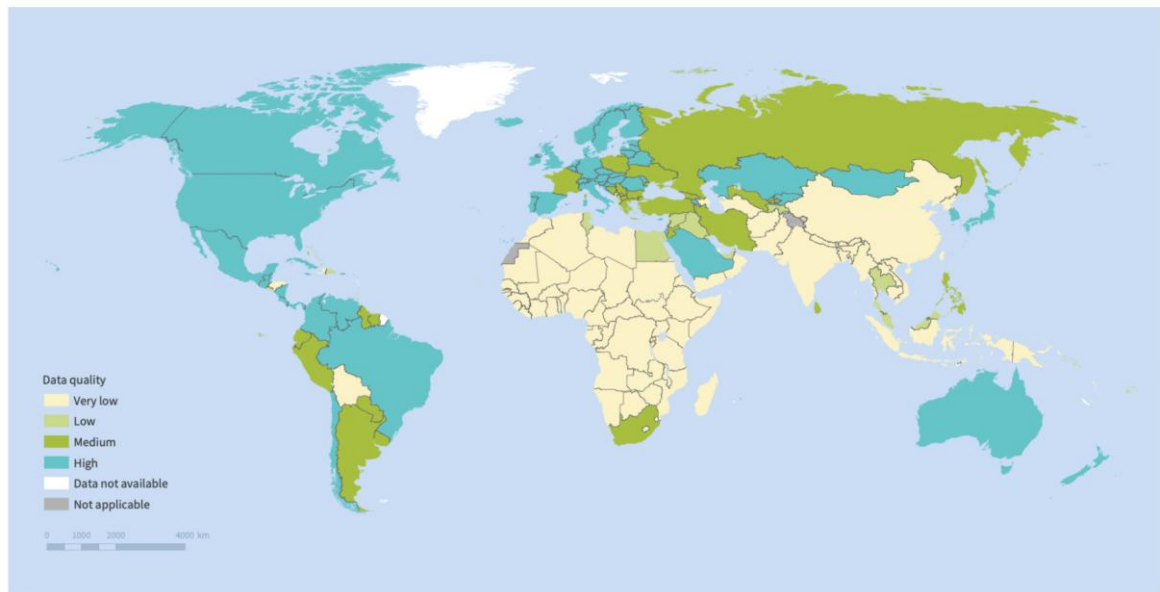
1.5 Betrouwbaarheid data

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.

De onderrapportering van suïdecijfers geldt ook voor andere Europese landen vanwege verschillen in wetgeving (suïcide is/was strafbaar of niet), culturele gevoeligheden (suïcide is een taboe) en verschillen met betrekking tot registratiemethodes die gehanteerd worden. Deze factoren kunnen invloed uitoefenen op de betrouwbaarheid en validiteit van suïdecijfers. Desondanks wordt in literatuurstudies veel evidentie gevonden voor de aanname dat vertekeningen in suïdecijfers veelal onderschattingen zijn maar dat deze voor de meeste West-Europese landen constant en niet sterk genoeg zijn om verschillen tussen landen te verklaren (Chishti et al., 2003; Jouglà et al., 2002). Dit duidt erop dat suïdecijfers, leeftijds- en geslachtsverdelingen vrij stabiel blijven door de jaren heen waardoor wordt aangenomen dat, zeker in de ontwikkelde landen, officiële suïdecijfers voldoende betrouwbaar en valide zijn om onderling met elkaar te kunnen worden vergeleken (De Leo & Evans, 2004). In het meeste recente WHO-rapport omtrent de wereldwijde suïdecijfers in 2021 (WHO, 2025) wordt een overzicht gegeven van de kwaliteit van epidemiologische data betreffende suïcide wereldwijd (zie figuur 1.1.). Hieruit blijkt dat de Vlaamse en Belgische epidemiologische gegevens omtrent suïcide als ‘hoge kwaliteit’ worden beschouwd.

Figuur 1.1. Kwaliteit van suïcide data in 2021 (WHO, 2025)



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 Epidemiologisch rapport

Globaal genomen zijn er drie manieren om inzicht te krijgen in de epidemiologie van suïcidaal gedrag en geestelijke gezondheidsproblemen. Zo worden suïcidepogingen en suïcidegedachten alsook geestelijke gezondheidsprobleem 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 2: Suicide

2. Cijfers suïcide

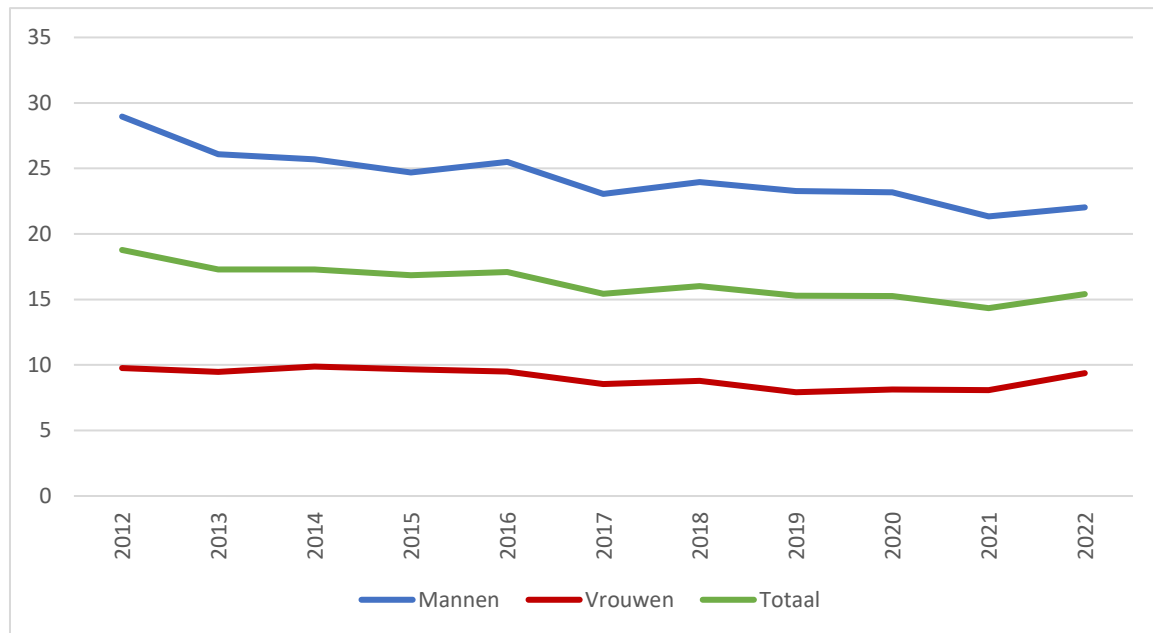
De meest recente cijfers met betrekking tot **suïcides voor België dateren uit 2022**. De meest recente cijfers met betrekking tot **suïcides in Vlaanderen** dateren uit **2023**. Sterftecijfers worden gerapporteerd overeenkomstig de tiende revisie van de Internationale Classificatie van Ziekten en daarmee verbonden Gezondheidsproblemen van de WGO (ICD-10). **Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van deze cijfers is geboden, aangezien deze cijfers een onderschatting zijn van het werkelijke aantal suïcides**. Elk jaar zijn er ook sterfgevallen waarvan de doodsoorzaak moeilijk te bepalen is, waarbij het mogelijks ook om suïcide kan gaan.

2.1. België

In **2022** overleden in België **1.796 personen ten gevolge van suïcide**, waarvan 1.238 mannen en 558 vrouwen (EUROSTAT, 2025). Dit komt neer op **5 suïcides per dag**.

In figuur 2.1 wordt de evolutie van de suïdecijfers (per 100.000 inwoners) weergegeven op nationaal niveau, uitgesplitst naar geslacht. Op korte termijn tussen 2020 en 2022 is zelfdoding gedaald bij mannen met 4,7% en bij vrouwen gestegen met 15,1 % in België. In totaal (= mannen en vrouwen samen) zien we een toename van 1% in België in 2022 ten opzichte van 2020. Op langere termijn is in België tussen 2012 en 2022 de suïciderate bij mannen gedaald met 23,9% bij mannen en bij vrouwen met 4%. De totale suïciderate in België is op 10 jaar tijd met 18% gedaald.

Figuur 2.1. Evolutie gestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.), België, 2012-2022, 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)

2.2. Vlaanderen

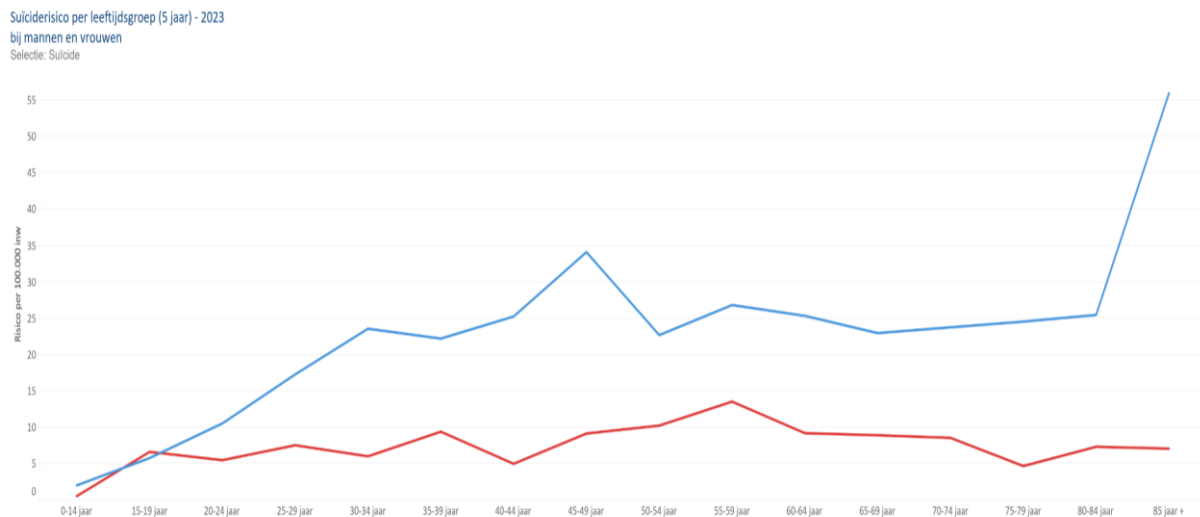
2.2.1. Incidentie

Sterftecijfers door suïcide in Vlaanderen worden geregistreerd door het Departement Zorg op basis van de overlijdenscertificaten. In **2023** (meest recente cijfers) **overleden** in Vlaanderen **887 personen door suïcide**. Dit komt neer op ongeveer **2,3 suïcides per dag**. **Het aantal suïcides per 100.000 inwoners is 13,3**. Het ging hierbij om 652 mannen en 235 vrouwen. 73,5% van alle suïcides in Vlaanderen betreft mannen.

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. Een overzicht van het aantal overlijdens met onbepaalde intenties in Vlaanderen wordt aan het eind van dit onderdeel weergegeven.

Als we kijken naar de incidentie van suïcide volgens leeftijd in 2023 (zie onderstaande figuur 2.2.) dan zien we dat vanaf de leeftijd van 20 jaar meer mannen overlijden door suïcide dan vrouwen. Mannen in de leeftijdsgroep 45-49 jaar maar vooral oudere mannen vanaf 85 jaar hebben het hoogste aantal suïcides in Vlaanderen.

Figuur 2.2.. Gestandaardiseerde suïcidecijfers (ASR-E) per leeftijdsgroep in Vlaanderen, 2023



Bron: Departement Zorg

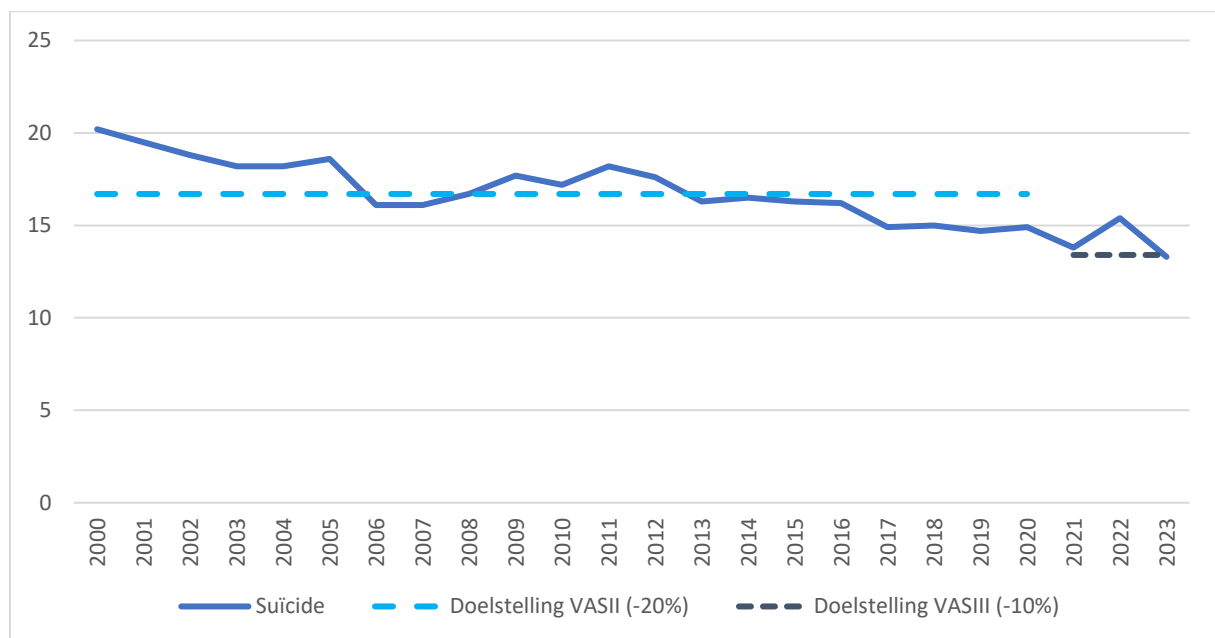
2.2.2. Evolutie

De huidige gezondheidsdoelstelling van de Vlaamse Overheid streeft ernaar **het aantal zelfdodingen in 2030 met 10% te doen dalen ten opzichte van het referentiejaar 2020**. Om dit te behalen werd het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III – 2022-2030) uitgewerkt. De vorige gezondheidsdoelstelling streefde ernaar de sterfte door zelfdoding tegen 2020 te verminderen met 20% ten opzichte van het referentiejaar 2000. Deze werd behaald met behulp van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS II – 2012-2020). Meer hierover is te vinden in de evaluatie van VAS II.

In onderstaande figuren wordt telkens de evolutie weergegeven van 2000 tem 2023 maar in de bespreking zal telkens worden ingezoomd op de korte termijn evolutie van 2020 tem 2023 gezien dit onderdeel uitmaakt van de huidige gezondheidsdoelstelling gekoppeld aan het derde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Aan het eind van dit onderdeel zal de lange termijn evolutie van 2000 tem 2023 worden besproken.

Figuur 2.3 toont de evolutie van de gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide in Vlaanderen (2000 – 2023) en de vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstellingen. Wanneer de suïciderate van 2023 (13,3/100.000) wordt vergeleken met de baseline van het jaar 2020 (14,9/100.000), rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, komt dit neer op een **daling van de suïdecijfers met 10,6%**. Dit betekent dat de **gezondheidsdoelstelling**, op basis van de **suïdecijfers van 2023, reeds werd behaald**.

Figuur 2.3. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 2000-2023

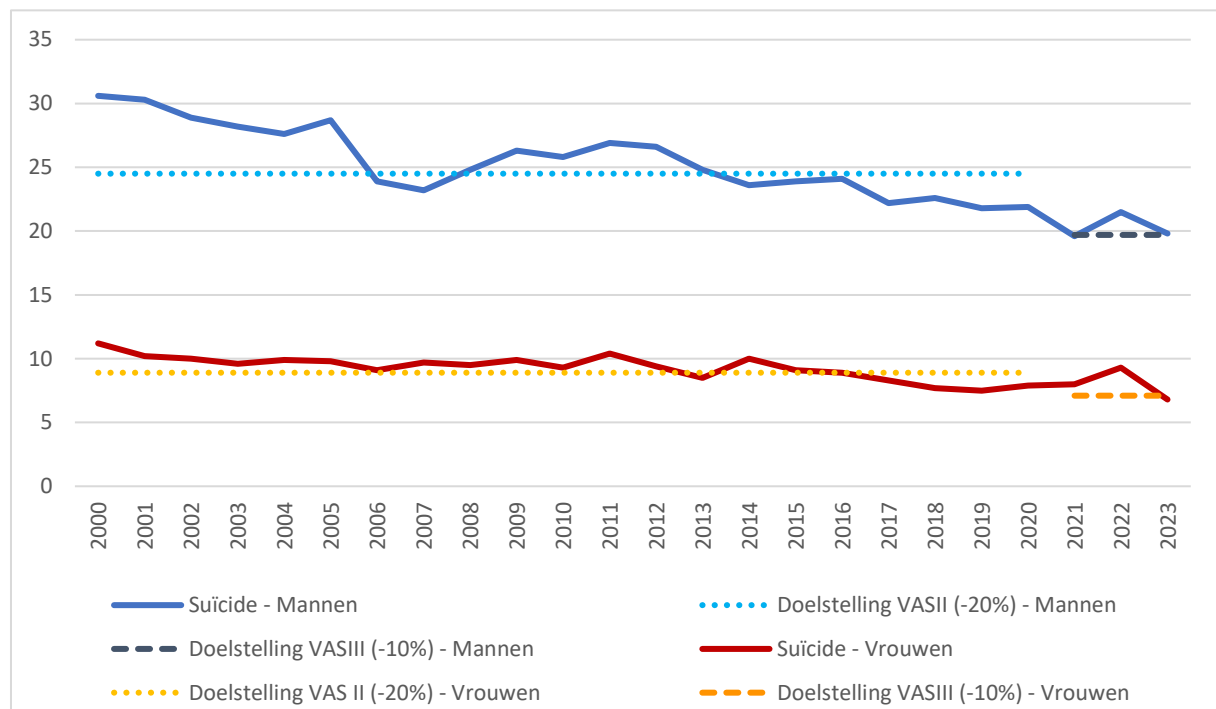


Bron: Departement Zorg

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 **9,6%** (19,8 /100.000 in 2023 ten opzichte van 21,9/100.000 in 2020) en voor **vrouwen een daling** van het suïdecijfer van **13,2%** (6,8/100.000 in 2023 ten opzichte van 7,9/100.000 in 2020) (zie figuur 2.4.).

Figuur 2.4. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, per geslacht, 2000-2023



Bron: Departement Zorg

Leeftijd

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

Leeftijdsgroep 0-14 jaar

De aantallen voor suïcides in de leeftijdsgroep jonger dan 15 jaar zijn te klein om betrouwbare uitspraken te doen over de evolutie ervan en worden de absolute aantallen weergegeven. Voor de leeftijd van 10 jaar waren er geen suïcides. In de leeftijdsgroep 10-14 jaar waren er in 2023 5 zelfdodingen, waarvan 4 jongens en 1 meisje.

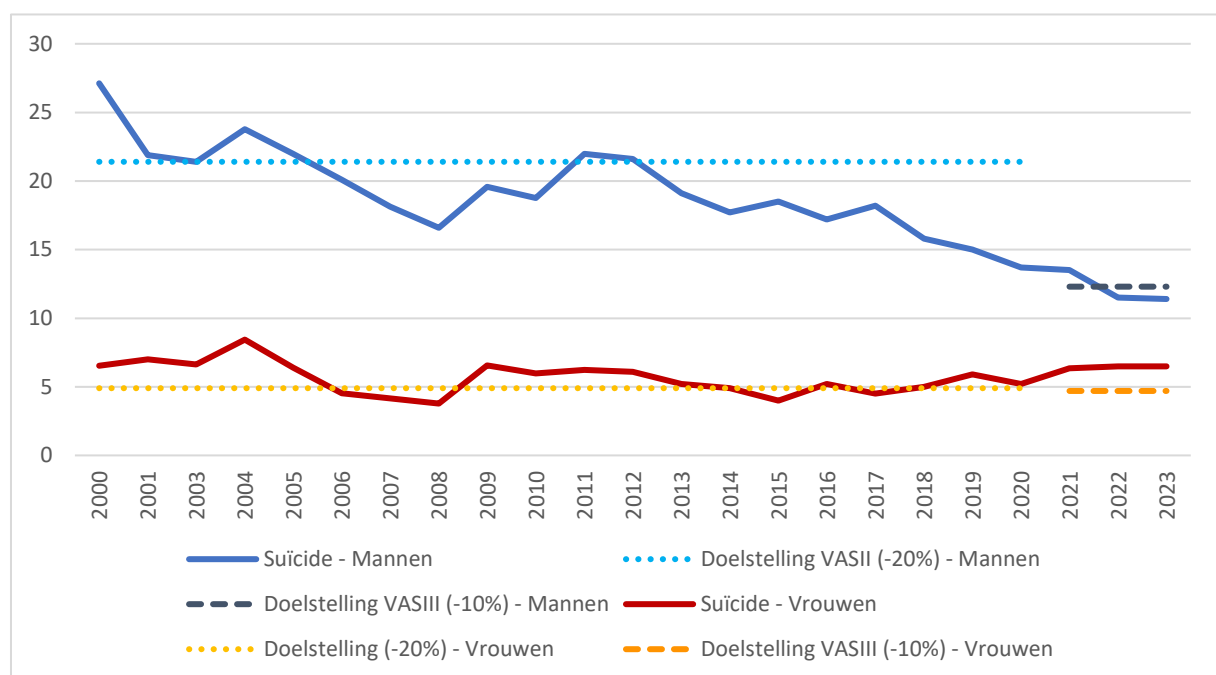
Leeftijdsgroep 15-29 jaar

Bij de 15-tot 29-jarigen was er 2023 een daling van 5% ten opzichte van 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd in 2023 dus niet behaald voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftecijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 15-29 jaar was 9,0 in 2023. De ASR-E voor mannen was 11,4 en de ASR-E voor vrouwen was 6,5 in 2023.

Bij de mannen kon in 2023 een daling van 16,7% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd dus voor de jonge mannen al behaald (zie figuur 2.5.). Bij de vrouwen ligt het suïdecijfer in 2023 23,7% hoger dan in 2020 (zie figuur 2.5.). De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet behaald voor jonge vrouwen (zie figuur 2.5.).

Figuur 2.5. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 15-29-jarigen, per geslacht, 2012-2023



Bron: Departement Zorg

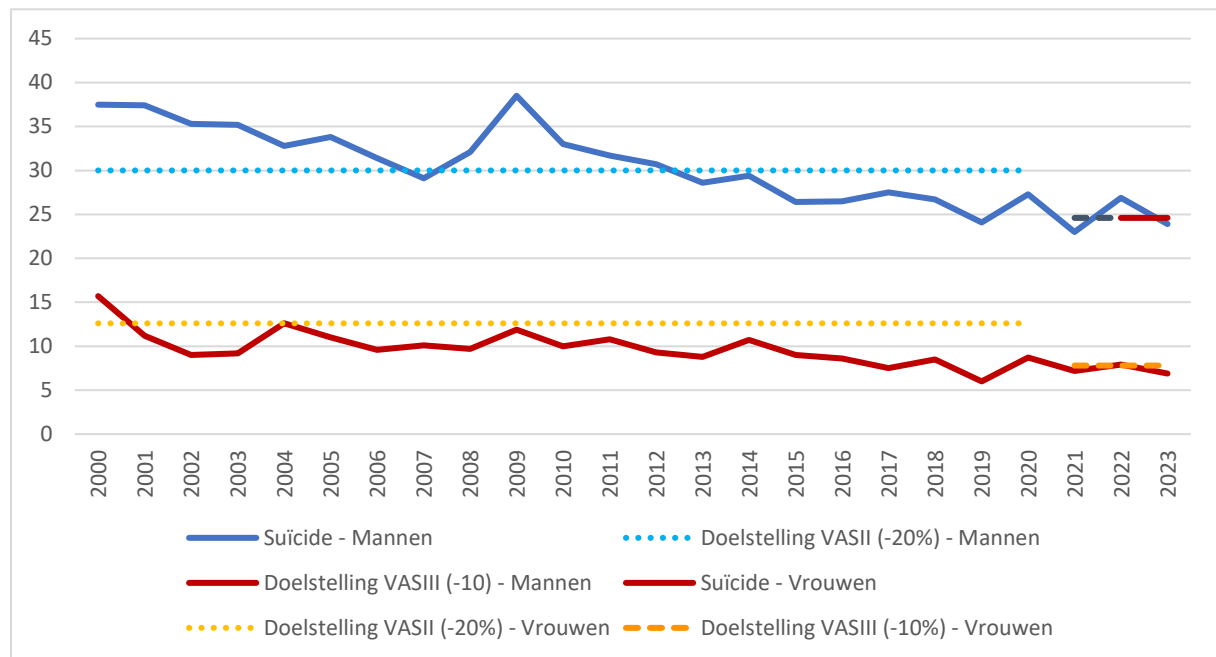
Leeftijdsgroep 30-44 jaar

Bij de 30-tot 44-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2023 reeds behaald voor mannen en vrouwen samen. Er was namelijk in 2023 een daling van 14,8% ten opzichte van 2020.

Het gestandaardiseerde sterftecijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 30-44 jaar was 15,4 in 2023. De ASR-E voor mannen was 23,9 en de ASR-E voor vrouwen was 6,9 in 2023.

Bij de mannen kon in 2023 een daling van 12,7% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2023 21,2 % lager dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd dus 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, 2000-2023



Bron: Departement Zorg

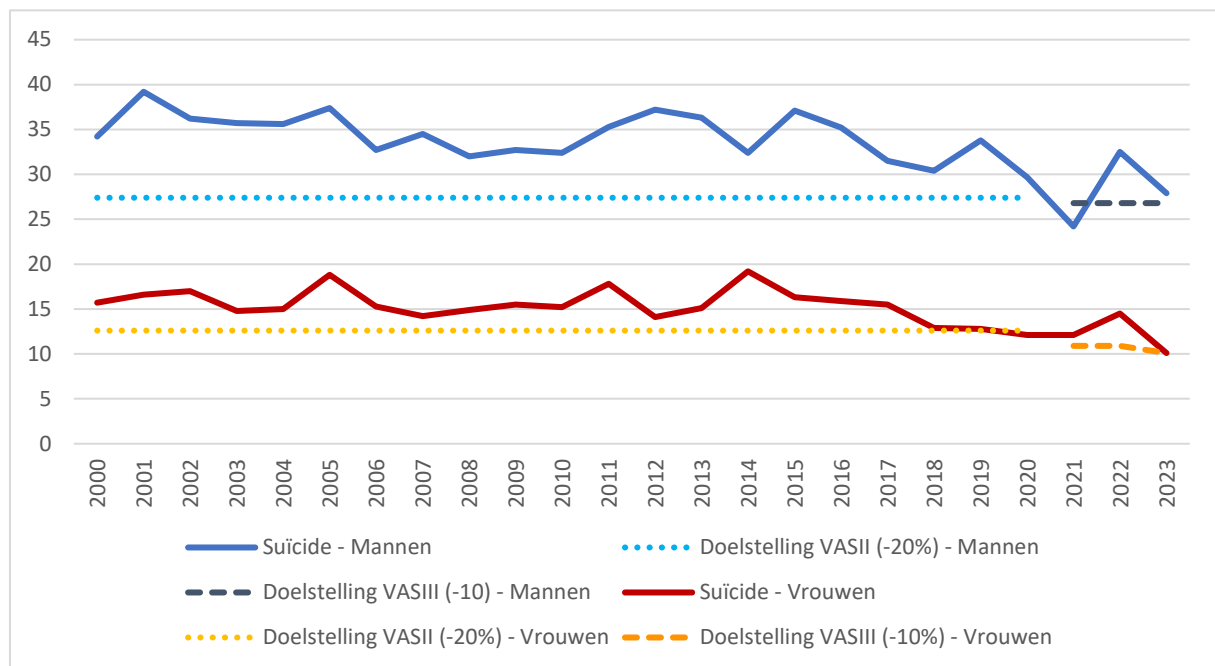
Leeftijdsgroep 45-59 jaar

Bij de 45-tot 59-jarigen was er een daling van 7,4% in 2023 ten opzichte van 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd in 2023 niet behaald voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 45-59 jaar was 19,4 in 2023. De ASR-E voor mannen was 27,9 en de ASR-E voor vrouwen was 10,9 in 2023.

Bij de mannen kon in 2023 een daling van 6,3% worden vastgesteld ten opzichte van 2020, en bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2023 10,2% lager dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd nog niet voor mannen gehaald maar wel voor vrouwen (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, 2000-2023



Bron: Departement Zorg

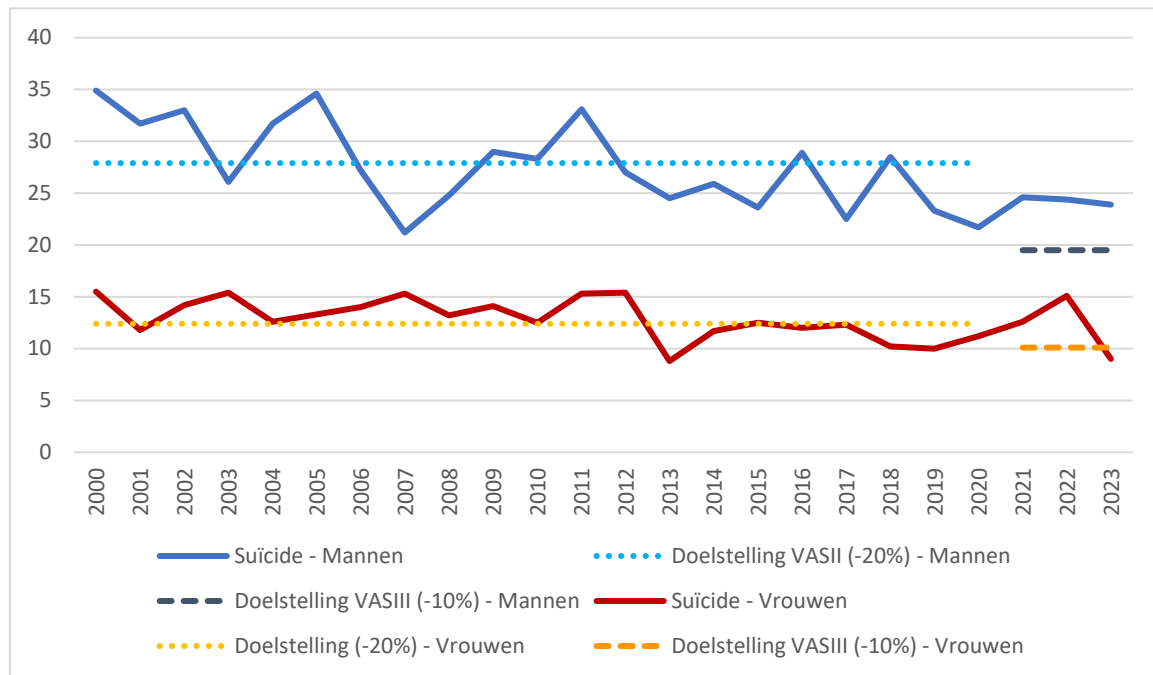
Leeftijdsgroep 60-74 jaar

Bij de 60-tot 74-jarigen werd de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2023 niet behaald voor mannen en vrouwen samen. In 2023 lag de suïcide rate voor deze leeftijdsgroep slechts 0,2% lager dan in 2020.

Het gestandaardiseerde sterftcijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 60-74 jaar was 16,4 in 2023. De ASR-E voor mannen was 23,9 en de ASR-E voor vrouwen was 9 in 2023.

Bij de mannen kon in 2023 een stijging van 10,1% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2023 20,1% lager dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd dus nog niet behaald voor mannen maar wel voor vrouwen (zie figuur 2.8.).

Figuur 2.8. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 60-74-jarigen, per geslacht, 2000-2023



Bron: Departement Zorg

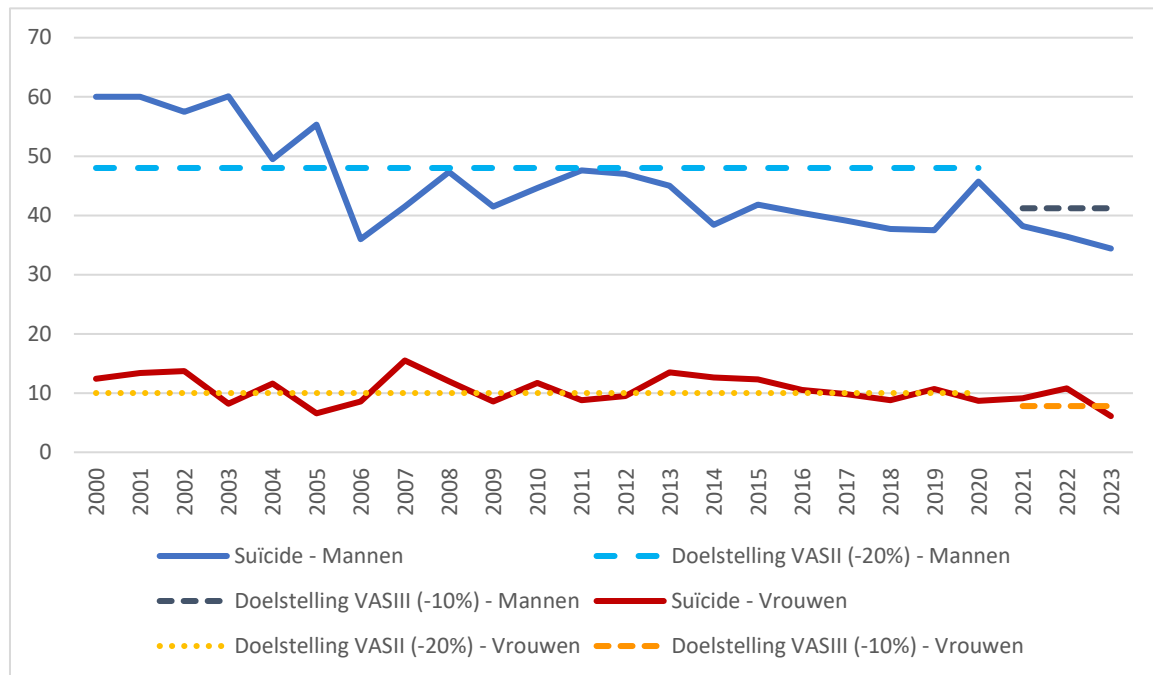
Leeftijdsgroep 75+

In 2023 lag het suïcidecijfer bij 75+ jarigen 25,7% lager dan in 2020. Dit betekent dat de gezondheidsdoelstelling van VASIII in 2023 al werd behaald voor mannen en vrouwen samen.

Het gestandaardiseerde sterftecijfer (ASR-E) voor de leeftijdsgroep 75+ jaar was 20,2 in 2022. De ASR-E voor mannen was 34,4 en de ASR-E voor vrouwen was 6,1 in 2023.

Bij de mannen kon in 2023 een daling van 24,8% worden vastgesteld ten opzichte van 2020. Bij de vrouwen ligt het suïcidecijfer in 2023 30,2% lager dan in 2020. De gezondheidsdoelstelling van VASIII werd dus zowel voor vrouwen als voor mannen apart gehaald (zie figuur 2.9.).

Figuur 2.9. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling, 75 jaar en ouder, per geslacht, 2000-2023



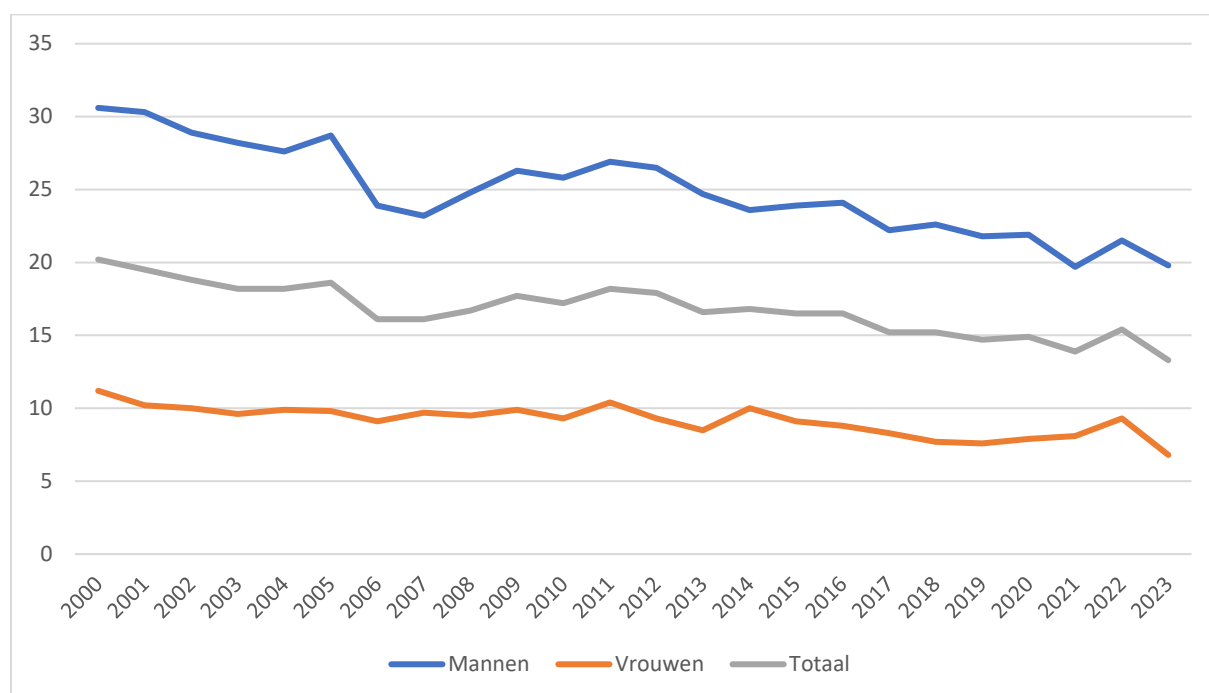
Bron: Departement Zorg

Evolutie op langere termijn

In onderstaande figuur 2.10. wordt de evolutie weergegeven van de suïciderates per 100.000 inwoners in Vlaanderen van 2000 tem 2023. De cijfers van 2023 zijn met 34,2% gedaald ten opzichte van het jaar 2000. Hieruit blijkt ook dat de cijfers van 2023 de laagste cijfers zijn in bijna 25 jaar, dit zowel voor mannen als vrouwen. Wanneer apart voor mannen de suïciderates van het jaar 2000 vergelijken worden met deze van 2023 zien we een daling van 35,3%. Voor vrouwen betreft het een daling van 39,3%.

Dit is een hoopvolle evolutie en ook al kunnen er geen eenvoudige of causale verbanden gelegd worden, kan deze evolutie betekenen dat de vele preventie-initiatieven in kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, welke nu al aan de derde editie zit, hiertoe hebben bijgedragen.

Figuur 2.10. Evolutie suïciderates (per 100.000 inwoners) in Vlaanderen 2000-2023



Bron: Departement Zorg

Algemene evaluatie

In onderstaande tabel 2.1. wordt een overzicht gegeven van de evolutie van de suïcidecijfers uitgesplitst naar geslacht en in vergelijking met de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling.

Rekening houdend met de veranderende leeftijdsverdeling en toenemende bevolking, zijn er in Vlaanderen in 2023 minder overlijdens ten gevolge van suïcide waar te nemen dan in 2020. **Concreet gaat het om een daling van 10,6% in het aantal suïcides ten opzichte van 2020.** De gezondheidsdoelstelling van het 3^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2022-2030) van de Vlaamse overheid stelt dat de suïcides in 2030 met 10% moeten dalen in vergelijking met het jaar 2020. **Er kan een daling vastgesteld worden van 9,6% bij mannen en een daling van 13,2% bij vrouwen in vergelijking met het jaar 2020.** De gezondheidsdoelstelling voor mannen is dus nog net niet behaald terwijl deze voor vrouwen wel reeds is **behaald**. Het is echter **nu nog wat vroeg om uitspraken te doen** over het behalen van dit doel gezien dit nog maar de evolutie over 3 jaar betreft.

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

	MANNEN (op 100.000)	VROUWEN (op 100.000)	TOTAAL (op 100.000)
2020 (startcijfer)	21,9	7,9	14,9
2021	19,7	8,1	13,9
2022	21,5	9,3	15,4
2023 (recentste cijfer)	19,8	6,8	13,3
2030 (streefcijfer -10%)	19,7	7,1	13,4
Verschil met 2020	- 9,6 %	- 13,2%	- 10,6%

Bron: Departement Zorg

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

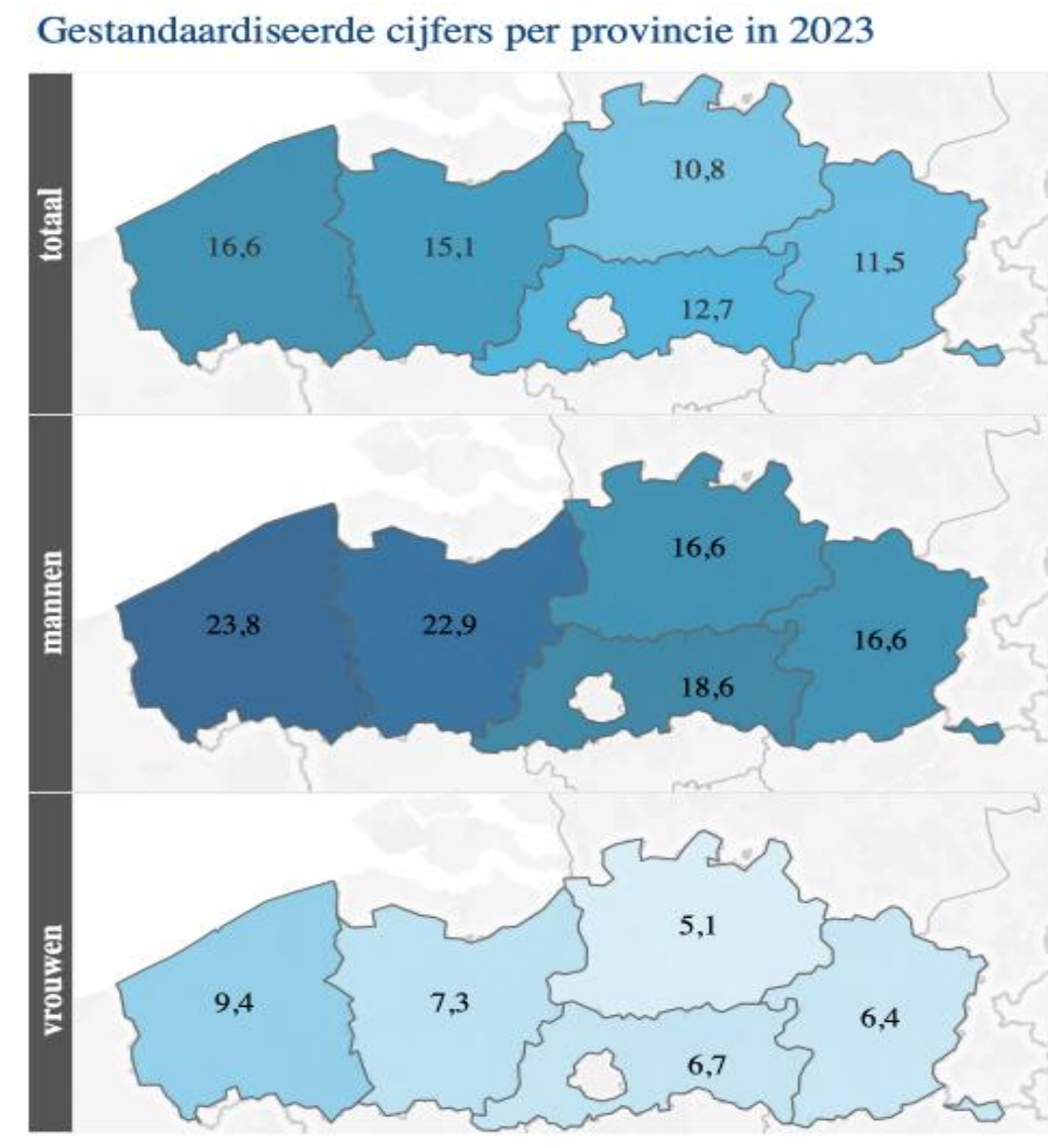
2.2.3. Onbepaalde intenties

In het jaar 2023 zagen we dat er **417 sterfgevallen** waren waarvan de intentie moeilijk te bepalen waren. Dit zijn dus sterfgevallen met onbepaalde intenties en de kans 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.

2.2.4. Provinciale cijfers

De suïdecijfers in Vlaanderen verder opgedeeld per provincie zijn te zien in figuur 2.11. 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 sterftecijfers ten opzichte van de drie andere Vlaamse provincies.

Figuur 2.11. Gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100,000 inw.), per provincie, 2023



Bron: [Departement Zorg](#)

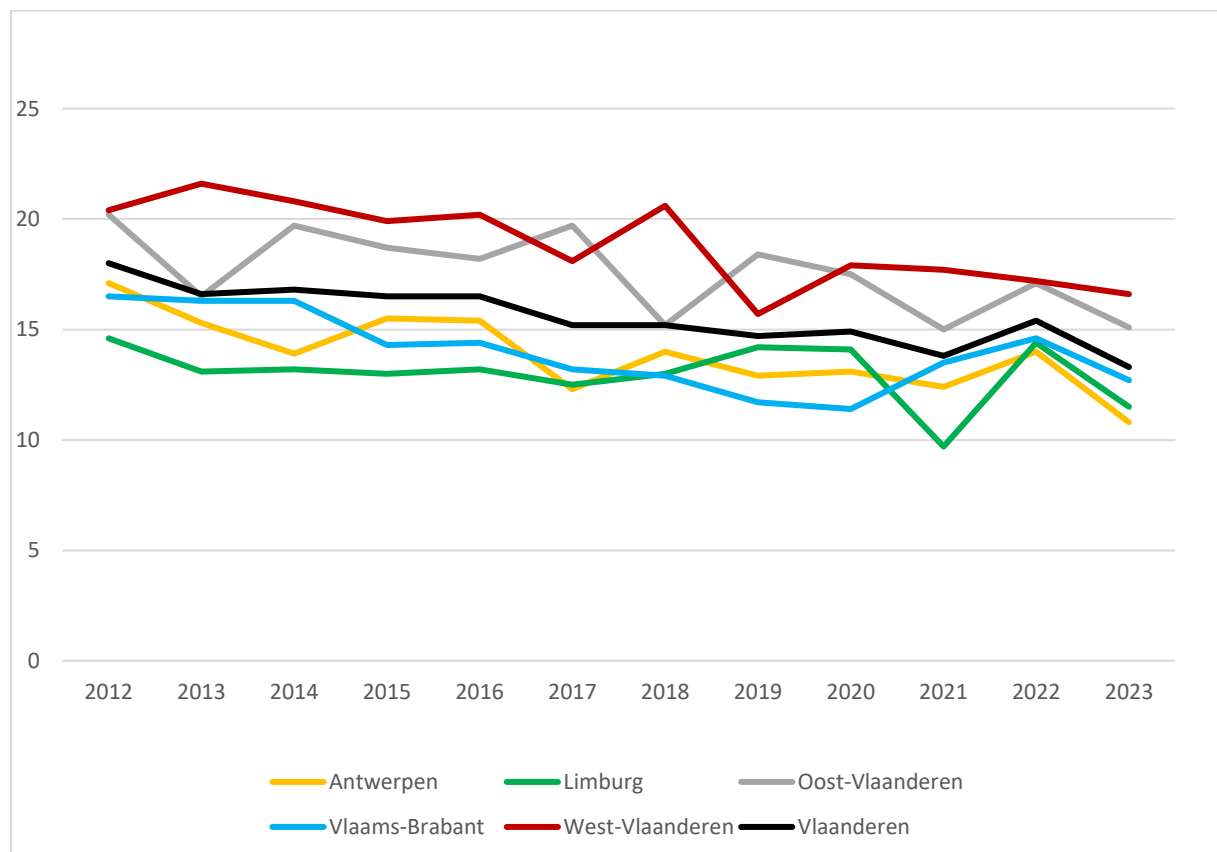
Geslacht

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

Evolutie

In onderstaande figuur 2.12 wordt de evolutie weergegeven van de provinciale suïciderates van 2012-2023. Ten opzichte van het jaar 2020 zien we dat in 2023 de suïcidecijfers in alle provincies zijn gedaald met uitzondering van Vlaams-Brabant. Op langere termijn, ten opzichte van het jaar 2012, zien we dat in 2023 de suïcidecijfers in alle provincies zijn gedaald.

Figuur 2.12. Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers voor suïcide (per 100.000 inw.), Vlaanderen, 2012-2023, per provincie



Bron: Departement Zorg

2.2.5. Beroepsgroepen

Uit internationaal onderzoek blijkt dat bij sommige beroepsgroepen het risico op suïcides hoger is dan bij andere beroepsgroepen ¹. 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.

In Vlaanderen zijn er echter tot op heden geen cijfers beschikbaar ten aanzien van de spreiding van suïcidecijfers bij verschillende beroepsgroepen.

De enige beperkte gegevens die momenteel beschikbaar zijn, zijn deze afkomstig van Domus Medica. 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).

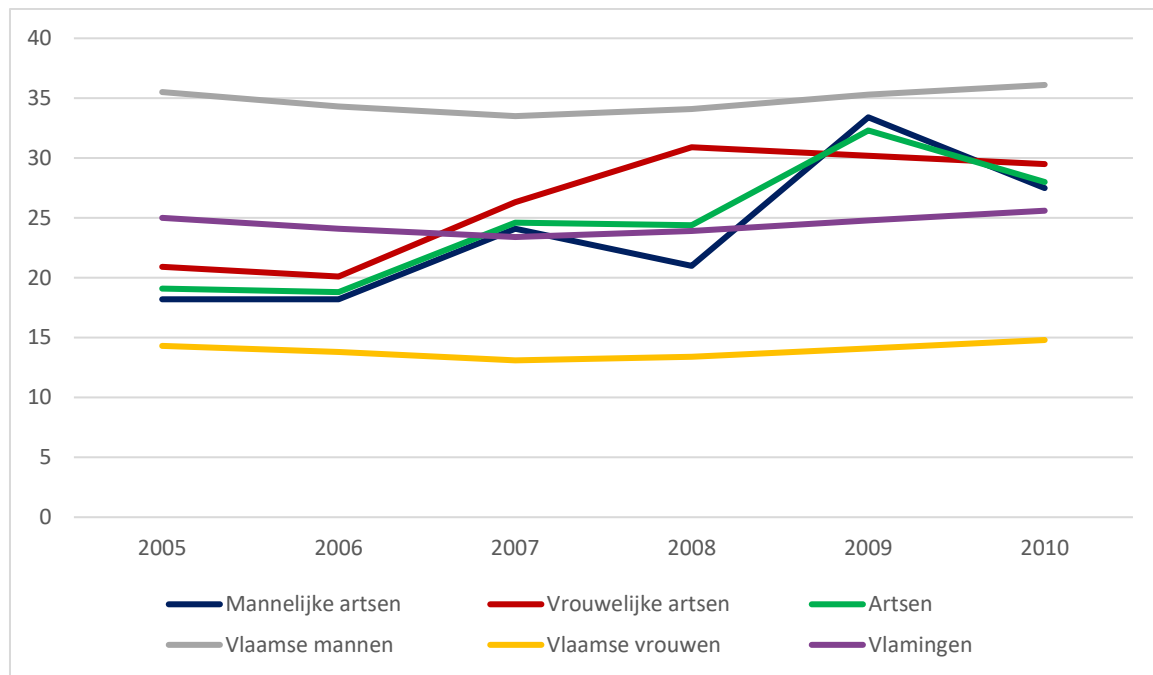
Geslacht

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

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

Vlaanderen hebben dus een (sterk) verhoogd risico. De man-vrouw verhouding in het totaal van suicides bij 25+'ers tussen 2004 en 2012 bedroeg 2.5:1. Bij artsen is het overwicht aan suicides bij mannen nog 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 2.13.

Figuur 2.13. Suïciderates bij actieve artsen en actieve Vlamingen o.b.v. three-year moving averages



Bron: Claessens, 2016

Leeftijd

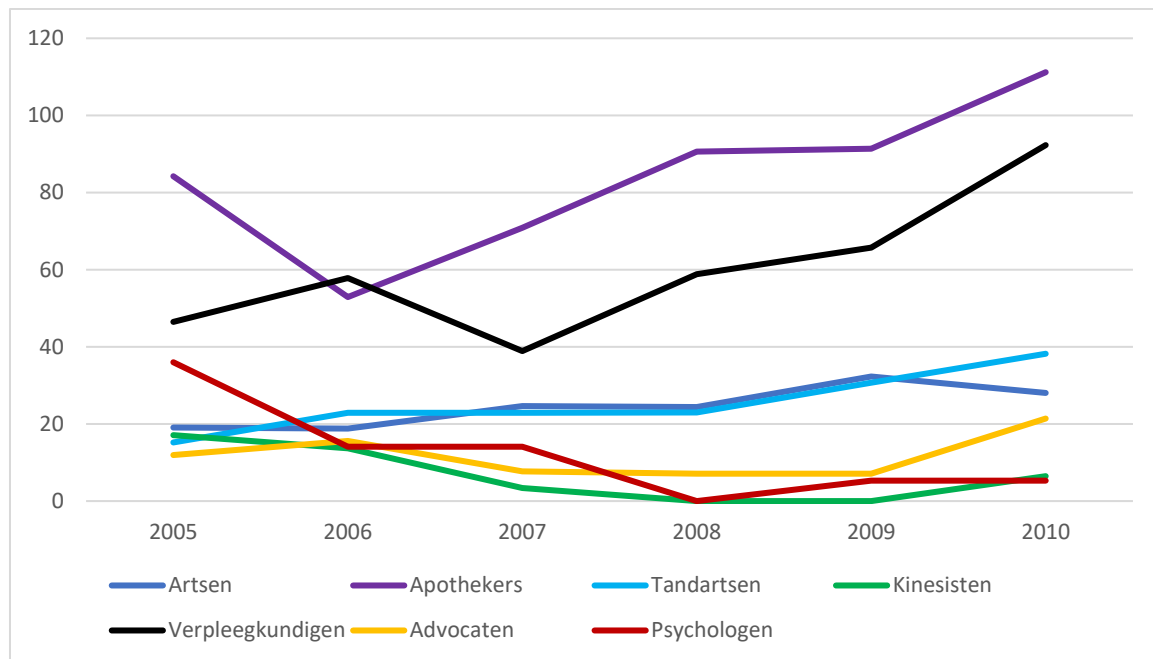
Suicide bij artsen kwam het meest voor in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar (38,6%). Slechts één arts stierf ten gevolge van suicide vóór de leeftijd van 35 jaar. De oudste arts die in de periode 2004-2012 door suicide om het leven kwam was 80 jaar.

Vergelijking suïcidecijfer 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 2.14). 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 2.14. 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

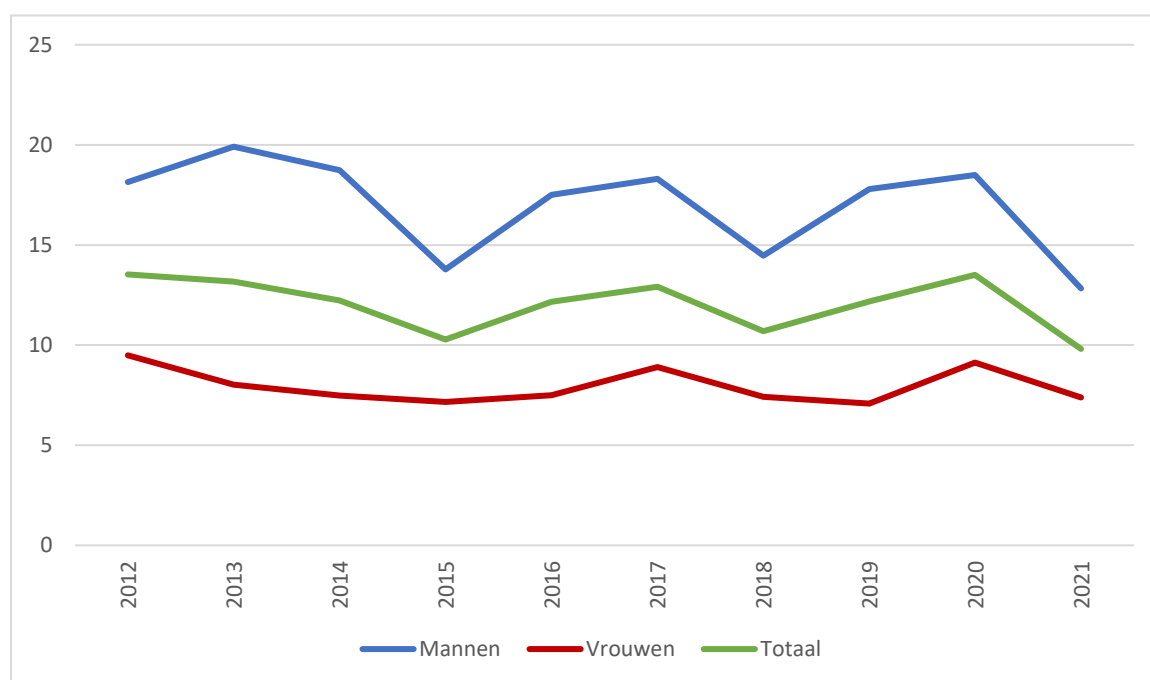
2.3.1. Incidentie

Voor Brussel komen de meest recente cijfers uit 2021. 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).

2.3.2. Evolutie

Het leeftijdsgestandaardiseerde suïcidecijfer 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 2.15).

Figuur 2.15. Evolutie leeftijdsgestandaardiseerd suïcidecijfer (per 100.000 inw.) Brussels gewest, 2012-2021, 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)

2.4. Wallonië

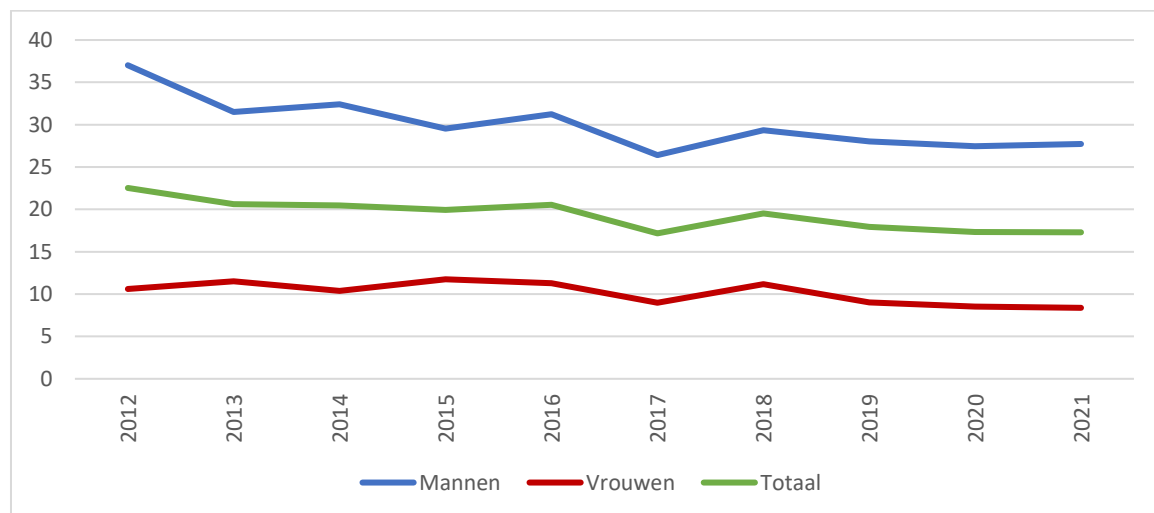
2.4.1. Incidentie

Voor Wallonië zijn de meest recente cijfers voor 2021 beschikbaar. 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).

2.4.2. Evolutie

Zoals in figuur 2.17 te zien is, kan er voor mannen vanaf 2012 een geleidelijke daling in de suïdecijfers 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 suïdecijfer (per 100.000 inw.), Wallonië, 1998-2021, 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)

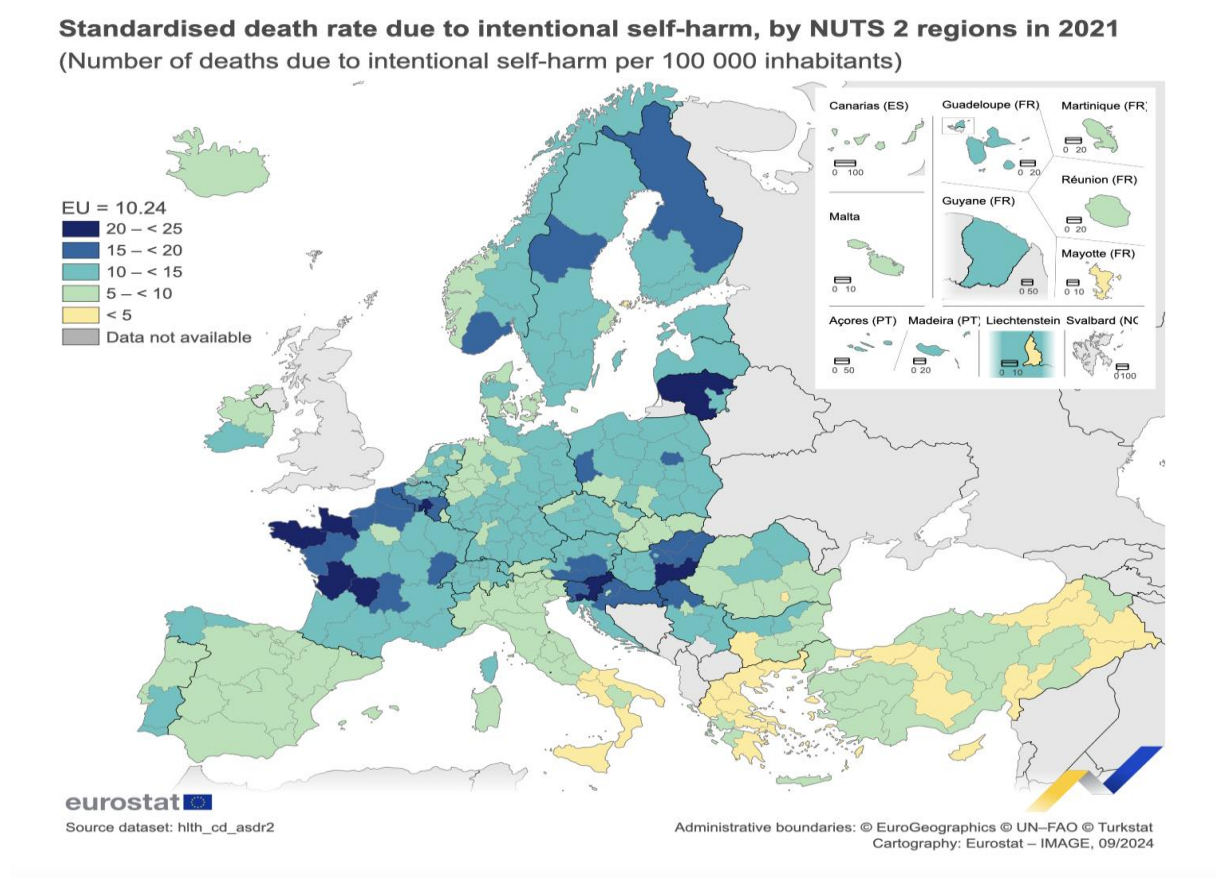
2.5. Internationale vergelijking

2.5.1. Vlaanderen binnen Europa

Een wereldwijde of Europese vergelijking betreffende de Vlaamse suïcidecijfers van 2023 is nog niet mogelijk gezien de cijfers van WHO en EUROSTAT nog niet up to date zijn (meest recente cijfers zijn van 2021). Wanneer naar de meeste recente update van EUROSTAT wordt gekeken op basis van de suïciderates in 2021 in Europa kan uit onderstaande figuur 2.18. van suïciderates per Europese regio afgeleid worden dat de Vlaamse suïciderate in 2021 zich in de middenmoot bevindt van rates tussen 10 - <15 per 100.000 inwoners. Hierbij is ook het verschil duidelijk met Wallonië die in de hogere groep zit tussen 15 - <20 per 100.000 inwoners. De gemiddelde suïciderate in 2021 voor de EU was 10,2/100.000 inwoners. De suïciderate in 2021 voor Vlaanderen was 13,9/100.000 inwoners, wat 36,3% hoger is dan het EU gemiddelde.

Voor meer info: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>

Figuur 2.18. Gestandaardiseerde suïciderates EU in 2021 (Bron: EUROSTAT)



Bron: Eurostat

2.5.2. Incidentie en evolutie internationaal

Het gemiddelde suïcidecijfer voor de EU is tussen 2021 (10,2/100.000) en 2011 (12,4/100.000) met 13,3% gedaald (Bron: EUROSTAT zie ook <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20240909-1>). Wanneer dezelfde vergelijking gemaakt wordt voor Vlaanderen tussen 2021 (13,9/100.000) en 2011 (18,2/100.000) zien we een daling van 23,6%.

In Nederland zijn sinds kort de suïcidecijfers voor 2024 beschikbaar. Deze suïcidecijfers van 2024 tonen aan dat het totale aantal zelfdodingen onveranderd is gebleven ten opzichte van de voorgaande jaren. Er kan wel een daling worden waargenomen bij personen tussen 40 en 69 jaar. Maar in Nederland hebben ze eveneens de laatste jaren een zorgwekkende toename gezien van het aantal zelfdodingen bij jongeren onder de 30 jaar. Tussen 2014 en 2024 gaat het om een toename van 33% (Bron: Commissie Actuele Nederlandse Suïcideregistratie (CANS), 2025).

In Engeland zag men in 2023 de hoogste suïcidecijfers sinds 1999. Hierbij werd voor vrouwen de hoogste suïciderate gezien sinds 1994. Ook in Engeland zag men dat de suïciderate bij jonge vrouwen (< 24jr) al verschillende jaren aan het stijgen was en in 2021 aan het hoogste tempo ooit aan het stijgen was. De cijfers in 2022 en 2023 bleven relatief stabiel bij de jonge vrouwen (Bron: Office of National Statistics, ONS, 2023).

In Duitsland tonen de suïciderates de laatste jaren een daling alsook in de meest recente cijfers van 2023. Tussen 2003 en 2023 zijn de cijfers met 9,6% gedaald (Bron: Statistisches Bundes-amt, 2024).

In Frankrijk is, na jaren van daling, recentelijk een toename te zien in de suïcidecijfers van 2022. Gezien dit echter een recente trend is, kunnen daar nog niet veel conclusies aan gekoppeld worden. Opmerkelijk is echter wel dat ook in Frankrijk de suïciderates bij jonge vrouwen (< 25 jr) zijn verdubbeld tussen 2015 en 2022 (Bron: ONS, 2025)

In de VS werd in 2022 het hoogste aantal suïcides ooit geregistreerd. De suïcide rate in 2022 nam bij vrouwen 2x meer toe dan bij mannen in vergelijking met 2021. Bij jongeren tussen 8 en 12 jaar werd in de VS tussen 2001 – 2022 een jaarlijkse toename van suïcide van gemiddeld 8% vastgesteld met daarbij voornamelijk een stijging bij de jonge meisjes (Bron: Centers for Disease Control & Prevention Data (CDC), 2023).

Samenvattend kan gesteld worden dat de gemiddelde EU suïciderate (op basis van de meest recente data van 2021) is gedaald in 10 jaar met 13,3% met daarbij duidelijke verschillen tussen landen waarbij

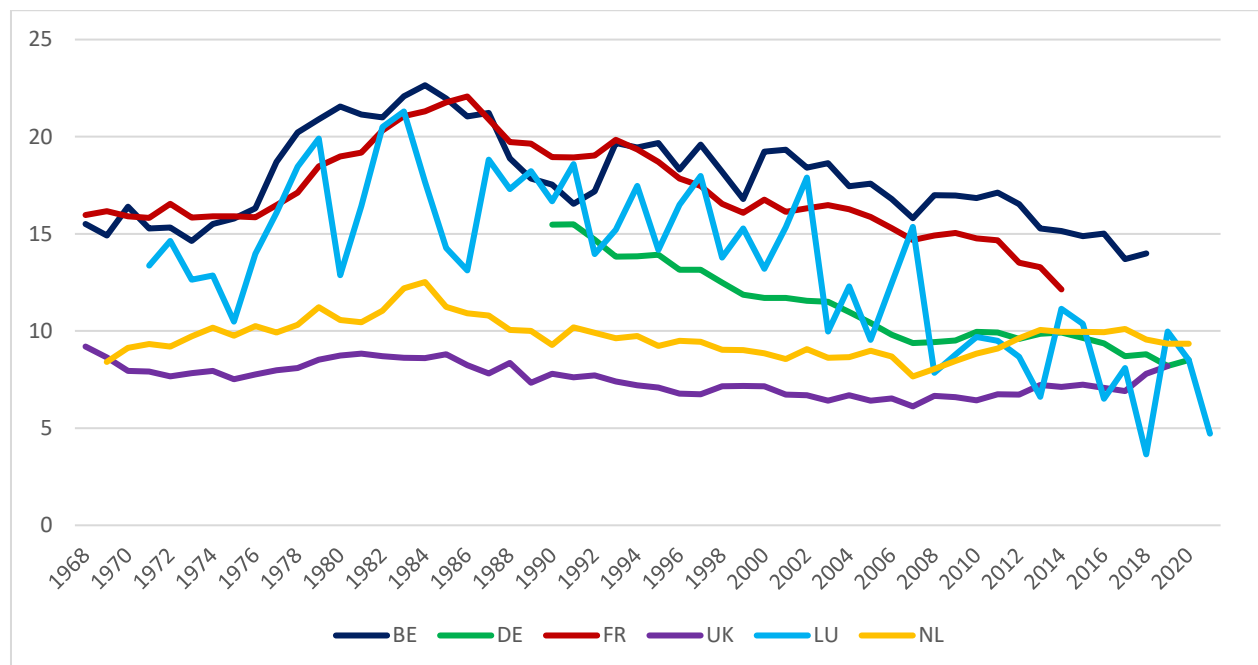
de cijfers in sommige landen zijn toegenomen terwijl in andere landen een daling werd geobserveerd. De daling in Vlaanderen van 23,6% is wel duidelijk sterker dan de daling van het EU-gemiddelde. Door deze daling behoren de Vlaamse suïdecijfers niet meer tot de hoogste suïdecijfers in Europa maar bevinden we ons ‘in de middenmoot’. Echter zijn de Vlaamse suïdecijfers nog altijd 36,3% hoger dan het EU-gemiddelde wat betekent dat de nood aan verdere suïcidepreventie in Vlaanderen nog steeds hoog blijft.

De recente toename in suïdecijfers bij jonge vrouwen die in Vlaanderen sinds 2021 te zien is, is eveneens in heel wat andere landen op te merken waaronder Nederland, Engeland, Frankrijk en de VS en lijkt dus geen alleenstaand gegeven voor Vlaanderen te zijn.

2.5.3. België versus de buurlanden op langere termijn

Wanneer de suïdecijfers 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 suïdecijfers (per 100.000 inwoners) voor België en de buurlanden in de periode 1968-2021 (voor zover beschikbaar)



Bron: European HFA Database

Hoofdstuk 3: 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 Gezondheidsenquête² . 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

3.1.1. Prevalentie

De gegevens die in dit rapport vermeld staan, dateren van 2018. Ondertussen heeft een nieuwe bevraging plaatsgevonden³. Deze resultaten zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden. Uit de gegevens van 2018 van de Gezondheidsenquête bleek dat 4,3% van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder minstens één keer in hun leven een suïcidepoging hadden ondernomen en 0,2% (of 2

² 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.

³ <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

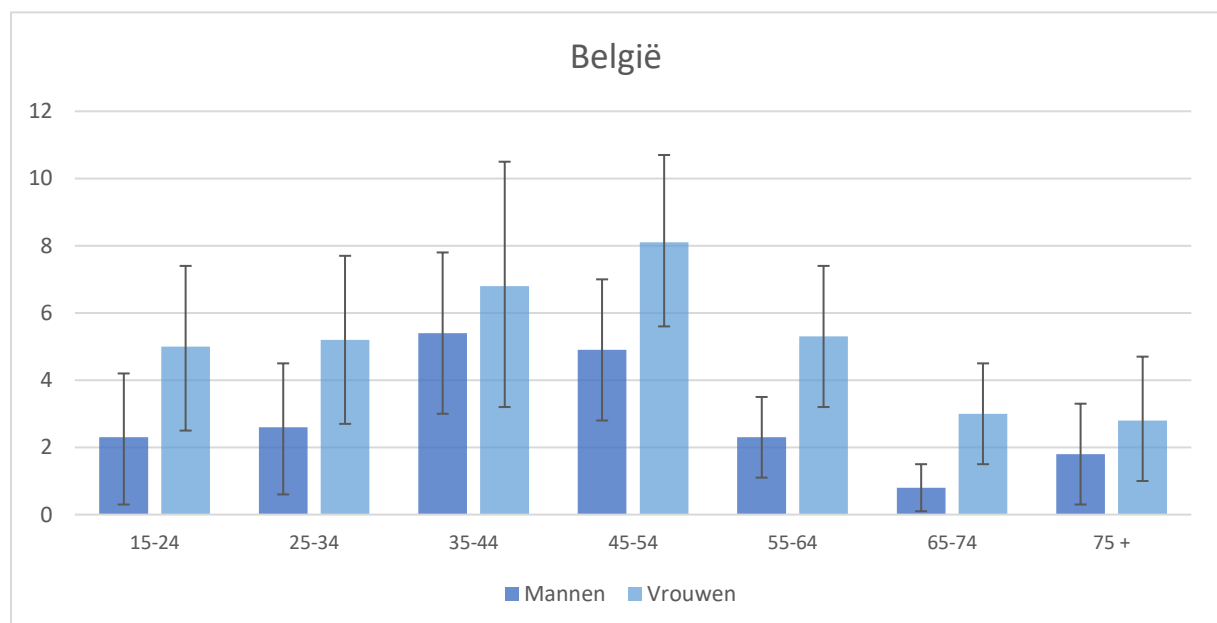
personen op 1000) dat ze een suïcidepoging hadden ondernomen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview (Gisle et al., 2020). Het interview vond plaats in 2018.

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).

3.1.2. 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).

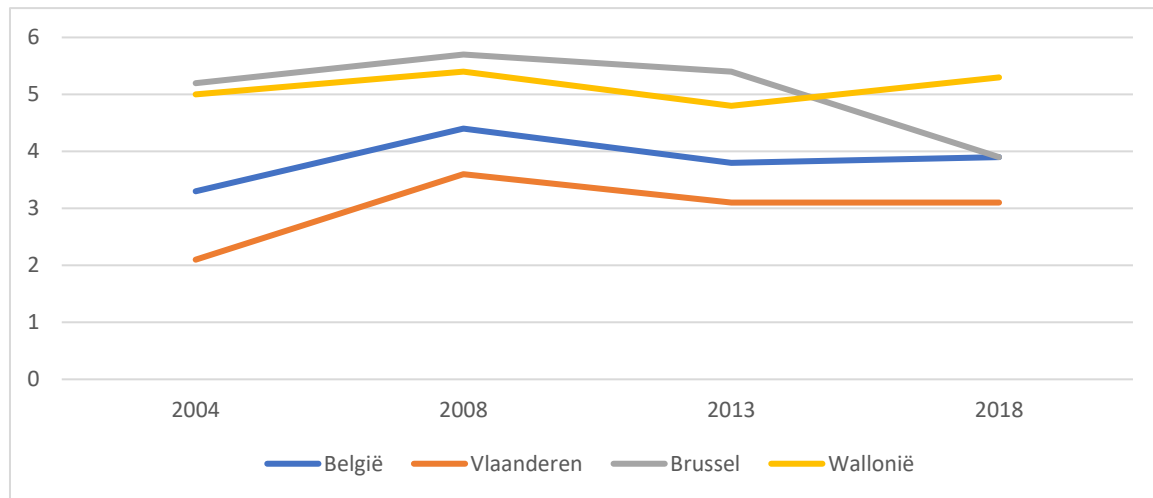
Opleidingsniveau

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

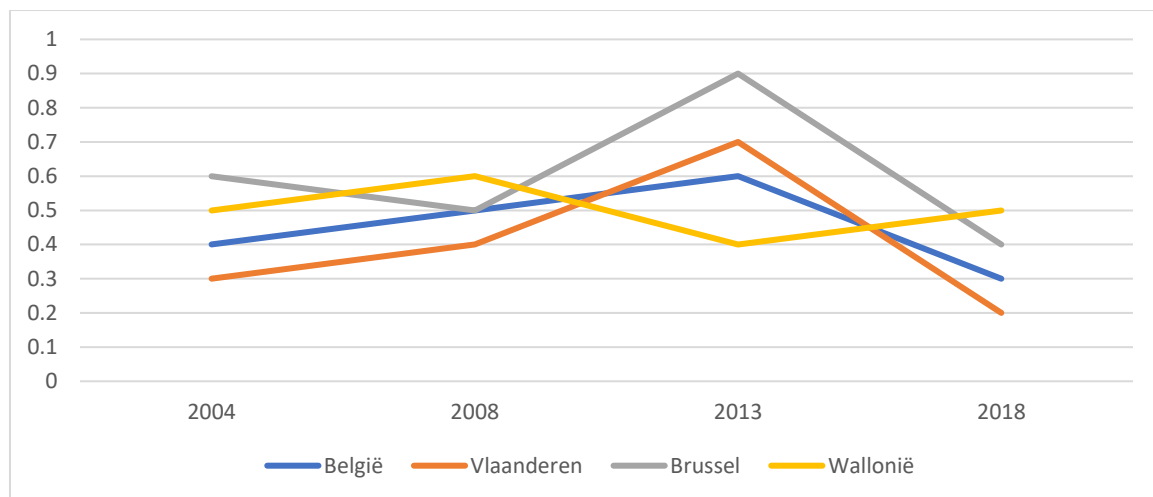
Zoals te zien in figuur 3.2 het percentage personen dat meldt ooit een suïcidepoging te hebben ondernomen, relatief stabiel in de tijd: het varieert tussen minimum 3,3% (in 2004) en maximum 4,4% (in 2008), naargelang de jaren. Het percentage personen dat een recente suïcidepoging meldt, is tot 2013 nooit 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

3.2.1. Data Gezondheidsenquête Sciensano

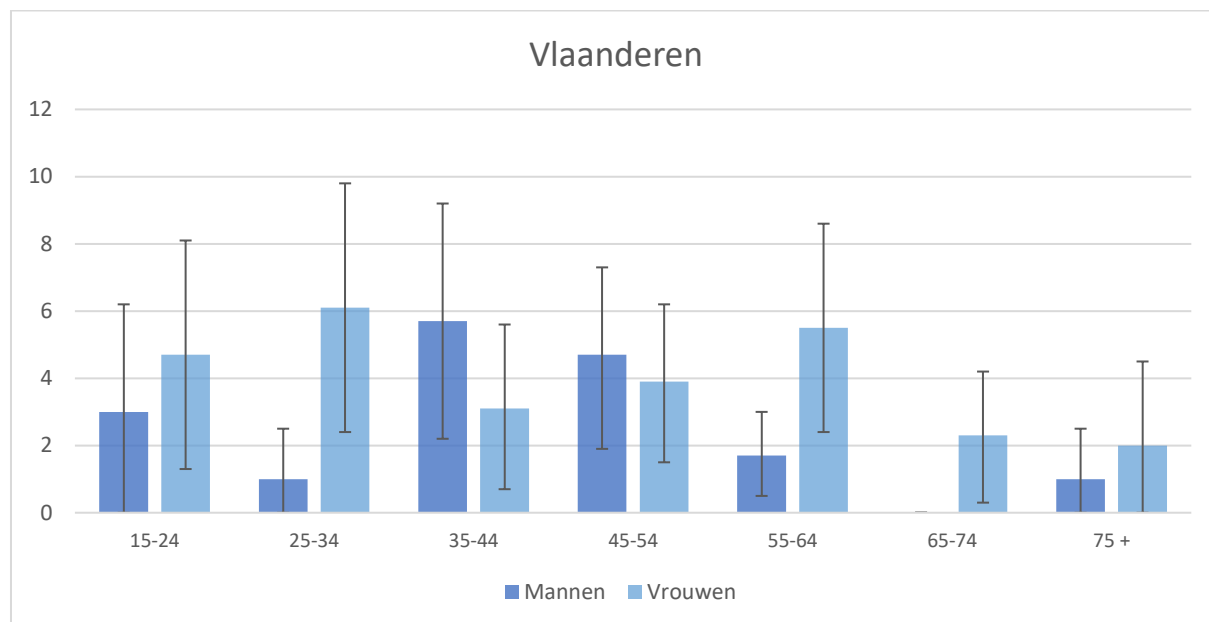
Uit de Gezondheidsenquête van 2018⁴ bleek dat in Vlaanderen 3,4% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0,1% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020). De percentages van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ooit een suïcidepoging heeft 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.

⁴ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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](#)

3.2.2. Data Registratieproject suïcidepogingen Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent

In Vlaanderen werd aan de Universiteit Gent 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 (van Heeringen, 1986). 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 gegevens omtrent suïcidepogingen alsook het verdere suïciderisico en de zorgbehoeften in kaart gebracht, zodat het zorgpad voor de patiënt uitgewerkt kan worden. De verzamelde registratiegegevens aan de hand van IPEO worden geanalyseerd door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent.

Vanuit het werkveld werd een aantal jaren terug de vraag gesteld om het IPEO te herwerken. Men had vooral de vraag om IPEO uit te breiden en ook een instrument ter beschikking te hebben dat kan gebruikt worden voor patiënten met suïcidale gedachten. Hierop werd in 2021 het IPEO herwerkt tot

de Leidraad Sinds Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit (LOES). Sinds 2022 wordt het geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen.

Hieronder volgt een bespreking van de meest relevante gegevens uit het Jaarverslag 2023 (Vancayseele & Portzky, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, 2025). In 2023 werd hiertoe door 30 Vlaamse ziekenhuizen data aangeleverd.

Incidentie en evolutie

Er waren in 2023 naar schatting 8.937 pogingen tot zelfdoding in Vlaanderen, wat neerkomt op gemiddeld 24 suïcidepogingen per dag.

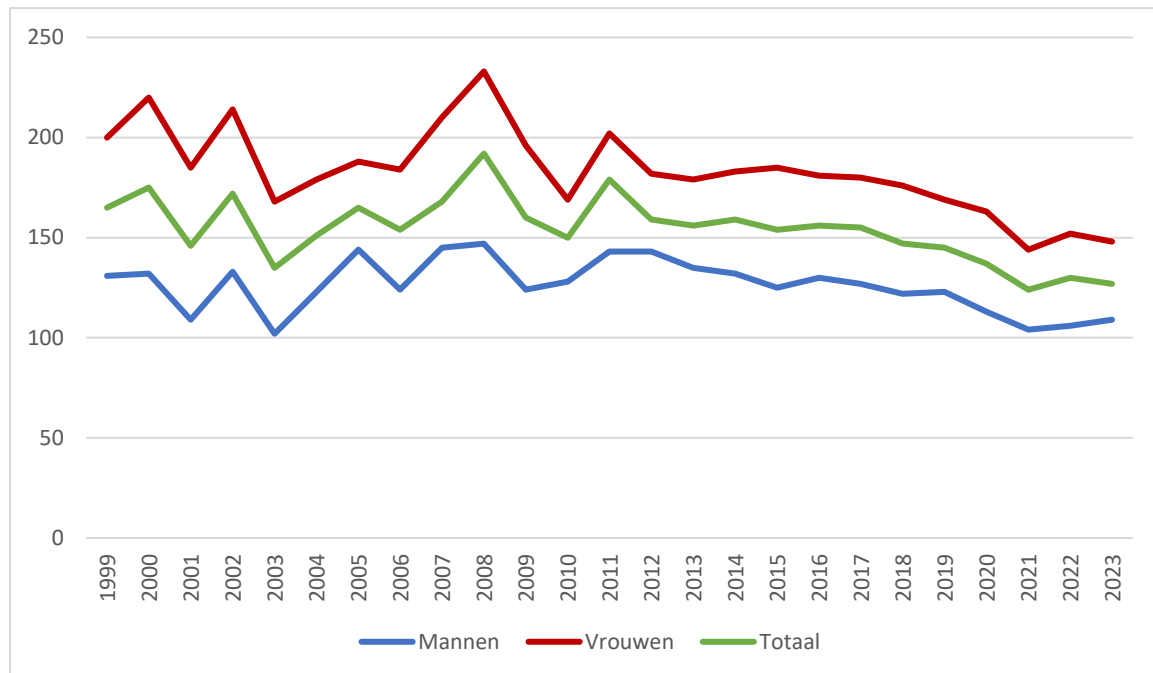
Omdat er personen zijn die binnen het jaar meerdere suïcidepogingen ondernemen en hiervoor meer dan één keer worden aangemeld bij de spoeddienst, wordt er bij de registratie van suïcidepogingen een onderscheid gemaakt tussen *person-based rates* (het aantal personen dat een suïcidepoging ondernam per 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 25 registratiejaren bedraagt 155/100.000 inwoners. In de afgelopen jaren hebben significant meer vrouwen dan mannen zich na een suïcidepoging op de spoeddienst aangemeld (gemiddelde person-based incidentierate van 184/100.000 voor vrouwen ten opzichte van 126/100.000 voor mannen).

De person-based rate van 2023 is niet-significant gedaald met 2,4% ten opzichte van 2022. De person-based rate van 2022 voor vrouwen (158) kent een niet-significante daling van 2,6% ten opzichte van 2022. Voor mannen is de person-based incidentierate (109) niet-significant gestegen met 2,8%. Figuur 3.5 toont de evolutie van de person-based rates per 100.000 inwoners in Vlaanderen in de periode 1999-2023.

Figuur 3.5. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2023



Bron: [Vancayseele et al., 2025](#)

Event-based rates

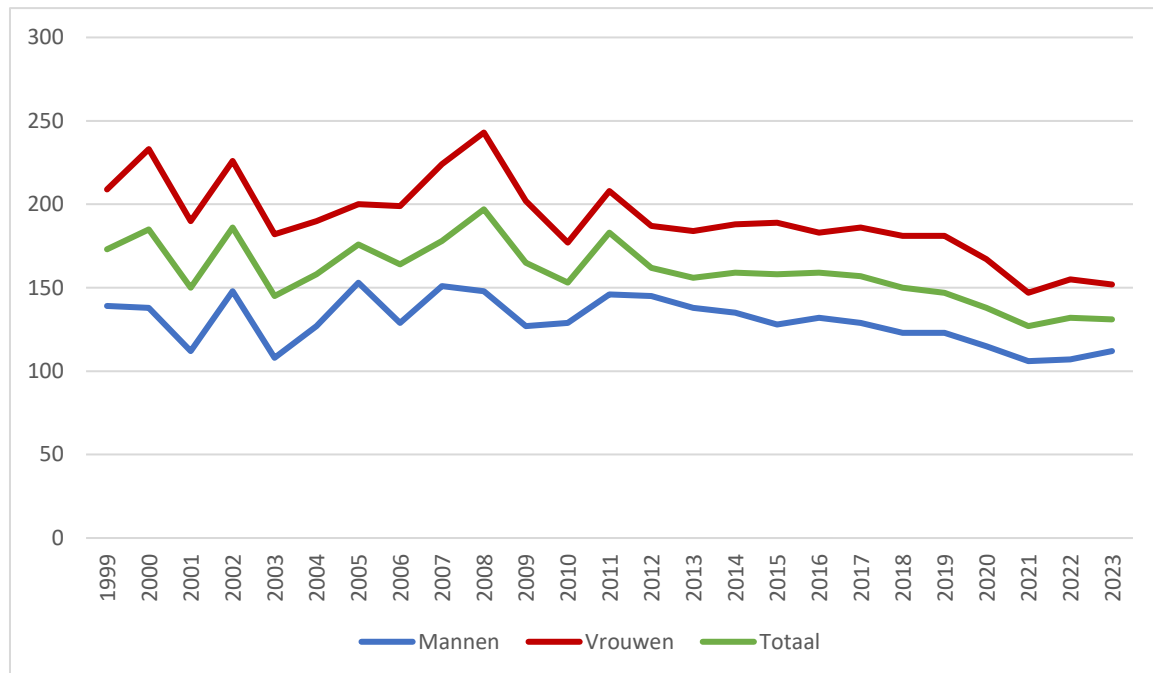
Figuur 3.6 toont aan dat de event-based rates quasi dezelfde evolutie volgen als de person-based rates. De gemiddelde event-based rate voor Vlaanderen, berekend over de voorbije 25 jaar, bedraagt 159/100.000 inwoners.

Ten opzichte van 2022 is de totale EB-rate (131) van 2023 niet significant gedaald met 0,8%. Ter verduidelijking van deze rate betekent dit in absolute cijfers dat in 2023 naar schatting 8.937 pogingen voorkwamen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 24 suïcidepogingen per dag.

Het verschil tussen de gemiddelde event-based rate over de afgelopen 25 jaar voor vrouwen (191/100.000) en mannen (130/100.000) is enigszins meer uitgesproken in vergelijking met het man/vrouw verschil van de person-based rates (respectievelijk 184/100.000 en 126/100.000). Dit zou kunnen aantonen dat vrouwen een suïcidepoging vaker herhalen dan mannen.

De event-based rate van 2023 voor vrouwen (152) kent een niet-significante daling van 1,9% ten opzichte van 2022. mannen is de event-based rate (112) niet significant gestegen met 4,6%.

Figuur 3.6. Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2023



Bron: [Vancayseele et al., 2025](#)

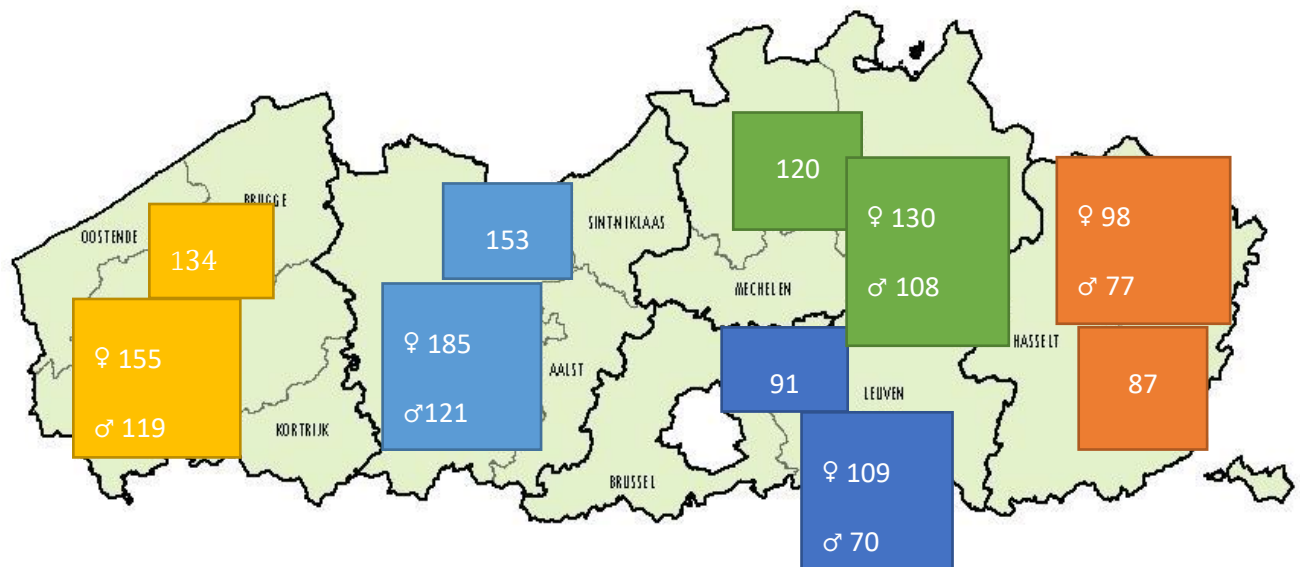
Evolutie ten aanzien van de gezondheidsdoelstelling

De **gezondheidsdoelstelling** van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS III) stelt een daling van 10% van het aantal zelfdodingen in 2030 voorop 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. Wanneer de vergelijking wordt gemaakt tussen de baseline van het jaar 2020 (138) en de EB-rate in 2023 (131) voor het aantal personen aangemeld na een poging, komt dit neer op een daling van 5.1%. Dit houdt in dat de doelstelling op dit moment **nog niet is behaald**.

Provinciale verschillen

In onderstaande figuur worden de event-based rates van suïcidepogingen per provincie weergegeven, dit zowel voor mannen en vrouwen samen als apart volgens geslacht.

Figuur 3.7. Overzicht van geografische EB-rates distributie per provincie (per 100.000 inwoners), 2023



Bron: Vancayseele et al., 2025

Antwerpen (120), West-Vlaanderen (134) en Oost-Vlaanderen (153) hebben de hoogste EB-rates voor suïcidepogingen in Vlaanderen in 2023. Voorgaande jaren van registratie toonden telkens aan dat de provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen de hoogste rates vertoonden. Vlaams-Brabant (91) en Limburg (87) hebben de laagste rates in Vlaanderen. Wat de vergelijking tussen de provincies betreft, moeten de gegevens voor 2023 met **de nodige voorzichtigheid** geïnterpreteerd worden **gezien het lage aantal deelnemende ziekenhuizen in de provincies Limburg en Vlaams-Brabant**.

De EB-rate in Oost-Vlaanderen (153) is significant hoger dan die in Antwerpen (120), Limburg (87) en Vlaams-Brabant (91). De EB-rate in West-Vlaanderen (134) is eveneens significant hoger dan die in Limburg (87) en die in Vlaams-Brabant (91). De EB-rate in Antwerpen (120) is significant hoger dan die in Limburg (87) en Vlaams-Brabant (91).

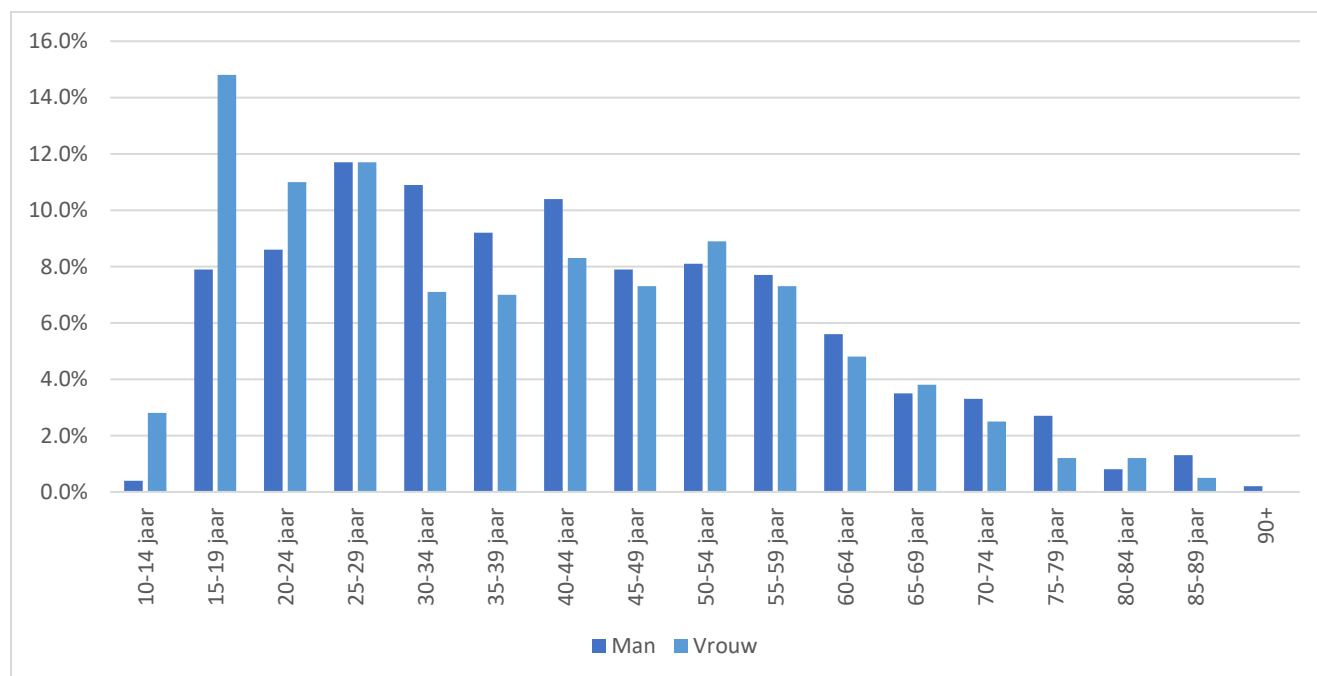
Geslacht en Leeftijd

Uit de data van het IPEO en LOES samen blijkt dat in 2023 meer vrouwen (n= 782, 59,8%) dan mannen (n= 525, 40,2%) een suïcidepoging ondernamen. Bij 13 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 25-29 jaar. Bij de vrouwen zagen we het hoogst aantal pogers terug in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 25-29 jaar. Bij mannen bevinden de meeste pogers zich onder de 25-29jarigen, de 30-34 jarigen, en de 40-44 jarigen. Dit resultaat dient met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het hierbij gaat om absolute aantallen en niet om rates, waardoor er geen rekening kan worden gehouden met de proportionele verdeling van de leeftijdsgroepen in de totale Vlaamse bevolking. Zie figuur 3.8.

De gemiddelde leeftijd van suïcidepogers in Vlaanderen in 2023 was 39,9 jaar; voor mannen was dit 42,1 jaar (min.: 13; max.: 92) en voor vrouwen 38,5 jaar (min.: 12; max.: 87).

Figuur 3.8. Leeftijdsverdeling van suïcidepogers in Vlaanderen 2023, volgens geslacht



Bron: Vancayseele et al., 2025

3.2.3. Data Zelfmoordlijn 1813

Het meest recente Jaarverslag (2024) van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding toont dat in 2024 **23.148 oproepen** werden beantwoord aan de Zelfmoordlijn. Vanaf 2016 kan een oproeper automatisch doorgeschakeld worden naar Tele-Onthaal wanneer de Zelfmoordlijn bezet is. Er werden 15.853 oproepen beantwoord door Tele-Onthaal. Onderstaande cijfers hebben betrekking op het totale aantal oproepen dat werd beantwoord (n = 23.148) 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 (74,7%), gevolgd door chat (14,3%) en e-mail (11%).

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 **53,4%** aan al een eerdere poging te hebben ondernomen. Er wordt hier geen rekening gehouden met het moment in het verleden wanneer deze poging plaatsvond. Er is hierbij nauwelijks verschil tussen mannen (53,1%) en vrouwen (53,6%)

Bij mannen zijn de hoogste cijfers te zien in de leeftijdscategorie van 40-49 jaar (58,6%), 50-59 jaar (58,7%) en 60-69 jaar (57,1%). Terwijl bij vrouwen de hoogste cijfers zijn te zien in de leeftijdscategorie 10-19 jaar (57,7%) 20-29 jaar (58,8%) en 50-59 jaar (55%).

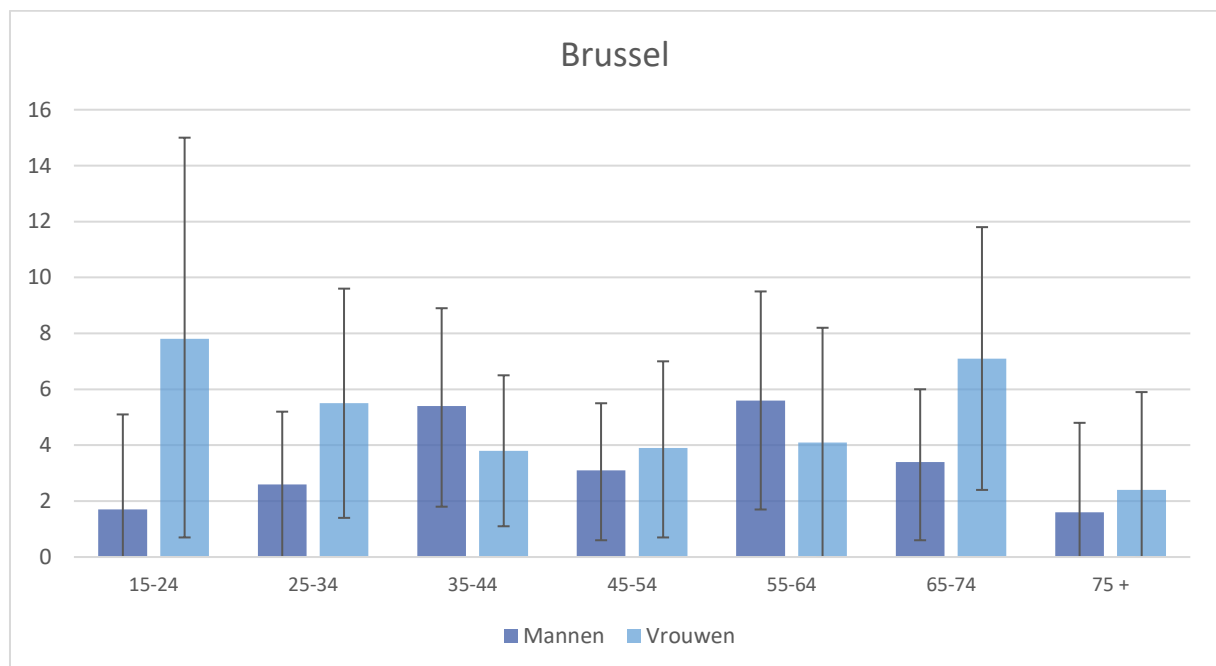
3.3. Brussel

Uit de Gezondheidsenquête van 2018⁵ 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).

⁵ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

In figuur 3.9 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 3.9. 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

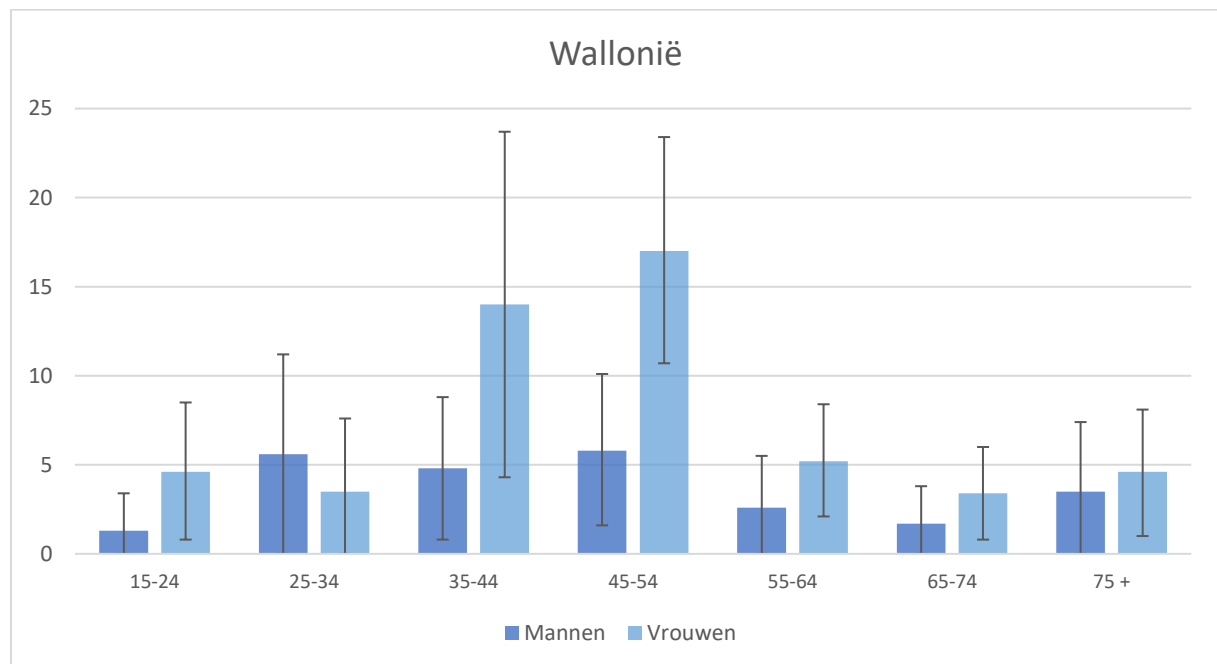
Uit de Gezondheidsenquête van 2018⁶ blijkt dat in Wallonië 6% van 15-plussers ooit in het leven een poging heeft ondernomen en 0,4% in de afgelopen 12 maanden voorafgaand aan de afname in 2018 (Gisle et al., 2020).

⁶ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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 3.10 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, Wallonië, 2018



Bron: [Sciensano](#)

3.5. Internationale vergelijking

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 3.1). 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 (2021) gebruikt (Joyce et al., 2024).

Tabel 3.1. Overzicht registratiestudies met de focus op het aantal aanmelding van suïcidepogers in ziekenhuizen

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

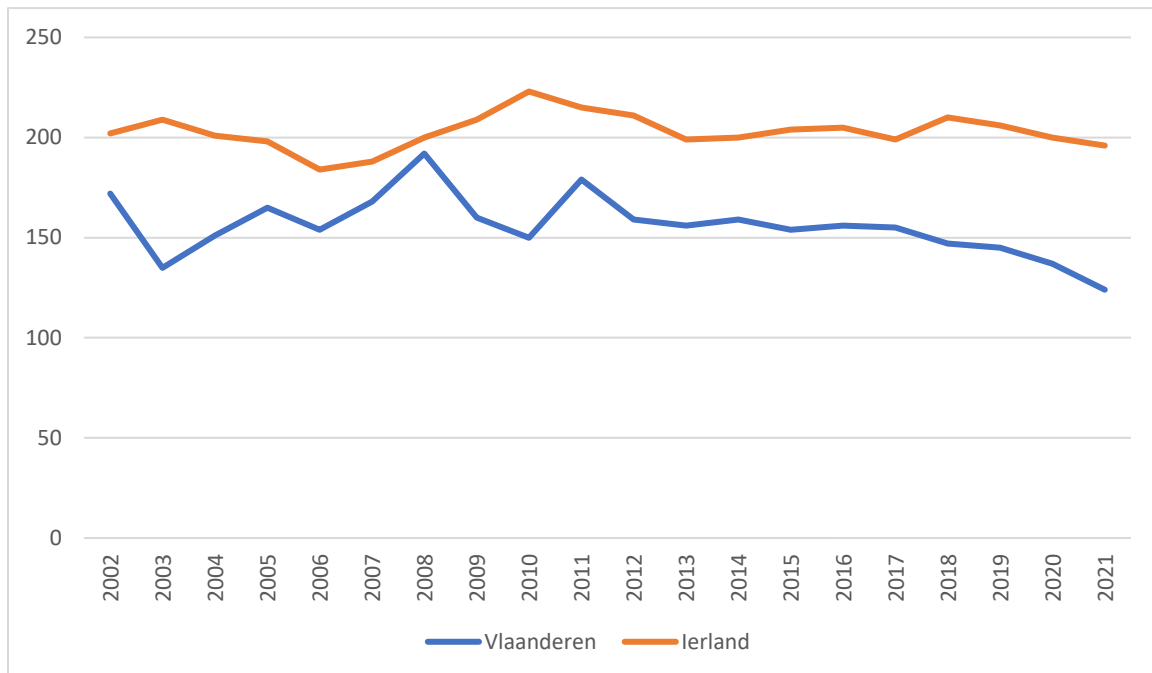
Pakistan	Karachi	1	01/2004 – 12/2004
VK Multicenter	Oxford – Derbyshire – Manchester	6	2000 – heden
VK – Oxford	Oxford	3	1976 – heden

Bron: Wereldgezondheidsorganisatie

Vlaanderen versus Ierland

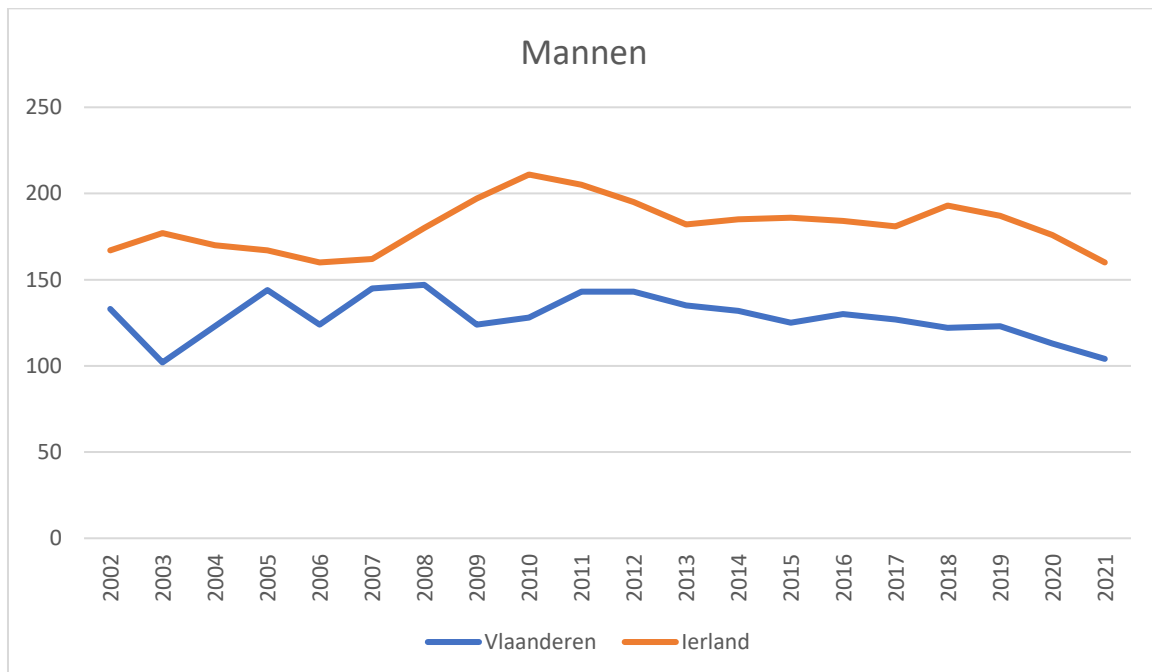
Figuren 3.11, 3.12 en 3.13 geven de evolutie weer van de person-based rates voor Vlaanderen en Ierland voor de periode van 2002-2021 opgedeeld volgens geslacht. In 2021 was de person-based rate voor mannen in Vlaanderen, 104/100.000, beduidend lager dan deze in Ierland, 160/100.000. Het verschil tussen vrouwelijke suïcidepogers in Vlaanderen en Ierland was groter, respectievelijk 144/100.000 ten opzichte van 232/100.000. In Vlaanderen was er een daling van 8,0% in de rate bij de mannen, in Ierland was er een daling van 9% ten opzichte van 2020. Bij de vrouwen was er in Vlaanderen eveneens een daling met 11,7%, in Ierland was er een stijging in de rate met 4.0%.

Figuur 3.11. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2021



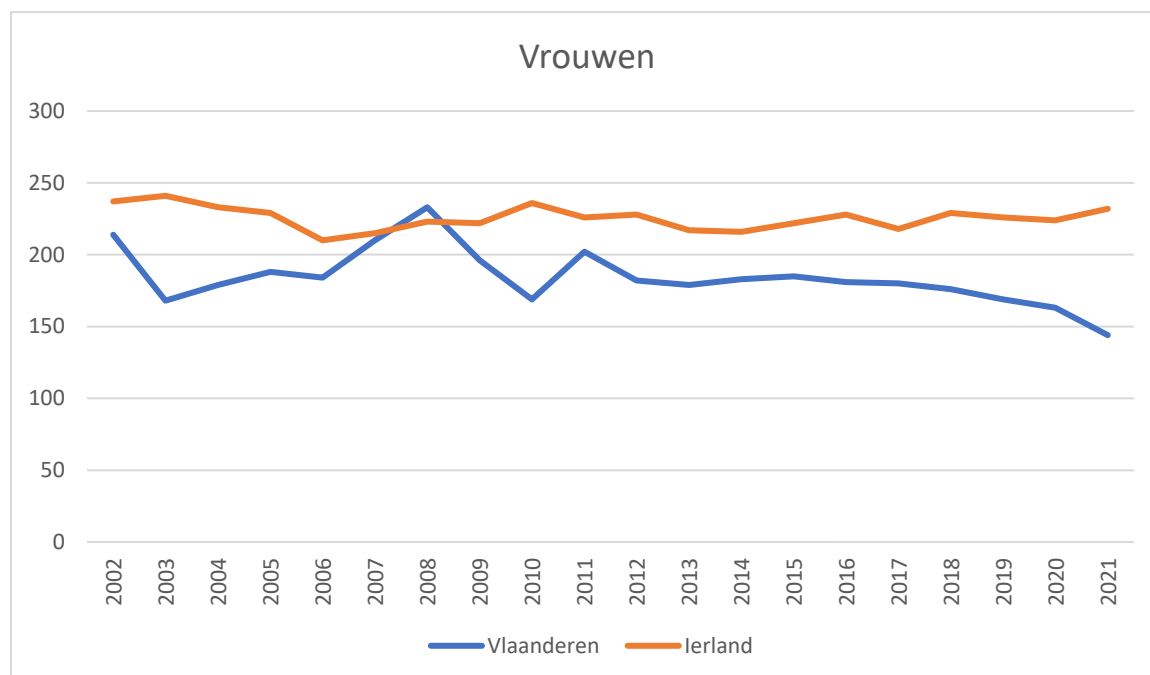
Bron: [Joyce et al. \(2024\)](#); [Vancayseele et al., 2025](#)

Figuur 3.12. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van mannen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2021



Bron: [Joyce et al. \(2024\)](#); [Vancayseele et al., 2025](#)

Figuur 3.13. Person-based rate-evolutie van suïcidepogingen van vrouwen per 100.000 inwoners in Ierland en Vlaanderen, 2002-2021



Bron: [Joyce et al. \(2024\)](#); [Vancayseele et al., 2025](#)

Kader: Zelfbeschadiging

Internationaal bestaat er onduidelijkheid over de mate waarin zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan zelfbeschadiging onder de noemer van “suïcidaal gedrag” vallen of toch als een aparte categorie/gedrag moet worden gezien. Vaak worden zelfbeschadigend gedrag/automutilatie en suïcidaal gedrag op een continuüm geplaatst met verschil in ernst en intentie. Er wordt wel benadrukt dat automutilatie/zelfbeschadigend gedrag functioneel anders is dan een zelfmoordpoging en gedachten aan zelfmoord (zo is er bij automutilatie nooit sprake van een suïcidale intentie/doodswens) (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.⁷ 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 dateren uit 2022 (Schrijvers, Dierckens, & Deforche, 2023). Hieronder volgen de cijfers met betrekking tot zelfbeschadigend gedrag. De resultaten met betrekking tot de prevalentie van suïcidedgedachten worden toegelicht in hoofdstuk 4 ‘Suïcidale gedachten’.

Prevalentie

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

⁷. 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 bevragsingscyclus) 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

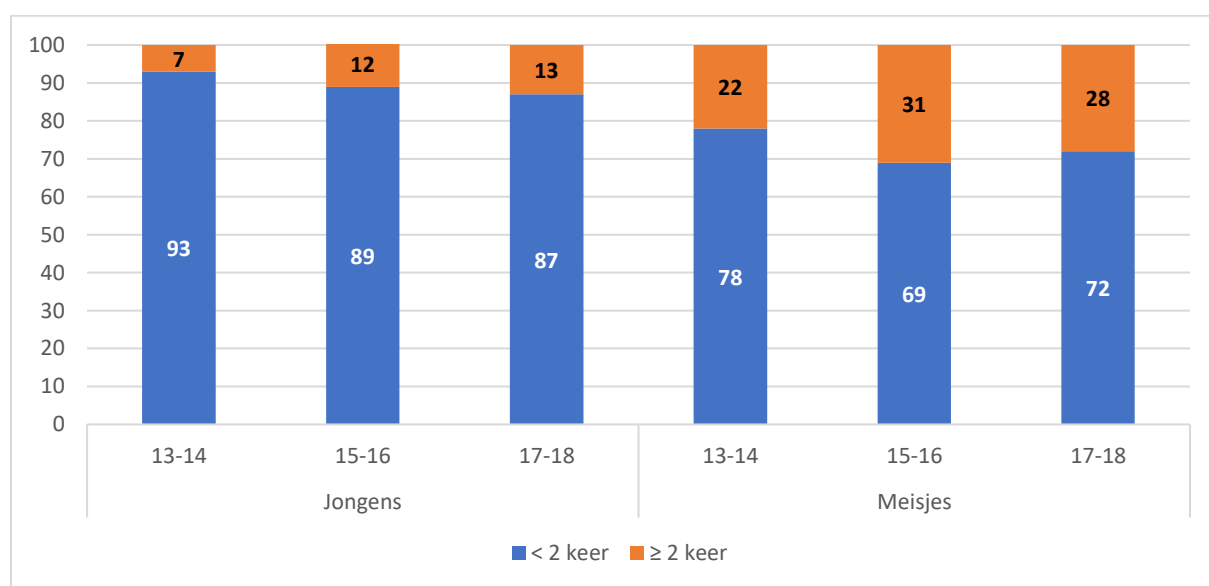
Geslacht

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 3.14 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 3.14. Zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren (percentages), naar leeftijd en geslacht, 2022



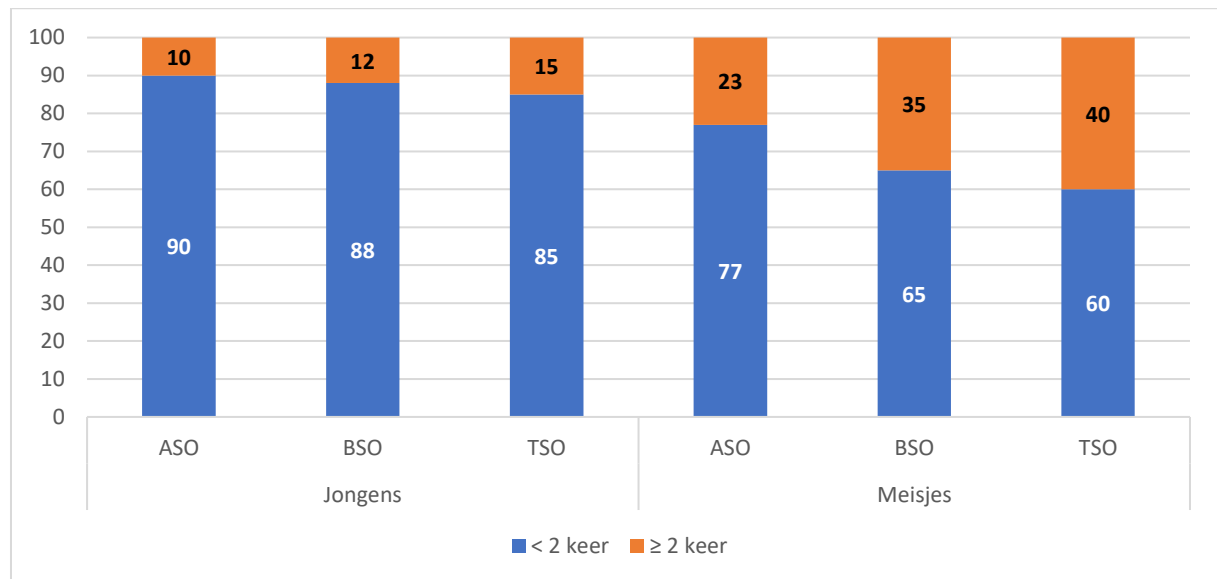
Bron: Schrijvers et al., 2023

Opleiding

Zoals af te leiden is uit figuur 3.15, 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 3.15. Percentage zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022



Bron: Schrijvers et al., 2023

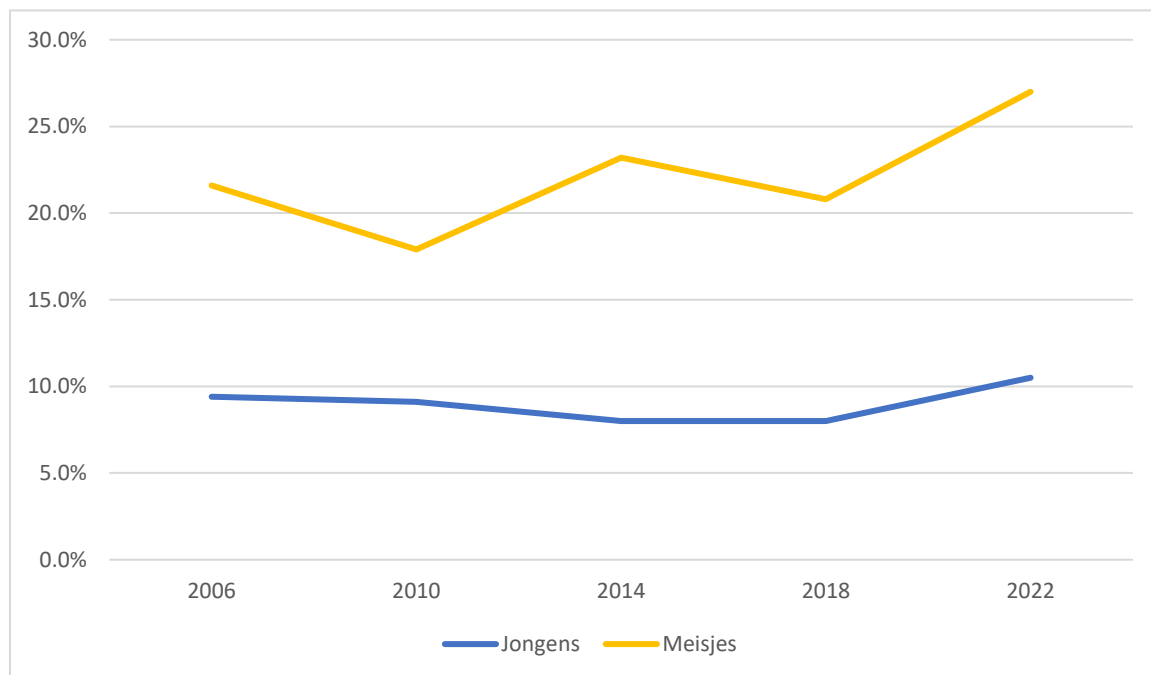
Evolutie

We zien in figuur 3.16 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 3.15 . 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 3.2).

Tabel 3.2. Evolutie zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022

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

Bron: Schrijvers et al., 2023

Europese CASE-studie

Een belangrijke studie die ons informatie verschaft over verschillen tussen Vlaanderen en andere Europese landen betreffende opzettelijk zelfbeschadigend gedrag en gedachten aan zelfbeschadiging bij jongeren is de CASE-studie (Madge et al., 2008)⁸. Dit betreft echter gegevens die afkomstig zijn uit 2000-2001. De data zijn dus al verouderd waardoor onderstaande bevindingen dan ook met de nodige voorzichtigheid dienen te worden geïnterpreteerd. Maar gezien de relevante vergelijkingen tussen Vlaanderen en andere Europese landen, blijft het relevant om de gegevens kort te bespreken.

Prevalentie

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 3.3). 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.

⁸ 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 bevraagd 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) bevraagd. Het merendeel van de bevraagde jongeren (80%) betrof 15-16-jarigen.

Tabel 3.3. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij 14- tot 17-jarigen, 2000-2001

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

Bron: Madge et al., 2008

Een verdere analyse waarbij de gegevens van Vlaanderen worden vergeleken met Nederland,⁹ 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 3.4.

Tabel 3.4. Prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse en Nederlandse jongeren, 2000-2001

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

Bron: Portzky, De Wilde & van Heeringen, 2008

Gedachten aan zelfbeschadiging

In alle landen die hebben deelgenomen aan de CASE-studie, gaf gemiddeld ruim één op de vijf meisjes en bijna 1 op de tien jongens aan het afgelopen jaar eraan te hebben gedacht zichzelf opzettelijk te beschadigen, maar had dit nog niet daadwerkelijk gedaan. Wanneer de resultaten per land worden bekeken, dan variëren de rates voor jongens van 4,6% (Nederland) tot 17,5% (Hongarije). Vlaanderen

⁹ Deze vergelijkende studie is gebaseerd op de gegevens van 4431 Vlaamse en 4458 Nederlandse adolescenten. De meerderheid (86%) van de bevroagde jongeren waren 15- en 16-jarigen.

positioneert zich hierbij boven het gemiddelde van alle deelnemende landen (11,7% versus 9,9%). Wat betreft meisjes variëren de rates van 10,2% (Nederland) tot 33,2% (Hongarije). De prevalentie bij adolescente meisjes is in Vlaanderen vergelijkbaar met het gemiddelde van alle deelnemende landen (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging bij 14 – 17 jarigen. 2000, 2001

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

Bron: Madge et al., 2008

Replicatie Vlaanderen 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 3.7). 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 3.7. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015

ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West-Vlaanderen	Sint-Niklaas
Lifetime prevalentie		
Totaal	10,4%	15,5%
Meisjes	14,6%	25,7%
Jongens	6,3%	4,8%

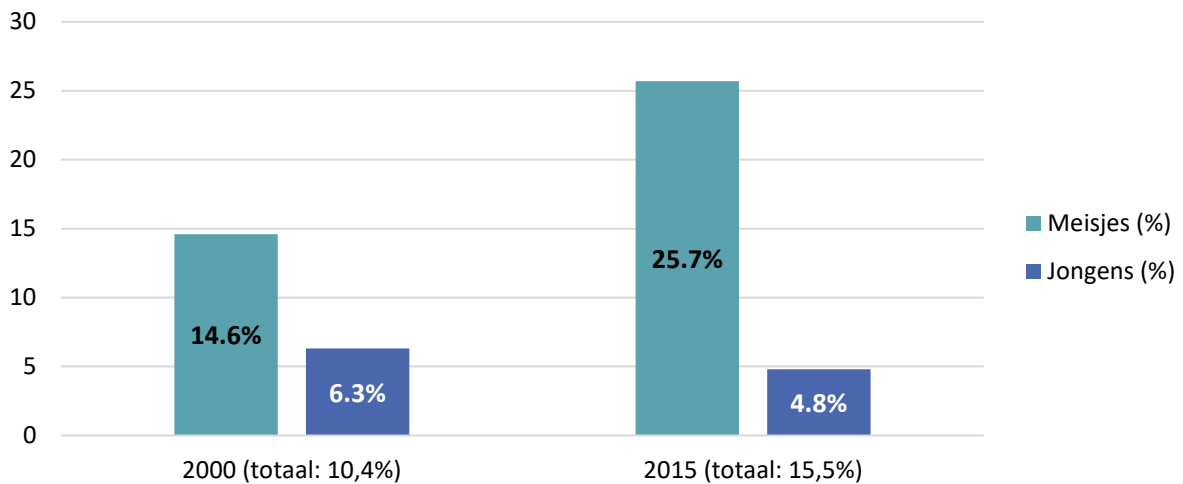
Prevalentie tijdens het voorbije jaar		
Totaal	7,0%	9,8%
Meisjes	10,1%	16,5%
Jongens	4,1%	2,8%
Prevalentie tijdens de voorbije maand		
Totaal	Geen cijfers beschikbaar	4,0%
Meisjes	Geen cijfers beschikbaar	6,2%
Jongens	Geen cijfers beschikbaar	1,7%

Bron: Vanderstraeten (2016)

Prevalentie 2015 versus 2000

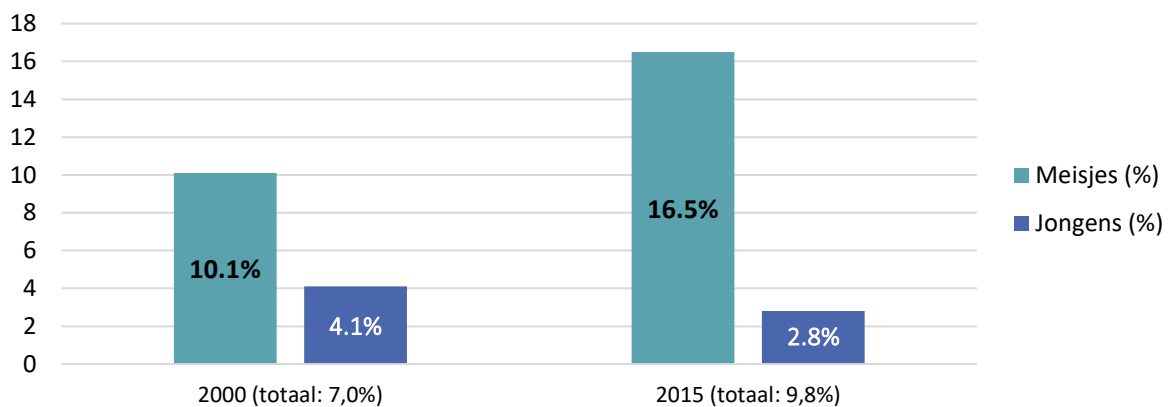
In vergelijking met 2000 toont het onderzoek een toename van jongeren die zichzelf beschadigen: zowel de lifetime prevalentie als de jaarlijkse prevalentie zijn toegenomen (zie figuur 3.17 en 3.19). Dit is vooral te wijten aan de toename bij meisjes. Het percentage jongens dat zichzelf beschadigt, is afgenomen. In 2000 werd zelfbeschadiging in de voorbije maand niet bevraagd waardoor er op dit vlak geen vergelijking mogelijk is.

Figuur 3.17. De lifetime prevalentie van zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015



Bron: Vanderstraeten, 2016

Figuur 3.18. De prevalentie van zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14-17-jarigen, 2000 versus 2015



Bron: Vanderstraeten, 2016

Frequentie zelfbeschadigend gedrag 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 3.8.

Tabel 3.8. 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 zelfbeschadigend gedrag 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 gedachten aan zelfbeschadiging 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 3.9 en figuur 3.19 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 bevroagde jongeren geeft aan het afgelopen jaar aan zelfbeschadiging te hebben gedacht.

Tabel 3.9. De prevalentie van gedachten aan opzettelijk zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar bij Vlaamse 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015

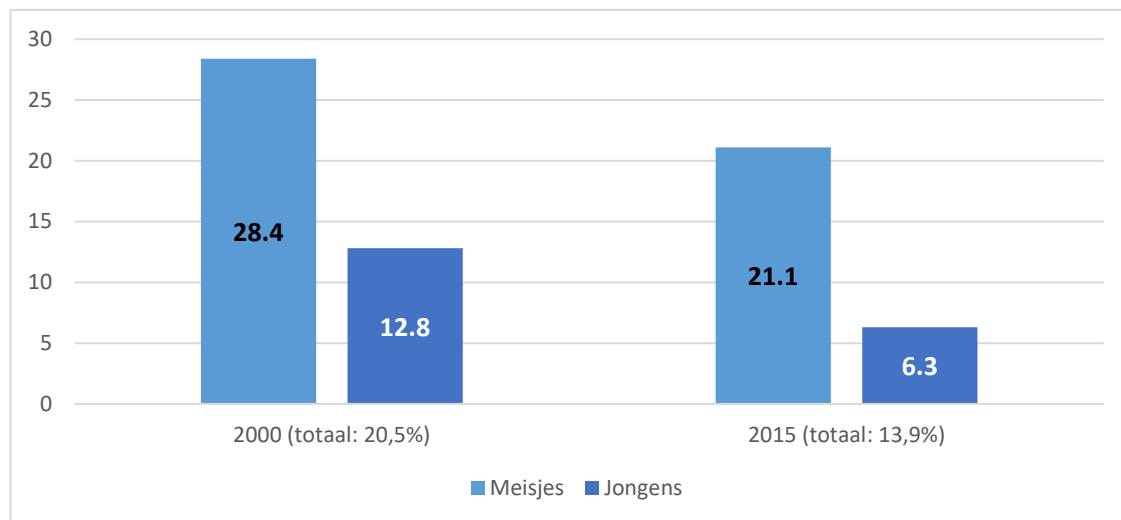
ZELFBESCHADIGEND GEDRAG	2000	2015
	Oost- en West Vlaanderen	Sint-Niklaas
Gedachten zelfbeschadigend gedrag in het voorbije jaar		
Totaal	20,5%	13,9%
Meisjes	28,4%	21,1%
Jongens	12,8%	6,3%

Bron: Vanderstraeten, 2016

Prevalentie gedachten aan zelfbeschadiging 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 3.19. De prevalentie van gedachten aan opzettelijke zelfbeschadiging in het voorbije jaar bij 14- tot 17-jarigen, 2000 versus 2015



Bron: Vanderstraeten, 2016

Hoofdstuk 4: Suïcidale gedachten

4. Cijfers suïcidale gedachten

Onderzoek toonde aan dat ongeveer een derde van de mensen met 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 dat de aanwezigheid van suïcidegedachten en meer specifiek 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

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.

4.1.1. Prevalentie

Uit de gegevens van de Gezondheidsenquête¹⁰ 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).

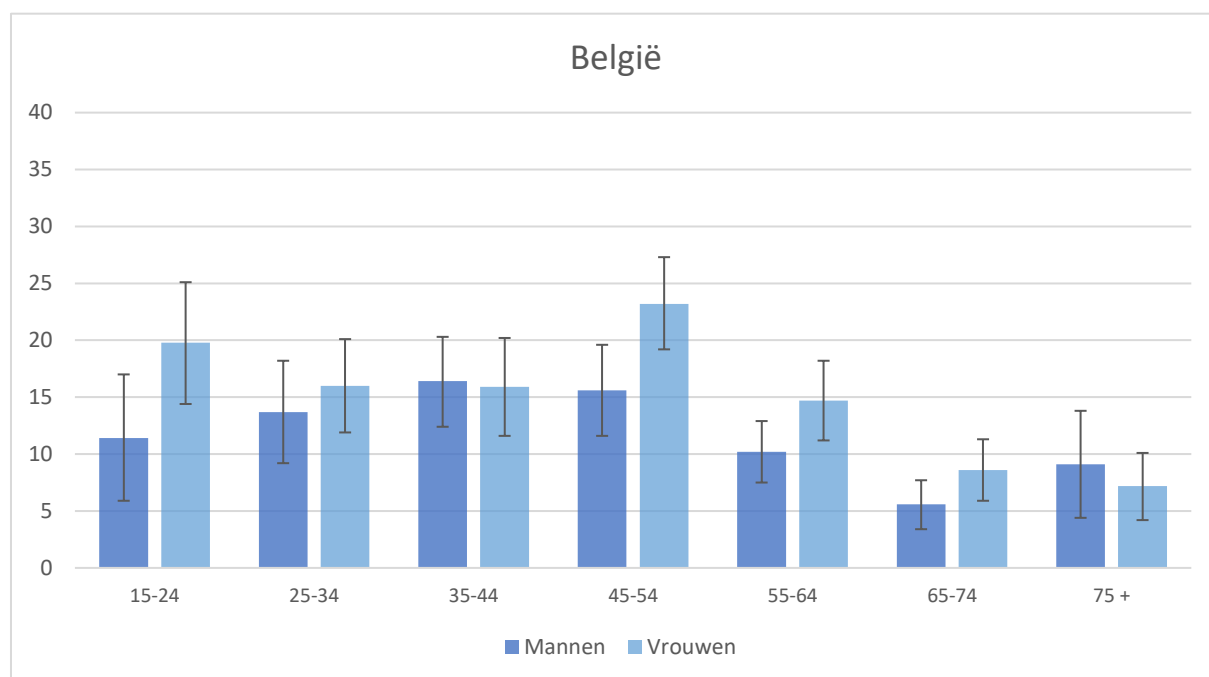
4.1.2. Socio-demografische verschillen

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

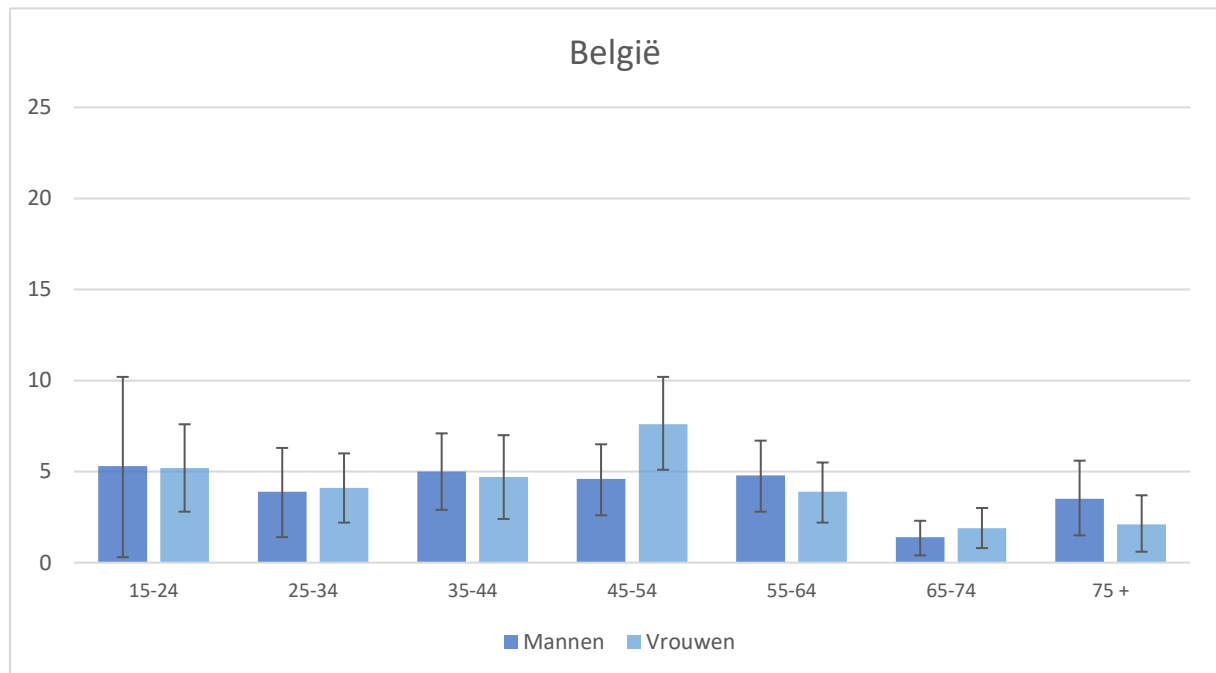
¹⁰ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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



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

Suicidegedachten 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 suicidegedachten (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 suicidegedachten 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 suicide heeft gedacht. Sociale ongelijkheden zijn ook terug te vinden voor wat recente suicidegedachten 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 suicidegedachten (ooit in het leven of recent) hangt omgekeerd samen met het opleidingsniveau.

4.1.3. Evolutie

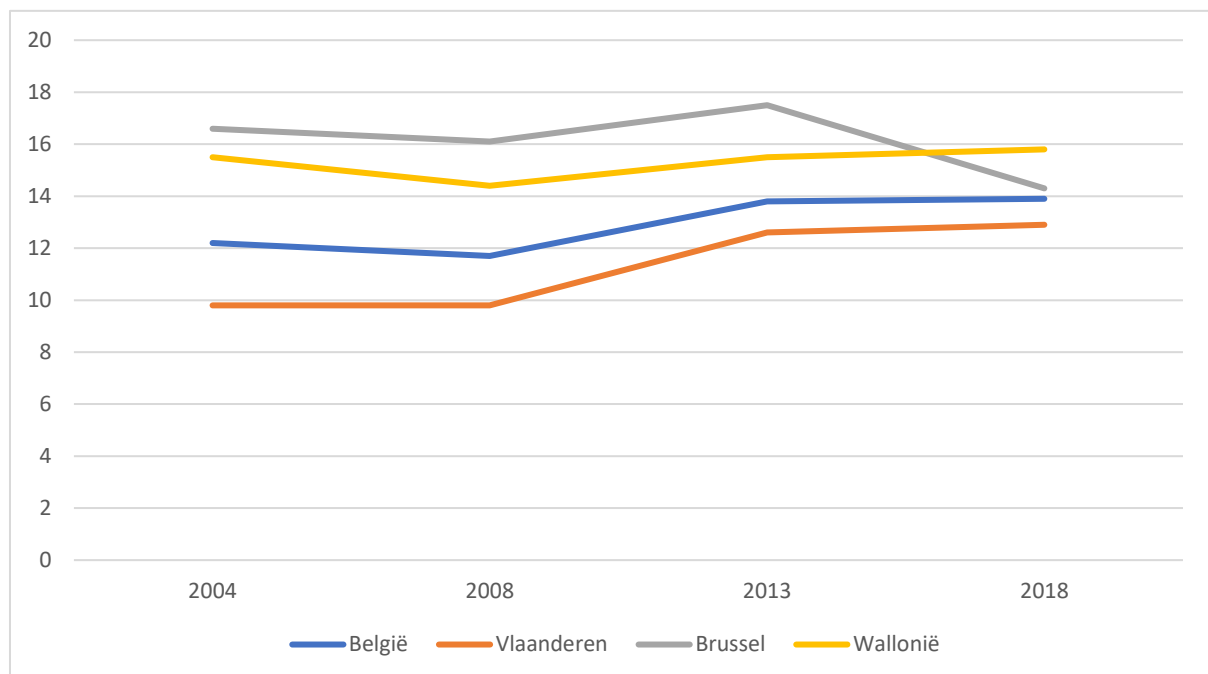
Zoals in figuur 4.3 te zien is, is het percentage mensen dat ooit aan suicide heeft gedacht, tussen 2018 (13,9%) en 2013 (13,8%) stabiel gebleven in België, maar blijft groter dan in de periode 2004-2008 (ongeveer 12%). In figuur 4.4 zien we dat suicidegedachten in de afgelopen 12 maanden in 2018 (4,3%) 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 suicide heeft gedacht, gedaald van 17,5% in 2013 tot 14,3% in 2018. Deze daling wordt noch in het Vlaanderen, noch in Wallonië vastgesteld.

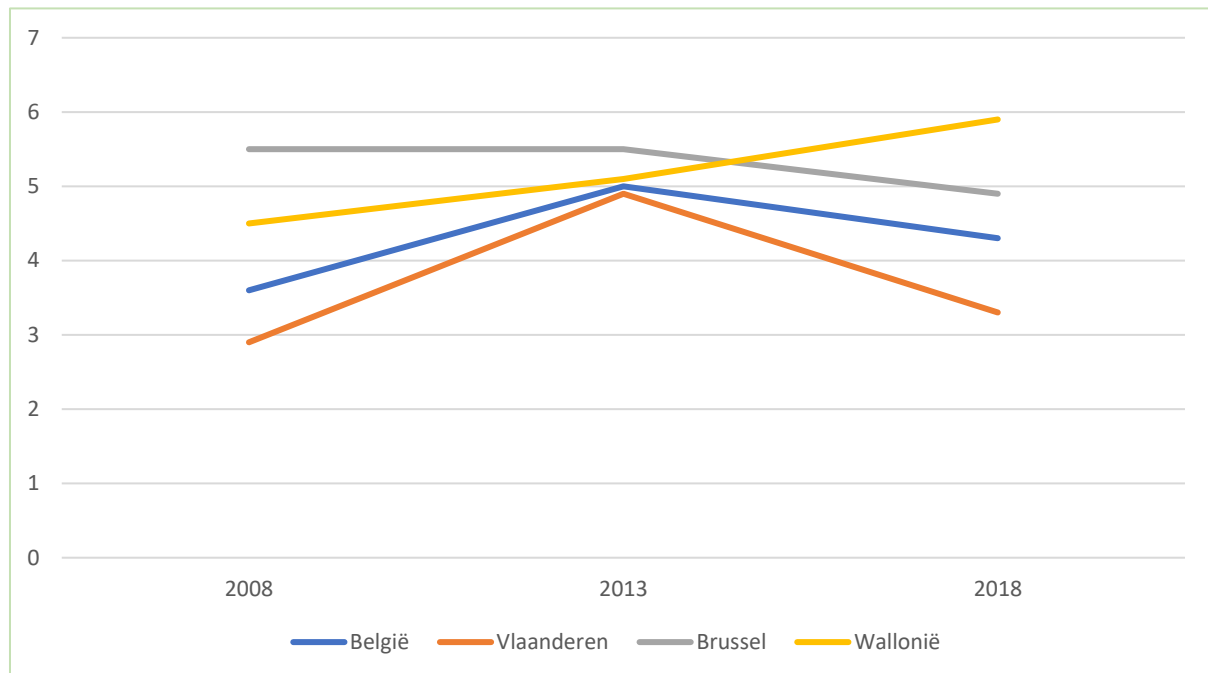
De prevalentie van mensen die recente suïcidegedachten melden, is in Vlaanderen (3,3%) gedaald in vergelijking met 2013 (4,9%) terwijl deze stabiel is gebleven in Brussel en Wallonië (niet significante verschillen), zelfs na correctie voor leeftijd en geslacht.

Figuur 4.3. Percentage van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide 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

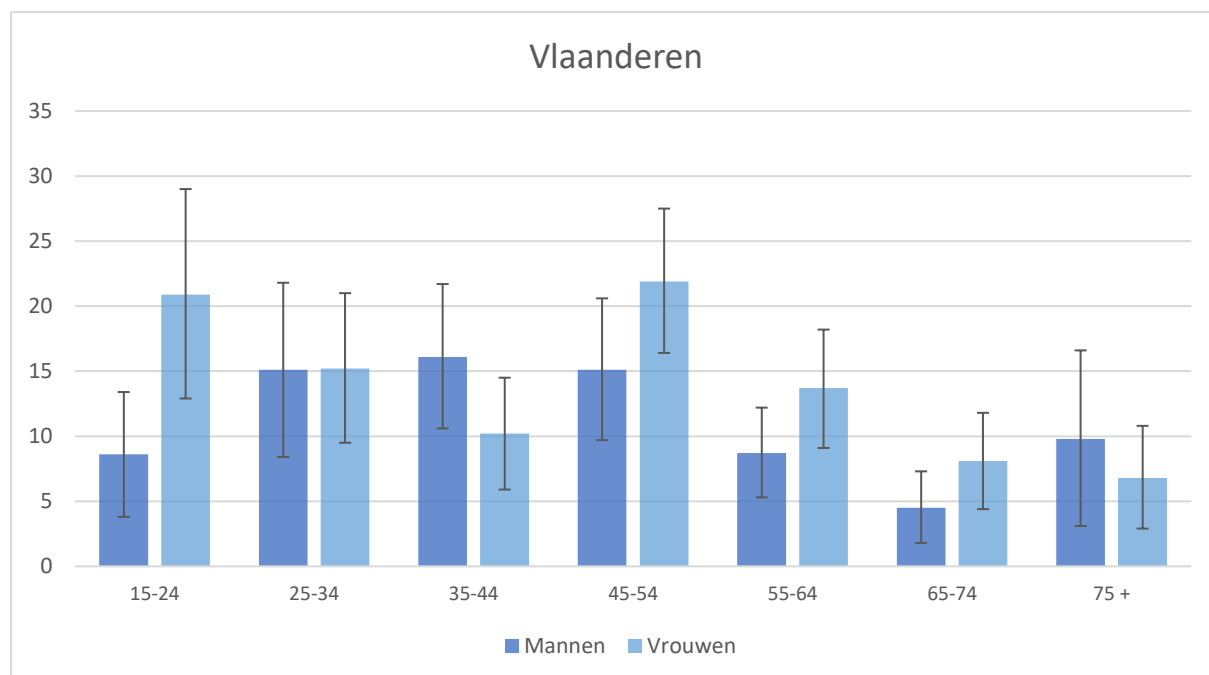
4.2.1. Data Gezondheidsenquête Sciensano

Uit de Gezondheidsenquête van 2018¹¹ 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).

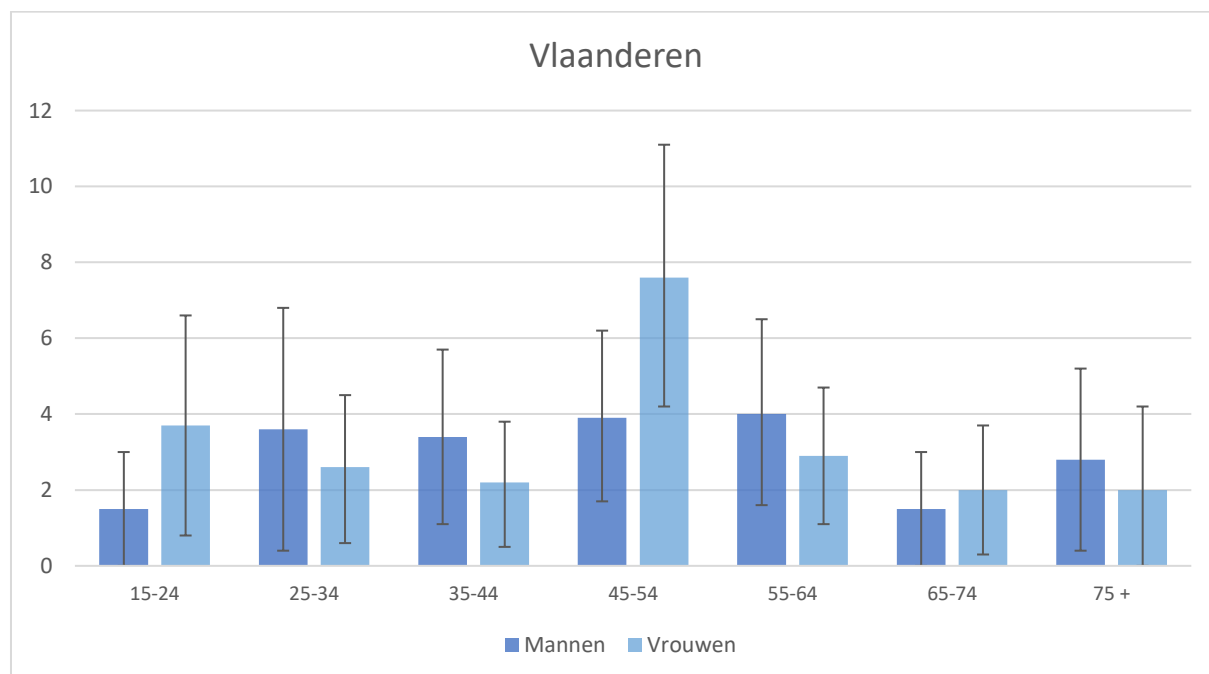
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we dat vrouwen ook hier over het algemeen meer denken aan suïcide, behalve in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar. Er kunnen geen verschillen in leeftijd en geslacht gevonden worden voor gedachten aan zelfmoord in de afgelopen 12 maanden.

¹¹ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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



Bron: Sciensano

4.2.2. Data Registratiestudie Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent (op basis van de 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 vanaf 2022 geïmplementeerd in verschillende ziekenhuizen. In 2023 maakten 21 Algemene Ziekenhuizen gebruik van LOES. In volgend deel worden alle persoons- en gebeurtenisgerelateerde data gerapporteerd van alle personen die werden aangemeld tijdens een episode van (acute) suïcidale gedachten boven de 18jaar.

Geslacht en Leeftijd

In onderstaande tabel 4.1. wordt een overzicht gegeven van het aantal registraties van personen die werden aangemeld voor suïcidale gedachten volgens leeftijd. Hierbij kan worden opgemerkt dat er weinig verschil was tussen aantal vrouwen en mannen.

Tabel 4.1. Overzicht LOES registraties suïcidale gedachten volgens geslacht, absolute aantallen, 2023

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Suïcidale gedachten	151(47,5%)	167(52,5%)	318

Bron: Vancayseele et al., 2025

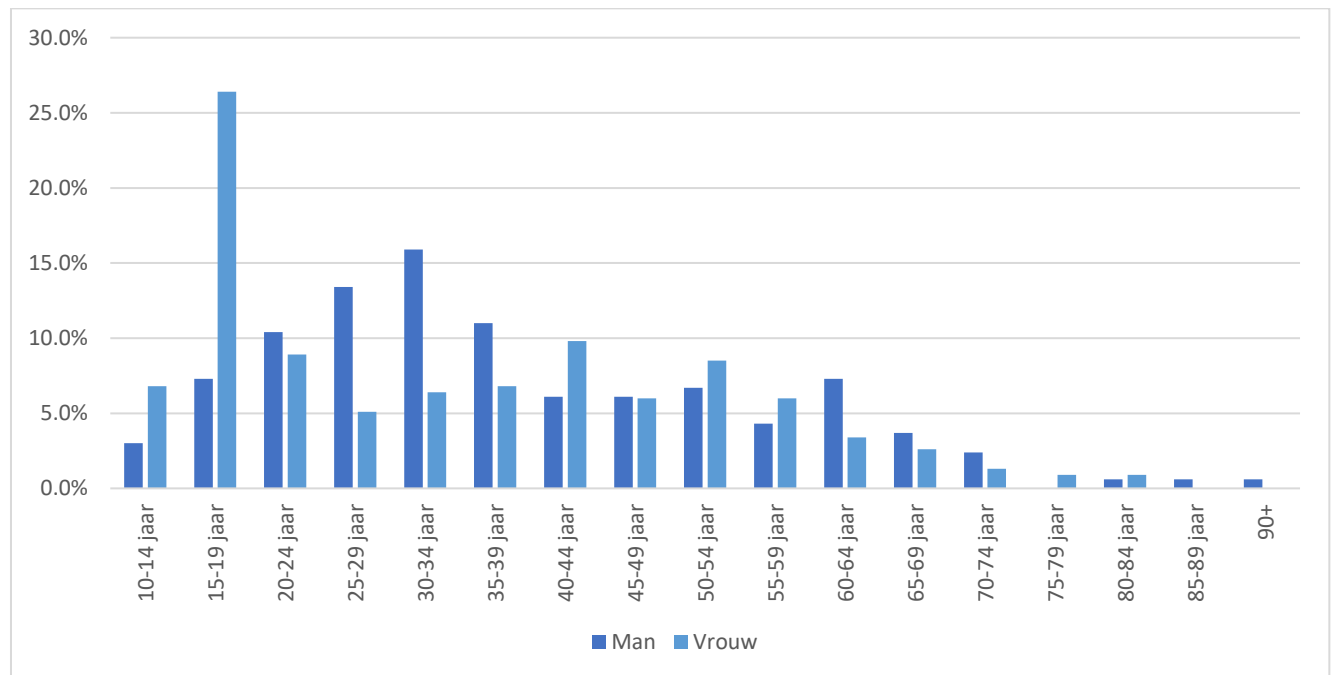
De gemiddelde leeftijd van personen die suïcidale gedachten meldden in Vlaanderen was 36 jaar; voor mannen was dit 38.3 jaar (min.: 11; max.: 90) en voor vrouwen 34.3 jaar (min.: 12; max.: 82).

(K)IPEO en LOES werd bij 81 jongeren gebruikt die werden aangemeld met suïcidale gedachten. Het ging hierbij om 13 jongens (16%) en 68 meisjes (84%). Binnen deze groep was de gemiddelde leeftijd 15.6jaar. De minimum leeftijd was 15 jaar en de maximum leeftijd was 18 jaar.

In figuur 4.7 wordt per leeftijdscategorie het aantal personen weergegeven die werden aangemeld omwille van (acute) suïcidale gedachten in 2023. Het hoogst absolute aantal personen die werden

aangemeld met suïcidale ideaties vonden we terug in de leeftijdscategorie 15-19jaar en 30-34jaar. Uit onderstaande grafiek vinden we voor de vrouwen het hoogst aantal personen die werden aangemeld in de leeftijdsgroep van 15-19 jaar en in de leeftijdsgroep 40-44jaar. Bij mannen bevinden de meeste personen zich onder de 25-29 jarigen en de 30-34 jarigen.

Figuur 4.7. Leeftijdsverdeling van suïcidale gedachten in Vlaanderen 2023, volgens geslacht



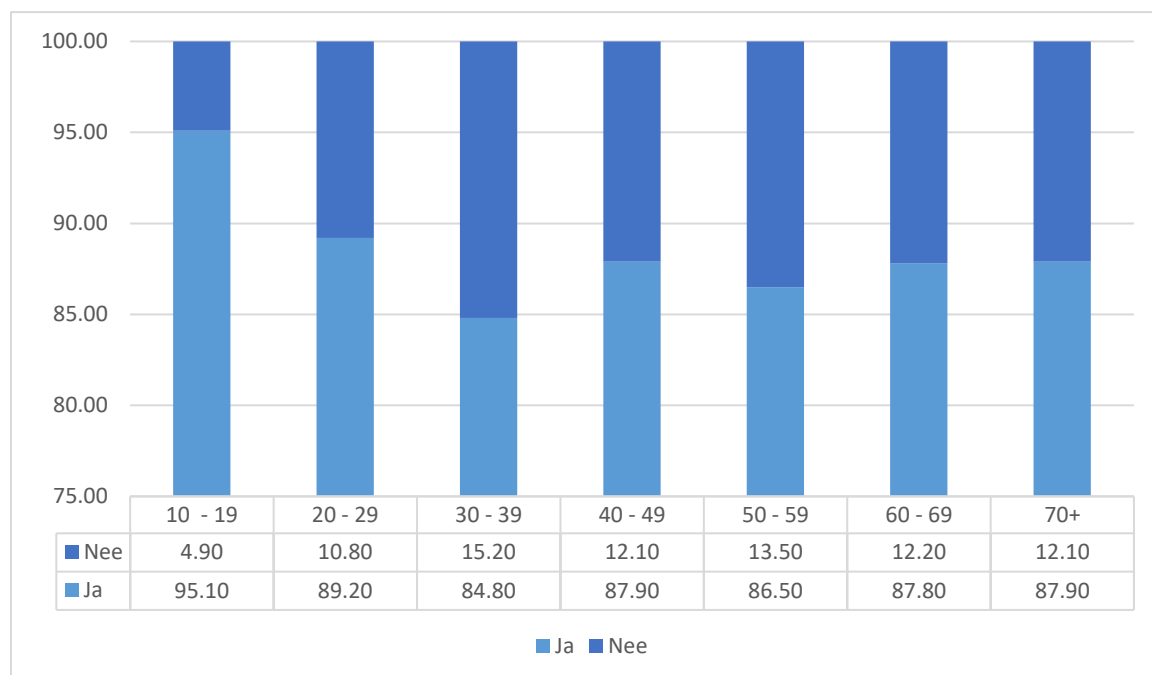
Bron: Vancayseele et al., 2025

4.2.3. Data Zelfmoordlijn 1813

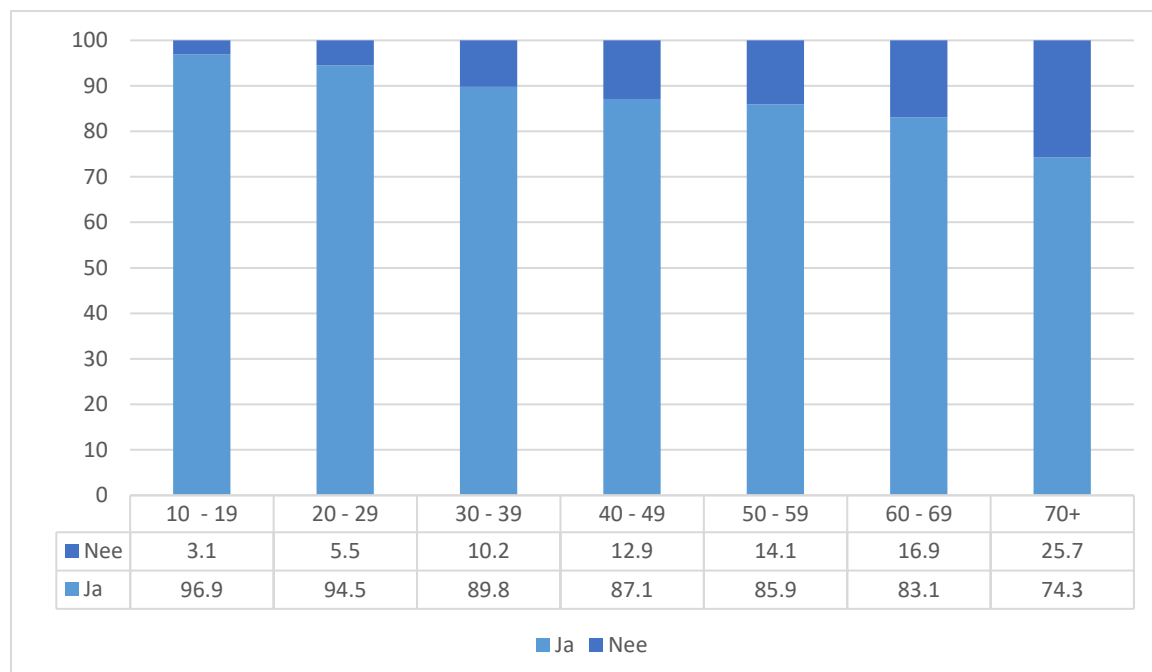
In de gesprekken die bij de Zelfmoordlijn gevoerd worden, staan suïcidale gedachten op de voorgrond. Na deze uitgebreid te hebben besproken, wordt ingeschat hoe acuut deze gedachten zijn. Hierdoor wordt door de vrijwilligers van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding bij vrijwel alle telefoon- en chatgesprekken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

Figuur 4.8 en 4.9 tonen voor vrouwen en mannen afzonderlijk in welke mate er suïcidale ideatie werd gerapporteerd tijdens het telefoon- of chatgesprek met de Zelfmoordlijn. Zoals verwacht, denkt het overgrote deel (zelf ook aan zelfdoding op het moment dat zij de Zelfmoordlijn contacteren.

Figuur 4.8. Proportie mannelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2024



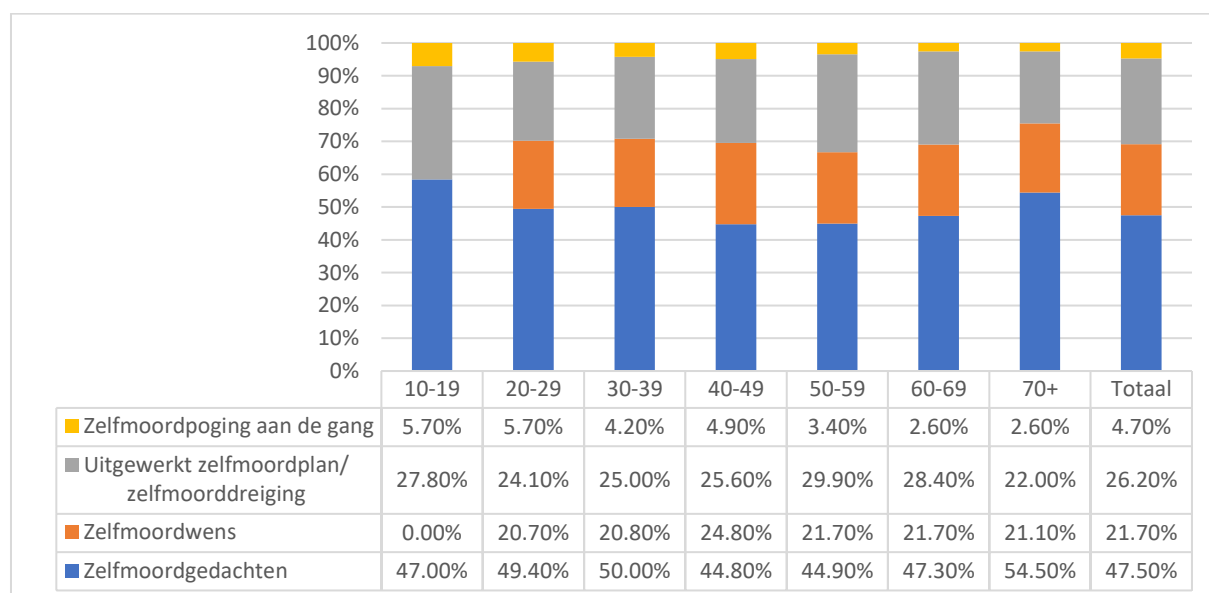
Figuur 4.9. Aantal vrouwelijke oproepers via telefoon en chat bij de Zelfmoordlijn die rapporteerden aan zelfdoding te denken, volgens leeftijd, 2024



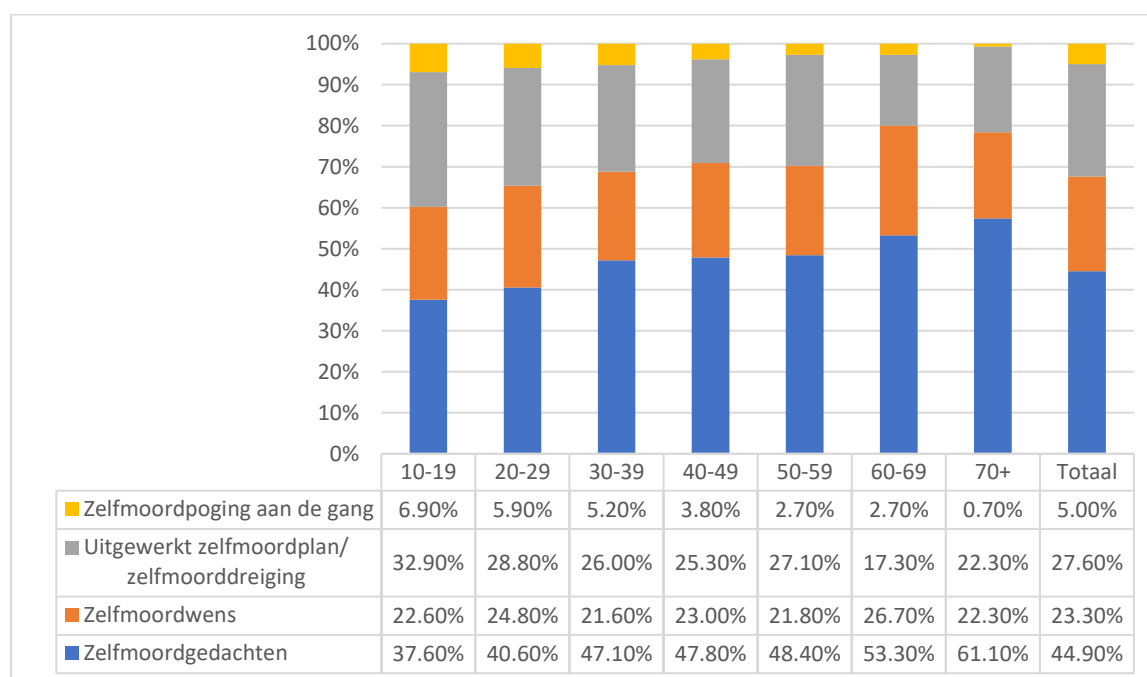
Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

In figuur 4.10 en 4.11 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 4.10. Positie suïcidaal proces van oproeper, mannen, 2024



Figuur 4.11. Positie suïcidaal proces van oproeper, vrouwen, 2024



Bron: Centrum ter Preventie van Zelfdoding

4.2.4. Data 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

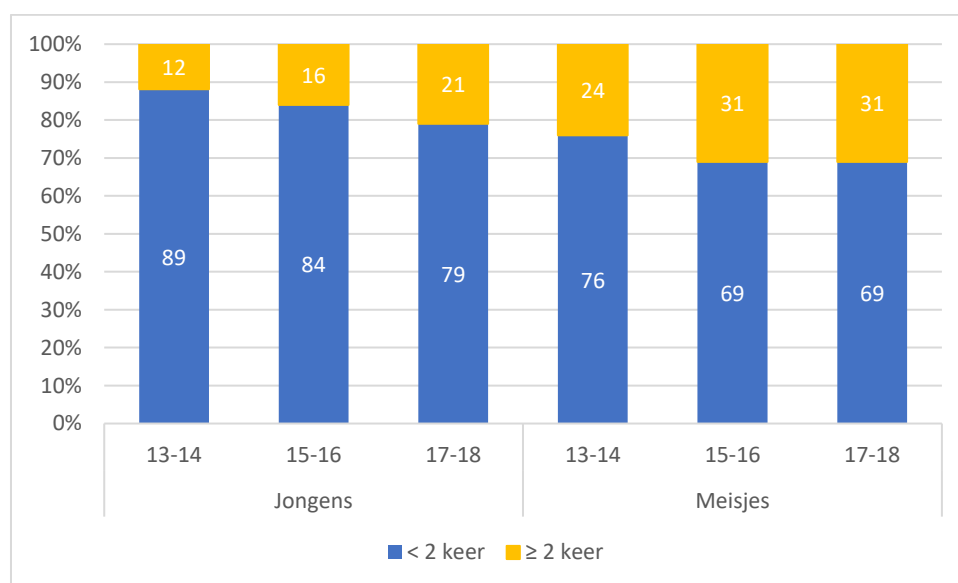
Geslacht

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. Significant meer meisjes dan jongens hebben twee keer of meer aan zelfmoord gedacht.

Leeftijd

De prevalentie van zelfmoordgedachten vertoont een stijgende trend naarmate men ouder wordt. Bij de jongens uit de leeftijdsgroep 13- tot 14-jarigen geeft 11,5% aan dat ze al meer dan eens erover nadachten om het leven te beëindigen. Op de leeftijd van 17 tot 18 jaar is dit toegenomen tot 21,2%. Ook bij de meisjes is er een toename te bemerken, hetzij minder uitgesproken, van 23,7% op 13- tot 14-jarige leeftijd naar 30,6% op 17- tot 18-jarige leeftijd. Zie figuur 4.12.

Figuur 4.12. Percentages suïcidegedachten naar leeftijd en geslacht, Studie Jongeren en Gezondheid, 2022



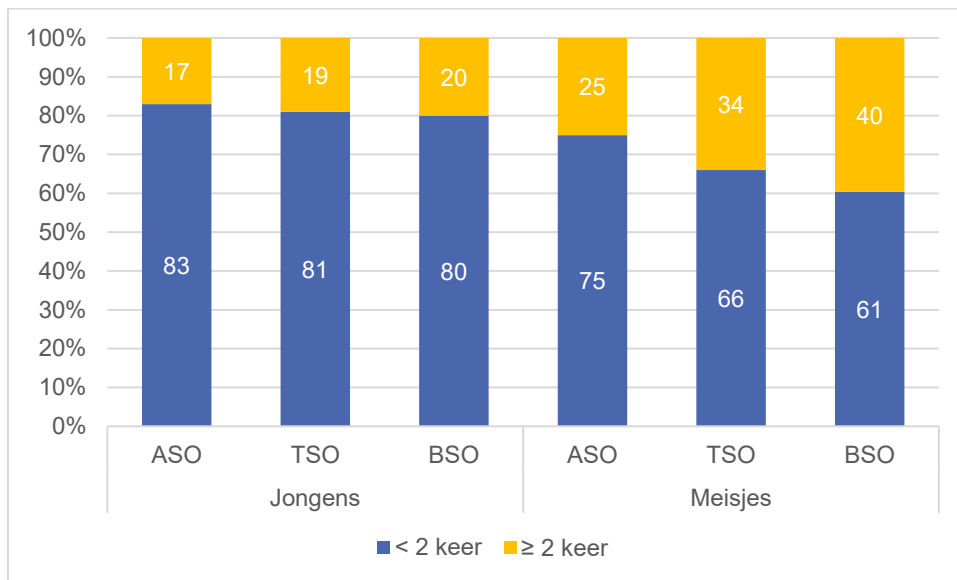
Bron: Schrijvers et al., 2023

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 4.13.

Figuur 4.13. Percentage suïcidegedachten bij Vlaamse jongeren, naar opleiding en geslacht, 2022

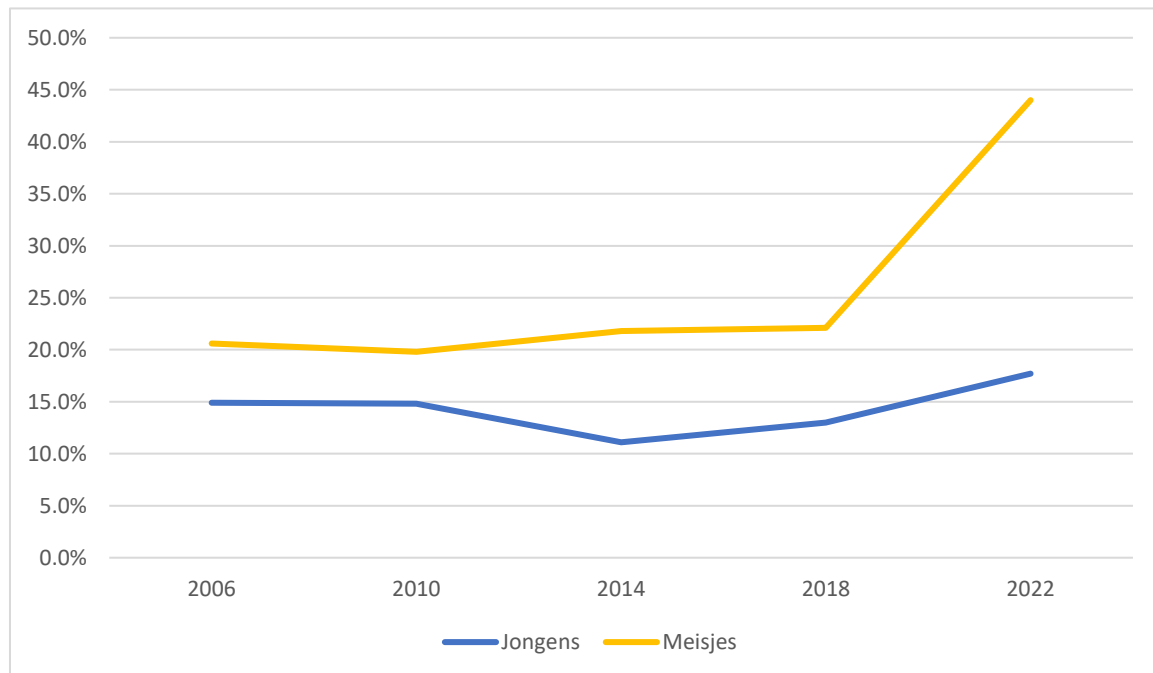


Bron: Schrijvers et al., 2023

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 4.14).

Figuur 4.14. 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

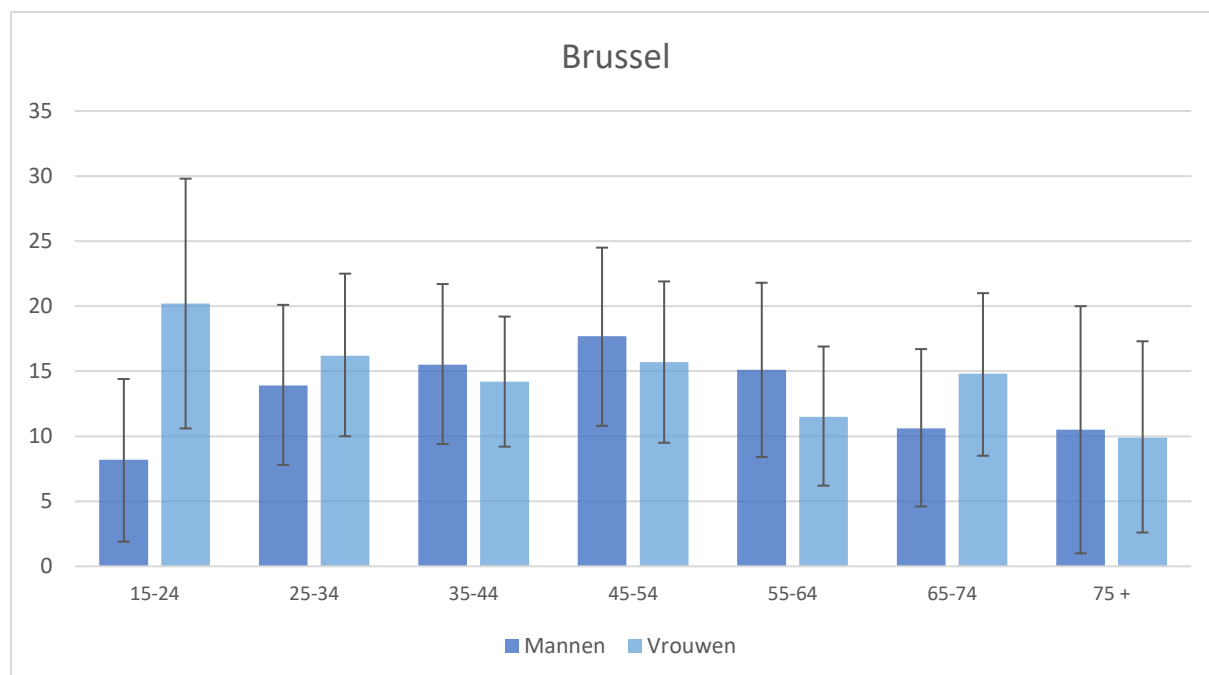
4.3 Brussel

Uit de Gezondheidsenquête van 2018¹² kwam naar voren dat **14,3% van de Brusselse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suicide heeft gedacht** (zie figuur 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).

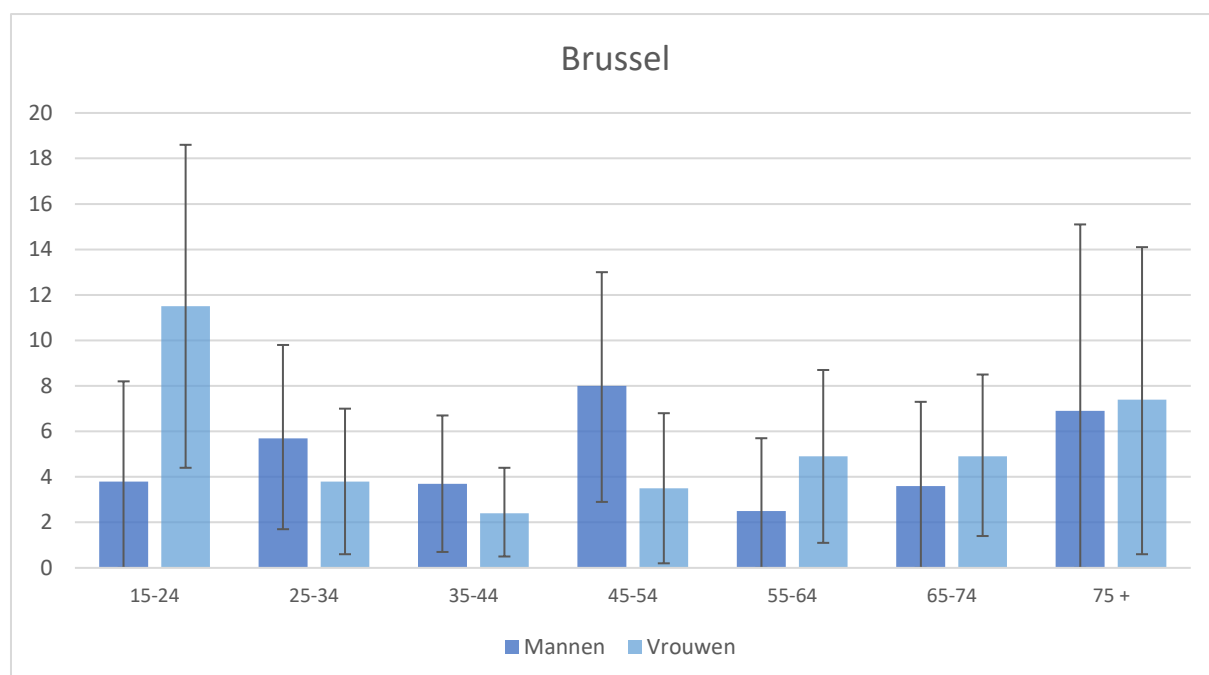
Wanneer we kijken naar geslacht en leeftijd dan zien we eerder een atypisch beeld, waarbij het niet altijd het geval is dat vrouwen gemiddeld gezien vaker aan zelfmoord denken in de loop van hun leven (zie figuur 4.15). Ook zien we dat er in Brussel is een relatief hoog percentage jonge vrouwen (11,5% 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 4.16).

¹² De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

Figuur 4.15. 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 4.16. 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



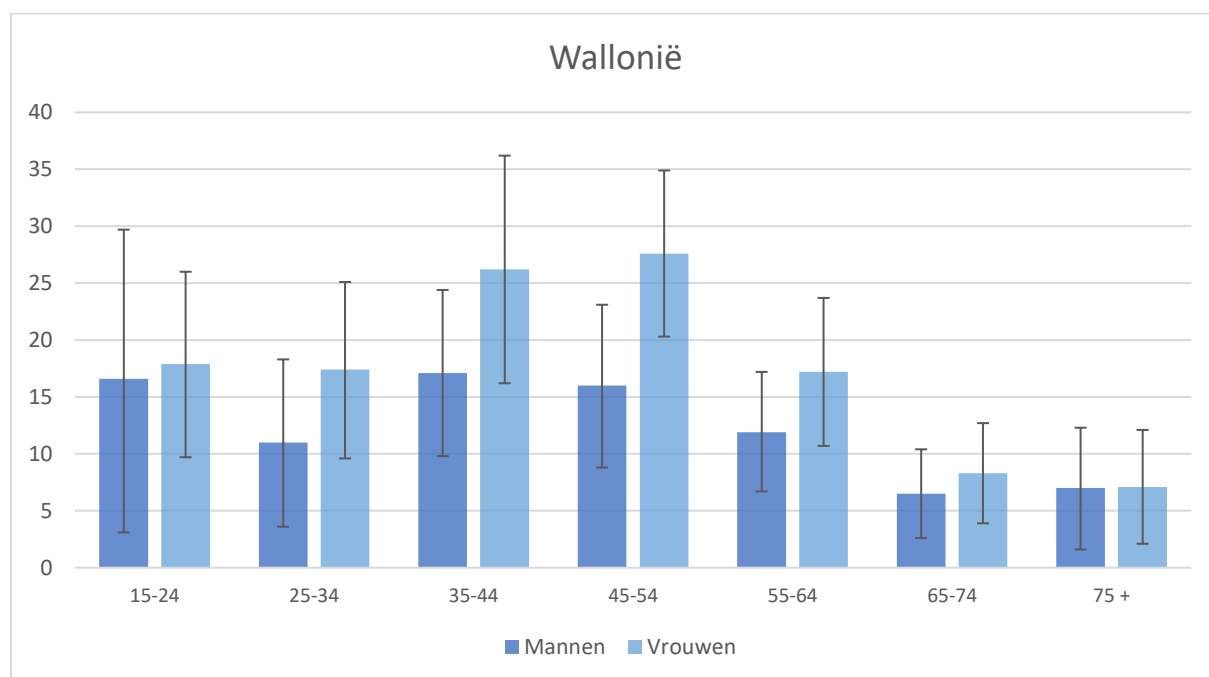
Bron: Sciensano

4.4 Wallonië

Uit de Gezondheidsenquête van 2018¹³ kwam naar voren dat **15,8 van de Waalse bevolking** van 15 jaar en ouder **ten minste één keer in zijn leven ernstig aan suicide 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 suïcidededachten gehad te hebben (respectievelijk 18,4% en 13,0%) en dit is ook zo over de verschillende leeftijdscategorieën. In Wallonië hebben relatief meer jonge mannen van 15 tot 24 jaar recent aan suicide gedacht dan jonge vrouwen (respectievelijk 11,2% en 6,0%).

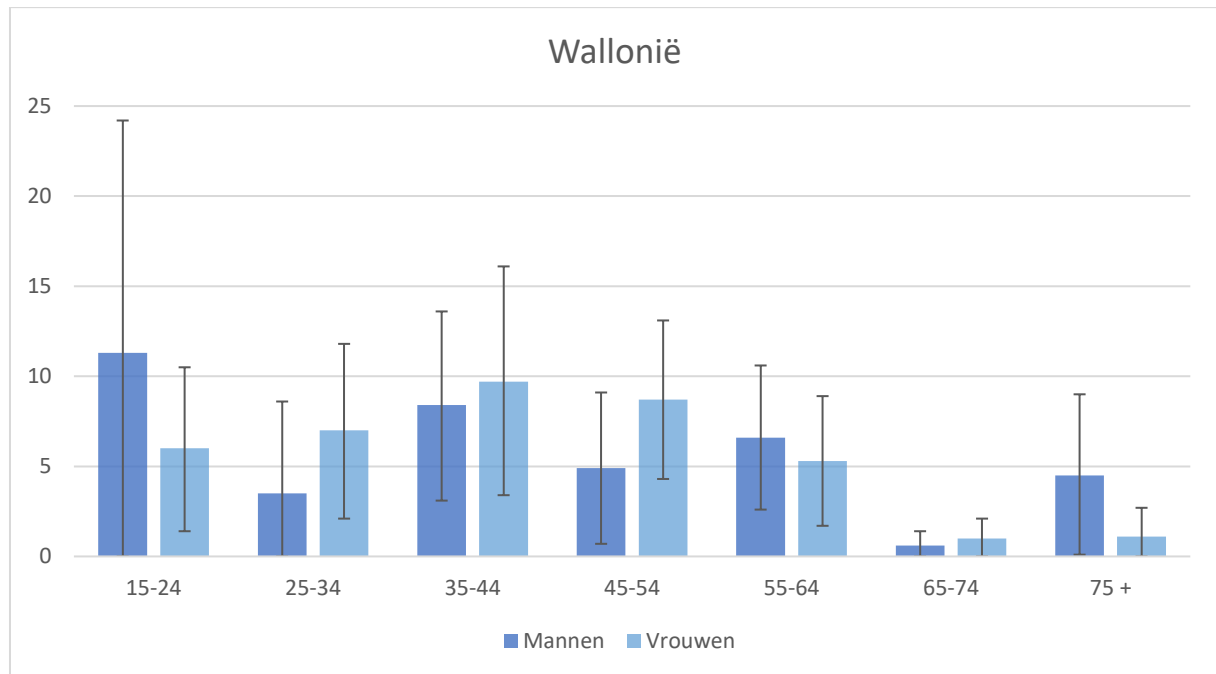
Figuur 4.17. Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat ernstig aan suicide heeft gedacht in de loop van hun leven, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018



Bron: Sciensano

¹³ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

Figuur 4.18. 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

Hoofdstuk 5: Geestelijke gezondheid(sproblemen)

5. Cijfers geestelijke gezondheid(sproblemen)

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 vertoonde tekenen van psychiatrische problemen (Nock et al., 2008).

5.1. België

5.1.1. 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 Gezondheidsenquête¹⁴, 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% 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%).

¹⁴ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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.

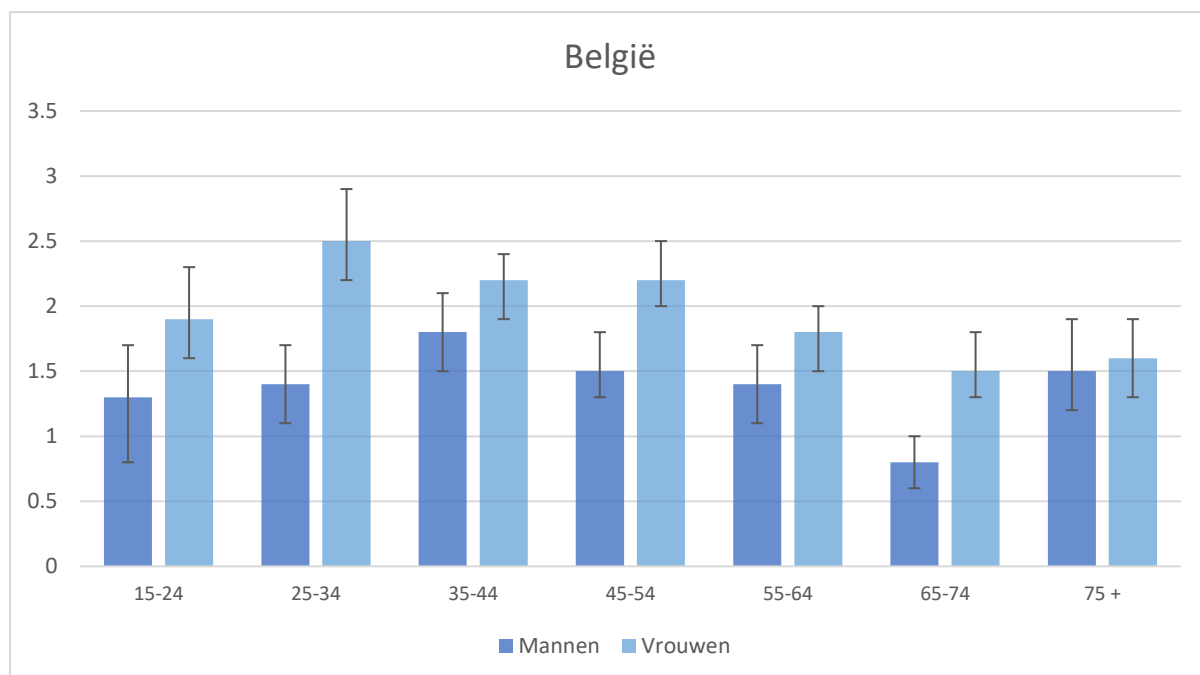
Geslacht

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%).

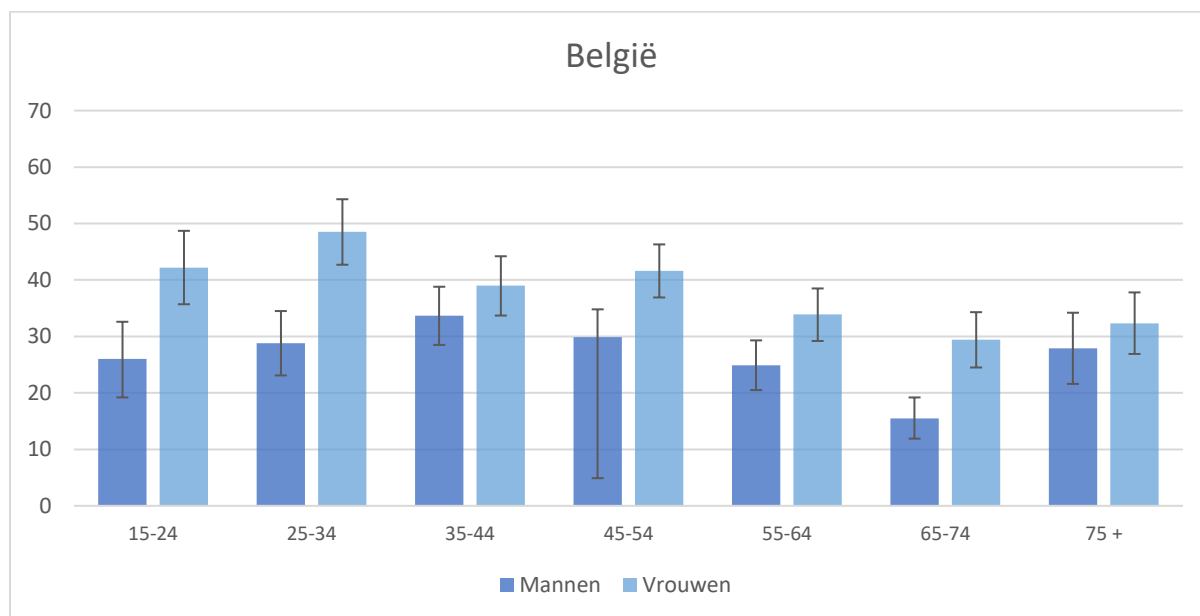
Leeftijd

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

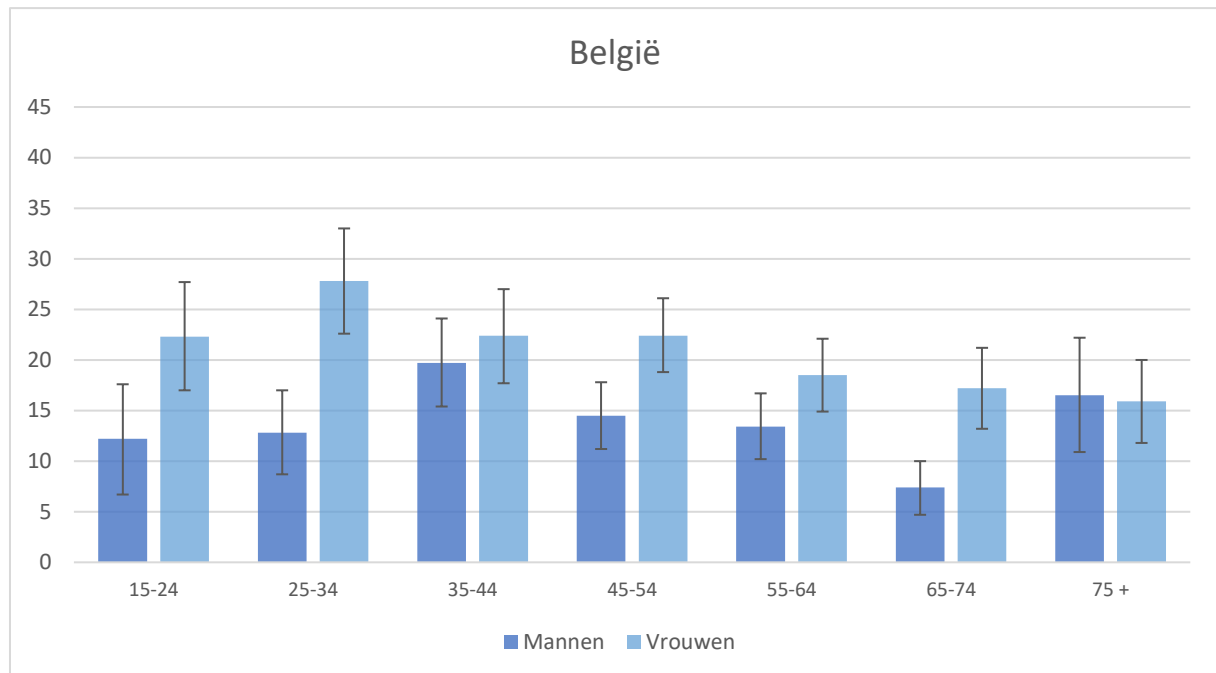


Figuur 5.2. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, België, 2018



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.

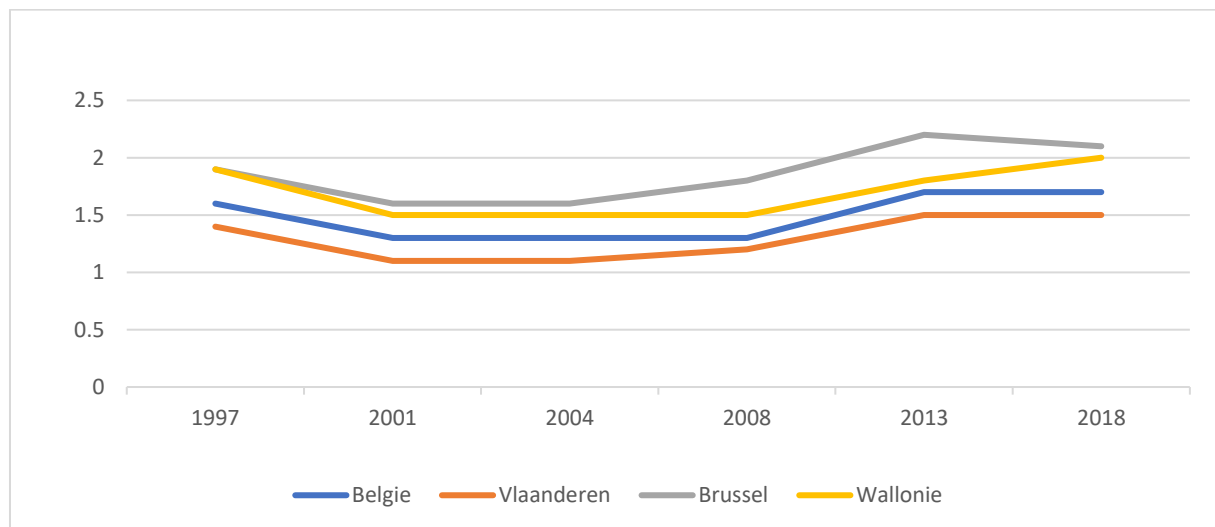
Evolutie

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.

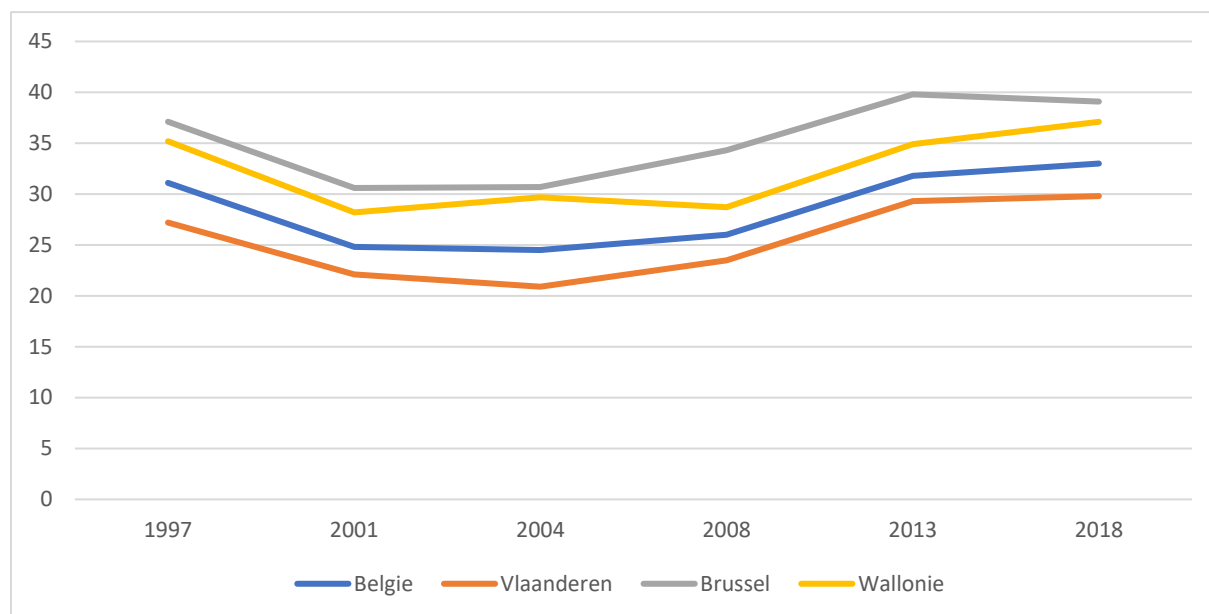
Concluderend, we zien dus dat de cijfers een U-curve volgt over de laatste 15 jaar, met **stijgende waarden** in 2013 en 2018, die veelal ook de waarden van 1997 overstijgen.

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

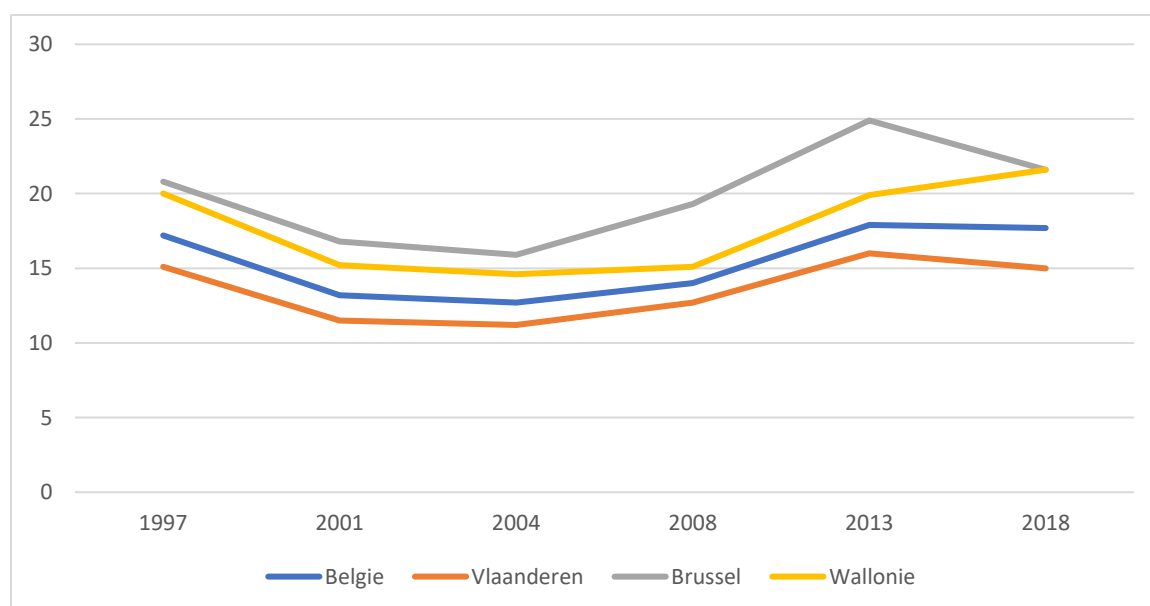


Bron: Sciensano

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



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](#)

5.1.2. 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.

5.2 Vlaanderen

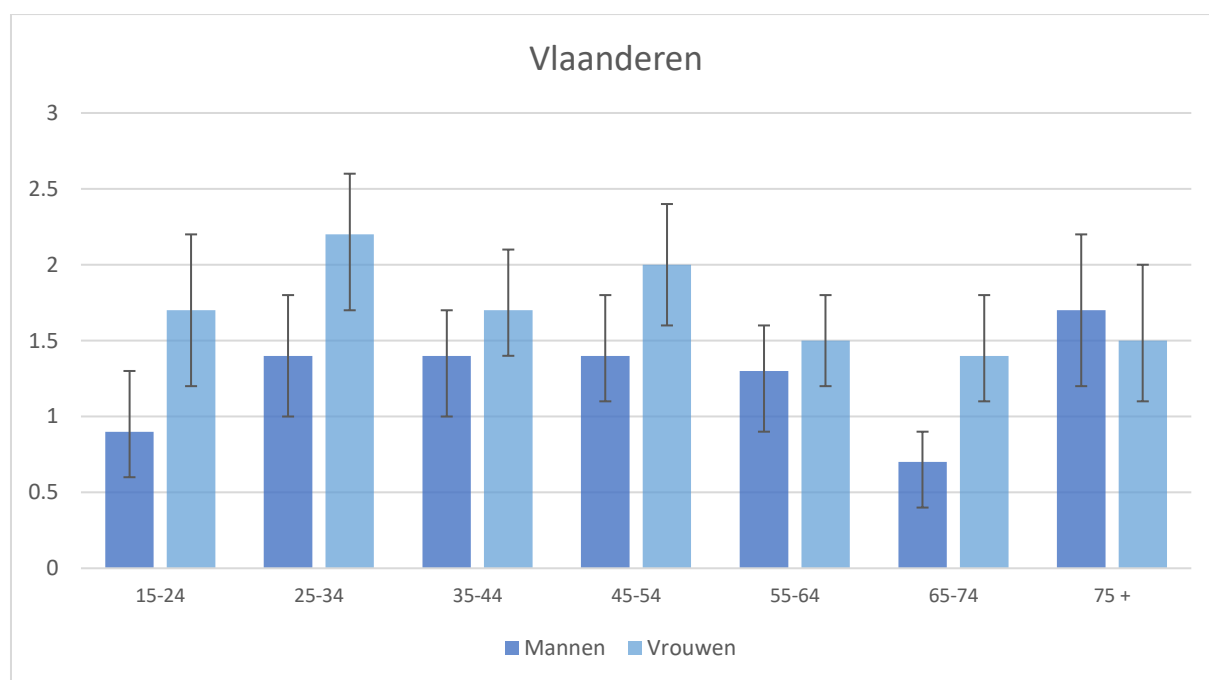
5.2.1. Algemene geestelijke gezondheid

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

Prevalentie

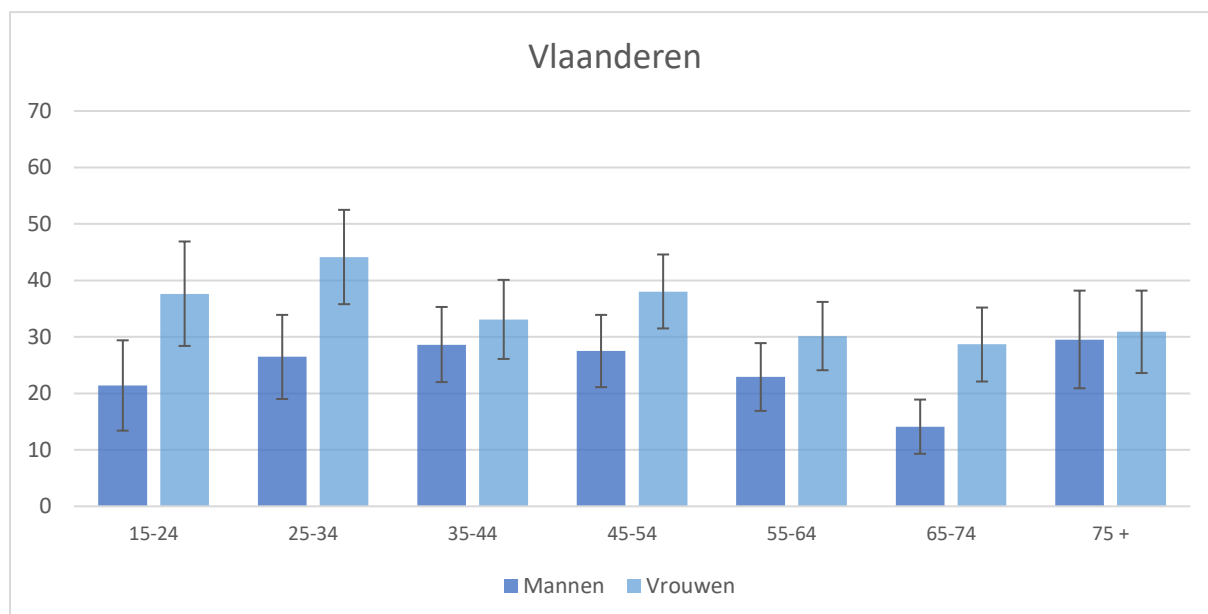
Het niveau van psychisch welbevinden is beter in Vlaanderen (1,5) dan in het Wallonië en Brussel (respectievelijk 2,0 en 2,1). De prevalentie van personen met psychische problemen is 29,8% in Vlaanderen, tegenover 37,1% in Wallonië en 39,1% in Brussel. De prevalentie van de mogelijkheid van een psychische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

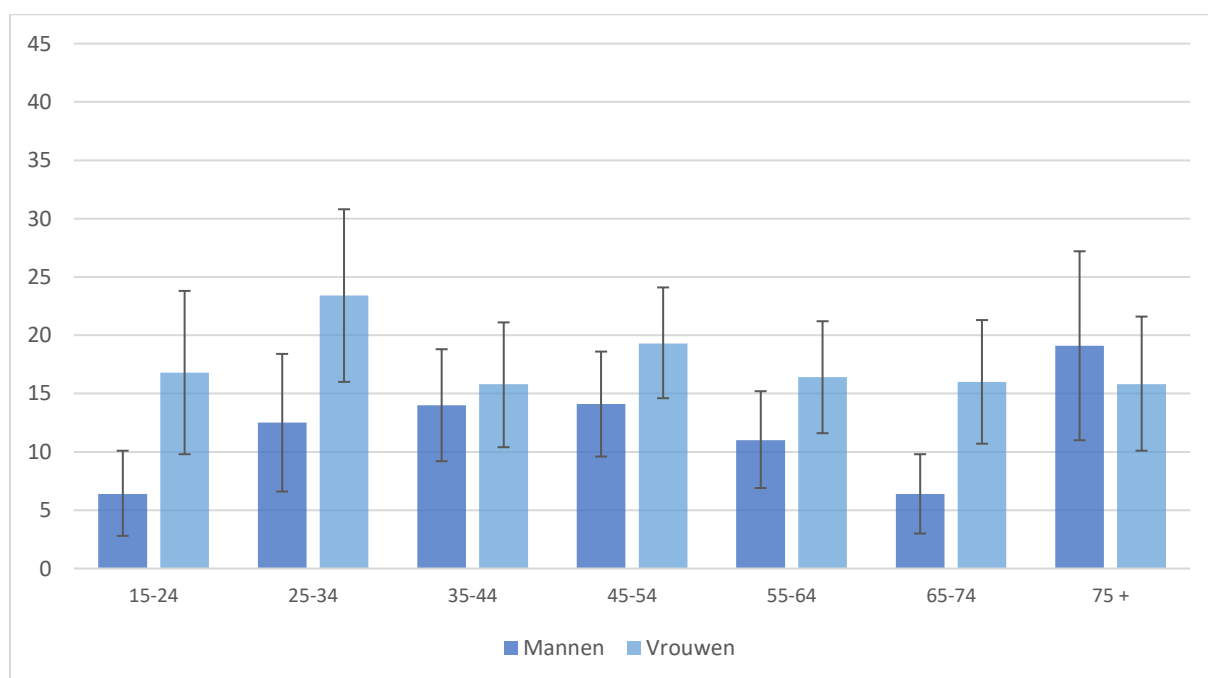


Bron: Sciensano

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



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

Socio-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 (figuren 5.4 t/m 5.6).

5.2.2. 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

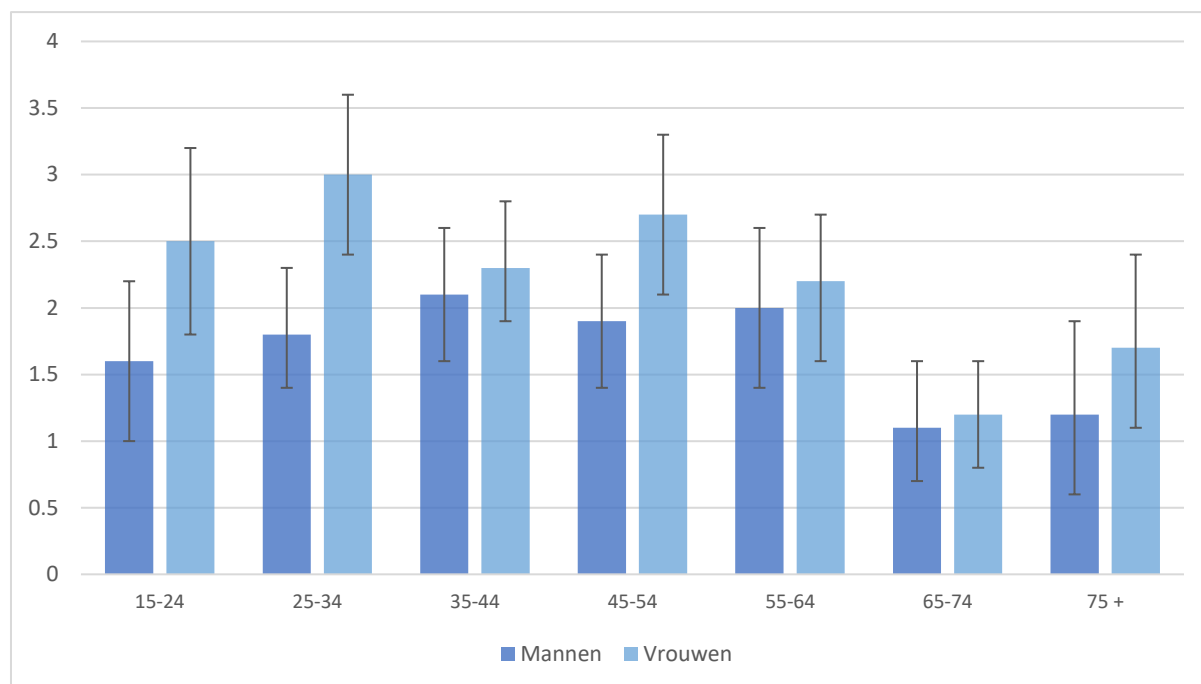
5.3.1. Algemene geestelijke gezondheid

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

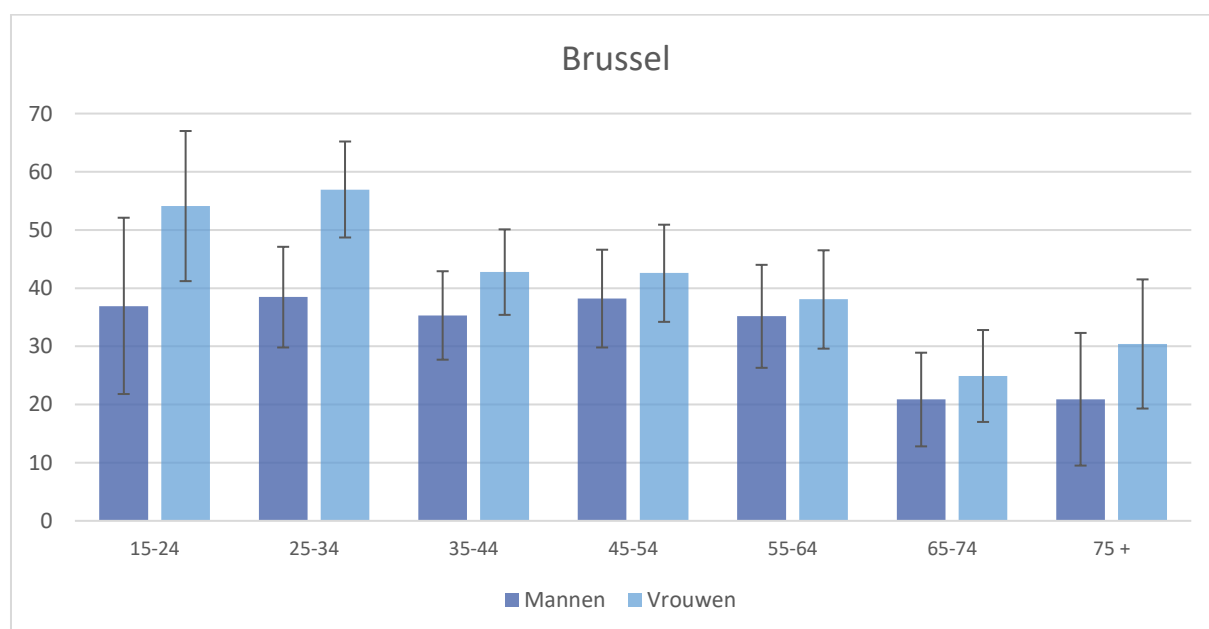
Prevalentie

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

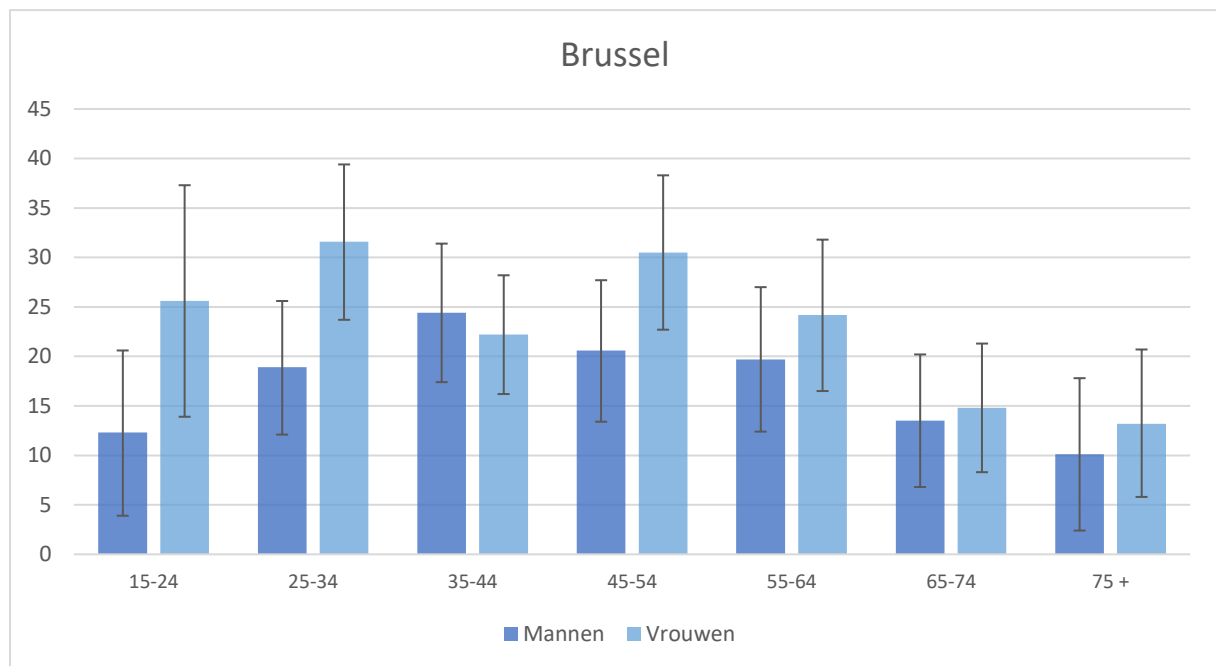


Figuur 5.11. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Brussel, 2018



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

Socio-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).

5.3.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen

Prevalentie

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

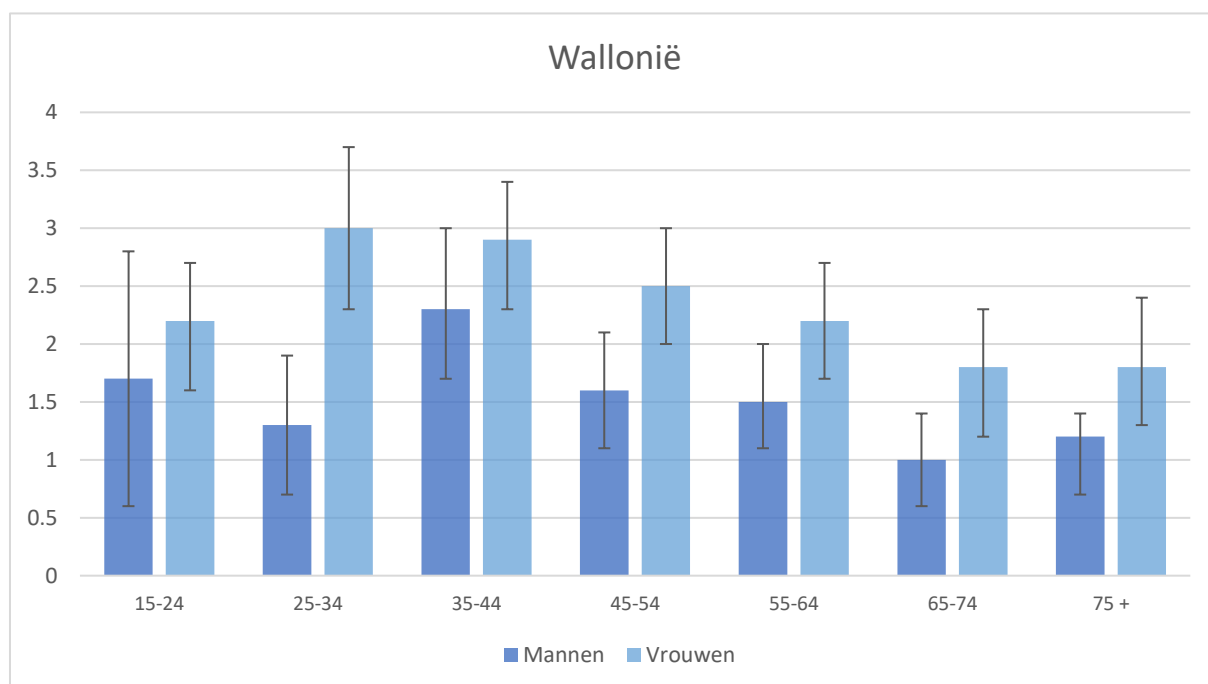
5.4.1. Algemene geestelijke gezondheid

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

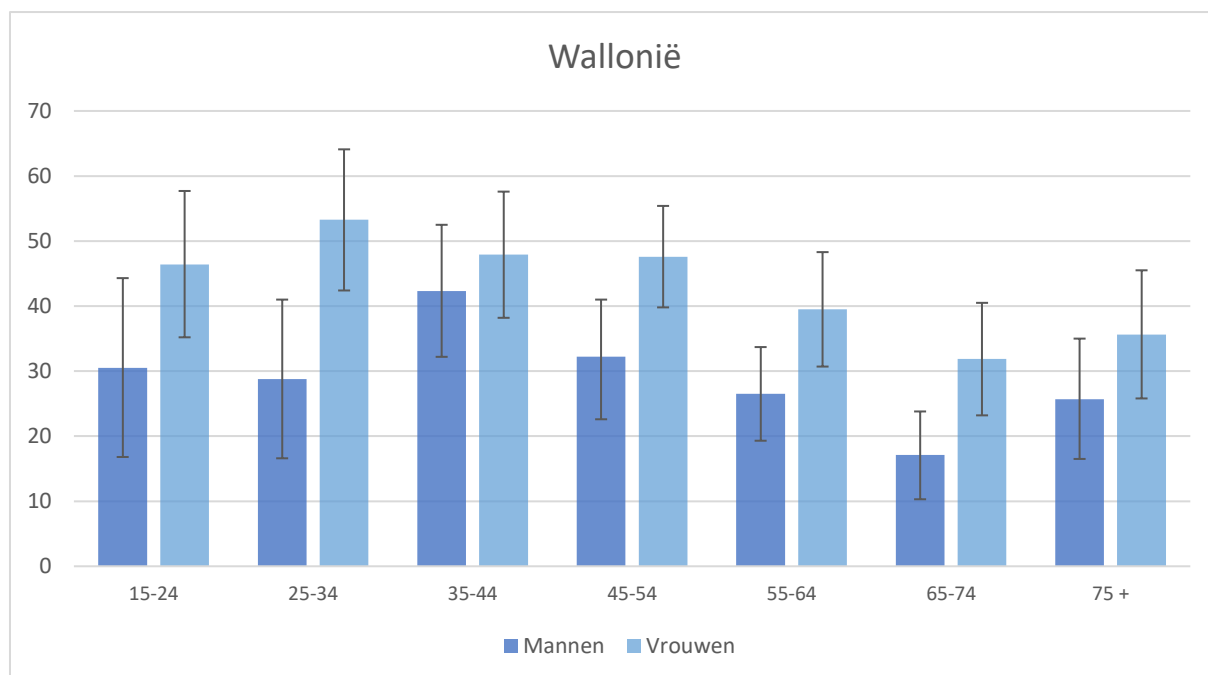
Prevalentie

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

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

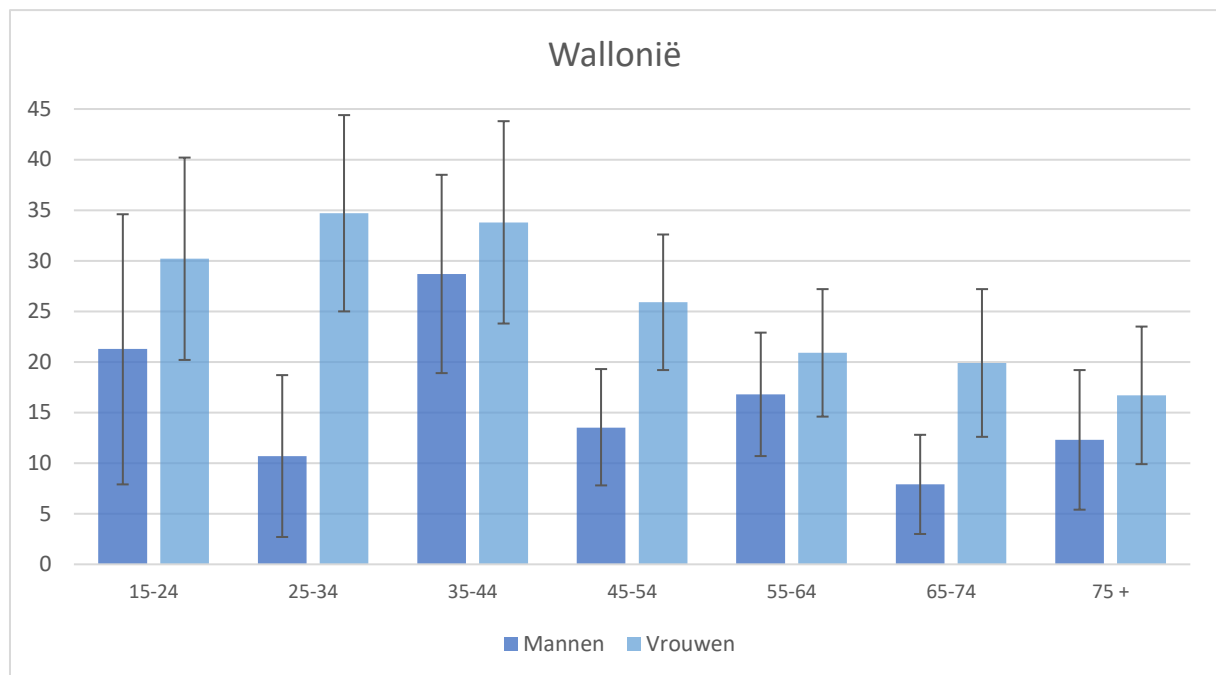


Figuur 5.14. Het percentage van de bevolking met psychische problemen, volgens geslacht en leeftijd, Wallonië, 2018



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

Socio-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).

5.4.2. Specifieke geestelijke gezondheidsproblemen

Prevalentie

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.

Hoofdstuk 6: Samenvatting

6. Samenvatting

In deze samenvatting staat een overzicht van de kerncijfers met betrekking tot suïcide, suïcidepogingen, suïcidale gedachten en geestelijke gezondheidsproblemen in Vlaanderen.

6.1. Suïcide Vlaanderen

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

De meest recente sterftecijfers die door het Departement Zorg bekend werden gemaakt, laten zien dat er in **2023** in Vlaanderen **887 personen** door suïcide zijn overleden. Dit komt neer op **2,4 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 **2023 10,6% minder 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 9,6% bij mannen en een daling van 13,6% bij vrouwen. Wanneer de evolutie op langere termijn wordt bekeken, kan een daling van 34,2% vastgesteld worden in 2023 in vergelijking met 2000. De cijfers van 2023 zijn daarmee de laagste in bijna 25 jaar. Dit is een hoopvolle evolutie en ook al kunnen er geen eenvoudige of causale verbanden gelegd worden, kan deze evolutie betekenen dat de vele preventie-initiatieven in kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, welke nu al aan de derde editie zit, hiertoe hebben mee bijgedragen.

Samenvattend kan dus gesteld worden dat zowel op korte termijn als op langere termijn de suïdecijfers in Vlaanderen een hoopvolle daling tonen.

Wat geslacht en leeftijd betreft, zien we dat zowel bij jonge mannen (15-29 jr), als bij mannen en vrouwen tussen 30 en 59jr, alsook bij vrouwen tussen 60-74 jr en bij mannen en vrouwen vanaf 75 jaar het aantal zelfdodingen is afgenomen waarvan het merendeel met meer dan 10% is gedaald en dus de gezondheidsdoelstelling van het 3^{de} Vlaams Actieplan Suïcidepreventie is behaald. Vooral de sterke

daling van 25 tot 30% bij de groep ouderen van 75 jaar, is een hoopvolle evolutie, zeker gezien oudere mannen de grootste risicogroep vormen voor zelfmoord.

Voor de jonge vrouwen tussen 15-29 jaar zien we echter dat de verontrustende stijging die sinds 2021 was te zien, nog steeds niet of amper is afgenomen. De verdere evolutie bij deze jonge groep van vrouwen moet nauw worden opgevolgd. Ook de recentelijke minder gunstige evolutie bij mannen tussen 60-74 jaar moet verder worden opgevolgd.

Een bredere Europese of internationale vergelijking met deze recentste Vlaamse cijfers zijn moeilijk te maken gezien de huidige vergelijkingen vanuit WHO en EUROSTAT gebaseerd zijn op cijfers van 2021. Op basis hiervan kan vastgesteld worden dat het Vlaamse suïdecijfer in 2021 36,3% hoger lag dan het gemiddelde binnen de Europese Unie. Het is daarom zeer belangrijk om **te blijven inzetten op de preventie van suïcide**.

6.2. Suïcidepogingen Vlaanderen

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 en 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.

De meest recente cijfers tonen aan dat in 2023 de person-based rate (aantal suïcidepogers per 100.000 inwoners) 127 bedroeg en de event-based rate (aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners) 131. In absolute cijfers betekent dit dat **in 2023 naar schatting 8.937 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 2023** een **niet-significante daling van 5,1%** in vergelijking met het jaar 2020 worden vastgesteld. Wanneer op langere termijn wordt gekeken, kan op basis van de cijfers van 2023 een significante daling van 25% worden vastgesteld in vergelijking met het jaar 2000.

6.3. Suïcidale gedachten Vlaanderen

Uit de Gezondheidsenquête van 2018¹⁵ 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).

6.4. Geestelijke gezondheidsproblemen Vlaanderen

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 (Gisle et al., 2020).

6.5. Samenvattend

Suïcide is een ernstig en complex volksgezondheidsprobleem. Op basis van de meeste recente suïdecijfers in Vlaanderen kan gesteld worden dat zowel op korte als op langere termijn de cijfers zijn gedaald. Ook suïcidepogingen zijn afgenomen.

De gunstige evolutie in Vlaanderen is hoopvol en suggereert dat het brede, evidence-based Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, dat al aan zijn derde editie toe is, een impact heeft. Er zijn echter nog steeds elke dag 2,4 overlijdens door zelfdoding in Vlaanderen en vergelijking met Europa toont aan dat de Vlaamse cijfers nog steeds 36% hoger liggen dan het EU-gemiddelde. De nood aan suïcidepreventie blijft dan ook hoog alsook de blijvende duurzame implementatie van alle acties binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie.

¹⁵ De resultaten van de nieuwe Gezondheidsenquête 2023-2024 zullen in oktober 2025 gepubliceerd worden <https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-gezondheidsenquête-2023-2024>.

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., Bruzzzone, 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
- 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>
- Dugailliez, C. (2022). Resultaten van de 11de COVID-19 gezondheidsenquête.
<https://www.sciensano.be/nl/resultaten-van-de-11de-covid-19-gezondheidsenquête>
- Giner, L., Carballo, J. J., Guija, J. A., Sperling, D., Oquendo, M. A., Garcia-Parajua, P., ... & Giner, J. (2007). Psychological autopsy studies: The role of alcohol use in adolescent and young adult suicides. *International journal of adolescent medicine and health*, 19(1), 99-113.
<https://doi.org/10.1515/IJAMH.2007.19.1.99>
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel, België: Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be.

- 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., Hursztyn, P., O'Sullivan, G., Camien McGuiganm, J., Nicholson, S., Arensman, E., Griffin, E., Williamson, E., Corcoran, P. (2024). National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2021. Cork: National Suicide Research Foundation. Opgehaald van: <https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2024/02/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-annual-report-2021.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 suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.
- Rhodes, A. E., Bethell, J., Carlisle, C., Rosychuk, R. J., Lu, H., & Newton, A. (2014). Time trends in suicide-related behaviours in girls and boys. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 152-159. <https://doi.org/10.1177%2F070674371405900307>
- Shain, B; Committee on Adolescence (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1): e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>
- Schrijvers, K., Dierckens, M. & Deforche B. (2023). Studie Jongeren en Gezondheid, *Deel 3: gezondheid en welzijn – Mentale en subjectieve gezondheid* [Factsheet]. Universiteit Gent. Beschikbaar op: [HBSC2022 Factsheet welzijn.pdf \(ugent.be\)](https://www.ugent.be/hbsc2022/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., & Portzky, G., (2025). *De epidemiologie van suïdepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2023*. Gent: Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek.
- Vanderstraeten, E. (2016). *Prevalentie, risicofactoren en beschermende factoren van opzettelijk zelfbeschadigend gedrag bij Vlaamse adolescenten in 2000 en 2015*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen, KU Leuven, Universiteit Gent, VU Brussel.

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2014). Preventing suicide. A manual for case registration of suicide and attempted suicide. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; 2021). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. [Suicide worldwide in 2019 \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/global-health-estimates-2019)

[Windsor-Sheild, 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](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](https://doi.org/10.1111/ajad.1218)

