



>>> DE GEZONDHEIDSCONFERENTIE

4





PLENAIRE SESSIES

4.1

EPIDEMIOLOGIE VAN DEPRESSIE EN SUICIDE IN VLAANDEREN

Werkgroep epidemiologie gezondheidsconferentie 2002

Willem Aelvoet, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
 Piet Bracke, vakgroep sociologie Universiteit Gent
 Peter Hooft, administratie Gezondheidszorg Vlaamse Gemeenschap (voorzitter)
 Hilde Kinable, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
 Gwendolyn Portzky, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Universiteit Gent
 Bernard Sabbe, vakgroep neurowetenschappen Universiteit Antwerpen
 Viviane Van Casteren, Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid
 Hannelore Vromman, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek Universiteit Gent

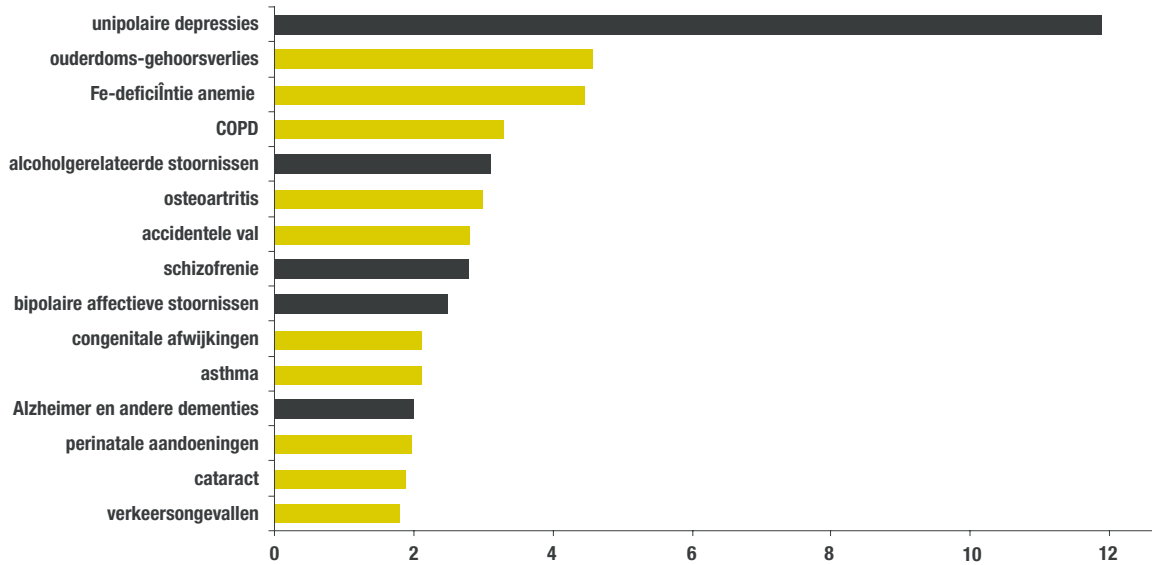
Algemeen psychisch welzijn

Volgens ramingen van de Wereldgezondheidsorganisatie lijden wereldwijd zo'n 450 miljoen mensen aan een psychische stoornis en ontwikkelt een vierde van de wereldbevolking in de loop van zijn leven een dergelijke aandoening. Psychische problemen hebben bovendien een belangrijke impact op de gezondheidsstatus van de wereldbevolking en de kwaliteit van het leven: geestesziekten in het algemeen zijn verantwoordelijk voor bijna 11% van de potentiële gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte of voortijdig overlijden (DALYs) en komen daarmee op de derde plaats te staan inzake globale gezondheidsimpact, na infectieuze en parasitaire aandoeningen en traumata. Depressies zijn op mondiaal vlak verantwoordelijk voor 12% van de potentiële gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte of invaliditeit (YLD), alcoholgerelateerde aandoeningen en schizofrenie elk voor ongeveer 3%, bipolaire affectieve stoornissen voor 2,5% en dementie voor 2% (zie figuur 1).

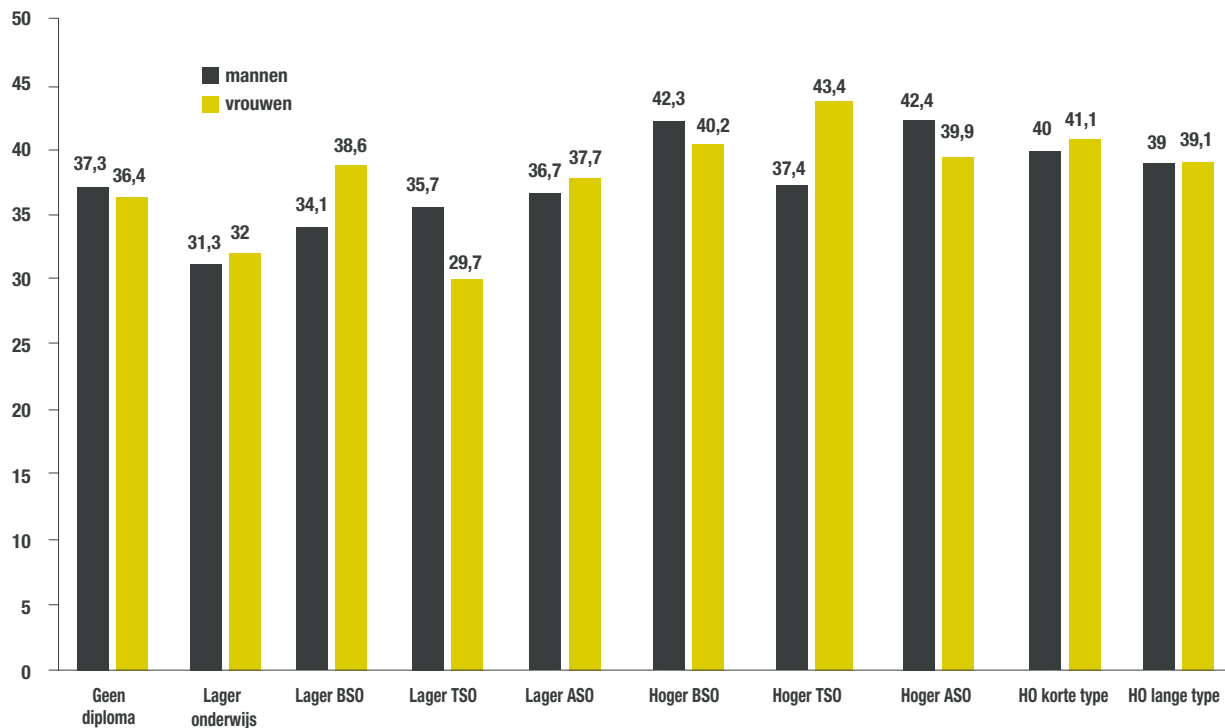
Voor ons land kan uit het onderzoek 'Gezondheidsverwachtingen volgens socio-economische gradiënt' worden afgeleid dat de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid op de leeftijd van 25 jaar zowel voor mannen als voor vrouwen gemiddeld bijna 37 jaar bedraagt. Toegepast op de nog resterende levensverwachting op deze leeftijd voor inwoners van het Vlaams Gewest (51,7 jaar voor mannen en 57,2 jaar voor vrouwen in het jaar 2000), betekent dit globaal respectievelijk 72% en 65% van de nog resterende gemiddelde levensduur. Er bestaat evenwel een aanzienlijke sociaal-economische gradiënt, zoals tot uiting gebracht in het opleidingsniveau, en dit zowel in het absolute aantal jaren als in het percentage van de levensverwachting dat nog in goede geestelijke gezondheid wordt doorgebracht (zie figuur 2 en tabel 1).

Naar aanleiding van de 'Gezondheidsenquête 2001' meldde één op vier van de bevroegde personen





Figuur 1: procentueel aandeel (%) van verschillende aandoeningen in de gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte of invaliditeit (YLD) op mondiaal vlak.



Figuur 2: levensverwachting (jaren) in goede geestelijke gezondheid op leeftijd 25 jaar naar opleidingsniveau, België (sterfte 1991-96, volkstelling 1991, gezondheidsenquête 1997).

(15 jaar of ouder) op het ogenblik van de bevraging psychische ongemakken te ondervinden. Negen procent meldde klachten van depressiviteit, 6% zei angstig te zijn en 20% ondervond slaapstoornissen. Voor inwoners van het Vlaams Gewest komen deze cijfers uit op respectievelijk 22%, 8%, 6% en 20%. Zowel de prevalentie van psychische klachten als het gemiddelde aantal klachten is afgenomen in vergelijking met de enquête van 1997: de prevalentie met 6 procentpunten en de gemiddelde score van 1,4 naar 1,2. Vrouwen scoren statistisch significant hoger dan mannen, zowel inzake prevalentie van globaal psychisch onwelzijn (26% versus 18%) als voor de verschillende groepen van klachten (depressieve klachten 9% versus 6%, angst 6% versus 4% en slaapstoornissen 23% versus 16%). Alhoewel de prevalentie van globaal psychisch onwelzijn bij 75-plussers en bij niet-geschoolden hoger ligt dan in de andere groepen, varieert het gemiddelde aantal klachten niet significant in functie van de leeftijd en heeft ook de opleiding geen wezenlijke invloed op de gemiddelde score. Het opleidingsniveau vertoont daarentegen wel een significante negatieve relatie met de prevalentie van depressieve klachten (hoe hoger de opleiding, hoe lager de prevalentie) en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Een gelijkaardige, maar niet significante negatieve relatie is aanwezig voor angstklachten, terwijl voor slaapproblemen de relatie tussen het opleidingsniveau en de prevalentie positief is maar eveneens niet significant na standaardisering voor geslacht en leeftijd (slaapstoornissen nemen toe met de leeftijd)(zie tabel 2).

Blijkens de *'Minimale Psychiatrische Gegevens'* vonden in België in het jaar 1998 in totaal 83 418 opnamen plaats in een psychiatrisch ziekenhuis (52%) of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ, 48%). In 40% van de gevallen betrof het een heropname binnen hetzelfde jaar. Problemen gerelateerd aan alcohol- en middelengebruik vormen de meest voorkomende hoofd-diagnose bij opname (29% in psychiatrische ziekenhuizen en 31% in PAAZ), gevolgd door stem-

mingsstoornissen (21% en 29%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (17% en 9%). Deze drie diagnosegroepen staan samen voor ongeveer twee derden van de opnamen.

Depressie

Depressies zijn in Vlaanderen verantwoordelijk voor 3,3% van de potentiële gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte, invaliditeit of voortijdig overlijden (DALY's). Bij mannen bedraagt dit cijfer 4,3% en bij vrouwen 5,2%.

Naar aanleiding van de *'Gezondheidsenquête 2001'* gaf 5% van de bevrageden in het Vlaams Gewest (15 jaar of ouder) aan in het voorbije jaar een depressie te hebben doorgemaakt. Dit komt relatief meer voor bij vrouwen dan bij mannen (6% versus 5%), doch het verschil is niet significant. Wel is er een significante toename met de leeftijd. In vergelijking met 1997 nam de frequentie van zelfgerapporteerde depressie bij vrouwen lichtjes af vanaf de leeftijd van 35 jaar, met een duidelijke afname bij jonge senioren (65-74 jaar). Bij mannen vertoonde deze laatste groep daarentegen een lichte toename. Globaal genomen zocht 18% van de personen met een zelfgerapporteerde depressie hiervoor geen professionele hulp (mannen 26%, vrouwen 13%), bij de overigen consulteerden vrouwen significant meer de huisarts (74% versus 53%) en minder een specialist (30% versus 47%).

In de *'Panelstudie van Belgische Huishoudens'* worden in een representatieve steekproef van private huishoudens alle personen van 16 jaar en ouder bevraged inzake subjectieve klachten die aan angst en depressiviteit gerelateerd zijn. In 1998 gaf 8% van de mannen en 13% van de vrouwen in Vlaanderen aan zich de voorbije drie maanden regelmatig tot vaak depressief te hebben gevoeld. Futloosheid is de meest gerapporteerde subjectieve klacht (27% bij vrouwen en 18% bij mannen), gevolgd door nood aan het krijgen van bevestiging

	MANNEN		VROUWEN	
	JAREN	% E(X)	JAREN	% E(X)
Geen diploma of lager onderwijs	49,2	63,6%	55,4	61,2%
Lager secundair onderwijs	51,3	75,2%	57,5	72,7%
Hoger secundair onderwijs	51,7	82,4%	56,1	77,7%
Hoger onderwijs	53,9	77,5%	58,4	71,7%

Tabel 1: levensverwachting op 25 jaar en percentage daarvan [% e(x)] dat nog doorgebracht wordt in goede geestelijke gezondheid naar opleidingsniveau, Vlaams Gewest (sterftekansen 1991-96, opleidingsindeling volkstelling 1991, gezondheidsenquête 1997).

	PREVALENTIE (%) PSYCHISCHE ONGEMAKKEN	PREVALENTIE (%) DEPRESSIEVE KLACHTEN	PREVALENTIE (%) ANGSTKLACHTEN	PREVALENTIE (%) SLAAPPROBLEMEN
GESLACHT				
Mannen	18,4	6,3	4,1	16,3
Vrouwen	26,0	9,3	6,3	22,5
LEEFTIJD				
15-24	23,5	6,9	4,6	10,7
25-34	21,6	7,5	4,6	13,8
35-44	19,9	4,9	2,9	14,9
45-54	23,6	9,4	8,0	25,0
55-64	20,2	6,8	5,8	22,3
65-74	20,5	11,8	6,8	31,8
75-++	28,0	11,4	6,2	33,4
OPLEIDING				
Geen diploma	35,2	13,0	6,2	16,6
Lager onderwijs	22,6	14,5	8,9	22,7
Lager secundair	21,7	10,4	6,0	20,3
Hoger secundair	19,8	6,0	4,1	19,0
Hoger onderwijs	23,2	5,0	4,1	17,7
URBANISATIEGRAAD				
Stedelijk	24,8	9,6	6,0	19,0
Semiruraal	21,3	6,6	4,9	19,6
Ruraal	21,4	8,3	4,9	18,9

Tabel 2: prevalentie van algemeen psychisch onwelzijn en enkele groepen van psychische klachten, Vlaams Gewest (gezondheidsenquête 2001).

(22% en 12%), onrustigheid (20% en 17%) en slaapstoornissen (18% en 13%). Alhoewel het voorkomen van deze klachten op zich niet noodzakelijk problematisch is, kan een samenloop of aanslepen ervan resulteren in een toestand van angst en depressiviteit. Vrouwen vertonen niet alleen voor alle klachtvormen afzonderlijk een hogere prevalentie, ook de gemiddelde ernstgraad van de klachten ligt significant hoger dan bij mannen (zie figuur 3).

Zowel bij vrouwen als bij mannen bestaat er een duidelijke negatieve relatie tussen het subjectieve gevoel van economische zekerheid (in de zin van rondkomen met het beschikbare huishoudinkomen) en subjectieve klachten die aan angst en depressiviteit gerelateerd zijn (zie figuur 4).

De registratie van nieuwe depressies door de 'INTEGO-huisartspraktijken' toonde in de periode 1994-1998 wel een toename van het absoluut aantal nieuw gediagnosticeerde depressies bij vrouwen, doch de incidentie blijft voor beide geslachten niettemin relatief constant. Over de hele vierjaarsperiode bedroeg de incidentie in de geschatte praktijkpopulatie bij mannen 8,3 per 1000 patiëntjaren en bij vrouwen het dubbele, 16,3 per 1000 patiëntjaren (zie figuur 5).

Depressies hebben een aanzienlijke gezondheids-economische impact. Zij vertegenwoordigen 4% van de totale kosten voor gezondheidszorg en bijna een kwart van de kosten voor geestesziekten. De globale kostprijs van een depressieve episode wordt door Annemans (Universiteit Gent) geraamd op 1050 euro. Het aantal dagen ziekteverlet op halfjaarbasis als gevolg van een majeure depressie kan op 16 dagen per patiënt worden geraamd, bij een mineure depressie op 7 dagen. Uit de 'Panelstudie van Belgische Huishoudens' blijkt eveneens een relatie tussen aan depressiviteit gerelateerde subjectieve klachten en werkverlet: in vergelijking met een (quasi) klachtenvrije groep (wat depressieve klachten betreft), waarbij gemiddeld 8 dagen werkverlet werden genoteerd in de voorbije

werkmaand, vertoonden personen met een matig aantal aan depressiviteit gerelateerde klachten 20% meer ziekte-dagen en deze met een groot aantal klachten 58% meer.

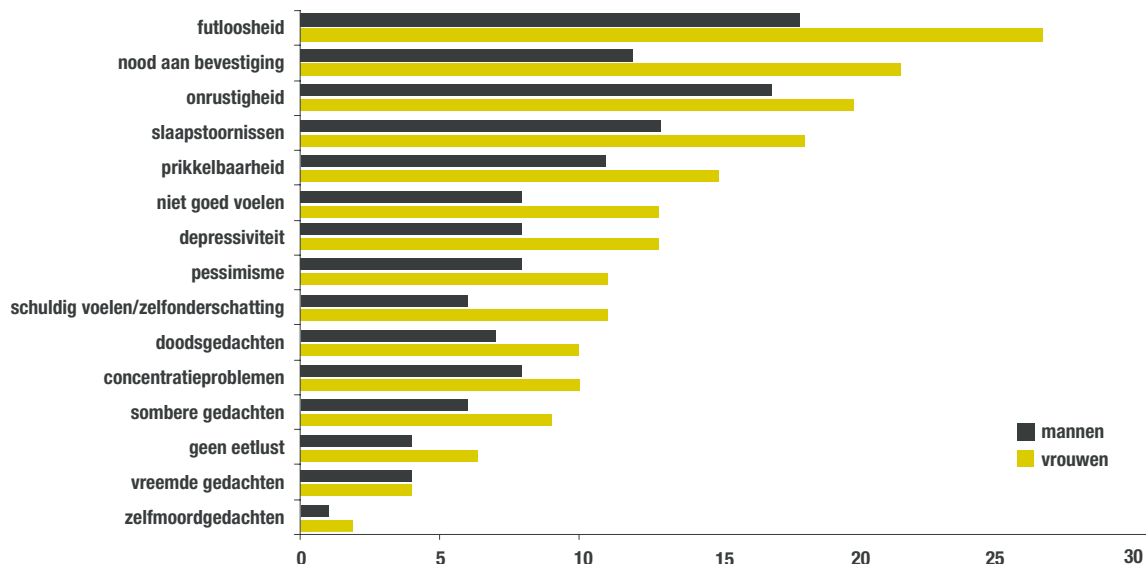
Suicide

Volgens ramingen van de Wereldgezondheidsorganisatie nam het mondiale zelfmoordcijfer de voorbije 50 jaar toe van 10 tot 16 per 100 000 mensen. Alhoewel de geografische verdeling ongetwijfeld vertekend wordt door registratieverschillen, heeft het Europese continent de trieste eer om tot de regio's te behoren met de hoogste zelfmoordcijfers: voor de Europese Unie (EU) als geheel bedraagt de incidentie van zelfmoord bij mannen 18 per 100 000 en bij vrouwen een derde daarvan, 6 per 100 000. Vooral Oost-Europese landen zijn er op dit vlak slecht aan toe en vertonen de hoogste zelfmoordsterfte ter wereld. Kandidaat EU-lidstaten zoals Estland, Hongarije, Letland en Litouwen vertonen zelfmoordcijfers die 3 tot 5 maal deze van de huidige Europese Unie overtreffen (zie tabel 3).

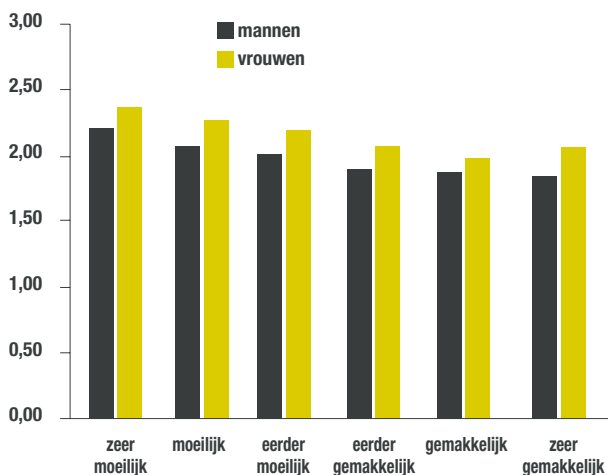
Wereldwijd pleegden in het jaar 2000 naar schatting 1 miljoen mensen zelfmoord, in grootteorde ongeveer een zesde van de Vlaamse bevolking elk jaar. Om de 40 seconden pleegt ergens ter wereld iemand zelfmoord en om de 3 seconden probeert iemand zich van het leven te benemen. Een belangrijke vaststelling daarbij is dat het aandeel van jongere personen is toegenomen. Vijftig jaar geleden was 40% van de mensen die zelfmoord pleegden jonger dan 45 jaar, terwijl dit tegen het jaar 2000 was toegenomen tot 55%. Gaandeweg zijn adolescenten en jongvolwassenen uitgegroeid tot de belangrijkste risicogroep inzake zelfmoord.

Wanneer men de zelfmoordevolutie van de voorbije 50 jaar in Vlaanderen bekijkt, valt meteen het verschil op tussen de eerste, pakweg, 25 jaar en de daaropvolgende periode. Tijdens de 'gouden' jaren '50 en '60 evolueerden de zelfmoordcurven bij

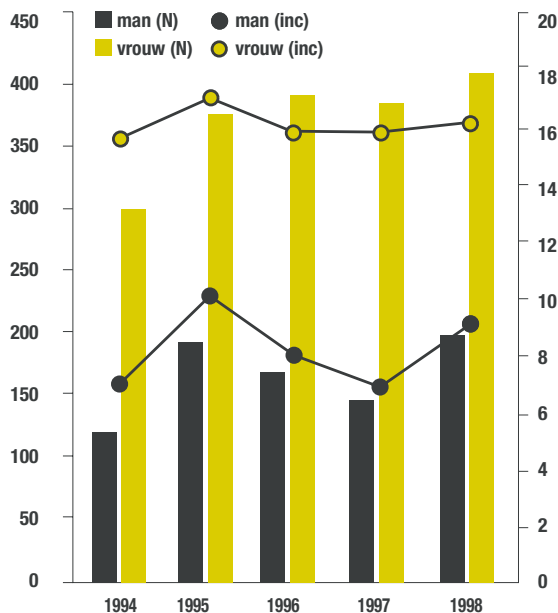
**EPIDEMIOLOGIE
VAN DEPRESSIE EN SUICIDE**



Figuur 3: prevalentie (%) van regelmatig tot vaak voorkomen van klachten van angst en depressiviteit, Vlaams Gewest (PSBH 1998).



Figuur 4: gemiddelde ernstscore voor aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten naar mate van economische zekerheid, in de zin van rondkomen met het beschikbare huishoudinkomen, Vlaams Gewest (PSBH 1998).

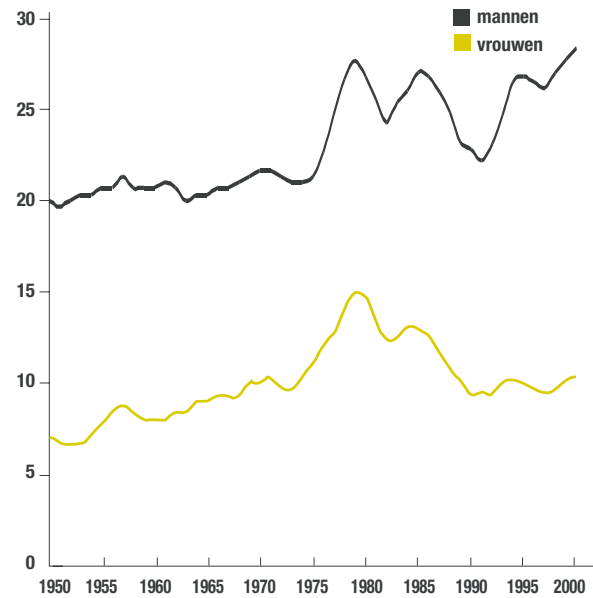


Figuur 5: aantal nieuwe diagnoses van depressie in de INTEGO-huisartspraktijken en incidentie in de geschatte praktijkpopulatie.

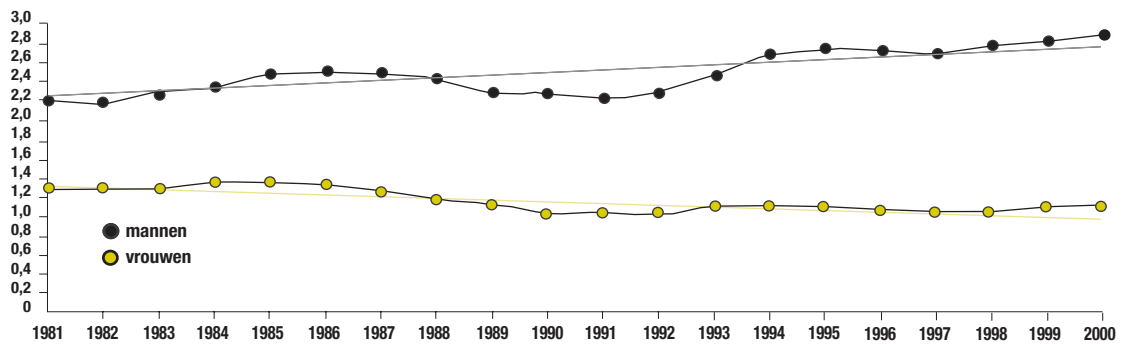


	MAN	
VROUW		
Waals Gewest	36,7	12,8
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	30,3	12,8
Vlaams Gewest	28,5	11,0
Finland	37,9	9,6
België	31,3	11,7
Oostenrijk	29,3	10,4
Frankrijk	27,1	9,2
Ierland	23,1	3,9
Luxemburg	22,2	6,7
Denemarken	20,9	8,1
Duitsland	20,2	7,3
Zweden	20,1	7,8
Nederland	13,0	6,3
Spanje	13,0	3,8
Italië	12,3	3,6
Groot-Brittannië	11,8	3,3
Portugal	8,5	2,0
Griekenland	6,1	1,7

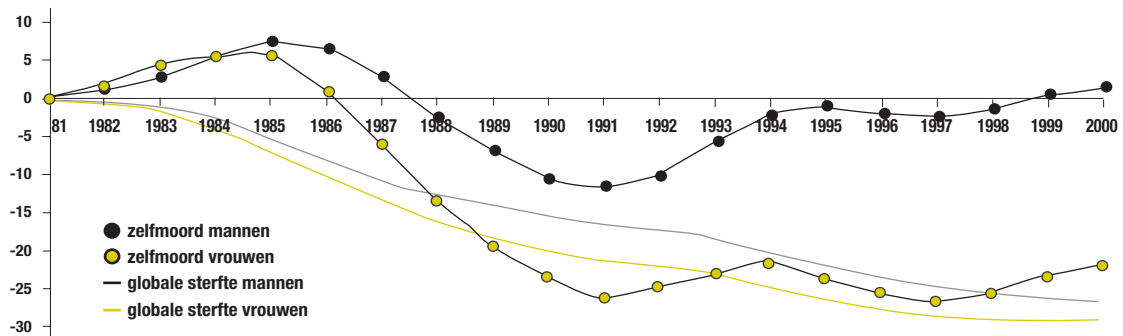
Figuur 6: evolutie van de zelfmoordsterfte in het Vlaams Gewest (per 100 000 inwoners).



Tabel 3: zelfmoordsterfte in de Europese Unie (per 100 000 inwoners, 1996-2000 volgens beschikbaarheid).



Figuur 7: evolutie van de proportionele sterfte door zelfmoord in het Vlaams Gewest (als percentage van de totale sterfte).



Figuur 8: evolutie van de index van de globale sterfte en van de sterfte door zelfmoord in het Vlaams Gewest (% verschil ten opzichte van 1981).



mannen en vrouwen vrij rustig en zonder echt merkbare schokken. De trend was niettemin licht opwaarts gericht en bij vrouwen iets steiler dan bij mannen. Aan de 'trentes glorieuses', zoals ze in de economie worden genoemd, kwam een einde in het begin van de jaren '70. De economische crisis, die zich met de loskoppeling van de dollar van de goudstandaard in 1971 en de eerste oliecrisis in 1973 had aangekondigd, gaf aanleiding tot een periode van zeer gespannen sociale en economische verhoudingen, waarbij onder meer het aantal werklozen in ons land verachtvoudigde. Ook de zelfmoordcurven kwamen in veel woeliger water terecht en bovenop de opwaartse basislijn ontstonden schommelingen met hogere zelfmoordsterfte (zie figuur 6).

In het jaar 2000 bedroeg de voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde zelfmoordsterfte in het Vlaams Gewest iets meer dan 28 per 100 000 bij mannen en 11 per 100 000 bij vrouwen. Deze cijfers liggen respectievelijk 55% en 90% hoger dan het globale cijfer voor de Europese Unie. Bovendien is er de voorbije decennia een dissociatie opgetreden van de zelfmoordcurven van beide geslachten: bij mannen is er een progressieve toename van de proportionele sterfte door zelfmoord, bij vrouwen een lichte afname (figuren 7 en 8). Zelfmoord is bij mannen uitgegroeid tot de belangrijkste oorzaak van verloren potentiële levensjaren (VPJ) door overlijden voor de leeftijd van 75 jaar. Per 1000 persoonsjaren gaan aldus bij mannen bijna 10 en bij vrouwen 3 jaren verloren. Zelfmoord komt daardoor bij mannen op de eerste plaats te staan inzake verloren levensjaren door voortijdig overlijden, vóór verkeersongevallen en longkanker. Bij vrouwen staat zelfmoord op de derde plaats, voorafgegaan door borstkanker en verkeersongevallen.

Ook de verjonging van de zelfmoordsterfte is in de Vlaamse cijfers terug te vinden. Waar de buik van de leeftijds piramide 20 jaar geleden bij de vijftigers lag en er twee secundaire pieken waren tussen 30 en 35 jaar enerzijds en tussen 70 en 75 jaar ander-

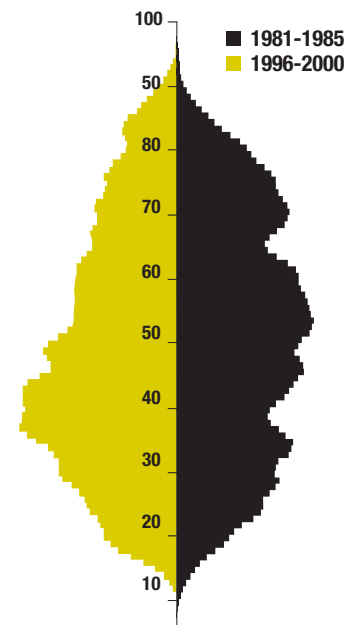
zijds, ligt de piek nu duidelijk in de leeftijdsgroep 35 tot 45 jaar. In 20 jaar tijd is het aandeel van deze leeftijdsgroep toegenomen van 16% tot bijna 25% en eigenlijk is de hele piramide aan de basis zwaarder geworden. In de loop van de voorbije 45 jaar is het aandeel van de min-dertigers in de zelfmoordsterfte ongeveer verdubbeld (van 8 naar 18% bij mannen en van 5 naar 10% bij vrouwen) en ook het aandeel van de middengroep (30-59 jaar) is groter geworden (voor beide geslachten +6%). Daartegenover staat een duidelijke afname van het aandeel van de senioren: van 44% naar 28% bij mannen en van 43 naar 32% bij vrouwen. Zelfmoord is thans in Vlaanderen de belangrijkste doodsoorzaak bij dertigers en bij mannen ook bij veertigers (figuur 9 en tabel 4).

Zelfmoord en zelfmoordpogingen zijn in Vlaanderen samen verantwoordelijk voor 4,8% van de potentiële gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte, invaliditeit of voortijdig sterven (DALYs). Het aantal zelfmoordpogingen is echter niet exact gekend. Door hun verschillende invalshoek leiden de diverse studies en registraties tot uiteenlopende cijfers: de huisartsenpeilpraktijken van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid komen voor Vlaanderen uit op een raming van 77 per 100 000 inwoners, de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Gentse universiteit op een drie keer hoger cijfer. Men moet echter voor ogen houden dat al deze registraties slechts zicht geven op de pogingen die onder de medische aandacht komen. Volgens ramingen van de Wereldgezondheidsorganisatie staan er tegenover elke zelfmoord 10 tot zelfs 20 pogingen. Uitgaande daarvan, kan de incidentie voor Vlaanderen geraamd worden op 200 tot 400 per 100 000 inwoners, hetzij 12 000 tot 24 000 pogingen per jaar. Wat de verschillende registraties wel met elkaar gemeen hebben, is dat ze een afname vertonen van de incidentie van zelfmoordpogingen, zowel bij mannen als bij vrouwen. Indien dit beeld correct is – en het feit dat de verschillende bronnen elkaar bevestigen, suggereert dit – dan zou dit een aanwijzing zijn van een toenemende

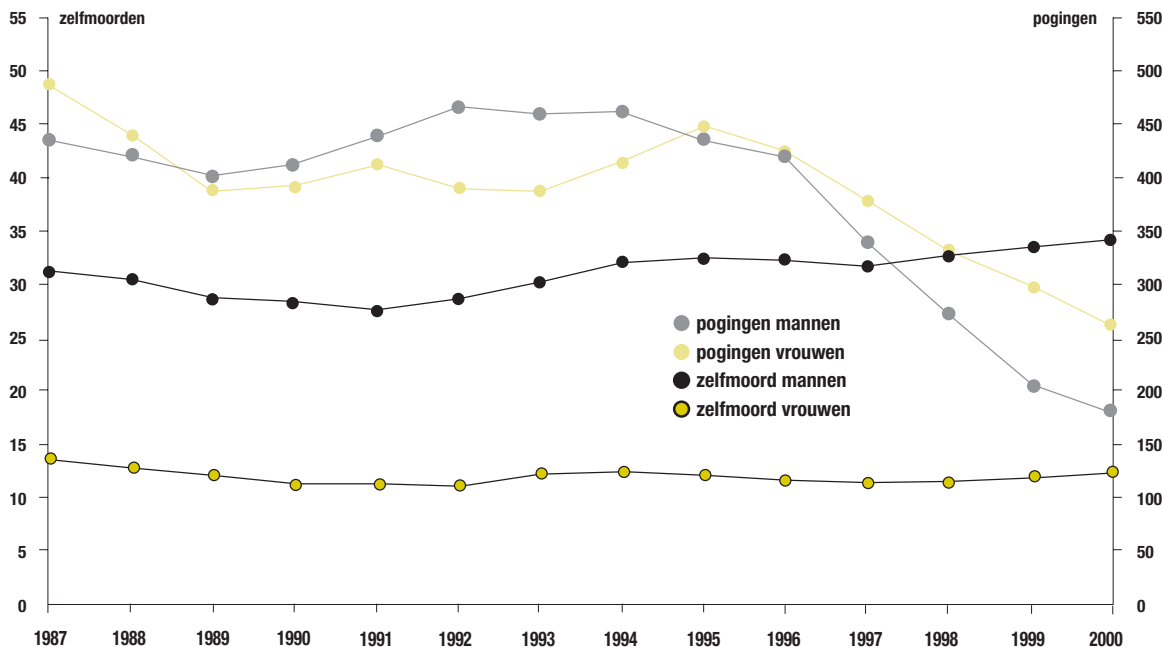


LEEFTIJD	MANNEN	VROUWEN
< 5	Ongevallen privésfeer	Ongevallen privé-sfeer + verkeer
5-9	Verkeer	Ongevallen privé-sfeer + verkeer
10-14	Verkeer	Verkeer
15-19	Verkeer	Verkeer
20-24	Verkeer	Verkeer
25-29	Verkeer	Verkeer
30-34	Zelfmoord (38%)	Zelfmoord (18%)
35-39	Zelfmoord (29%)	Zelfmoord (24%)
40-44	Zelfmoord (19%)	Borstkanker
45-49	Zelfmoord (12%)	Borstkanker
50-54	Longkanker	Borstkanker
55-59	Longkanker	Borstkanker
60-64	Longkanker	Borstkanker
65-69	Longkanker	Ischemische hartziekten
70-74	Ischemische hartziekten	Ischemische hartziekten
75-79	Ischemische hartziekten	Ischemische hartziekten
80-84	Ischemische hartziekten	Ischemische hartziekten
> 85	Ischemische hartziekten	Hartinsufficiëntie

Tabel 4: belangrijkste doodsoorzaken(groep) volgens leeftijd, Vlaams Gewest 2000.



Figuur 9: leeftijdsverdeling (per 1000 gevallen) van de sterfte door zelfmoord 1981-1985 en 1996-2000, Vlaams Gewest.



Figuur 10: evolutie van de incidentie van zelfmoordpogingen en zelfmoorden in het Vlaams Gewest (per 100 000 inwoners, 15 jaar en ouder).

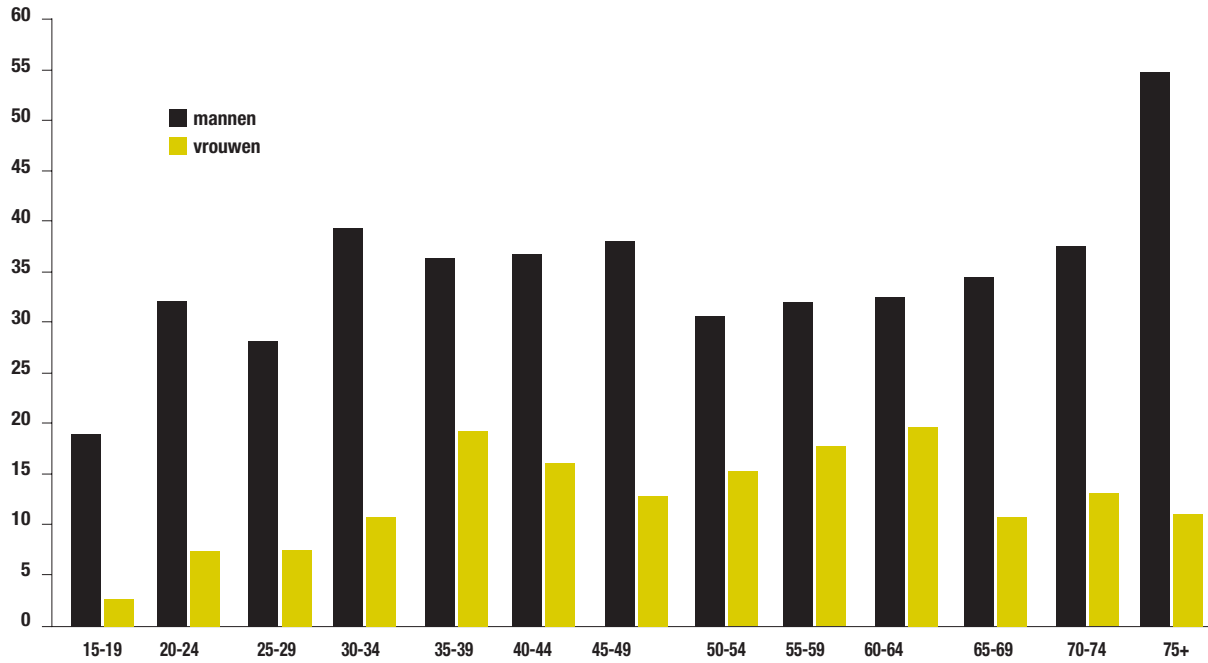


letaliteit van de zelfmoordpogingen (figuur 10). Vergelijkt men de leeftijdsspecifieke sterfte door zelfmoord met de leeftijdsspecifieke incidentie van zelfmoordpogingen, dan blijkt vooreerst dat er in alle leeftijdsgroepen een hogere sterfte is bij mannen, maar dat (zeker in de jongere groepen) de incidentie van pogingen bij vrouwen hoger is. De incidentie van suïcidepogingen is bij vrouwen het hoogst bij tieners: bij meisjes van 15 tot 19 jaar bedraagt het cijfer 550 per 100 000 (of in absolute aantallen bijna 1000 zelfmoordpogingen per jaar). Uit een bevraging van een steekproef van Vlaamse scholieren in het secundair onderwijs in het jaar 2000 ('Health Behaviour in School-aged Children') blijkt dat 6% van de jongens en 7% van de meisjes vaak tot heel vaak zelfmoordgedachten hebben. Acht procent van de jongens en 10% van de meisjes vermelden dat ze reeds een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Vooral in het beroepssecundair onderwijs zijn de percentages verontrustend: 16% van de jongens en 1 op 5 van de meisjes beweren er reeds een of meerdere zelfmoordpogingen te hebben ondernomen (figuren 11 en 12).

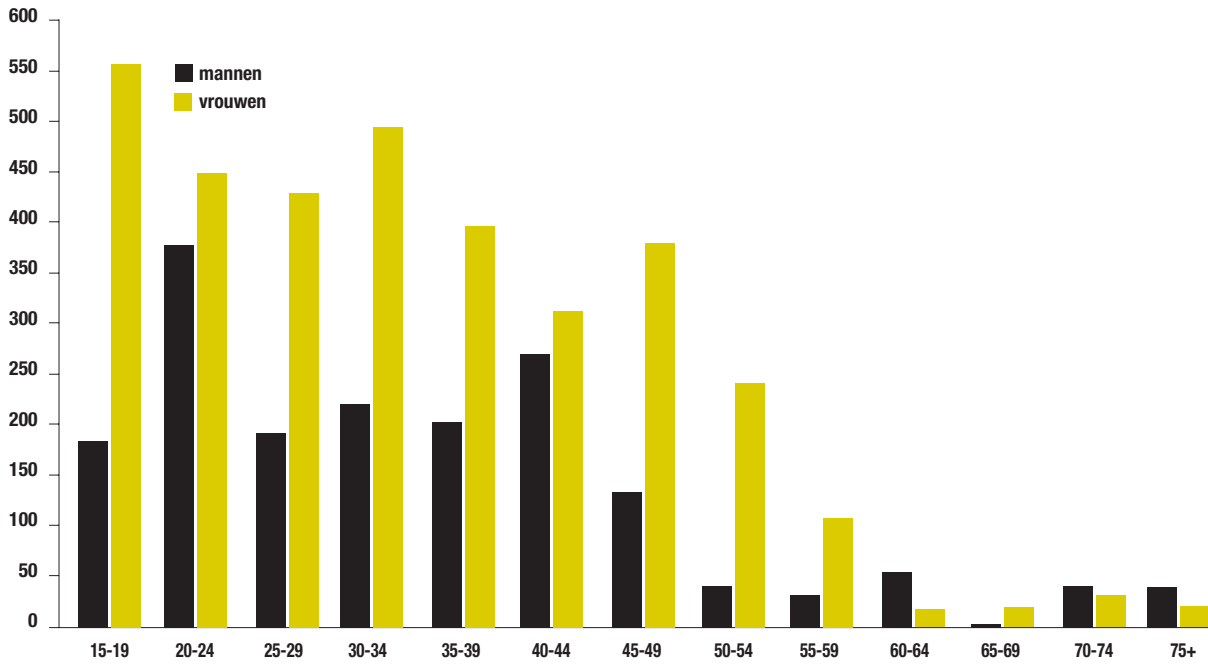
Inzake gehanteerde middelen bij zelfmoord blijkt verhangning in Vlaanderen het meest voor te komen. Niet minder dan 58% van de zelfmoorden bij mannen en 37% bij vrouwen gebeuren door verhangning. Bij mannen volgen daarna vuurwapens en vergiftiging, terwijl bij vrouwen intoxicaties en zelfverdrinking met elk 21% de tweede plaats delen. Door de bank genomen, is 69% van de zelfmoorden door intoxicatie het gevolg van de inname van (eventueel onder meer) geneesmiddelen. Bij de zelfmoordpogingen ligt dit percentage nog hoger, bij benadering 90%. In deze groep nemen, zoals kon worden verwacht, psychotrope geneesmiddelen een belangrijke plaats in.

Psychische problemen zijn een belangrijke risicofactor in de problematiek van zelfmoord. Het risico dat iemand die depressief is ooit zelfmoord zal plegen, bedraagt 6 tot 15% en bij schizofrenen is het risico van dezelfde grootteorde. Ook middelengebruik is duidelijk gerelateerd aan een verhoogd risico van suïcide: het cumulatief risico bij mensen die afhankelijk zijn van alcohol wordt geraamd op 5 à 10%. De belangrijkste voorspellende factor is evenwel een voorgeschiedenis van een zelfmoordpoging. Van degenen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen, gaat jaar na jaar ongeveer 1% vervolgens daadwerkelijk over tot het plegen van zelfmoord. Dit betekent dat, gemiddeld genomen, na 10 jaar 1 op de 10 mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen, uiteindelijk ook zelfmoord heeft gepleegd (figuur 13).

Wanneer de evolutie van de leeftijdsspecifieke zelfmoordsterfte in de periode 1981-2000 in een mathematisch model van voortschrijdende driejaargemiddelden wordt samengevouwen tot een punt-schatter, die vervolgens voor de komende 10 jaar als constante wordt aangehouden, en rekening wordt gehouden met de demografische evolutie, kan voorzien worden dat het absoluut aantal zelfmoorden bij mannen tegen 2010 zal toenemen met ongeveer 4% en bij vrouwen met ongeveer 6%. In verhouding tot de populatie zou de zelfmoordsterfte volgens dit model bij vrouwen vrij constant blijven (11 per 100 000) en bij mannen toenemen tot iets meer dan 29 per 100 000 inwoners (figuren 14 en 15).

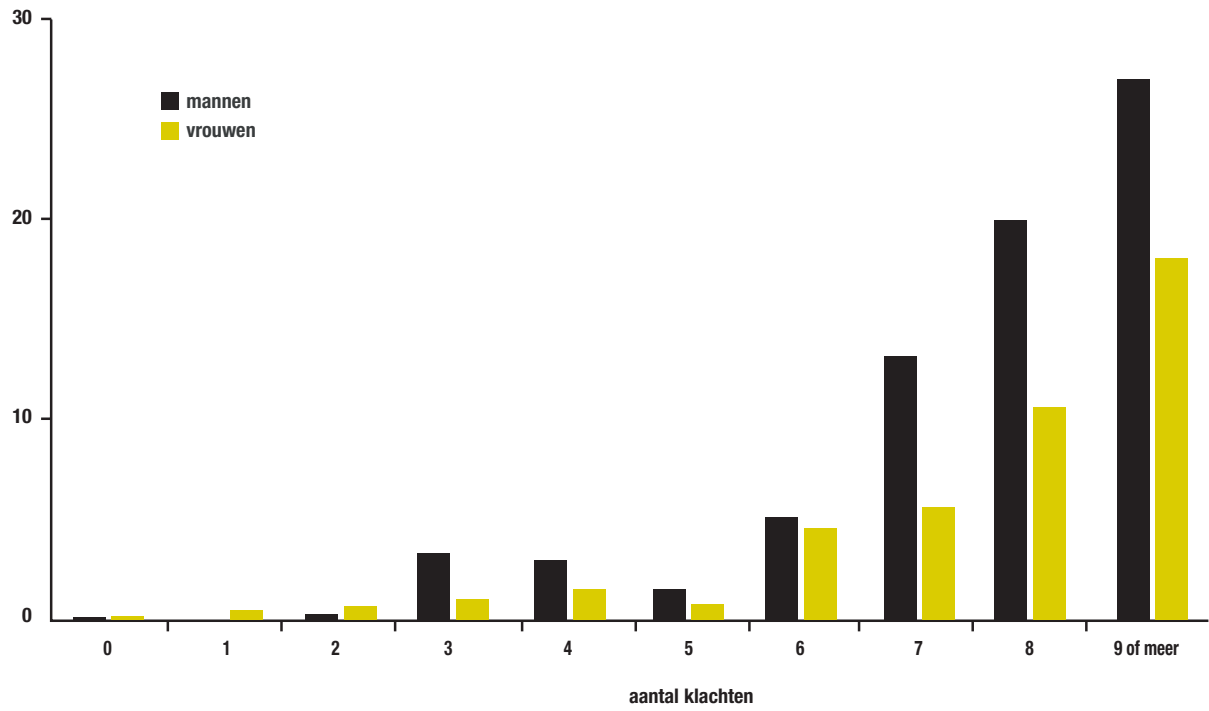


Figuur 11: leeftijdsspecifieke sterfte door zelfmoord (per 100 000 inwoners), Vlaams Gewest 2000



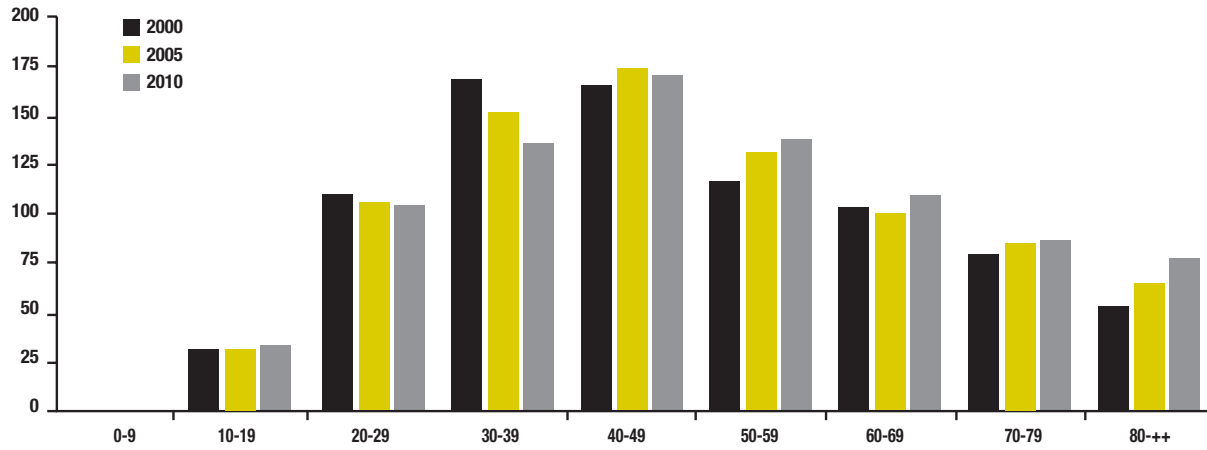
Figuur 12: leeftijdsspecifieke incidentie van zelfmoordpogingen (per 100 000 inwoners), Vlaams Gewest 2000



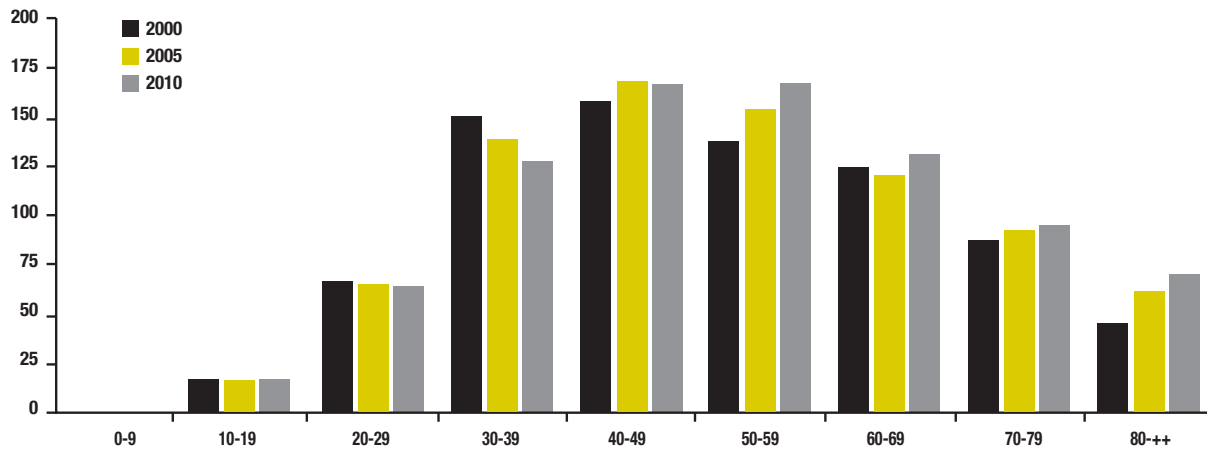


Figuur 13: percentage bevroagden met zelfmoordgedachten naar aantal met angst en depressiviteit gerelateerde klachten, Vlaams Gewest (PSBH 1998)





Figuur 14: predictie van het aantal zelfmoorden bij mannen in het Vlaams Gewest, uitgaande van een mathematisch model gebaseerd op de evolutie van de leeftijdsspecifieke zelfmoordsterfte in de periode 1981-2000 en de demografische evolutie



Figuur 15: predictie van het aantal zelfmoorden bij vrouwen in het Vlaams Gewest, uitgaande van een mathematisch model gebaseerd op de evolutie van de leeftijdsspecifieke zelfmoordsterfte in de periode 1981-2000 en de demografische evolutie





REFERENTIES

- Annemans L. (2002): gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfmoord, gezondheidseconomische aspecten.
- Baert E, De Backer G, Byttebier G, e.a. (2002): Disability adjusted life years, een eerste berekening voor Vlaanderen. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg: Gezondheidsindicatoren 2000.
- Bartholomeeusen S, Buntinx F (2002): Epidemiologische kenmerken van depressie in de huisartspraktijk in Vlaanderen. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg: Gezondheidsindicatoren 2000.
- Bracke P (2002): Gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfmoord, epidemiologie van depressie.
- Bracke P (2003): Klachten van angst en depressiviteit in een representatieve steekproef van de Belgische bevolking (inge-diend voor publicatie).
- EUROSTAT: <http://europa.eu.int/comm/eurostat>.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: minimale klinische gegevens 1998.
- Hooft P (2002): gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfmoord, epidemiologie van zelfmoord.
- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, e.a. (1997): Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psychopharmacology 12 (1) 19-29.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg (2002): Gezondheidsindicatoren 2000 (www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren).
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu: nationaal rapport van de minimale psychiatrische gegevens 1998.
- Mortelmans D (2001): Panel Studie Van Belgische Huishoudens. Universitaire Instellingen Antwerpen (<http://psbh-www.uia.ac.be/psbh>).
- Murray C, Lopez A (1996): The global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard School of Public Health.
- Universiteit Gent, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek: <http://all-serv.Ugent.be/~cvheerIn>
- Universiteit Gent, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde: <http://allserv.UGent.be/~cvereeck/hbsc>
- Van Heeringen C, Reyershove E (2002): De epidemiologie van zelfmoordpogingen in de regio Groot-Gent. In: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezondheidszorg: Gezondheidsindicatoren 2000.
- Van Heeringen C, Braeckman N, Vromman H (2002): Verslag 2000 van de WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.
- Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (2002): gezondheidsverwachtingen volgens socio-economische gradiënt (www.iph.fgov.be/epidemiologie/index000.htm).
- Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (2002): gezondheidsenquête door middel van interview 2001 (www.iph.fgov.be/epidemiologie/index000.htm).
- Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (2002): Depressie: stand van zaken in België, elementen voor een gezondheidsbeleid (www.iph.fgov.be/epidemiologie/index000.htm).
- Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (2003): Senti-Bul 2003, nr 1 (<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/index0000.htm>).
- WHO (2001): World Health Report 2001: mental health, new understanding, new hope.
- WHO (2002): The European Health Report 2002.
- WHO: The global burden of disease website (<http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>).
- WHO: http://www5.who.int/mental_health.





professor dr. Lieven Annemans,
Universiteit Gent

GEZONDHEIDSECONOMISCHE ASPECTEN VAN ZELFMOORDPREVENTIE

Inleiding

Het is algemeen bekend dat de middelen om aan de behoeften van gezondheidszorg te voldoen beperkt zijn (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), 2003). Indien er geen dergelijke beperking van het budget voor gezondheidszorg zou bestaan, zou men alle nieuwe en bestaande preventieve en curatieve doeltreffende therapieën naar believen kunnen toepassen, zelfs als hun additioneel effect op de gezondheid zeer klein is. Niets is echter minder waar. De budgetten zijn beperkt en zelfs indien ze groeien is hun groei beperkt.

Daarom is het de uitdaging van het beleid om, binnen het kader van de schaarse middelen, toch op de best mogelijke manier gezondheid te produceren en dus een afweging te maken van wat wél en niet kan binnen het democratisch vastgestelde budget (Karlsson, Johannesson, 1996).

Men kan daarin trouwens nog verder gaan. Inderdaad, de informatie over kosten en effecten van investeringen in gezondheidszorgen kan ook vergeleken worden met kosten en effecten van maatregelen in andere sectoren (verkeersveiligheid, milieu enzovoort) en dus bijdragen tot een fundamentele discussie over de maatschappelijke

lijke wenselijkheid van meer geld voor gezondheidszorg in zijn geheel ten koste van andere sectoren.

Het instrument dat gebruikt wordt om de kosten en effecten van interventies in de gezondheidszorg te onderzoeken noemen we de gezondheidseconomische evaluatie.

Deze techniek verenigt gekende methoden uit verschillende wetenschappelijke disciplines: geneeskunde, farmacologie, epidemiologie, statistiek, psychologie en economie (Gold et al, 1996). Het is daarbij belangrijk te noteren dat zonder degelijke klinische resultaten een gezondheidseconomische evaluatie niet mogelijk is.

In dit artikel geven we een overzicht van de methoden en resultaten van een gezondheidseconomische evaluatie van preventie van zelfmoord. Verschillende mogelijke preventiestrategieën werden in aanmerking genomen en van elke strategie werden klinische en economische gegevens bijeengebracht in een eenvoudig besliskundig model. Vooraleer methoden en resultaten te bespreken volgt een korte algemene inleiding tot de principes en methoden van economische evaluatie.

Algemene principes

Meestal zullen nieuwe interventies in de gezondheidszorg aanleiding geven tot hogere kosten én betere effectiviteit in vergelijking met wat er reeds voorhanden is aan therapieën of zorgprogramma's. Een economische evaluatie zal de verhouding tussen die extra kosten en effecten onderzoeken en nagaan of het geld, dat in een nieuwe interventie voor een bepaald ziektebeeld geïnvesteerd zou worden, ook efficiënt wordt gebruikt. Anders gezegd, was dat geld niet beter besteed aan andere interventies waar meer efficiëntie kan gehaald worden en dus met hetzelfde geld meer gezondheid (bijvoorbeeld levenswinst) kan geproduceerd worden.

Een **kosteneffectiviteitsstudie** relateert dus het verschil in kosten tussen twee preventiestrategieën (bijvoorbeeld preventie A* versus geen preventie A) aan het verschil in effectiviteit tussen die twee behandelingen. Dat gebeurt door middel van de *incrementele kosteneffectiviteitsratio* (het verschil in kosten gedeeld door het verschil in effectiviteit). Men zou daarom kunnen stellen dat elke kosteneffectiviteitsanalyse bestaat uit drie stappen:

- 1) de berekening van het verschil in kosten ($CA^* - CA$).
- 2) de berekening van het verschil in effectiviteit ($EA^* - EA$)
- 3) de berekening van de incrementele kosteneffectiviteitsratio ($(CA^* - CA) / (EA^* - EA)$)

Merk op dat het verschil in kosten een *nettoverschil* is. Inderdaad, het is vaak denkbaar dat een preventieve strategie niet alleen kosten veroorzaakt, maar ook een aantal besparingen (bijvoorbeeld minder zelfmoordpogingen, minder hospitalisaties voor schizofrenie of depressie...) genereert. Het verschil tussen de investeringskost van de preventiecampagne en de besparingen door het vermijden van ziekte of complicaties is dan de nettokost. In zeldzame gevallen zal de nettokost zelfs negatief zijn en is er sprake van nettobesparingen.

Men kan preventieprogramma's vergelijken ten opzichte van elkaar of ten opzichte van een situatie zonder preventieve maatregelen. In geval van **zelfmoordpreventie** is een voor de hand liggende effectiviteitsmaatstaf het aantal vermeden zelfmoorden. Een betere parameter is echter het aantal 'gewonnen levensjaren' gezien het belangrijk is om ook de potentiële levensjaren in rekening te brengen. Inderdaad, door zelfmoord te vermijden verhindert men het verlies aan levensjaren en verhoogt men de gemiddelde levensverwachting in de doelpopulatie.

In die berekeningen spelen verschillende factoren een rol. Wat is het absolute risico van zelfmoord in de beschouwde populatie? En wat is de relatieve vermindering van dit risico? Stel dat het absolute risico 10% is op 10 jaar en dat men door preventie dit risico met 40% (relatief) kan verminderen. Het probleem is nu dat men niet weet wie tot de 10% behoort. Men moet dus 100 patiënten preventief behandelen om 4 patiënten (40% van 10) te redden van zelfmoord. De 'number needed to treat' is dan 25: men moet 25 mensen preventief behandelen om één persoon te redden van zelfmoord.

Het is tekenend dat veel gegevens die vereist zijn voor economische evaluaties afkomstig zijn van klinisch onderzoek naar de effecten van alternatieve behandelingen. Economische evaluaties zijn daarom geen concurrentie met klinisch onderzoek maar een belangrijke bondgenoot. Zonder degelijke klinische studies kan men geen degelijke economische studie realiseren.

Bij zelfmoordpreventie kan een definitief antwoord enkel komen van goed georchestreerde, grootschalige prospectieve studies waarin zowel klinische, economische als levenskwaliteit-parameters zijn opgenomen. Een alternatief is echter de medische beslisboom, die hier gehanteerd wordt. Deze methode heeft als voordeel dat ze op een vrij snelle en op 'desk research' gebaseerde wijze een resul-

taat kan produceren, dat reeds een goede grootteorde geeft van de verhouding tussen kosten en effecten van een welomschreven preventieve maatregel.

Methodiek van onze studie

De methode gaat in de eerste plaats uit van de aangetoonde evidentie omtrent de doeltreffendheid van verschillende mogelijke preventiestrategieën (zie andere bijdragen).

Om de methode te illustreren nemen we het voorbeeld van de 'mindfulness-based cognitive therapy' (MBCT). Voor een beschrijving van deze strategie verwijzen we naar de bijdrage van professor Claes.

Vooreerst wordt de doelgroep, die hier bestaat uit patiënten met een voorgeschiedenis van depressie (meer bepaald met minstens drie depressies in de voorgeschiedenis), gedefinieerd en gekwantificeerd. Het aantal personen met een depressie wordt in Vlaanderen geschat op 200 000. Het percentage met een voorgeschiedenis van 3 of meer episodes wordt geschat op 24% (van Weel-Baumgarten et al, 2000).

Vervolgens moet men inschatten welk percentage van het doelpubliek men zal bereiken. De experts in deze materie schatten dit percentage op 25-50%, wat neerkomt op een bereikte doelgroep van 12 000-24 000 patiënten.

De kost op jaarbasis van deze strategie (op kruissnelheid en dus aan volle capaciteit van 24 000 bereikte personen) bedraagt 3 930 000 euro. Dit cijfer is een ruwe inschatting en is gebaseerd op een kost van 160 euro per bereikte patiënt en een vaste kost van 100 000 euro voor het opstarten en coördineren van de campagne (2 voltijdse equivalenten plus werkingskosten). Uit de literatuur blijkt nu dat het aantal relapsen van depressie zonder een dergelijke strategie 66% bedraagt terwijl dit mét MBCT slechts 37% is (Teasdale et al, 2000).

Het aantal vermeden relapsen met deze strategie

bedraagt dus 6960 $((24\ 000 \times 0,66) - (24\ 000 \times 0,37))$. Een gemiddelde depressieve episode is geassocieerd met een incidentie van zelfmoord van 0,5%. Het aantal zelfmoordpogingen geassocieerd met een dergelijke episode is tien maal hoger en bedraagt dus 5%. Men kan dus $(0,05 \times 6960 =)$ 348 pogingen en $(0,005 \times 6960 =)$ 35 zelfmoorden vermijden indien deze strategie op kruissnelheid toegepast wordt.

De kost van een depressieve episode bedraagt gemiddeld 1050 euro. De kost van een zelfmoordpoging bedraagt 1083 euro.

Het totale besparingspotentieel kan dan eenvoudig berekend worden: (aantal vermeden depressieve episodes x kost depressieve episode + aantal zelfmoordpogingen x kost poging) = +/- 7 700 000 euro. Dit is een voorbeeld van een situatie waarbij de investeringen meer dan teruggewonnen worden door de potentiële besparingen.

Indien men uitgaat van een gemiddelde leeftijd van 35 jaar bij zelfmoord en een normale levensverwachting van 80 jaar, kan men het aantal levensjaren dat men jaarlijks met deze strategie kan produceren berekenen op $(35 \times (80-35) =)$ 1566.

Resultaten

De tabel toont de resultaten van de verschillende strategieën die in aanmerking werden genomen voor de berekening van de kosteneffectiviteit. Hierbij werd telkens de hierboven beschreven methode toegepast.

Uit de tabel blijkt dat verschillende interventies zichzelf terugwinnen. Ook de andere – diegene die niet kostenbesparend zijn – behalen een aanvaardbaar resultaat, omdat de verhouding tussen geïnvesteerde euro's en gewonnen levensjaren goed de vergelijking doorstaat met algemeen aanvaardbare interventies in de gezondheidszorg. Zo kost – ter vergelijking – preventie van coronaire hartziekte met cholesterolverlagingsmiddelen bij risicopatiënten ongeveer 20 000 euro per gewonnen levensjaar.

Nierdialyse kost ongeveer 50 000 euro per gewonnen levensjaar.

Bedenkingen

Bij deze voorlopige en niet-exhaustieve analyse moeten we enkele belangrijke **bedenkingen** maken.

Vooreerst heeft de analyse enkel betrekking op directe medische kosten en worden geen kosten buiten de zorgsector, zoals bijvoorbeeld absentieisme, in rekening gebracht. Wanneer men dit wel zou doen zouden de nettoresultaten nog beter zijn. Ook moet een aantal inputcijfers kritisch benaderd worden door de mensen uit het werkveld. Zijn de kosteninschattingen realistisch? Hoeveel zullen ze veranderen wanneer de methoden verfijnd worden en er bijvoorbeeld andere aantallen voltijdse equivalenten in aanmerking genomen worden.

Daarbij merken we op dat alle strategieën

beschouwd werden op kruissnelheid en dus maximaal renderen! In werkelijkheid zijn strategieën deelbaar: men kan ze initieel enkel in bepaalde centra, provincies en dergelijke toepassen, om zodoende de budgettaire impact te beperken. Want inderdaad, zelfs wanneer men aantoonde dat besparingen gerealiseerd kunnen worden of dat de verhouding tussen geïnvesteerde middelen en gewonnen levensjaren zeer aanvaardbaar is, stelt zich nog het kortetermijnprobleem om voldoende middelen vrij te kunnen maken voor de meest interessante interventies. Tenslotte moet die totale budgettaire impact haalbaar zijn! Daarbij mag men niet vergeten dat de besparingen niet noodzakelijk in dezelfde budgetten gerealiseerd worden als de investeringen. In onze federale structuur kunnen meerdere van deze strategieën aanleiding geven tot kostenverschuivingen (bijvoorbeeld investeringen op Vlaams niveau en besparingen op federaal niveau).

In het overzicht van deze cijfers is het bovendien

	BEREIK	KOST (€)	BESPARING (€)	DALING POGINGEN	GLJ	KE (€)
Media Richtlijnen	10 800	25 500	116 964	108	594	-197
Fast Track project	20 000	645 000	220 830	10	55	7712
KOPP-kinderen	49 000	2 355 000	1 047 822	47	261	5009
Vroegtijdige detectie schizofrenie	375 000	4 000 000	2 043 563	33	150	13041
Elektronische hulplijn HA	1,000*	170 000	422 166	2	9	-28 018
Elektronische hulplijn HA bis	1,000*	270 000	1 544 490	30	135	-9441
Screening depressie	1 250 000					40 000
Deskbevoord. Middelengebruik	450 000	3 000 000	9 937 350	450	2025	-3426
Na de zelfmoordpoging	3 000	1 710 000	135 375	125	563	2799
MBCT	24 000	3 960 000	7 900 000	348	1566	-2398
Preventie depressie ouderen	56 000	677 300	247 330	11	50	8531
Zelfhulpgr nabestaanden	77 000	577 500	1 214 565	55	248	-2574
preventie herval schizo	15 000	6 000 000	50 789 880	360	1620	-27 648

* aantal bereikte artsen

LEGENDE

bereik: hoeveel mensen bereikt men
kost: kost per jaar op 'kruissnelheid'
besparingen: besparingen op jaarbasis
daling pogingen: minder zelfmoordpogingen per jaar

GLJ: gewonnen (= niet verloren gegane) levensjaren
KE = Incrementele kosteneffectiviteit (= netto kost/
gewonnen levensjaren = kost per gewonnen levensjaar)
Opmerking: een negatieve ICER = netto besparende strategie



denkbaar dat we onvoldoende rekening konden houden met mogelijke synergieën of conflicten. Wanneer bijvoorbeeld de verschillende strategieën die op schizofrenie gericht zijn samen worden uitgevoerd, kan een aantal kosten gemeenschappelijk gemaakt worden zodat de totale kost daalt. Anderzijds is het mogelijk dat een combinatie van bepaalde strategieën tot capaciteitsproblemen kan leiden.

Niettegenstaande deze belangrijke bedenkingen wijzen de voorlopige resultaten op **gunstige kosteneffectiviteitsresultaten** in vergelijking met andere gangbare preventieve of curatieve behandelingen in onze hedendaagse gezondheidszorg.

Dit neemt niet weg dat ook andere criteria dan

enkel kosteneffectiviteit blijven meespelen in de allocatie van de middelen, zoals praktische haalbaarheid, budgetimpact, belang van bepaalde doelgroepen in de algemene gezondheids- en sociale doelstellingen enzovoort.

Finaal kan men toch stellen dat deze resultaten wijzen op de noodzaak van een gezondheidseconomische benadering. Door dergelijke berekeningen krijgt men een beter zicht op de investeringen en wat men daarvoor in de plaats krijgt. Dit laat toe aan beleidsmakers om betere beslissingen te nemen. Het feit dat deze minister van Volksgezondheid een dergelijke benadering wenst te hanteren is dan ook grote stap vooruit.





professor dr. Freddy Mortier,
Universiteit Gent

PREVENTIE VAN DEPRESSIE EN ZELFDODING: ETHISCHE STANDPUNTEN

Definitiekwesties

Wie het heeft over 'zelfmoord', en dit in relatie tot depressie, heeft in feite – meestal zonder daarbij stil te staan – een welbepaalde vorm van zelfdoding (suicide) op het oog. Het bepalen van een ethisch standpunt over de preventie van 'zelfmoord' is onbegonnen werk als niet eerst wordt geëxpliciteerd over welke vorm het precies gaat.

De explicitering dient trouwens te beginnen bij het woordgebruik. De termen 'zelfmoord' en 'zelfmoordpoging' zijn onbruikbaar in een onderzoek naar de principiële aanvaardbaarheid van zelfdoding en haar preventie, omdat die woorden de morele kwestie al vooraf beslissen. Een 'moordpoging' is immers een vooraf beraamde aanslag op het leven van een slachtoffer, dat per definitie niet kan instemmen met die daad. Een 'moord' is dan een geslaagde moordpoging.

'Zelfmoorden' en 'zelfmoordpogingen' vormen in die logica een subcategorie van de 'moorden' en 'moordpogingen', met name die waarin dader en slachtoffer dezelfde persoon zijn. Het probleem met die visie is niet alleen dat de aanvaarding van het taalgebruik verder ethisch onderzoek overbodig maakt. Er is ook het analytische probleem hoe iemand tegelijk 'willende dader' en 'onwillend slachtoffer' kan zijn, bron en weerstand van de handeling.

Niettemin moet ook wie een beslissing vooraf – door de terminologie – over de moraliteit van zelfdoding verwerpt, zich afvragen of een ethisch neutrale definitie van zelfdoding wel mogelijk is. Het meest opvallende probleem in de studie van suicide, en dit ondanks het bestaan van een gespecialiseerde discipline zoals 'suïcidologie', blijkt immers het gebrek aan een adequate definitie te zijn.

Maximaal omvat 'suicide' de volgende aspecten:

- het is een gedrag met dodelijke afloop;
- de dodelijke afloop is het gevolg van een door de betrokken persoon zelf voorgenomen en uitgevoerde handeling(en);
- de handeling(en) werd(en) ondernomen in de wetenschap of de verwachting van de afloop;
- de betrokken persoon bedoelde via de gevolgen van deze handeling(en) door hem gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

Het is echter onwaarschijnlijk dat de meeste mensen, wanneer zij denken aan 'zelfmoord', en dit zeker in relatie tot depressie of andere mentale aandoeningen, alle gevallen bedoelen die onder bovenstaande definitie vallen. Zij isoleert namelijk een bepaalde gedragscomponent ('bewust' zelf aan de basis liggen van het levenseinde) van het netwerk van emoties, intenties en motieven dat het gedrag in de praktijk pas betekenis verleent. Bekijk de volgende voorbeelden (die alle onder het bereik van bovenstaande definitie vallen):

- een piloot blijft aan boord van zijn defecte vliegtuig om het te doen crashen in onbewoond gebied en laat daardoor het leven;
- Seneca neemt vergif in op bevel van de keizer en laat daardoor het leven;
- Jan Palach steekt zichzelf bij wijze van protest tegen het regime in brand en laat daardoor het leven;
- een getuige van Jehova weigert een levensreddende bloedtransfusie en laat daardoor het leven;
- Socrates drinkt uit respect voor de wetten van Athene zelf de gifbeker en laat daardoor het leven;
- een christen getuigt tegen het verbod van de Romeinse keizer in voor zijn geloof en laat daardoor het leven;
- een moedig soldaat snelt de vijand tegemoet en laat daardoor het leven;
- een soldaat gooit zich op een granaat om zijn kameraden te beschermen tegen de explosie en laat daardoor het leven;
- een arts kiest ervoor een epidemische ziekte te blijven bestrijden en laat daardoor het leven;
- een terminaal zieke vermijdt ondraaglijk leed door een letaal middel te nemen en laat daardoor het leven;
- Jezus, wetende wat hem daar te wachten staat, kiest de weg naar Jeruzalem en laat daardoor het leven;
- een terminaal zieke weigert een respirator om andere zieken te helpen en laat daardoor het leven;
- een depressieve patiënt hangt zichzelf op en laat daardoor het leven.

In alle voorbeelden hierboven gaat het over wat wij 'zelfdodingsgedrag' kunnen noemen, dat is gedrag met dodelijke afloop, ten gevolge van een handeling voorgenomen en uitgevoerd door de persoon zelf, in de verwachting van de afloop, en met de bedoeling door die handeling bepaalde veranderingen te bewerkstelligen (bijvoorbeeld andere men-

sen of de hele mensheid redden, iets of iemand gehoorzamen of contesteren, getuigen voor of tegen een waarde, leed vermijden et cetera). In een zeker aantal gevallen evenwel, is het stellen van de vraag naar de relatie tussen de 'zelfmoord' en de achterliggende depressie – om het bij die standdaardsituatie te houden – gewoon misplaatst. Men mag aannemen dat, in de voorbeelden hierboven, de piloot, Socrates, Jezus, Seneca, de arts, de soldaten et cetera niet lijden of leden aan een depressie, omdat hun gedrag vanuit de beschreven situatie sowieso begrijpelijk is en er geen psychiater bij te pas komt om hun gedragingen te verklaren.

Die vaststelling heeft ook gevolgen voor de **definitie van zelfdoding**. Sommige mensen zullen wellicht betogen dat enkele beschreven typevoorbeelden helemaal geen voorbeelden van zelfdoding zijn. Zo kan men argumenteren dat de getuige van Jehova niet de *intentie* heeft om zichzelf te doden. Het enige wat hij wil doen is het verbod van Jehova op het eten van bloed respecteren, in de *zekerheid* dat hij zo zal sterven. Intenderen om te sterven, zou een wellicht nog ergere overtreding betekenen van een verbod van Jehova. Zelfdoding, kan men besluiten, vereist een duidelijke *intentie* om te sterven. Een andere analytische verfijning zou kunnen slaan op de *instrumentaliteit* van de dood in relatie tot het beoogde doel. Jan Palachs *dood* is zelf en essentieel het instrument van zijn protest. De piloot daarentegen gebruikt zijn dood niet als instrument om zijn doel te bereiken, maar wel zijn kunde als piloot – en neemt er de dood op de koop toe. Er zou ook discussie kunnen ontstaan rond de vraag of Seneca wel echt 'zichzelf heeft gedood'. Hij is er namelijk toe verplicht door Nero. Wanneer iemand gedwongen wordt te kiezen tussen gedood worden en zichzelf doden, is er niet echt een keuze tussen leven en dood, en dus ook geen 'zelfgekozen dood'. Zo zou men de *vrijwilligheid* van de handeling kunnen eisen – met alle problemen verbonden met dat begrip zelf (is het geval Seneca bijvoorbeeld hetzelfde als het volgende: 'spring uit het raam, of ik schiet je dood'?).

Steeds verder redenerend kan men de soorten *motieven* beoordelen, om zo tot een definitie van 'zelfdoding' te komen. Bijvoorbeeld: 'altruïstische' zelfdoding niet beschouwen als zelfdoding, omdat zij samengaat met een weldaad tegenover anderen. Het probleem – niet noodzakelijk onoverkomelijk – met deze benadering is dat men de *waarderingen* van wat men 'goede' en 'slechte' redenen acht om zichzelf van het leven te beroven in de *definitie* van de zaak zelf opneemt. Wat iets is, gaat dan afhangen van onze morele beoordeling. Maar wat dan met het sterven voor een geloof, voor een politiek ideaal, of om de eer van de clan, de familie of zelfs je persoonlijke eer te redden? En waarom zou sterven om toekomstig lijden voor jezelf (in plaats van voor anderen) te vermijden, dan een 'zuiver' voorbeeld van *per definitie* af te keuren 'zelfdoding' zijn?

Wie die vragen tracht te beantwoorden, zal vooraf moeten aantonen wat er juist of verkeerd is aan die soorten handelingen. Dit betekent eigenlijk dat de beperking-door-definitie-strategie op zijn best stipulatieve waarde heeft: men beperkt zelfdoding tot die zelfdodingsgedragingen die men op morele gronden verwerpelijk acht. Maar dergelijke stipulatieve aanpak lost natuurlijk het uitgangsprobleem niet op, en stelt het enkel nog scherper, met name, 'wat is er eigenlijk fout aan bijvoorbeeld 'egoïstische' (dit is een bepaalde definatorisch verengde vorm van) zelfdoding?'

De conclusie ligt nu voor de hand. Het justificatieprobleem, in negatieve of positieve zin, valt door definiëring niet weg te toveren. Of 'zelfdodingsgedrag' moreel aanvaardbaar is of niet, moet worden uitgemaakt op grond van een evaluatie van de contexten waarin dat gedrag voorkomt en waarin het betekenis krijgt.

Die positie stemt voor een deel overeen met die van de socioloog J.D. Douglas:

"suicide is not a socially meaningful linguistic category that is *either* applied rightly or wrongly to any given instance of social action; rather it is a category with different (abstract) meaning that can rightful-

ly *either* be applied or *not* applied to certain types of actions¹".

Die correctie op de gewone zienswijze is alvast waardevol: zelfdoding is niet één soort ding, maar men kan dezelfde soort handelingen al dan niet beschouwen als 'zelfdoding'. En wij voegen er aan toe: of men die handelingen nu al dan niet beschouwt als 'zelfdoding', daaruit vloeit niets voort over de aanvaardbaarheid of verwerpelijkheid van dat gedrag. Linguïstiek is geen ethiek.

Suicide: een pluraliteit aan moraliteiten

De betekeniscontexten van 'zelfdodingsgedrag' moeten dus worden onderzocht om morele argumenten pro en/of contra bepaalde gedragingen te vinden. Die betekeniscontexten zullen in een aantal gevallen ook *verklaringsgronden* suggereren voor het gedrag, die dikwijls doorslaggevend zijn voor de morele beoordeling. Algemeen genomen is de dood ongetwijfeld een onwaarde, omdat zij wordt ervaren als het onomkeerbare einde van – bijvoorbeeld – het unieke perspectief waarvan de persoon drager is, een perspectief dat eindigt met de dood, om – volgens sommigen – te worden vervangen door een bij leven onkenbaar perspectief, en – volgens anderen – door niets. Niet alle motieven om desondanks voor die 'onwaarde' te kiezen worden in de praktijk echter op gelijke voet gesteld. Martelaars of altruïstische zelfdoders worden dikwijls gezien als morele voorbeelden². Jan Palach heeft een monument in Praag, en zoniet in de Westerse cultuur, dan toch daarbuiten, nodigen zelfdodingen uit ere-overwegingen eerder uit tot bewondering dan tot veroordeling³. De zelfdodingen van Socrates en Brutus zijn manifestaties van individu-overstijgende waarden (respectievelijk voor de waarde van de wettelijkheid en, zowat in de lijn van Palach, tegen de onwaarde van de tirannie).

De verklaringsgronden relevant in een bepaalde betekeniscontext zijn soms misplaatst of op zijn minst bedenkelijk in andere contexten. Vergelijk de

nochtans nabije gevallen van aan de ene kant iemand die in een diepe depressie is beland en een uiterst negatieve en onrealistische inschatting maakt van wat de toekomst nog voor hem/haar betekent, en aan de andere kant een terminale ALS-patiënt (amyotrofische laterale sclerose) die ondraaglijk lijdt en zelfdoding overweegt. Hoewel sommigen die twee gevallen als moreel equivalent kunnen beschouwen, steekt er toch iets raars in de overdracht van taalgebruik gepast voor het ene voorbeeld naar het andere. Mocht de depressieve patiënt zichzelf doden, zouden we met recht zeggen dat hij/zij tot zelfdoding is *gedreven* door de depressie. Factoren buiten de controle van de persoon veroorzaken de beslissing. Toepassing van een medische taal is gepast omdat de persoon *onderhevig* is aan een toestand die zijn/haar gedrag verklaart. In die context klinkt ook de uitspraak 'depressie is een risicofactor voor zelfdoding' gepast.

In relatie tot het tweede voorbeeld echter klinkt de uitspraak 'terminale ziekte is een risicofactor voor zelfdoding' – epidemiologisch correct misschien – taalkundig incorrect. Men wordt immers wel door depressie (of liever: aspecten ervan) gedreven tot zelfdoding, maar niet door 'terminale ziekte'. Terminale ziekte is een *omstandigheid* waarvan men de gevolgen, vanuit een persoonlijk waardenkader en zingevingsperspectief, afweegt tegen en naast andere omstandigheden in een deliberatieproces. De uitkomst van die deliberatie – pro of contra zelfdoding – wordt niet 'veroorzaakt' door de terminale ziekte. In het laatste geval gaat het om een contingentie die de waaier aan keuzen beperkt, maar waarbinnen deliberatie mogelijk is, zodat de patiënt controle houdt over zijn mentale staat (net zoals man of vrouw zijn, rijk of arm zijn, begaafd of onbegaafd zijn in andere contexten de keuzemogelijkheden weliswaar begrenst, maar verder 'autonome' beslissingen toelaat). In het eerste geval gaat het om een alternatiefloze beslissing, een contingentie die geen verdere keuzevrijheid laat. De patiënt kon niet anders beslissen. In het andere

geval had de patiënt ook anders *kunnen* beslissen. De werkelijkheid waarin onze hypothetische terminale patiënt kiest, is een contrafactuele werkelijkheid, een die – andere dingen gelijk – zo is, maar ook anders kon zijn; die van de depressieve patiënt is een gedetermineerde werkelijkheid, een die zo is, en niet anders kan zijn⁴. In een verklaring van de handeling van de depressieve patiënt is het deliberatieproces elimineerbaar; niet in die van de terminale patiënt.

Dat de ethiek van suïcide (volgens sommigen) afhangt van dit soort verschillen, hoeft niet te verwonderen. De plichten van andere personen worden erdoor geraakt. In een uiteenzetting over de 'plichten van anderen' in suïcidesituaties, wijst R.B. Brandt erop dat wat iemands plicht is, decisief afhangt van de situatie⁵. Voor een arts kan de situatie de plicht betekenen de ander te weerhouden van suïcide (de depressieve patiënt) of erbij te helpen (de terminale patiënt).

Het is niet nodig de analyse hier verder te drijven. Zij dient als voorbeeld waaruit kan blijken dat de handelingscontexten een grote rol (kunnen) spelen bij het beoordelen van de moraliteit van suïcide. Dat sommigen de twee gevallen hierboven wellicht op ethisch gelijke voet stellen, doet daarbij niets af aan de vaststelling dat anderen de gevallen verschillend inschatten. We verdedigen hier nu eenmaal geen specifiek standpunt, maar proberen te verklaren hoe het komt dat uiteenlopende standpunten mogelijk zijn.

Suïcide: ook een pluraliteit aan funderingen voor de moraliteiten

Zelfs tussen overigens verwante filosofen bestaan soms scherpe contrasten als het aankomt op de beoordeling van suïcide. Schopenhauer bijvoorbeeld schrijft in zijn essay over 'zelfmoord': "Offenbar (hat) Jeder auf Nichts in der Welt ein so unbestreitbares Recht, wie auf seine eigene Person

und Leben⁶". Wittgenstein, in zijn *Notebooks*: "Als zelfmoord toegelaten is, dan is alles toegelaten. Als iets niet is toegelaten, dan is zelfmoord niet toegelaten. Dit werpt een licht op de natuur van ethiek, want zelfmoord is omzeggens de oerzonde". Dergelijke verschillen hebben diepe wortels in levensbeschouwingen en draaien meestal rond de waarde toegekend aan 'autonomie'. Dat woord is een verzamelnaam voor allerlei vormen van zelfbeschikking en rechten op het uitoefenen daarvan. De morele rechtvaardiging voor het respecteren van autonomie luidt met name dat autonomie – en enkel autonomie – toelaat om een minimaal bevredigend leven te leiden, dit wil zeggen een leven dat het ook vanuit het perspectief van het individu zélf waard is geleefd te worden. Autonomie ligt op die manier aan de basis van wat iemand tot een morele actor maakt: "Ik wens mij, bovenal, bewust te zijn van mijzelf als een denkend, willend, actief wezen, dat verantwoordelijk is voor zijn keuzen en dat in staat is om ze te verklaren uitgaande van zijn eigen ideeën en doeleinden⁷".

De waarde van de autonomie kan verder worden gefundeerd in het respect voor de uniciteit van elke persoon en voor de menselijke waardigheid, die onder andere de vrijheid voor eenieder impliceert om overeenkomstig de eigen waarden te beslissen. Toegepast op suicide houdt die positie in dat individuen een *fundamenteel* recht op zelfdoding hebben⁸. Dit is dan de uiterste consequentie van het respect voor de waardigheid en uniciteit van de persoon – hoe moeilijk die waarden op hun beurt ook te omschrijven en te funderen zijn.

De kans is groot dat mensen die ontkennen dat er zoiets bestaat als een fundamenteel recht op zelfdoding, een levensbeschouwing hebben waarin autonomie een ondergeschikte plaats inneemt. Funderingen voor dergelijke posities zijn soms religieus. Zo vindt men in paragraaf 34 van de pauselijke encycliciek *Evangelium Vitae* (1995) de volgende uitspraak: "Het leven is altijd een goed, en wel omdat de mens, hoewel gevormd uit het stof der aarde, een manifestatie van God in de wereld is,

een teken van Zijn aanwezigheid, een spoor van Zijn glorie". Het leven is dus een geschenk, waarover de mens geen meester kan zijn. Niet-religieuze funderingen onderstrepen op een analoge manier supra-individuele waarden. Callahan bijvoorbeeld meent dat zelfdoding een diep falen vertegenwoordigt in de omgang met het leven. De 'suïcidair' verbreekt de solidariteit die eenieder aan eenieder verplicht is in het aangezicht van het kwaad en de tragedies van het leven⁹. Voor zover dergelijke benaderingen het leven een sacrale betekenis toekennen, sluiten zij zelfdoding helemaal uit. In het andere geval kunnen zij de daad eventueel rechtvaardigen als een uiterst zeldzaam aanvaardbare uitweg uit een extreme grenssituatie.

Implicaties voor de preventie?

Hoewel de gesignaleerde verschillen op het vlak van de theoretische ethiek heel fundamenteel zijn, hoeven zij voor de ethische praktijk van de preventie niet veel te betekenen. De redenering die wij hier zullen volgen, gaat aldus: als uit de meest permissieve benadering volgt dat preventie van zelfdoding gerechtvaardigd is, volgt a fortiori voor de minder permissieve benaderingen dat preventie gerechtvaardigd is. Het volstaat dus het eerste aan te tonen, opdat het tweede zou volgen, samen met de algemene conclusie dat preventie van zelfdoding – als aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan – gerechtvaardigd is.

De onenigheid tussen de extreme posities gaat in de praktijk een beperkt aantal zeldzame soorten zelfdoding aan. Als voorbeelden kan men behouden: medisch geïndiceerde zelfdoding, gevallen van uitzichtloos zogenaamd 'louter' psychisch lijden, zelfdoding uit 'levensmoeheid' (zie in een extreme vorm het Nederlandse geval Brongersma¹⁰). We behandelen die soorten gevallen hier niet¹¹. Het is echter evident dat wie een fundamenteel recht op zelfdoding verdedigt, ook sommige soor-

ten situaties aanvaardt waarin zelfdoding gerechtvaardigd is. Een recht waar géén gevallen aan kunnen beantwoorden, is immers helemaal geen recht. Volledige overeenstemming over de grenzen van preventie, over waar de hulpverlener zijn tussenkomst moet opgeven, is onhaalbaar. Maar laat ons eerst het antecedent van onze redenering bewijzen, met name dat ook uit de meest permissieve benadering een rechtvaardiging voor preventie van zelfdoding volgt.

Een typisch voorstander van de gedachte dat zelfdoding een fundamenteel mensenrecht is, zal voorstelbaar redeneren vanuit wat Daniel Callahan het 'ethos van de liberale maatschappij' noemt. Hij is daar radicaal tegen en karakteriseert het als volgt: "That tradition holds that competent individuals may make whatever moral choices they want, including suicide, if there is no demonstrable harm to others. A reasonable choice in this tradition is one that is compatible with a person's values and self-perceived interests, whatever they may be. At least, the choice should be rational (internally coherent and consistent), but at most it will qualify as reasonable if the person has thought long and hard about it and can offer, to himself or herself, some defensible justification. It is not the job of society, in this tradition, to determine what counts as a reasonable way of life, or defensible premises for committing suicide¹²".

Callahan zelf deelt die filosofie niet, maar wenst wat filosofen noemen een 'dikke' conceptie van het goede leven te verdedigen. We komen daar zo meteen op terug, hoewel dat wat betreft de houdbaarheid van onze algemene conclusie niet eens nodig is.

Wijsgeren – van het 'dunne' slag – die pleiten voor de centraliteit van de waarde van de autonomie, verbinden aan de uitoefening ervan heel wat voorwaarden. Zo geldt dat de uitoefening van autonomie anderen niet mag schaden in hun legitieme belangen. Men noemt dit principe het schadebeginsel. Het werd geformuleerd door John Stuart Mill in

zijn boek *On Liberty* (1859) en stelt grofweg dat een maatschappij (enkel) dwangmatig mag optreden tegenover individuen om schade aan derden te voorkomen.

Paternalisme, dat is handelen om iemand goed te doen, tegen de wil van die persoon in, is slechts in een beperkt aantal typegevallen te verantwoorden, met name ter compensatie van wat men 'verminderde autonomie' noemt. Het gaat om toestanden waarin iemand (tijdelijk of voorgoed) niet in staat is om zijn eigen belangen te percipiëren en te behartigen, bijvoorbeeld wegens mentale ziekte, door drugsgebruik, dementie, te jonge leeftijd et cetera. In dergelijke gevallen is sprake van *onvrijwilligheid*: mocht de persoon zich in de normale toestand bevinden, zou hij zelf anders hebben gekozen dan hij in de staat van verminderde autonomie doet. Die benadering doet geen afbreuk aan het principe dat de autonomie van de persoon moet worden gerespecteerd. Alleen legt zij de plicht op in de plaats van de persoon te treden, wanneer zijn oordeelsvermogen ernstig is aangetast. Het is evident dat depressies of andere mentale aandoeningen, voor zover die zich vertalen in suïcidewensen, behoren tot de groep van de 'toestanden van verminderde autonomie', en dat ook in die gevallen een prima facie plicht ('plichten op het eerste gezicht') bestaat tot bescherming van de kandidaat-zelfdoder.

We zijn trouwens verder van mening dat het schadebeginsel niet het enige is dat beperkingen van de autonomie rechtvaardigt. Ook bepaalde kostenberekeringen, solidariteitsdwang en misschien een stuk of wat andere overwegingen rechtvaardigen beperkingen van de individuele beslissingsvrijheid, maar we hoeven die discussie hier niet aan te gaan. We kijken alleen naar de meest permissieve positie en stellen vast, in verband met de preventie van zelfdoding, dat de observatie volstaat dat alleen beslissingen van wie voldoet aan de normen voor feitelijke oordeelscompetentie moeten worden gerespecteerd.

In de literatuur wordt die feitelijke oordeelscompe-

tentie op velerlei manieren gedefinieerd. Alle komen zij erop neer dat de persoon in staat moet zijn om beslissingen te nemen op basis van 'goede' redenen. Over de vraag wat 'goede' redenen zijn voor een beslissing, bestaat alweer, wegens de vaagheid van de term, enige discussie. Vrij algemeen wordt aangenomen dat de vraag wat al dan niet een 'competente' keuze is, niet uitsluitend kan worden beslecht door te kijken naar *wat* de patiënt kiest, maar naar *hoe* hij kiest. Sommige definities van 'competentie' leggen zelfs enkel procedurele normen vast. Zo onderscheiden Appelbaum en Grisso in een gezaghebbend artikel¹³ een viertal in principe meetbare dimensies van procedurele oordeelscompetentie, met name het vermogen om keuzen mee te delen, het vermogen om relevante informatie te begrijpen, het vermogen om een bepaalde situatie te vatten en het vermogen om door gebruik van logische processen de voordelen en risico's van opties af te wegen.

Buchanan en Brock onderscheiden componenten van oordeelscompetentie die sterk gelijken op die van Appelbaum en Grisso, maar preciseren dat de persoon om de voordelen en risico's van opties te kunnen afwegen, een aanvaardbaar consistente, stabiele, persoonlijk onderzochte verzameling waarden moet hebben¹⁴. Dit is een uiterst belangrijke precisering. De betekenis van de uitkomsten van allerlei opties kan voor mensen immers verschillen doordat zij uiteenlopende persoonlijke waardepatronen en levensplannen hebben. Of iemand werkelijk oordeelscompetent is, kan men dus alleen nagaan door zijn waardepatroon mee in het beeld te betrekken. Het 'hebben van waarden' is echter op zich onvoldoende om 'competent' te worden geacht. Competente mensen hebben hun waardepatroon onderzocht en accepteren het, wat kan blijken uit de *persistentie* en *consistentie* van hun opties.

De schijnbare onredelijkheid van *wat* iemand kiest – bijvoorbeeld, in het geval van de zelfdoder, de dood – kan hoogstens een *indicatie* zijn van incom-

petentie. De in principe vooronderstelde competentie van de persoon dient des te beter te worden getoetst naarmate diens keuze ongebruikelijker en onredelijker lijkt vanuit het standpunt van de *common sense*. Omdat de zelfdodingskandidaat kiest voor het definitieve einde van zijn leven, wordt zoveel potentieel kwaad aangericht (kan men redeneren – hoewel de zelfdoder het als een goed ziet), dat heel zorgvuldige toetsing is vereist. Dat iemand inhoudelijk keuzen maakt die 'onredelijk' schijnen – in casu voor de dood – bewijst dus voor de verdediger van een fundamenteel recht op zelfdoding niet dat die persoon incompetent is, wel dat zijn competentie om zo te kiezen moet worden bewezen. Er ontstaat dan een vermoeden dat de persoon op het eerste gezicht moet worden *beschermd*, in het bijzonder tegen zichzelf.

De conclusie dat de 'kandidaat-suïcidair' moet worden beschermd volgt op andere gronden voor verdedigers van een 'dikke' conceptie van de persoon. Zij zien individuen niet als geïsoleerde kiezers, die als naakte en vooraf onbeschreven bladzijden de sociale scène betreden, maar benadrukken dat *gedeelde* waardeconcepties steeds reeds de perspectieven van individuen bepalen en dat hun identiteit onvermijdelijk schatplichtig is aan, of gemaakt is door sociale verbanden en normatieve tradities. Los van dergelijke tradities, luidt het in die benadering, is een ethiek zelfs een onmogelijkheid. De doorgedreven moraal van de autonomie is gewoon een praktisch relativisme getooid in een moreel kleedje. De gedachte dat individuen een vrij beschikkingsrecht hebben komt neer op een absoluut respect voor de hoogst subjectieve voorkeuren van individuen.

Of men nu een 'dikke' dan wel de 'dunne' filosofie volgt: waar de ene zelfdoding (bijna) steeds veroorzaakt als een individualistische aberratie, zal de andere erkennen dat de overgrote meerderheid van de zelfdodingen anderen schaadt en/of veroorzaakt wordt door vermijdbare externe omstandigheden (kansarmoede bijvoorbeeld) of interne omstandig-

heden (depressie bijvoorbeeld) die de vrijwilligheid en weloverwogenheid van de handeling grondig in vraag stellen. Het is nu eenmaal een feit dat de frequentieverdelingen over de soorten suïcide heen (altruïstische, uit ereoverwegingen, 'rationele', wanhoopsdaden, bij terminale ziekte et cetera) uiterst ongelijk is. Ook vanuit een liberaal standpunt volgt dat bijna alle gevallen van zelfdoding moeten worden vermeden omdat zij voorbeelden zijn van heteronomie in plaats van de soevereine uitoefening van autonomie.

De aanvaardbaarheid van preventief overheidsoptreden

Is preventie van suïcide een overheidstaak? Vanuit een 'dikke' conceptie van de menselijke persoon is dit zeker het geval: de overheid mag, en moet zelfs sturend optreden in het belang van specifieke mensen maatschappijbeelden. De overheid is er met andere woorden onder andere om gedeelde waarden te beschermen. Het leven is er daar één van.

Vanuit liberaal perspectief ligt de sturende functie van de overheid op dit vlak minder voor de hand. Kenmerkend voor die benadering is immers de gedachte dat de opbouw en invulling van een conceptie van het goede leven een privé-zaak is. Sommige liberalen koppelen daaraan de conclusie dat de overheid enkel en alleen sturend mag optreden ter bescherming van het kader dat de coëxistentie van een pluraliteit aan waardeopties toelaat, of waar handelingen de legitieme belangen van derden schaden. Sommigen, zoals Thomas Szasz, hebben vanuit die optiek ook geargumenteed tegen de ethische aanvaardbaarheid van medische suïcidepreventie¹⁵. Zelfs wanneer mentaal zieken suïcidepogingen ondernemen, schaden zij, ook wanneer een van die pogingen slaagt, uitsluitend zichzelf. Vrijheidsbeperkend handelen van staatswege, en dit om dergelijke zelfdodingen te voorkomen, is van dien aard dat het de individuele vrijheid van de burger onaanvaardbaar aan banden

legt en de feitelijke coëxistentie van meerdere waardeopties belemmert. Dat mentaal zieken door het ontbreken van preventie suïcide plegen, ziet Szasz als een weliswaar spijtige, maar toch onvermijdelijke, kost van de vrijheid. Kort gezegd: de sterfttekost voorkomen door preventie weegt niet op tegen de maatschappelijke kost van de vrijheidsbeperking die eveneens samengaat met preventie.

In de praktijk is het ondenkbaar dat een staat, zelfs een liberale, ook werkelijk om de publieke vrijheid te garanderen zo minimalistisch zou omspringen met mensenlevens. Staten verplichten mensen bijvoorbeeld om hun leven en lichamelijke integriteit te beschermen door het dragen van een autogordel. Weliswaar is het niet helemaal duidelijk of die politiek is ingegeven door de wens risico's van lichamen letsel en van overlijden te beperken, dan wel om maatschappelijke kosten te vermijden. In de twee gevallen volgt dat preventie van zelfdoding a fortiori mag: als iemands wil niet volstaat om een eerder beperkt risico van overlijden te tolereren, dan volstaat die wil op zich ook niet om een nog veel groter risico van overlijden te tolereren (pogingen tot zelfdoding zijn nu eenmaal riskanter dan ritjes met de wagen); als men iemand ervan mag weerhouden zichzelf te schaden om maatschappelijke kosten te vermijden, mag dat ook om mensenlevens te redden (mensenlevens staan op de waardeschaal nu eenmaal hoger dan geldkosten).

In feite aanvaarden de meeste liberalen verder ook dwingend overheidsoptreden vanuit overwegingen van democratisch paternalisme. Daarbij gaat het om dwangmaatregelen die beogen de voorwaarden voor de uitoefening van autonomie te realiseren, te behouden of te herstellen. Mensen toelaten hun eigen lichaamsdelen te verkopen (bijvoorbeeld een nier) confronteert sommigen met 'aanbiedingen die zij niet kunnen weigeren'¹⁶. De kost van het verlies van een nier weegt voor een arme niet op tegen de verlokking van een grote geldsom. Een deontologische regel ten behoeve van banken luidt dat zij mensen niet mogen toelaten meer dan een derde

van hun netto-inkomen te besteden aan het afbetalen van schulden. Ook die regel beperkt des mensen keuzevrijheid om hen méér vrijheid te laten. Op net dezelfde gronden kan men overheidsingrijpen rechtvaardigen ter preventie van zelfdoding, met name bij mensen met verminderde autonomie. De beperking van mogelijkheden tot en waarschijnlijkheden van zelfdoding volgt uit de wens de autonomie van die mensen te herstellen.

Overigens aanvaarden de meeste liberalen, zelfs als zij dwingend staatsoptreden voor het goed van mensen – die dat goed zelf niet willen – afwijzen, allerlei vormen van publiek dirigisme. Daarbij gaat het om afradend of aanbevelend handelen. Hoewel sigaretten roken niet verboden is, hebben weinigen iets tegen het afraden van roken. Hoewel vet eten niet verboden is, kan men weinig inbrengen tegen campagnes voor gezondere voeding. De gedachte dat mensen de ruimte moeten hebben om hun eigen opvattingen van het goede leven uit te werken en in praktijk te brengen, is niet in strijd met staatsoptreden dat bepaalde opvattingen aan- of ontmoedigt.

Preventie en haar grenzen

Als we het erover eens zijn dat preventie van zelfdoding een ethisch verdedigbare zaak is, dan is evenwel nog lang niet duidelijk wat de reikwijdte van preventie kan, mag of zou moeten zijn. Preventie berust op een optimale balans tussen enerzijds sensitiviteit en anderzijds specificiteit. Sensitiviteit slaat op de mate waarin een reeks maatregelen alle beoogde gevallen bereikt. Specificiteit slaat op de mate waarin een reeks maatregelen alléén beoogde gevallen bereikt. De ideale norm voor een preventiebeleid is het samengaan van 100% sensitiviteit (alle beoogde gevallen bereikt) met 100% specificiteit (alleen beoogde gevallen bereikt). Het realiseren van een optimale balans tussen beide doelstellingen is niet alleen wenselijk om economische redenen (efficiëntie),

maar ook om ethische redenen.

Een meta-ethische reden, die de redenen voor de wenselijkheid van een optimale balans overkoepelt, zou een verbintenis kunnen zijn van 'de preventie-organiserende overheid' tot het gebruik van een zo secuur mogelijke wetenschappelijke basis. Alleen de meest actuele, zo volledig mogelijke kennis en evidenties over een probleem, die bovendien aan minimale voorwaarden van haalbaarheid moeten voldoen, kunnen een garantie van economisch en ethisch rendement bieden.

In de praktijk ontbreekt die garantie echter vaak – en dat is ook het geval op het gebied van de relatie tussen depressie en zelfdoding. De precieze aard van de relatie tussen beide staat momenteel wetenschappelijk nog ter discussie. We komen zo meteen terug op de actuele stand van de kennis. Maar zoals op veel andere domeinen kan het beleid niet wachten tot voldoende zekerheid is bereikt over de relatie tussen zelfdoding en depressie alvorens in te grijpen. Spijtig genoeg dient te worden gehandeld op basis van ontbrekende, onvolledige, betwiste en onbesliste gegevens. Dergelijk handelen dient ethisch te worden gerechtvaardigd op basis van het **voorzorgbeginsel**. In een ruwe formulering kan dat beginsel als volgt luiden: preventief handelen onder een bepaalde mate van onzekerheid over het bestaan en de aard van een verband is toegelaten als de negatieve irreversibele gevolgen van niet-handelen, mocht het verband toch blijken te bestaan en groot genoeg zijn, groter zijn dan de resultaatbalans van de gevolgen van wél handelen, ook al mocht het verband niet blijken te bestaan of aanvaardbaar klein zijn. Dergelijke beginselen worden in de milieu-ethiek frequent gebruikt ter justificatie van preventief ingrijpen in kwesties waarover nog geen wetenschappelijke zekerheid bestaat. De rechtvaardiging voor het beginsel luidt uiteraard dat mocht het verband waarover betwisting bestaat er wél zijn, het te laat is om de gevolgen om te keren. Toegepast op het voorliggende probleem betekent dit dat een zekere mate van non-specificiteit van de

preventie aanvaardbaar is, voor zover dit kan worden gerechtvaardigd op gronden van onzekerheden in de wetenschappelijke gegevens. Zolang er geen zekerheid is rond bepaalde gegevens is het beter *mogelijke* risicogroepen in te sluiten eerder dan uit te sluiten van preventie, althans voor zover dit compatibel is met de voldoende bescherming van andere fundamentele waarden dan het leven zelf (zie verder voor de redenen voor de toevoeging van die voorwaarde).

Wat zijn nu de ethische dimensies en/of limieten van een preventie die een maximale sensitiviteit en specificiteit wil bereiken, en waar dat onmogelijk is, uitgaat van het voorzorgbeginsel? Zonder dat er hier sprake is van een exhaustieve uiteenzetting, is de rest van dit hoofdstuk gewijd aan een vorm van evidentie-gebaseerde ondersteuning van bepaalde ethische problemen die zich bij preventie vanuit een gemedicaliseerd beeld op depressie en/of zelfdoding stellen. Algemeen gesproken hebben die grenzen te maken met conflicten tussen enerzijds het goed van het vermijden van vermijdbare sterfte en anderzijds andere waarden, zoals persoonlijke vrijheid en privacy, het recht op gelijke behandeling of – voor reeds achtergestelde groepen – op voorkeursbehandeling enzoverder.

Een voorbeeld van de bedoelde conflicten is de communicatie over zelfdoding. Communicatie over zelfdoding – bijvoorbeeld door berichtgeving in de media, maar ook door een te uitdrukkelijk aanwezige preventie – kan in bepaalde gevallen zelfs een stimulans zijn tot zelfdoding¹⁷. Wat reeds is gezegd over de relatie tussen depressie en zelfdoding geldt ook hier: de wetenschappelijke bewijskracht in deze is zeer beperkt en van een overvloed aan experimenteel-methodologisch vergelijkbare studies is geen sprake. De claim dat ‘de media’ het zogenaamde imitatie- of Werther-effect van bepaalde ‘high profile’ suïcides stelselmatig aanwakkert, kan niet worden gegeneraliseerd. Er is dus wetenschappelijk onvoldoende sterke grond om bijvoorbeeld de berichtgeving over zelfdoding in de media van

overheidswege aan dwingende banden te leggen en trouwens ook niet om preventiecampagnes van zelfdoding om die reden grenzen op te leggen. Anderzijds kan de claim ook niet zomaar worden weggewuifd. Sommige studies suggereren dat vijf procent van de adolescentiesuïcides in verband kan worden gebracht met mediaberichtgeving¹⁸. Anderen schatten dat de globale impact van zulke berichtgeving één procent van de suïcidecijfers beslaat¹⁹. De praktijk leert ook dat het aan banden leggen van massacommunicatiemediën geen duidelijk resultaat heeft. Litouwen, dat qua gestandaardiseerd sterftecijfer door suïcide en zelf aangebrachte letsels er het slechtst voorstaat in de hele wereld, begon in 1999 op grote schaal met een dwingende preventie maatregel ten opzichte van de media, maar zag in 2000 wel een stijging van 2 op 100 000 in het extreem hoge gestandaardiseerde sterftecijfer (Europese populatie). Het is mogelijk dat zonder de maatregel de stijging nog groter zou zijn geweest, maar zeker is dat er mét de maatregel geen daling kwam.

Het ethisch dilemma is duidelijk: een mogelijke daling van de adolescentiesuïcides met vijf procent en van de globale suïcidecijfers met één procent is verre van niets en in termen van mensenlevens vermoedelijk heel wat effectiever dan bordencampagnes langs de snelwegen voor het vermijden van méér verkeersslachtoffers. Anderzijds is het resultaat onzeker en moet men om een onzeker resultaat te bereiken andere waarden, met name de vrijheden van nieuwsgaring en van meningsuiting schenden. Een ethisch acceptabele strategie, die zowel het voorzichtigheidsbeginsel concretiseert als de burgerlijke vrijheden vrijwaart, kan erin bestaan de media aan te manen tot zelfregulatie op dit vlak. Aanbevelingen treden in de plaats van dwingende maatregelen. Journalistenverenigingen zijn zich in de praktijk trouwens goed bewust van het probleem en hebben daarom deontologische codes opgesteld, die bij berichtgeving over dergelijke materies dienen te worden gevolgd. Een bijkomende waarschuwing van overheidswege kan zelfs als

nodeloze betutteling worden beschouwd. Het is trouwens ook in het belang van een goede preventie dat de massacommunicatiemedia, nog steeds de beste instrumenten voor publieke educatie, niet vooraf worden tegengewerkt. Het vinden van de juiste balans tussen aanbevelend dirigisme, verbod en verplichting biedt in veel gevallen een uitweg uit de complexiteiten van preventie onder onzekerheid van de diagnose van het probleem en van de resultaten van de voorgenomen campagne.

Zo heeft elke preventie als sociaal gevolg dat leden van bepaalde risicogroepen in zekere mate worden gestigmatiseerd. Afwijzing, marginalisering, discriminatie of zelfs exclusie van depressieve leden van een bepaalde (risico)populatie kunnen een gevolg zijn van het stigma dat preventie ongewild bezorgt. Het risico van stigmatisering is bovendien groter voor subgroepen die voorafgaand aan de attributie van 'depressie-risicogroep' en/of 'suicide-risicogroep' al een stigma dragen. Er bestaat met andere woorden zoiets als een bekrachtiging van stigma²⁰. Omdat stigmatisering vaak samengaat met sociale discriminatie dient dit effect van preventie zoveel mogelijk te worden vermeden. Daaruit vloeit de plicht voort om preventie te sturen op basis van precieze predictoren en hun combinatorische werking, eerder dan op grond van algemene diagnostische gegevens die men voor de attributie van 'risicogroep' isoleert. We zullen dit geval even grondiger uitwerken, om de ethische dimensies van de zaak bloot te leggen.

De diagnose 'depressie' volstaat op zich niet om iemand tot de risicogroep van de zelfdoders te rekenen. Een eerste reden is dat het gebruik van de termen 'depressie' en 'depressief' voor interpretatie vatbaar is en in de praktijk nog al te vaak onduidelijk of oneigenlijk worden gebruikt. Als we het hebben over de preventie van klinische depressie, en daaraan ook een preventie van zelfdoding koppelen, is het van groot belang zo precies mogelijke limieten te stellen aan de term 'depressief'. Waarover spreken we als we over 'depressieve per-

sonen' spreken? Rekenen we onder 'depressief' zowel de **depressieve stoornis** of 'major depressive disorder', de **bepaalde depressieve stoornis** of 'minor depressive disorder', de **dysthyme stoornis** als de **depressieve stoornis, niet gespecificeerd**? Of is de aanwezigheid van een paar symptomen niet voldoende om iemand als 'depressief' te klasseren en concentreren we ons beter op de eigenlijke depressieve stoornis of 'major depressive disorder'?

In algemene zin stelt dit een probleem, aangezien de symptoombeschrijving volgens criteria die in bepaalde indexen zijn opgenomen (bijvoorbeeld de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)) doorheen de jaren van exponentieel groeiend onderzoek steeds inclusiever is geworden. Het is dus ook te verwachten dat naarmate het onderzoek groeit, de criteria nog inclusiever zullen worden of misschien zelfs zullen wijzigen. Sinds de jaren '70 is bijvoorbeeld de prevalentie van de diagnose 'depressie' in de VS sterk gestegen. De oorzaak daarvan is niet zozeer terug te vinden in het steeds frequenter voorkomen van depressie, maar vooral in de symptoombeschrijving zelf. 'Depressie' vandaag is dus niet hetzelfde als 'depressie' anno 1970. De opeenvolgende edities van de DSM en de diagnosecriteria van de depressieve stoornis bewijzen dit. In 1972 was de lifetime prevalentie van depressie in de Amerikaanse populatie in termen van DSM-II niet meer dan 2 à 3% (de 'definitie' van depressie omvatte enkel involuotonele melancholie, de unipolaire vorm van manische depressie, psychotische depressie en zware depressieve neuroses). In 1994, beschouwd volgens DSM-IV, liep dat percentage op tot 10 à 20%. Dat verschil duidt dus niet op een soort epidemie. De bredere en inclusievere definities hebben ook belangrijke verschillen tot gevolg in de drempels voor 'klinische depressie' en voor het aanbevelen tot behandeling. Veel meer mensen dragen vandaag het label 'depressief,' maar de incidentie van ernstige gevallen blijft relatief laag. Deze verschuiving in de diagnostische handboeken

houdt verband met de reeds gesignaleerde onzekerheid omtrent de precieze aard van de relatie tussen depressie en suïcide. In de literatuur vindt men vaak nog het cijfer geciteerd van 15% zelfdodingen bij depressieve patiënten. Het stamt uit een artikel van 1970 waarin 17 onderzoeken naar suïcide bij patiënten met een primaire stemmingsstoornis besproken werden en dat concludeerde dat 15% van de depressieve patiënten stierf door suïcide²¹. In 1990 bekeek een studie dertien bijkomende onderzoeken, met de conclusie dat 18,9% suïcide pleegde²². Beide studies hanteerden dezelfde methodologie.

Een systematisch, zeer grondig en uitvoerig overzichtsartikel van de Engelstalige literatuur over de mortaliteit van depressie uit de afgelopen dertig jaar (1966-1996) nuanceert dit cijfer gevoelig en schort zelfs een oordeel op: "How strong is the evidence that depression increases mortality? Not strong enough to answer the question definitively. Although it is tempting to interpret the predominance of positive studies (51%) as support for an increased risk, the meaning of this findings is limited by 1) the well-known publication bias in favor of positive studies, 2) our finding that the evidence is poorly controlled, even in the better studies, and 3) limitations to the comparability of studies²³."

Recente studies, die onder meer oudere studies aan een nieuwe analyse onderwerpen, ondergraven bovendien het vaak aanvaarde algemene verband tussen depressie en suïcide. Zij besluiten dat suïcide onder depressieve patiënten nog steeds zeldzaam is en dat plotse uitgebreide zorg en overheidspreventie misschien wel een maat voor niets is. Een ander recent artikel heeft eveneens grondige methodologische bedenkingen bij de wijze waarop het oudere cijfer werd bekomen en roept op tot een veel meer gefocuste studie van suïciderisico bij stemmingsstoornissen²⁴. Het advies van deze studie is dat vanuit een gezondheidszorgperspectief suïcidepreventie moet focussen op recent en herhaaldelijk gehospitaliseerde patiënten, vooral de

'suïcidalen'. Naarmate de tijdsduur tussen de laatste hospitalisering of suïcidale toestand groter wordt, mag de bezorgdheid kleiner worden.

Als correctie van het cijfer van 15%, stelt een Britse meta-analytische studie dat eigenlijk niet meer dan 6% van personen met een *ernstige depressie* omkomt door suïcide²⁵. Een studie uit de VS verscherpt het beeld en beschrijft een follow-up van 62 159 persoonsjaren voor 35 546 verzekerde patiënten die werden behandeld voor depressie²⁶. Het suïciderisico nam af van 224 per 100 000 patiëntenjaren voor gehospitaliseerde patiënten, naar 64 per 100 000 voor ambulante patiënten, naar 43 per 100 000 voor personen die antidepressiva kregen in de eerstelijnszorg, naar 0 per 100 000 voor personen zonder medicatie of secundaire behandeling. De behandelingsgeschiedenis speelt een voorname rol, haast in een pervers effect, want opname en ontslag zijn bijvoorbeeld perioden van hoog risico.

De tegenstrijdigheden tussen de meningen van de experts zijn van dien aard dat zich hier wel degelijk een situatie van onzekerheid aftekent. Die onzekerheid met betrekking tot de precieze relatie tussen depressie en zelfdoding neemt natuurlijk niet weg dat de zelfdodingscijfers wel degelijk alarmerend zijn en dat preventie geboden is. Wanneer men de gegevens door de fijne kam haalt, blijken specifieke factoren die kunnen samenhangen met depressie – maar soms ook niet – wél echte predictoren te zijn voor suïcide. Meer bepaald blijkt 'uitzichtsloosheid' een centrale predictor te zijn: het risico bij psychiatrische patiënten met intense wanhoopsgevoelens is elf maal zo hoog als bij anderen²⁷. In combinatie met impulsiviteit, bijvoorbeeld bij in mindere of meerdere mate toxicomane depressieve patiënten, verhoogt het risico van autoagressie sterk²⁸. Andere goede predictoren zijn: een geschiedenis van voorafgaande suïcidepogingen, herhaaldelijke hospitalisering als psychiatrisch patiënt, chronische fysieke ziekte, roken en alcoholmisbruik en vooral een gecombineerde morbiditeit. Het is duidelijk dat deze specifieke groepen de hoofddoe-

len van het preventiebeleid dienen te zijn. Het voorzorgbeginsel laat ook toe andere subgroepen depressieve patiënten te betrekken bij het preventiebeleid, ook al loopt die politiek het risico niet specifiek genoeg te zijn, en dit in de mate waarin de persoonlijke en collectieve kosten van dat beleid niet te groot zijn voor die bijkomende groepen. Wat acceptabel is hangt bovendien nog af van morele inschattingen van wat een aanvaardbare balans is tussen intrusief handelen waar onnodig en intrusief handelen waar nodig. Een voor de hand liggend voorbeeld zijn de jongeren. Niet alle jongeren zijn suïcidekandidaten en het is dus aangewezen hen niet te bestoken met mogelijk contraproductieve informatie daarover. Maar een zekere graad van 'overshooting' is aanvaardbaar om de sensitiviteit te verhogen en net de vermijdbare gevallen van zelfdoding te voorkomen. Dat de morele overweging achter die balans kan verschuiven, is duidelijk. Men kan zich moeilijk inbeelden dat minderjarige en meerderjarige adolescenten (die niet terminaal of uitzichtloos ernstig ziek zijn) gegrond de beslissing zouden nemen om hun leven af te breken. Hun perspectief laat nog zoveel mogelijke waarde-ervaringen open, dat uit het leven stappen steeds een ernstige vergissing is. Als het gaat over tachtigjarigen liggen de zaken anders. Men kan er minder moeilijk inkomen wanneer die mensen suïcide willen plegen. Men mag gerust aannemen dat dit soort – toegegeven – moeilijk hard te maken intuïties achter het oordeel schuilt dat jongerensuïcides moreel méér te betreuren vallen dan suïcides bij oudere mensen, die hun levensperspectief zien vernauwen. 'Overshooting' is bij jongeren om morele redenen dus aanvaardbaarder dan bij laat zeggen oudere bejaarden (hoewel ook factoren zoals vereenzaming en de solidariteitsplicht met eenzamen daar een zekere graad van 'overshooting' aanvaardbaar maken).

Bij het bepalen van de balansen dient men overigens ook rekening te houden met de verwachte efficiëntie van een (geheel van) maatregelen. Zo kan men lessen trekken uit de ervaringen in Groot-Brittannië, dat vorig jaar een reductie van suïcide

met een vijfde hoog op de agenda van de 'Health of the Nation' plaatste. De vaststellingen zijn daar: depressieve stoornissen komen vaak voor en suïcide is zeldzaam. Elke week signaleert 10% van de Britse '16-65-populatie' symptomen die met depressie kunnen worden verbonden, en inderdaad heeft 1 op 10 daarvan suïcide-ideatie. Maar slechts 2 op 1 000 000 zullen zichzelf ombrengen. Een typische eerstelijnszorggroep van 100 000 mag 10 suïcides per jaar verwachten. De conclusie voor enkele Britse psychiaters is dan ook: betere primaire gezondheidszorg voor alle depressieve patiënten kan onbekwaamheid verminderen en algemeen functioneren verbeteren, maar een zichtbare en kosteneffectieve reductie van suïcide is onwaarschijnlijk²⁹. Bovendien is de gedachte dat personen kunnen worden getraind of competent kunnen worden om het suïciderisico bij individuen met hoog risico goed in te schatten voor een deel illusoir, en wordt daarbij in verband met preventie ook steeds uitgegaan van een succesvolle interventie. Een vertrouwelijke nationale enquête in Groot-Brittannië toonde aan dat 15% van de suïcides personen betrof die al geïdentificeerd waren als gematigd of hoog risicovol. Voor de Britse psychiaters is de enige waardevolle strategie die van interventie om herhaling van depressie te voorkomen bij de specifieke doelgroep van hoog-risico-patiënten, namelijk die met herhaalde opnamen (vier), een geschiedenis van suïcide in de familie of opname voor depressie en een behandeling met electroconvulsivetherapie. Deze groepen van depressieve gehospitaliseerde patiënten vertonen een risico van 50% tot heropname binnen twee jaar, met een concomitant verhoogd suïciderisico.

Overigens is het stigmatiserend karakter van de medicalisering niet de enige reden waarom een acceptabele balans tussen sensitiviteit en specificiteit moet worden bereikt. Preventieve maatregelen zijn ook behoorlijk intrusief, zodat zij op zijn minst een gevaar voor de privacy kunnen betekenen. De maatschappelijke kost daarvan voor groepen die niet gebaat zijn bij de preventie (de mate waarin

anderen dan de beoogde gevallen worden bereikt) dient zo laag mogelijk te worden gehouden – hoewel een zekere kost op solidariteitsgrond wel te rechtvaardigen valt.

Tot slot, en veel te summier, willen we nog even de aandacht vestigen op de grenzen van de interventie opgelegd door de fundamentele rechten van personen. Een basishouding voor inclusie in een preventieprogramma is de vrijwilligheid van de participatie. Zoals voor elke behandeling, ook een preventieve, is toestemming van de (potentiële) patiënt nodig. Dit is een fundamenteel beginsel van de gezondheidsethiek en van het gezondheidsrecht³⁰.

Uitzonderingen kunnen worden gemaakt, met name voor kwesties waar besmettelijke aandoeningen in het spel zijn, waar alleen al om efficiëntieredenen controle op het populatieniveau aangewezen is. Ook in het kader van educatieve programma's (bijvoorbeeld in scholen) is afwijking van de norm van de vrijwilligheid mogelijk (leerplicht/onderwijs). Dit is echter alleen al een ander geval omdat dergelijke programma's niet eens risicogroepen viseren, maar de bedoeling hebben om algemene informatie te geven en de opinievorming te stimuleren. In de praktijk is de grens tussen 'educatie' en sommige vormen van 'preventie' trouwens heel moeilijk te trekken. Dwang ten overstaan van individuen is alleen uitzonderlijk gerechtvaardigd, met name wanneer de persoon in acuut levensgevaar verkeert. Men kan zich overigens de vraag stellen of er ook dan geen uitzonderingen dienen te worden gemaakt. Een uitzonderingssituatie heeft betrekking op het respecteren van het fundamentele recht van personen op zelfdoding – dat sommigen erkennen, en anderen dus niet.

Conclusies

Het is bijzonder moeilijk om een wijsgerig oncontro-versiële definitie van 'zelfmoord' te geven. In de praktijk omvat suïcide heel sterk uiteenlopende gedragingen, waarvan de ethische beoordeling al even sterk varieert, zelfs bij mensen die 'zelfmoord' verwerpen. Wanneer men het bereik van 'suïcide' vernauwt tot wat bedoeld kan zijn in het kader van een preventiecampagne, blijken de sterkst uiteenlopende ethische kaders – variërend van die met een 'dunne' tot die met een 'dikke' opvatting van de menselijke persoon – (meestal) ruimte te laten voor overheidspreventie, op zijn minst wat betreft de onvrijwillige zelfdodingen en die waar de competentie van de persoon in vraag staat. Onenigheden zijn er natuurlijk wel, in het bijzonder wat betreft het al dan niet gelden van een fundamenteel recht op zelfdoding in welbepaalde omstandigheden. Geargumenteed is dat overheidspreventie dient te berusten op twee principes: maximalisering van de sensitiviteit en specificiteit van de ingrepen en een voorzorgsbeginsel. Afwegingen van waardeconflicten tussen het goed van de preventie van zelfdoding en andere waarden in het preventiespel dienen te gebeuren in het kader van die twee beginselen.



REFERENTIES

- (1) J.D. Douglas, "The Sociological Analysis of Social Meanings of Suicide", *European Journal of Sociology*, 7, 1966, pp. 249-275, reprinted in: A. Giddens (ed.), *The Sociology of Suicide. A Selection of Readings*. London, Frank Cass, 1971, pp. 121-151, aldaar p. 134.
- (2) A.J. Droge, J.D. Tabor, *A Noble death: Suicide and Martyrdom Among Christians and Jews in Antiquity*. San Francisco, Harper, 1992; M. Battin, 'Prohibition and Invitation: The Paradox of Religious Views about Suicide', in M. Battin, *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. New York, Oxford University Press, 1994, pp. 205-253; Voor een poging om 'suicide' te onderscheiden van bijvoorbeeld martelaarschap, zie E.J. Larson, D.W. Amundsen, *A Different Death. Euthanasia and the Christian tradition*. Downers Grove, Ill, Intervarsity, 1998, pp. 327-330.
- (3) M. Pinguet, *La mort volontaire au Japon*. Paris, Gallimard, 1984.
- (4) De vraag hoe men dit soort verschillen kan vaststellen, is uiterst moeilijk te beantwoorden. Het werkelijke bewijs dat iets anders kon zijn, is steeds dat het ook is zoals het anders kon zijn.
- (5) R.B. Brandt, 'The Morality and Rationality of Suicide', in: S. Perlin (ed.), *A Handbook for the Study of Suicide*. London, Oxford University Press, 1975, p. 61-76, aldaar p. 73
- (6) A. Schopenhauer, *über den Selbstmord, Parerga und Paralipomena*. Band II. *Sämmtliche Werke*, Bd 6 (Hrsg. J. Frauenstädt), Leipzig, Brockhaus, 1916, p. 328.
- (7) I. Berlin, "Four essays on liberty", Oxford, Clarendon Press, 1969, p. 131
- (8) Zie bijvoorbeeld M.P. Battin, 'Suicide: a Fundamental Human Right?', in: *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. New York, Oxford University Press, 1994, pp. 277-288 voor een sterke verdediging van het bestaan van zo een fundamenteel recht. Ook Schopenhauer, *Über den Selbstmord*, argumenteert in die richting.
- (9) D. Callahan, 'Reasons, Rationality, and Ways of Life', in: J.L. Werth jr. (ed.), *Contemporary Perspectives on Rational Suicide*. Ann Arbor, Brunner/Mazel, 1999, pp. 22-28, aldaar p. 25.
- (10) Voor een bondige beschrijving van het geval zie b.v. T. Sheldon, 'Being 'tired of life' is not grounds for euthanasia', *British Medical Journal* 2003; 326:71.
- (11) Een sterke argumentatie pro het toelaten van suicide bij sommige patiënten met zogenaamd louter mentale aandoeningen vindt men in V.G. Hardcastle, R. Walker, 'Supporting Irrational Suicide', *Bioethics* 16 (2002, 5), pp. 425-438.
- (12) D. Callahan, op. cit., p. 27
- (13) PS Appelbaum, T. Grisso, 'Assessing patients capacities to consent to treatment' in: *New Eng. J. Med.* 1988; 319: 1635-38
- (14) AE Buchanan, DW Brock, *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge, University press, 1989
- (15) T. Szasz, *Fatal Freedom. The Ethics and Politics of Suicide*. Westport, Praeger, 1999.
- (16) Zoals het luidt in het liedje: 'I gonna make you an offer you can't refuse'.
- (17) Schmidtke A, Hafner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psych Med* 1998; 18: 665-676.
- (18) Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M. Time-space clustering of teenage suicides. *Am J Epidem*, 1990; 131: 71-78.
- (19) Gunnell D. Reporting suicide. *BMJ*, 1994; 308: 1446-1447. En: Gunnell D, Frankel S. *Prevention of Suicide: Aspirations and Evidence*. *BMJ*, 1994; 308: 1227-1233



REFERENTIES

- (20) Goffman, E. (1963). *Stigma*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ. p. 3-5.
- (21) Guze SB, Robins E (1970). 'Suicide and Primary Affective Disorders,' in *Br J Psychiatry* 1970, 117: 437-438.
- (22) Goodwin FK, Jamison KR (1990). 'Suicide,' in: *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press, pp 227-244.
- (23) Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE (1999). 'A systematic review of the mortality of depression,' in: *Psychosom Med* 61: 6-17, pp 13.
- (24) Bostwick JM, Mankratz VS (2000). 'Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination,' in *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1925-1932.
- (25) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B (1998). 'Lifetime Risk of Suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia,' in: *Br J Psychiatry* 1998, 173: 4-7.
- (26) Simon GE, Vonkroff M (1998). 'Suicide Mortality among patients treated for depression in an insured population,' in *Am J Epidemiology* 1998, 147: 155-60.
- (27) Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA (1990). 'Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients,' in *Am J Psychiatry* 1990, 147: 190-195.
- (28) Williams M (1997). *The Cry of Pain*. London: Penguin.
- (29) Bostwick JM, Mankratz VS (2000). 'Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination,' in *Am J Psychiatry* 2000, 157: 1925-1932.
Dvies S, Naik PC, Lee AS (2001). 'Depression, suicide, and the national service framework,' in *BMJ* 322 23 June 2001 1500-1501.
- (30) Het beginsel sluit overigens niet uit dat preventiecampagnes dwangmatig mogen worden opgelegd aan instituties, bijvoorbeeld centra voor geestelijke gezondheidszorg, die dan op hun beurt moeten instaan voor de vrijwilligheid van de participatie van individuele patiënten en hun naasten.



DE WERKGROEPEN BESPREKING VAN DE PREVENTIE- STRATEGIEËN

4.2

PUBLIEKSINFORMATIE

professor dr. Lea Maes

Inleiding

In de meeste landen is de kennis over de prevalentie (de mate waarin iets voorkomt) van zelfmoord, depressie en algemene geestelijke gezondheidsproblemen bij de populatie zeer beperkt. Bovendien leven heel wat mythen en misvattingen over deze problemen. Families die geconfronteerd worden met zelfmoord en depressie voelen zich vaak schuldig en beschaamd. Over het algemeen kunnen ze op weinig begrip van hun omgeving rekenen. Een groot deel van de populatie kent de symptomen van depressie en andere geestelijke gezondheidsproblemen

niet, noch de oorzaken van zelfmoord. In veel gevallen zoeken de mensen daarom laattijdig professionele hulp. Waarden, het sociale klimaat en denkpatronen van een populatie, vormen bovendien belangrijke achtergrondfactoren voor de prevalentie van zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen.

Alhoewel voor Vlaanderen geen cijfergegevens bekend zijn over deze problemen, kunnen we aannemen dat de situatie hier niet anders is dan in andere Europese landen, de VS en Australië.

De media kunnen een belangrijke rol spelen in het verspreiden van informatie over geestelijke gezondheid. Dit kan op termijn leiden tot een meer ondersteunende omgeving voor patiënten en familie, tot vroegtijdige detectie van problemen en tot een omgeving die de geestelijke gezondheid ondersteunt in plaats van er een risico voor te vormen. Naast de klassieke massamedia als TV, radio en de geschreven pers, kan ook gedacht worden aan een meer selectieve verspreiding van brochures, affiches en andere informatiedragers. De nieuwe media kunnen actuele en aangepaste informatie verspreiden onder zoveel mogelijk doelgroepen. Websites kunnen op een meer permanente wijze informatie ter beschikking stellen van jongeren en van intermediairen (leerkrachten, hulpverleners, journalisten en dergelijke) die op bepaalde momenten met vragen over geestelijke gezondheid geconfronteerd worden en snel adequate informatie

nodig hebben. Ook nabestaanden na zelfmoord hebben op deze manier snel toegang tot informatie.

De media kunnen niet alleen een rol spelen in het verspreiden van informatie. De wijze waarop de berichtgeving over zelfmoord in de media gebeurt, kan personen met een zekere voorbeschiktheid aanzetten om zelfmoord te plegen. Het is wetenschappelijk bewezen dat zelfmoordgedrag rapporteren in de media, het risico van verder zelfmoordgedrag voor een periode na de berichtgeving kan doen toenemen. Onderzoek wijst op een toename van zelfmoord als het aantal berichten over een bepaalde zelfmoord vergroot, als een bepaalde zelfmoord uitgebreid of meermaals in het nieuws komt, als het verhaal gepubliceerd wordt op de frontpagina van de krant of in het begin van een uitzending en indien de kop van een bericht dramatisch is.



Geselecteerde strategieën

Uit de veelheid van mogelijke doelgroepen en onderwerpen voor publieksinformatie selecteerde de stuurgroep volgende vier projectconcepten. Deze werden aangevuld met een projectconcept betreffende richtlijnen voor de media ten aanzien van berichtgeving over zelfmoord.

Verschillende projectconcepten werden geselecteerd. In de eerste plaats besteden we aandacht aan een bewustwordingscampagne ten aanzien van zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen. In de tweede plaats belichten we de strategie 'ziek word je, gezond doe je'. Ten derde benadrukken we hoe belangrijk het is de bespreekbaarheid te verhogen en vroegtijdig hulp te zoeken bij alcohol- en drugsproblemen. Daarna tonen we aan dat er meer informatie verspreid moet worden over schizofrenie en dat de aandoening gedestigmatiseerd moet worden. Tot slot sommen we een aantal richtlijnen voor de media op ten aanzien van berichtgeving over zelfmoord.

Alle geselecteerde projectconcepten hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken. Bij alle vijf bestaat de doelgroep uit de algemene bevolking. Er zijn nergens structurele barrières om de projecten uit te voeren. De hulpverleners moeten telkens voorbereid zijn op een eventueel grotere hulpvraag. Het maatschappelijk draagvlak voor dergelijke initiatieven wordt als groot ingeschat. Dit is de taak van de minister bevoegd voor Gezondheid. Dergelijke projecten zijn een voorwaarde voor een daling van de prevalentie van zelfmoord, depressie en problemen van geestelijke gezondheid – ook al kan er geen direct verband gelegd worden met effecten op lange termijn. Via onderzoek en registratie kunnen de effecten van dergelijke campagnes wel gemeten worden.

Bewustwordingscampagne ten aanzien van zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen

De campagne streeft verschillende doelen na. Ze wil het bewustzijn van de bevolking over zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen verhogen. Het publiek moet de determinanten van deze problemen kennen en moet weten welke preventiemogelijkheden er zijn. De symptoomherkenning van depressie en andere geestelijke gezondheidsproblemen moet verbeteren, net zoals de kennis van de mogelijke behandelingen en mogelijke verwijzingen naar bestaande hulpverlening. Tot slot is het belangrijk het stigma te verminderen.

Alle massamediale kanalen kunnen aangewend worden: zowel de geschreven als gesproken pers, websites, brochures, congressen, nieuwsbrieven en dergelijke.

Diverse organisaties die werkzaam zijn op het terrein van preventie en gezondheidspromotie, beroepsverenigingen van zorgverleners, Centra Geestelijke Gezondheidszorg en dergelijke, kunnen deze informatie helpen ontwikkelen en verspreiden.

De evaluatie van de 'defeat depression campaign' in Groot-Brittannië heeft aangetoond dat de campagne op diverse vlakken positieve resultaten kon voorleggen. De attitudes ten aanzien van depressie en de gerapporteerde ervaring verbeterden. De attitude ten aanzien van antidepressiva veranderde. Als een huisarts een behandeling met antidepressiva ondersteunt, staat de bevolking daar minder terughoudend tegenover. Wat andere aspecten betreft (bijvoorbeeld de mening dat antidepressiva verslavend zijn) was er nog ruimte tot verbetering (Paykel et al, 1998).

In Finland zijn door de bewustwordingscampagne ten aanzien van zelfmoord tal van samenwerkingsprojecten tot stand gekomen om het probleem preventief aan te pakken. Vooral provinciale overheden, de gezondheidszorg, scholen, het jeugdwerk,

het leger, de politie en kerkgemeenschappen hebben veel projecten opgestart (Upanne et al, 1999).

De Cochrane review van Grilli et al (2002) heeft aangetoond dat massamediale interventies kunnen bijdragen tot het correct gebruik van beschikbare gezondheidsdiensten. Via de media kan nieuwe informatie verspreid worden. Deze kan mensen aanzetten om de juiste zorgverlener te consulteren. Dit betekent nog niet noodzakelijk dat nadien een gedragsaanpassing volgt. Wel staat vast dat de massamedia, zowel via geplande informatiecampagnes als via toevallige berichtgeving, mensen kunnen aanzetten om adequate en persoonlijk aangepaste informatie te zoeken.

Ziek word je, gezond doe je

Preventie staat of valt bij de implementatie van een taal, een referentiekader dat preventie en geestelijke gezondheid toelaat. Dat kader is er momenteel niet. Er moet dus een taal gepromoot worden in de trend van 'ziek word je, gezond doe je'.

Met deze actie wil men mensen vooral aanzetten om niet in ziekterminologie, maar in gezondheidsterminologie te denken. In de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg ligt de klemtoon vooral op secundaire en tertiaire preventie. Men begeleidt patiënten opdat ze zich beter zouden handhaven in de samenleving en men tracht herval te voorkomen. Primaire preventie daarentegen gebeurt zelden. De risicoreductiestrategie spoort nochtans specifieke risicofactoren op, waarvan men aanneemt dat zij aanleiding geven tot de ontwikkeling van psychische problemen. Bovendien reduceert de strategie deze factoren. Naargelang de aard van de risicofactoren moet men een onderscheid maken tussen universele, selectieve en geïndiceerde interventies. 'Ziek word je, gezond leef je' behoort tot de universele interventies. Deze interventie is zeker aangewezen omdat 'ziek word je, gezond leef je' laagdrempelig is, risicoloos en aanvaardbaar (Van den Broucke S., 2001).

Een goede verspreiding van affiches, brochures en folders voor publieke plaatsen en wachtkamers van onder andere de eerstelijns hulpverlening, is hier voor noodzakelijk. Ook de media, de mutualiteiten en de Logo's (lokaal gezondheidsoverleg) kunnen dergelijke informatie verspreiden.

In Groot-Brittannië werden al campagnes gevoerd om de verantwoordelijkheid van de bevolking voor de eigen geestelijke gezondheid te verhogen en de mantelzorg te bevorderen.

Verhogen van de bespreekbaarheid en het bevorderen van het vroegtijdig hulp zoeken bij alcohol- en drugsproblemen

Zelfmoordgedrag komt beduidend meer voor bij mensen met een verslavingsproblematiek dan bij de algemene bevolking. Het zelfmoordgedrag is vaak een rechtstreeks gevolg van de verslavingsproblematiek. Een aantal dynamieken die eigen zijn aan problematisch middelengebruik beïnvloeden dit suïcidaal proces.

Met deze strategie tracht men de signaalgevoeligheid bij de bevolking te verhogen. Men wil alcohol- en drugsproblemen meer bespreekbaar maken en de kennis van opvangmogelijkheden uitbreiden. De affiche- en foldercampagne moet gepaard gaan met deskundigheidsbevordering van directe hulpverleners (confer de module 'deskundigheidsbevordering' in deze brochure). Preventiestrategieën combineren heeft effect, zo blijkt uit vrij veel literatuur. Specifiek voor mediacampagnes is aangetoond dat een strategie meer succes heeft als de boodschap ondersteund wordt door interpersoonlijke communicatie. De meeste effectiviteitsstudies van mediacampagnes tonen echter geen gedragsverandering aan. Uitzondering wordt gemaakt voor eenvoudige en zeer specifieke handelingen (Meyer, 1980). Mediacampagnes kunnen wel het bewustzijn en de kennis van de doelgroep verhogen. Voorwaarden hiervoor zijn de herkenbaarheid van de problematiek en het gevoel van controle (het gevoel hebben er iets aan te kunnen doen) (Holder

en Treno, 1997). De geloofwaardigheid van de informatiebron bepaalt in hoge mate hoeveel effect de informatie sorteert. Artsen scoren hier het hoogst (Mavron, Nagel en Parker, 1990). Maar als men de respondenten vraagt van wie ze het meest geleerd hebben, vermelden ze artsen vrijwel niet. De verspreiding kan gebeuren via publieke plaatsen: gemeentehuizen, postkantoren, bibliotheken, apothekers en wachtplaatsen binnen de gezondheids- en welzijnssector (huisartsen, Openbare Centra Maatschappelijk Welzijn, hulpverleningscentra, stations, standplaatsen van openbaar vervoer en dergelijke).

Informatie over en destigmatisering van schizofrenie

Te veel schizofrene patiënten worden laattijdig herkend en vertonen een volledig ziektebeeld met een veel te lange onbehandelde psychose. Als men de psychose vroegtijdig herkent en de duur van de onbehandelde periode reduceert, kan men een prognostisch gunstig milieu creëren voor de patiënt. Op die manier vermindert de kans op zelfmoord.

Informatie over de tekens die de ziekte voorafgaan, kan ertoe bijdragen dat personen die een zeker risico lopen, vroeger een hulpverlener consulteren en dus sneller in de zorg geraken.

Lewis en anderen (1997) hebben aangetoond dat een populatiestrategie kan zorgen dat de suïcidaliteit bij deze groep sterk daalt. Een risicogroepstrategie boekt hier minder overtuigende resultaten. Jongeren van zeventien à achttien jaar vormen een specifieke doelgroep. Op die leeftijd ligt het risico om de aandoening te ontwikkelen, hoger dan tijdens andere ontwikkelingsstadia.

Men wil informatie verspreiden over schizofrenie, zorgen voor vroegtijdige herkenning van tekens die de ziekte voorafgaan en schizofrenie destigmatiseren. De informatie ten aanzien van de algemene bevolking kan via diverse media verspreid worden. Via de school kunnen we de zeventien- à achttien-jarigen bereiken.

Uitvoerders kunnen zijn: hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg, de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en ervaringsdeskundigen.

Een stripverhaal en CD (doelpubliek jongeren) werden reeds uitgewerkt en kunnen op grote schaal verspreid worden.

Bij het Noorse TIPS-project hoorde een informatie-campagne en werden detectieteams opgericht. Na dit project verwezen hulpverleners de patiënten sneller en accurater door. De cijfers waren prognostisch veel beter (Edwards et al, 2000).

Met de EPPIC-studie toonden McGorry en anderen (1996) aan dat het grote publiek meer moet weten over psychotische stoornissen en dat de ziekte gedestigmatiseerd moet worden.

Een studie in Götland wees uit dat zelfmoord met 20 à 48% afnam na een opvoedingsprogramma met betrekking tot depressie (Gunnar en Frankel, 1994).

Taylor en anderen (1997) vergeleken dergelijke programma's in verschillende landen en wezen erop dat informatiestrategieën om schizofrenie te destigmatiseren moeten samengaan met andere preventiestrategieën. Globaal blijkt een informatieprogramma zeker de basis te zijn voor een ernstig beleid voor schizofrenie en suïcidaliteitsdaling.

Richtlijnen voor de media met betrekking tot berichtgeving over zelfmoord

Media hebben een significante impact op ons gedrag. Het is evident dat het aantal zelfmoorden kan toenemen als de media meer over zelfmoord rapporteren. Vooral mensen die al een verhoogd risico met zich meedragen, zijn vatbaar voor zelfmoordberichten. Daarom wil men richtlijnen opmaken en verspreiden.

Deze richtlijnen beschrijven hoe de media kunnen berichten over zelfmoord en zelfbeschadigend

gedrag en hoe ze de preventieve mogelijkheden onder de aandacht kunnen brengen, zonder de kans op imitatie de hoogte in te jagen.

Hierbij treden verschillende aandachtspunten op de voorgrond. Ten eerste moeten de media aandacht hebben voor de frequentie en de wijze waarop ze een bepaalde zelfmoord rapporteren. Ze moeten ook beseffen welke verantwoordelijkheid ze dragen en inzien dat het gevaar voor imitatie bestaat. Verder moeten zij sensatie vermijden, net zoals stereotype beeldvorming, positieve bekrachtiging, simplistische uitleg en het beschrijven van methodes en details. Het publiek moet bewuster gemaakt worden van het verband tussen zelfmoord en (behandelbare) psychiatrische problematiek. Als de media meer aandacht schenken aan positieve rolmodellen en behandelingsmogelijkheden, dragen ze hiertoe bij. Ten slotte is het belangrijk dat de media hulpverleningsmogelijkheden en contactadressen aanreiken.

Met deze strategie wil men voornamelijk journalisten en filmmakers bereiken, maar ook professionele hulpverleners die met de media omgaan en mensen die een opleiding volgen voor deze beroepen.

Via de beroepsorganisaties van journalisten en filmmakers, via de deontologische commissie van media-ethiek, via opleidingen tot deze beroepen, via verenigingen van uitgevers, via de Vlaamse TV-maatschappijen en via professionele verenigingen van hulpverleners, kunnen gesprekken hierover gestart worden en workshops georganiseerd. De media kan deze inspanningen rapporteren en reacties van diverse verantwoordelijken weergeven.

De verantwoordelijke minister bevoegd voor Media kan hieraan meewerken.

Schmidtke en Schaller (2000) tonen in een overzichtsartikel aan dat zelfmoordenaars een bepaalde methode minder gebruiken als de media minder

aandacht besteden aan die methode. Mogelijk heeft dit een positief effect op de mate waarin zelfmoord in het algemeen voorkomt.

Algemeen kan men stellen dat informatiecampagnes over zelfmoord, depressie, geestelijke gezondheid en risicofactoren een voldoende lang tijdspectief moeten hebben. Ad hoc campagnes zullen weinig effect sorteren. Enkel een volgehouden informatiestrategie kan op termijn vruchten afwerpen.

Elk van de hiervoor vermelde projectconcepten vraagt een verdere uitwerking van concrete doelstellingen en operationalisering. Hiervoor kan men zich baseren op een doorgedreven literatuurstudie en contacten met het werkveld. De keuzes die gemaakt worden bij de verdere projectontwikkeling, zullen de kosten bepalen. Deze laatste omvatten niet enkel de verspreidingskosten maar ook de ontwikkelingskosten van de geselecteerde informatiedragers.

((Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP PUBLIEKSINFORMATIE

Professor Lea Maes, professor gezondheids promotie aan de Universiteit van Gent, presenteert verschillende strategieën over publieksinformatie.

Professor Jan Van den Bulck, diensthoofd van het Centrum voor Publieksonderzoek, geeft een aantal aanvullende en kritische beschouwingen mee.

Siel Vanderdonckt, journaliste bij de VRT, vervult de rol van moderator.

Inleidende beschouwing

Grosso modo bestaat binnen deze werkgroep eensgezindheid over het nut van informatieverstrekking aan de bevolking. De bespreking had vooral betrekking op het voorstel 'bewustwordingscampagne ten aanzien van zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen', maar veel van deze opmerkingen zijn toepasselijk op de andere projectvoorstellen. Er vond een rustige, constructieve discussie plaats, die resulteerde in een aantal interessante tips voor de verdere concrete uitwerking van deze basistekst.

Bespreking van de voorgestelde preventiestrategieën

Bewustwordingscampagne ten aanzien van zelfmoord, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen

• De media als instrument

Alhoewel massamediale verspreiding van informatie slechts een deelaspect is van de voorgestelde projecten, ging in de bespreking zeer veel aandacht uit naar de massamedia als instrument.

Deze sector wordt gestuurd door een aantal heel eigen, redactionele én commerciële *wetmatigheden*, waardoor men er als overheid of als drukingsgroep *weinig invloed* op kan uitoefenen. Het medium televisie bijvoorbeeld wordt, tot frustratie van velen, steeds meer gedirigeerd door de wet van de *kijkcijfers*; kijkcijfers die daarenboven geen exacte weergave zijn van het kijkgedrag van de gehele bevolking aangezien ze gebaseerd zijn

op een steekproef. In informatie- en duidingsprogramma's dienen onderwerpen zich aan in functie van de actualiteit en worden ze slechts behandeld wanneer ze gevoelig liggen bij het publiek. Zo kan een onderwerp gedurende weken 'in' zijn om daarna weer maanden 'uit' te zijn. Er is niet echt sprake van het bewust doodzwijgen van een aantal thema's, alhoewel in de media dezelfde trends gelden als in de maatschappij, waardoor zogenaamde gevoelige onderwerpen niet in de schijnwerper geplaatst worden.

Een andere, evenmin toe te juichen trend, is een evolutie in de wijze van informatieverstrekking naar steeds *snellere en kortere berichtgeving*. Er worden hapklare brokken gepresenteerd met bijgevolg een verlies aan diepgang en duiding.

Dit zijn spijtige evoluties, die men de media echter moeilijk kan verwijten gezien ze het publiek voor-schotelen waar het naar vraagt. Het heeft weinig zin duidingsprogramma's uit te zenden waar uiteindelijk niemand naar kijkt, behalve een kleine groep reeds overtuigden.

Misschien is het verstandiger zich niet toe te spitsen op duiding maar eerder te opteren voor de introductie van een aantal geestelijke gezondheidsthema's in ontspanningsprogramma's waar een breed publiek voor bestaat. Men heeft de indruk dat dit een behoorlijke impact heeft op de attitude van de man in de straat ten aanzien van geestelijke gezondheid. De scenarioschrijvers van deze programma's zijn zich trouwens zeer bewust van deze impact en documenteren zich daarom ook over de opgevoerde onderwerpen.

• Voorbereiding en implementatie

Er bestaat ongetwijfeld een grote *nood* aan een *zeer grondige* voorbereiding van informatiecampagnes en dit omwille van verschillende aspecten eigen aan publieksinformatie.

Net zo min als men erin slaagt de media te controleren kan men de reactie van het publiek voorspellen: uit wetenschappelijk onderzoek blijkt duidelijk dat er een afstand bestaat tussen de verstrekte informatie enerzijds en de mogelijke interpretatie en gedragsverandering van de doelgroep anderzijds, vooral wanneer het kwetsbare doelgroepen betreft. Communicatiebureaus gaan bij de ontwikkeling van campagnes vaak uit van hun eigen standpunt, terwijl vooral de kwetsbare doelgroepen de boodschap wel eens anders interpreteren dan bedoeld werd.

Een grondige voorbereiding van publiekscampagnes is dus belangrijk om deze mogelijk negatieve neveneffecten te vermijden. Dit kan door zich te verdiepen in bestaande theorieën over de voorbereiding en het onderbouwen van informatiecampagnes, door deze ideeën en boodschappen uit te testen en door na te gaan hoe de bevolking omgaat met een bepaalde manier van informatieverspreiding.

Met het oog op een *succesvolle implementatie* moet men in de voorbereidende fase voldoende aandacht besteden aan gecoördineerd sector- en netwerkoverschrijdend overleg.

Depressie, suïcide en andere geestelijke gezondheidsproblemen kan men niet onderbrengen in één hokje, ze raken immers aan verschillende domeinen. Het huidige preventieve en hulpverleningsaanbod wordt gekenmerkt door een verregaande versnippering, waarbij niet alleen de man in de straat, maar ook hulpverleners zelf het bos door de bomen niet meer zien. Al te vaak werden in het verleden campagnes ontwikkeld waarbij elke organisatie geïsoleerd zijn ding deed, met een resem geïsoleerde campagnes – eventueel zelfs met tegenstrijdige boodschappen – als gevolg.

In het veld is reeds heel wat ervaring en knowhow opgebouwd waarop men zich kan baseren. Overleg met partners vanuit verschillende sectoren is dus een must. Met partners bedoelen we hier niet alleen hulpverleners van allerlei slag, maar eveneens patiënten. Het betrekken van patiënten in de ontwikkeling en uitvoering van bewustwordingscampagnes blijkt een belangrijke factor te zijn in het al dan niet beklijven van de boodschap bij het publiek.

• Concrete inhoud

In een bewustwordingscampagne moet niet alleen informatie over het ziektebeeld zelf, maar ook over hulpverlening verstrekt worden.

Betreffende het *ziektebeeld* heeft het weergeven van de pure feiten reeds een destigmatiserend effect. Vele mensen beseffen niet dat depressie een veel voorkomend probleem is. Het is belangrijk dit over te brengen, gezien iets dat op grote schaal voorkomt heel anders bekeken wordt dan een zeldzaam fenomeen. Tevens is het nuttig te benadrukken dat depressie voorkomt bij heel brede lagen van de bevolking en diverse oorzaken heeft, waarbij onder andere de omgeving een niet onbelangrijke rol speelt. Door de beschrijving van de symptomen ten slotte geeft men de bevolking de mogelijkheid depressie bij zichzelf en anderen in hun omgeving te herkennen.

Daarnaast dient ook voldoende aandacht besteed te worden aan informatie over *toepasselijke hulp-*

verlening. Een niet te verwaarlozen deel van de bevolking weet niet wat een psycholoog of psychiater is en weet niet van het bestaan van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg af. Maar ook in de zorgsector zelf bestaat bij vele hulpverleners een lacune in hun kennis over de verschillende types hulpverlening. Vele artsen bijvoorbeeld hebben geen theoretische kennis over psychotherapie, terwijl ze toch in staat moeten zijn door te verwijzen naar een geschikt type hulpverlener en informatie te verschaffen aan hun patiënt. Er moet dus dringend werk gemaakt worden van informatieverbreiding over de sector, niet alleen naar het publiek toe, maar eveneens binnen de sector zelf.

• Doelgroepen

Terwijl een meerderheid voorstander is van een campagne gericht naar de *gehele bevolking*, waar- schuwen enkelen voor 'overshooting' en suggereren ze eerder informatie te verstrekken aan een aantal *specifieke doelgroepen*. Een mogelijk negatief neveneffect van informatieverstrekking is namelijk het induceren van symptomen bij bepaalde mensen, louter door deze te beschrijven. Omwille van die reden, zo merkt men op, zou men deze informatieverstrekking trouwens beter beperken tot de groep van hulpverleners: het is hun taak, en niet die van de bevolking, depressie beter te detecteren.

Alleszins dient een publiekscampagne aangepast te zijn aan en begrijpelijk te zijn voor verschillende mogelijke doelgroepen. Ook minderheidsgroepen behoren tot het beoogde publiek en maar al te vaak is de boodschap niet aan hen aangepast.

• Wetenschappelijke evidentie en effectiviteit

Een aantal twijfelt aan de haalbaarheid van destigmatisering van psychische problematiek, alhoewel de effectiviteit van deze publiekscampagnes wetenschappelijk aangetoond is.

Voor depressie betreft deze effectiviteit het destigmatiserend effect. Het effect bij de andere problematieken is bescheidener en beoogt voornamelijk

het bespreekbaar stellen (voorbeelden van gehanteerde effectmaten zijn: zeggen mensen nu gemakkelijker met een huisarts te kunnen praten over depressieve symptomen, hoe staan ze ten aanzien van medicatie bij depressie...). Hopelijk leiden dergelijke campagnes op termijn wel tot een breed maatschappelijk debat over geestelijke gezondheid en over de balans tussen welvaart en welzijn. Of een dergelijke campagne effectief zal leiden tot een verminderde prevalentie van depressie is momenteel nog koffiedik kijken. In de beginfase zal men zelfs eerder een toename noteren omwille van de toegenomen herkenning van het ziektebeeld. Op langere termijn zal het thema alleszins meer bespreekbaar zijn en zal vermoedelijk een grotere proportie van de depressieve populatie de juiste behandeling krijgen.

• Samenhang met andere preventiestrategieën en hulpverlening

De verschillende strategieën, voorgesteld in verschillende werkgroepen, worden omwille van de inzichtelijkheid afzonderlijk besproken, maar het is evident dat er een onderlinge *samenhang* bestaat tussen een aantal van hen.

Zo kan publieksinformatie niet los gezien worden van *deskundigheidsbevordering*. De kennis over geestelijke gezondheidsproblemen is onder andere bij een aantal artsen voor verbetering vatbaar. Deze vorming moet hen in staat stellen depressie beter te detecteren, door te verwijzen en te behandelen. Daarnaast treden artsen ook op als zogenaamde 'intermediairen' en moeten ze patiënten kunnen begeleiden in het interpreteren van hun verstrekte informatie. Ook andere hulpverleners spelen een belangrijke rol en dienen gevormd te worden om deze naar behoren te vervullen: thuisverpleegkundigen, gezinshelpsters...

Ook preventie en *hulpverlening* gaan hand in hand. Een geslaagde publiekscampagne leidt tot een toegenomen hulpvraag. We bevinden ons in een paradoxale situatie: enerzijds is dit het gewenste effect, anderzijds bestaat er een aantal knelpunten die

adequate hulpverlening mogelijk problematisch maken.

De geestelijke gezondheidszorgsector heeft namelijk te kampen met een capaciteitstekort en wachtlijsten, wat zowel voor hulpvrager als voor hulpverlener zeer ontmoedigend is. Eventueel zou men deze toegenomen hulpvraag – toch minstens gedeeltelijk – kunnen opvangen door verwijzing naar hulplijnen en eerstelijnsgezondheidszorg. Deze crisislijnen zijn trouwens onvoldoende bekend bij artsen en ook aan dit euvel dient verholpen te worden.

Er gaan stemmen op die pleiten voor een opwaardering van de geestelijke gezondheidszorgsector, en dit zowel wat de toegekende middelen betreft als de aandacht voor dit thema in de opleiding van onder andere artsen.

Ziek word je, gezond doe je

Het project 'ziek word je, gezond doe je', afkomstig uit Engeland, bestaat uit een tiental tekeningen en pictogrammen met positieve slogans, zoals bijvoorbeeld 'accepting yourself', 'do something nice'... In deze benadering staat de 'empowermentgedachte' centraal. Men wil mensen controle leren verwerven op het eigen leven, onder andere door het promoten van een gezonde leefwijze, waardoor ze beter beschermd zouden zijn tegen ontwikkeling van depressie.

Een dergelijke aanpak is een slimme invalshoek en vormt een tegengewicht voor de huidige trend in onze samenleving, waar ziekte een centrale rol inneemt. Deze strategie kan potentieel een enorme impact hebben, maar bij de concrete invulling hiervan moet men zich toch wel hoeden voor een aantal valkuilen. Hoe kan men mensen namelijk positief laten nadenken over dit soort dingen zonder ook over de risico's te spreken, zonder ze op ideeën te brengen waar ze zelf nog niet aan gedacht hadden? Misschien is ook een meer globale waarschuwing hier op zijn plaats ten aanzien van het thema gezondheid op zich. In bepaalde media wordt dit

thema fel bespeeld en sommige mensen worden hierdoor dermate beïnvloed dat ze op een maniakale manier omgaan met alles wat met gezondheid te maken heeft.

Ten slotte wordt voorgesteld in deze strategie extra aandacht te verlenen aan de sociale omgeving. Deze speelt een belangrijke rol in het ondersteunen van (potentieel) depressieve personen. Bovendien lopen deze mensen het risico op lange termijn mee in die depressie te tuimelen en dient hun kwaliteit van leven toch ook wel bewaakt te worden. Er bestaat inderdaad een samenhang tussen een aantal maatschappelijke en economische trends en het voorkomen van depressie en suicide. De sociale omgeving is belangrijk en komt effectief niet rechtstreeks aan bod in de voorgestelde strategieën. Het is de moeite waard een denktank op te richten, die zich zou buigen over mogelijkheden ter beïnvloeding op lange termijn van een aantal maatschappelijke trends. De teloorgang van de sociale cohesie en manieren om deze terug op te bouwen zijn thema's die daar zeker aan bod moeten komen.

Verhogen van de bespreekbaarheid en het bevorderen van het vroegtijdig hulp zoeken bij alcohol- en drugsproblemen

Over deze thematiek krijgt de bevolking tegenstrijdige berichtgeving via de media. Bepaalde acties van de overheid bijvoorbeeld schijnen tegenstrijdig te zijn met medische informatie gepubliceerd in onder andere kranten.

In dat kader kan men zich de vraag stellen hoeveel geloof men mag hechten aan zogenaamde wetenschappelijke en medische informatie in de kranten, waarbij een klein onderzoek soms in titels wordt opgeblazen tot fundamentele beschouwingen over gezondheid en ziekte.

In dit projectvoorstel werd expliciet het belang benadrukt van de noodzaak om 'intermediären' in te schakelen in informatiecampagnes.

Informatieverwerking gebeurt namelijk in twee stappen: na het krijgen van informatie gaan mensen op zoek naar hulp voor de interpretatie hiervan. De zogenaamde intermediairen in dit proces zijn voornamelijk hulpverleners. Het is evident dat deze betrokken dienen te worden in de voorbereiding van informatiecampagnes, zodat zij adequaat kunnen inspelen op een toestroom van vragen. Er gaat een heel proces vooraf aan dergelijke campagnes, waar verschillende facetten op elkaar moeten worden afgestemd en een geïntegreerde langetermijnvisie noodzakelijk is.

Informatie over en destigmatisering van schizofrenie

Over schizofrenen bestaan hardnekkige stereotypen in de media. Vaak worden ze voorgesteld als moordenaars, maniakken... Het is dus zeker een punt van aandacht de media hierop te wijzen en te trachten hierin verandering te brengen. Ook hier zijn er echter een aantal hinderpalen waardoor dit niet evident lijkt.

De negatieve stereotypering gebeurt vooral in fictie, vaak aangekocht uit het buitenland en is dus per definitie moeilijk te beïnvloeden.

Bovendien is het eigen aan berichtgeving dat het negatieve sneller nieuws is dan het positieve. Kan men het maken de media te vragen het negatieve, het fundament dus van hun werkwijze, te negeren?

Richtlijnen voor de media met betrekking tot berichtgeving over zelfmoord

De media kwamen reeds zijdelings ter sprake als instrument in het voeren van publiekscampagnes betreffende geestelijke gezondheidsthema's. In dit project zijn ze zelf het onderwerp van een strategie ter preventie van suïcide. De media zijn namelijk meer dan een doorgeefluik van informatie, maar ze willen dit niet steeds geweten hebben. Het is dus niet alleen belangrijk overleg te organiseren met vertegenwoordigers van deze sector, maar tevens dient men na te denken over een manier om deze mensen te overtuigen.

Deze richtlijnen naar de media zijn geen inperking van de vrije meningsuiting. Men wil de media niet beletten te *rapporteren over zelfmoorden*, wel wil men dat dit op een bepaalde manier gebeurt gezien sensationele berichtgeving in het kader van zelfdoding een bewezen schadelijk effect heeft. Concreet kan men deze richtlijnen implementeren op verschillende manieren.

Sommigen zijn voorstander van een dialoog vanuit het standpunt dat journalisten een ethische code volgen en dus vast en zeker begrip hebben voor deze instructies. In het kader van de werkgroep 'Verder' van nabestaanden bijvoorbeeld bestaat reeds een dergelijke samenwerking, die door beide partijen als positief ervaren wordt.

Anderen pleiten eerder voor het invoeren van een wettelijk kader bij slechte verslaggeving over zelfdoding. Toch kan men een aantal vraagtekens plaatsen bij het bestaan van een rechtsgrond van dergelijke wetgeving. Om bepaalde berichtgeving te kunnen verbieden dient er namelijk een duidelijk causaal verband te bestaan met een toename van het aantal suïcides. Deze impact is duidelijk aangetoond voor de suïcide van een aantal bekende personen die veel aandacht gekregen hebben in de pers. Dit is echter minder duidelijk voor een heel aantal andere incidenten waarover af en toe in de media gerapporteerd wordt. Het is niet steeds mogelijk te voorspellen wat juist een bepaald iemand aanzet tot suïcide. Dit kunnen dingen zijn die voor een buitenstaander redelijk onschuldig lijken en die dus per definitie onvoorspelbaar zijn. Indien men met media wil omgaan op een regulerende, sturende manier zal dit vermoedelijk niet van een leien dakje lopen. Het riskeert een lange strijd te worden, waarbij men zich niet blind mag staren op evenementen maar een beleid op lange termijn dient na te streven. Een mogelijke suggestie in dit kader is het introduceren van een soort 'waakhond' voor de media, naar het voorbeeld van de vereniging 'watchdog' in de Verenigde Staten. Dit zijn mensen die de reclame in het oog houden en een soort officieel protest formuleren wanneer bepaalde dingen niet door de beugel kunnen.

Dit werkt vrij goed omdat het gebaseerd is op een van de principes van de media: dat van woord en tegenwoord. Het gaat hier eerder om een begeleidend dan om een sturend proces gezien op elke reactie weer een tegenreactie kan volgen.

In dit kader worden ook een aantal bedenkingen geformuleerd bij het bestaan van bepaalde *boeken en internetsites over suicide*, zoals bijvoorbeeld handleidingen voor het plegen van suicide, waarbij men zich afvraagt of de overheid haar burgers niet dient te beschermen door deze te verbieden. In zekere zin is hier reeds een wettelijk kader voorhanden: indien namelijk duidelijk aangetoond kan worden dat dergelijke handleidingen aanzetten tot suicide, gaat het om een strafbaar feit en is het aan de rechtbanken om op te treden.

Over internet heeft men echter bitter weinig controle en stelt zich bovendien de vraag naar opportuniteit van een repressief optreden. Er bestaat vermoedelijk geen betere manier om iets aantrekkelijk te maken dan het te verbieden.

Tot slot wordt voorgesteld om – naast het eerder verbiedende aspect – ook positieve richtlijnen mee te geven aan de media, zoals bijvoorbeeld het bekrachtigen van positieve rolmodellen vanuit de sociale omgeving. Indien er globale richtlijnen en kaders gegeven worden, kan de positieve en bekrachtigende context centraler gesteld worden naast het verbiedende aspect.

Conclusies

Er bestaat consensus over het nut van publieksinformatie – zowel betreffende ziekte en symptomen als betreffende een eerder positieve invalshoek (ziek word je, gezond doe je) – en mediarijntlijnen in het kader van preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. De voorgestelde tekst is een valabel uitgangspunt, maar bij de verdere uitwerking dient voldoende aandacht besteed te worden aan een aantal suggesties.

Publiekscampagnes vragen een zeer degelijke voorbereiding, onder andere omwille van de bestaande kloof tussen informatie enerzijds en interpretatie en gedragsverandering, anderzijds. Hiervoor is een gecoördineerd, sector- en netwerkoverschrijdend overleg noodzakelijk, waarbij beroep gedaan wordt op de reeds opgebouwde expertise van het veld. Gezien de media een cruciale rol spelen in deze informatieverbreiding, moet de nodige tijd en zorg besteed worden aan onderhandelingen met vertegenwoordigers van deze sector.

Publieksinformatie kan men niet los zien van deskundigheidsbevordering van zorgverstrekkers en organisatie van hulpverlening. Een geslaagde informatiecampagne heeft namelijk een toegenomen hulpvraag tot gevolg. Zorgverstrekkers moeten adequaat informatie kunnen verstrekken, psychische problematiek diagnosticeren, doorverwijzen en behandelen. Organisatorisch zijn een capaciteitstekort en wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorgsector knelpunten.



PREVENTIE BIJ KINDEREN EN JONGEREN

dokter Dirk Dewolf en Mieke Mieviss

Inleiding

In de eerste achttien jaren van hun leven ontwikkelen kinderen en jongeren ontzettend snel, zowel op cognitief, emotioneel, seksueel als affectief vlak. Externe en interne factoren zorgen ervoor dat die evolutie op ieder vlak en op elk moment fout kan lopen. Een foute ontwikkeling tijdens de kindertijd kan grote gevolgen hebben als het kind volwassen is. Zo liggen hechtingsmoeilijkheden bij jongeren (emotionele ontwikke-

ling) vaak aan de basis van latere emotionele problemen. Ook verstoringen in de affectieve en cognitieve ontwikkeling van het kind houden risico's in voor het psychisch welzijn van de volwassene. Tijdens de adolescentie beïnvloedt het milieu de psychische groei nog meer dan tijdens andere ontwikkelingsstadia. De omgeving bepaalt namelijk in sterk mate de persoonlijke waardeschaal en het psychische welzijn van de jongere.

Geselecteerde strategieën en onderzoeksprojecten

Na grondige weging koos de stuurgroep vier preventiestrategieën voor kinderen en jongeren. Daarnaast weerhield de stuurgroep een onderzoek voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP). Hieronder stellen we de geselecteerde strategieën en het KOPP-onderzoek voor. We plaatsen de gekozen strategieën naast elkaar, zonder uit het oog te verliezen dat sommige strategieën ook in elkaar passen.

FAST Track-project

• Een project van vijf universiteiten

In de VS werken een vijftal universiteiten intensief samen bij de ontwikkeling van 'FAST Track', een uitgebreid en veelzijdig interventieprogramma dat zich toespitst op jonge kinderen. FAST Track wil ernstige en langdurige gedragsproblemen voorkomen bij jonge kinderen met een potentieel zorgwekkende ontwikkeling. FAST Track kan worden inge-

zet in risicosituaties, bijvoorbeeld bij kinderen uit 'multiproblem-gezinnen'. Kinderen die op school of thuis gedragsproblemen vertonen, worden geselecteerd. Of die gedragsproblemen gericht zijn op de buitenwereld (geëxternaliseerd) of op zichzelf (geïnternaliseerd), doet er niet toe.

Gedurende de basisschoolperiode wordt een intensief begeleidingsprogramma ingezet. Hierbij is er aandacht voor de kinderen én voor hun ouders. Via training en thuisbegeleiding is het programma in de eerste plaats op de ouders gericht. Daarvoor kan bijvoorbeeld een beroep gedaan worden op het 'Opvoeden zo' programma (confer infra, 2.2.). Met het kind werkt men op drie vlakken: men traint de sociale vaardigheid van het kind, men ondersteunt de schoolse activiteiten en men past een interventieprogramma toe dat de geïdentificeerde gedragsproblemen aanpakt. Bepaalde scholen bieden al een specifieke training aan die erop gericht is emoties en belevingen te onderkennen en te uiten. 'Zippy's friends' kan naar voor geschoven worden als een wetenschappelijk geëvalueerde



methodiek waarmee men deze doelstelling probeert te bereiken bij zesjarigen. Het interventieprogramma dat gebruikt wordt in het geval van risico op depressie en zelfmoord heet het 'Penn Prevention Program' (PPP).

• **Het Penn Prevention Program: cognitieve technieken en discussies**

Het Penn Prevention Program bestaat uit een cognitieve en een sociaal probleemoplossende component, de zogenaamde POP- en PEP-programma's. POP en PEP zijn kortdurende interventies (twaalf sessies van twee uur) waarbij de kinderen of jongeren worden opgesplitst in groepen van acht tot tien personen. Leerkrachten of hulpverleners die werden getraind door de ontwerpers van de interventies, leiden de programma's.

In het 'Penn Optimism Program' (POP-programma) brengen de begeleiders de kinderen cognitieve technieken bij. De kinderen leren negatieve overtuigingen en interpretatieve stijlen te identificeren en een bewijs te vinden voor en tegen de negatieve overtuigingen. Ze leren alternatieve (realistische) interpretaties te genereren voor problemen. De deelnemers maken zich ook technieken eigen die hen in staat moeten stellen assertief op te treden, te onderhandelen, te relaxeren en onderbouwde beslissingen te nemen.

In het 'Penn Enhancement Program' (PEP-programma) staat discussie centraal. De kinderen of jongeren praten over een waaier van onderwerpen die verband houden met interpersoonlijke relaties. Welke doelen stel je voorop in je relaties? Hoe identificeer je bepaalde waarden? Wat zijn de gronden voor zelfwaardering? Hoe ga je vriendschappen aan? Hoe ga je om met de druk van leeftijdsgenoten?

De ontwerpers van het Penn Prevention Program gaan ervan uit dat de ontwikkeling van probleemgedrag enkel vermeden kan worden als je je toespitst op het kind én op zijn omgeving. Om een langdurig effect te bereiken, moeten in diverse con-

texten (gezin, school en dergelijke) concrete vaardigheden intensief aangeleerd worden aan zowel de kinderen als aan hun ouders, leerkrachten en andere beroepsopvoeders.

• **Wie kunnen we bereiken en welke resultaten kunnen we verwachten?**

Het FAST Track-project is er voor kinderen en jongeren uit het basis- en lager secundair onderwijs die vatbaar zijn voor depressie en/of zelfmoord. Als we aannemen dat 10 à 20% van de betrokken gezinnen en scholen mee wil werken, betekent dat dat we ongeveer 5000 tot 20000 kinderen en jongeren effectief kunnen bereiken. Daarvoor zijn opgeleide leerkrachten uit het gewoon en buitengewoon basisonderwijs nodig, net zoals beroepsopvoeders uit instellingen van de gehandicaptenzorg en de bijzondere jeugdbijstand, en medewerkers van Kind&Gezin en van de Centra voor Leerlingenbegeleiding.

De resultaten van het interventieprogramma waren opmerkelijk. De leerlingen uit de experimentele groepen interpreteerden gebeurtenissen op een positievere manier en ondervonden dat hun depressieve symptomen afnamen. Ze werden zes maanden opgevolgd en de effecten bleven behouden. De afname van depressiesymptomen was het grootst bij die kinderen die het grootste risico liepen op een depressie.

Een evaluatieonderzoek bij drie cohorten en met controlegroepen bracht verschillende positieve effecten van het FAST Track-project aan het licht. Ouders en leerkrachten merkten dat de kinderen beter konden omgaan met leeftijdsgenoten en volwassenen. Hun gedrag in de klas ging erop vooruit: de kinderen waren minder agressief, storend en vijandig. Niet alleen de kinderen veranderden, ook hun ouders hadden bijgeleerd. Fysieke straffen moesten plaats ruimen voor meer adequate opvoedingsmethoden. De moeders bleken warmer en meer betrokken bij de kinderen en hun schoolactiviteiten.

Kinderen uit de FAST Track-klassen duiden minder medeleerlingen aan als agressief. Ze hielden van meer medeleerlingen en haatten er minder. Verrassend genoeg werden de effecten van het preventieprogramma groter nadat het interventieprogramma beëindigd was. De auteurs besluiten dat psychische immunisatie tegen depressie mogelijk is. Het volstaat prepuberale kinderen een aantal cognitieve en sociale vaardigheden aan te leren. Omdat depressies effectief vermeden worden, bestaat er een goede verhouding tussen de kosten van de preventiestrategie en de baten ervan.

Er doemen natuurlijk een aantal hinderpalen op. Zo kunnen betrokken instellingen weerstand bieden als ze vrezen dat de interventie de draaglast (alweer) de hoogte injaagt. Om deze vrees te ondermijnen, zal de adoptiefase in de implementatie van het grootste belang zijn. Van in het begin moeten de uitvoerende individuen, groepen en organisaties voldoende gemotiveerd worden om actief te participeren. Daarom test men het concept best eerst op kleinere schaal uit, vooraleer men het invoert in het onderwijslandschap. Als men de slaagkans wil verhogen, moet een top-down implementatiestrategie zoveel mogelijk vermeden worden.

'Opvoeden zo'

Dit project vormt een onderdeel van het FAST Track-project. Het is gebaseerd op de Sociale Leertheorie en het 'modeling-principe': gedrag van het kind is aangeleerd en kan nog altijd worden aangeleerd. Door de ouderlijke competentie te versterken en het sociaal netwerk van de ouders uit te breiden, wil men de fysieke en mentale gezondheid van kinderen verbeteren. Ouders leren competentier omgaan met de gewenste en ongewenste gedragingen van hun kinderen.

'Opvoeden zo' bestaat uit een trainingsprogramma voor ouders dat gegeven wordt door (para)professionelen (leerkrachten, artsen of verplegers) die zich in de onmiddellijke omgeving van de ouders bevinden. Video's met simulaties van ouderlijke situaties

worden in groep besproken. De ouders krijgen thuisopdrachten zodat ze de aangeleerde vaardigheden thuis kunnen oefenen. De (para)professionelen krijgen een training. Ze leren bijeenkomsten leiden en de video en brochures gebruiken. Om bepaalde bevolkingsgroepen beter te kunnen bereiken, werden de video en brochures vertaald.

'Opvoeden zo' is er voor ouders van kinderen tussen drie en twaalf jaar. Die doelgroep werd gekozen omdat een hechte ouder-kindrelatie een van de belangrijkste beschermende omgevingsfactoren is (Hakim-Larson en Essau). Een kind dat zich gesteund voelt door de belangrijkste mensen uit zijn omgeving loopt minder risico op het ontwikkelen van een depressie. Het is belangrijk dat een ouder leert kijken naar de signalen van het kind, dat hij die juist interpreteert en er adequaat op reageert. Daarnaast moet het kind voldoende keuzevrijheid krijgen, terwijl ouders wel duidelijke regels moeten opstellen en die consequent moeten toepassen.

De omvang van de doelgroep is groot. Tijdens het schooljaar 2000-2001 waren 691 880 kinderen ingeschreven in het lager en kleuteronderwijs. Daarvan volgden 238 881 kleuters en 409 323 lagere schoolkinderen het reguliere onderwijs. 1701 kleuters en 26 212 lagere schoolkinderen zaten in het buitengewoon onderwijs.

In hoeverre ouders bereid zullen zijn om mee te werken zal voornamelijk afhangen van de inzet en het enthousiasme van de uitvoerders. Er is dus een belangrijke taak weggelegd voor leerkrachten, huisartsen, Kind&Gezin-medewerkers, diensten voor thuiszorg en dergelijke. Ook hier kan de (toenemende) draaglast voor de uitvoerders een hinderpaal zijn. Verder kan men de ouders niet verplichten om een oudercursus te volgen.

Onderzoek toont aan dat ouders de cursus positief ervaren en dat de aangeleerde vaardigheden tegemoet komen aan hun behoeften. Op het einde van de cursus gebruiken ze de vaardigheden meer dan

in het begin en kunnen ze het gedrag van hun kinderen beter beïnvloeden. Ze slaan en mishandelen hun kinderen minder en passen vaker alternatieve straffen toe. Ouders van vreemde origine bleken na het volgen van de cursus meer gemotiveerd en beter in staat om de ouderlijke taak uit te voeren. Ouders hebben meer controle over de opvoeding van de kinderen en reageren positiever en constructiever op hun gedrag.

Aangezien een goede hechting essentieel is als beschermende factor tegen depressie kan men ook hier van een goede kosten-batenverhouding spreken.

Jongeren en middelengebruik

Zelfmoordneigingen komen beduidend meer voor bij mensen met een verslavingsproblematiek. Een aantal bijkomende factoren beïnvloeden dat proces nog extra. Negatieve levensgebeurtenissen (echtscheiding, dood, verlies van werk, gezinsproblemen en dergelijke) zijn belangrijke determinanten in de stap tot zelfmoord. Het verslavingsprobleem werkt net heel wat van die gebeurtenissen in de hand. Wanneer middelengebruik daarbij gepaard gaat met eerdere zelfmoordneigingen of met andere psychiatrische problemen (co-morbiditeit), is het risico op zelfmoord nog groter. Vooral de samenhang met depressie of depressieve gevoelens is bijzonder groot.

Jongeren zijn een specifieke doelgroep. Adolescenten behoren tot een specifieke risicogroep omdat zij gevoeliger zijn voor de invloed van middelenmisbruik op bestaande psychopathologieën zoals depressie of angst. Ook qua leeftijd vormen zij een specifieke risicogroep voor zelfmoord.

Zelfmoord en alcohol- en drugsgebruik staan niet los van elkaar, al hebben de algemene drugspreventieprogramma's hiervoor weinig aandacht. Er zijn specifieke preventiestrategieën nodig die deze samenhang onder de aandacht brengen. De hieronder beschreven preventiestrategie is zo'n

gecombineerde strategie. Ze koppelt publieksinformatieverspreiding aan deskundigheidsbevordering bij een zeer ruime groep van intermediairen uit de gezondheids- en welzijnssector. Publieksinformatie nodigt mensen uit om te praten over alcoholgebruik, drugsgebruik en zelfmoord(gedachten). Ze spoort mensen ook aan om tijdig hulp te zoeken. Met de deskundigheidsbevordering wil men de telefoonbeantwoorders, huisartsen, hulpverleners in de algemene gezondheids- en welzijnssector en categoriale drugshulpverleners bereiken. Zij komen namelijk vaak in aanraking met jongeren.

Zowel de strategie rond de publieksinformatie als de deskundigheidsbevordering komen uitgebreid aan bod in andere delen van deze documentatiemap.

Vroegtijdige detectie en behandeling van eerste psychotische episode

Te veel schizofrene patiënten worden laatstijdig herkend. Het is belangrijk om de psychose vroegtijdig te herkennen en de DOP (Duur van de Onbehandelde Psychose) te reduceren. Door een prognostisch gunstig milieu voor de patiënt te creëren, vermindert het zelfmoordrisico. Dat kan zowel door een algemene informatiecampagne voor jongeren als door een deskundigheidsbevordering van intermediairen.

Hoewel het aantal schizofrenen ten opzichte van de totale bevolking erg klein is, ligt het percentage sterfte door zelfmoord binnen die groep erg hoog. Daarom is het zinvol om zich specifiek tot hen te richten.

Vroege detectie en behandeling van een eerste psychotische, schizofrene episode voorkomt dat de ontwikkeling van adolescenten en jongvolwassenen ingrijpend en langdurig gestoord wordt. De jongere kan zijn opleiding of professionele inschakeling aanhouden of uitbouwen, hij kan zich relationeel ontplooiën en wordt sociaal niet gemarginaliseerd. Als de jongere psychosociaal blijft functioneren en

normaal kan ontwikkelen, zal de aandoening geen gevangenis worden en zal hij zichzelf minder hulpeloos voelen. Hij zal niet zo makkelijk afglijden naar een psychiatrische en psychosociale context en dus minder blootstaan aan belangrijke risicofactoren voor zelfmoord.

Gezien een dergelijke campagne in een algemene zelfmoordpreventiecampagne kan worden ingebed, kan een lagere distributiekost verwacht worden. Anderzijds moet er een specifieke opleiding voorzien worden die extra kosten met zich meebrengt. Om blijvend effect te hebben, zouden de campagnes regelmatig herhaald moeten worden.

Onderzoek: Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (KOPP)

• Gevaren voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen en mogelijke oplossingen

Kinderen van ouders met een psychische storing, vormen zelf een specifieke risicogroep. Het KOPP-project wil de systematische preventieve aandacht voor deze kinderen op verschillende niveaus opdrijven. Tot op heden worden de gevolgen van de ouderpsychiatrische problematiek voor de kinderen nog te vaak over het hoofd gezien (Joossens et al, in: Tijdschrift voor Psychiatrie, 2002).

Sensibilisatie van hulpverleners uit eerste, tweede en derde lijn moet die systematische preventieve aandacht creëren en opdrijven. De hulpverleners moeten grondige informatie krijgen over de problematiek, de mogelijke gevolgen ervan en de interventiemogelijkheden. Instrumenten zijn hierbij onontbeerlijk. We denken dan aan ruime documentatie, screeningmethodes en adressenbestanden die men bij de hand kan nemen als men kinderen wil verwijzen naar gepaste hulpverlening.

Voor de gezinnen zijn brochures en voorlichtingsmateriaal voorzien. De hulpverleners verdelen dat materiaal onder de gezinnen en gebruiken het actief als instrument bij hun interventies. Ook het grote

publiek dient geïnformeerd te worden. Dat kan via massamediale voorlichting of door artikelen en rapporten te schrijven. Zo brengen we risicofactoren voor psychische problematiek onder de aandacht, doorbreken we het taboe en vergroot de sociale steun aan gezinnen. Dit komt ten goede aan de ouders die zich gestimuleerd en gesterkt zullen voelen in hun taak.

De doelgroep van dit project bestaat uit de hulpverleners van psychiatrische centra, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Algemeen Welzijn, Centra voor Leerlingenbegeleiding, psychiatrische thuiszorgdiensten en huisartsen. Zij hebben rechtstreeks contact met de psychisch zieke ouder. Zij kunnen dus een goede kijk hebben op de manier waarop de volwassen patiënt functioneert als ouder, op de gezinsdynamiek en op het functioneren van de kinderen.

Een groot aantal personen met psychische problemen komt nog steeds in een instelling terecht. Men gaat ervan uit dat gemiddeld 20% van de patiënten kinderen heeft die nog geen twintig jaar zijn. Dit project beoogt dus een grote doelgroep. Omdat steeds meer opgenomen moeders bevestigen dat zij ondersteuning nodig hebben, denkt men veel mensen te bereiken.

Kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek kunnen zelf met psychische moeilijkheden af te rekenen krijgen. Het KOPP-project wil dit voorkomen of milderen. De competentie van deze kinderen verhogen en de ouder-kindinteractie verbeteren, werken beschermend.

Meer sociale steun voor deze kinderen en voor het gezin waarin ze opgroeien, heeft een duidelijk positieve invloed. Bovendien mindert een goed georganiseerde vroegtijdige behandeling de psychische moeilijkheden bij KOPP-kinderen aanzienlijk.

De link tussen psychopathologie bij een ouder en de ontwikkeling van psychische en ontwikkelingsmoeilijkheden bij hun kinderen werd uitvoerig

onderzocht en beschreven. Van de betrokken kinderen ontwikkelt 30 à 70% zelf een psychische stoornis. Onderzoek toonde nochtans aan dat die stoornissen voornamelijk het resultaat zijn van gespannen opvoedingssituaties en niet op de eerste plaats erfelijk bepaald zijn. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of de hier voorgestelde methode resultaten oplevert als interventiemethode. Zo'n onderzoek ontbreekt tot nog toe geheel.

• De KOPP-referentiepersoon

De KOPP-problematiek aanpakken, vereist inspanningen op verscheidene niveaus. Elk zorgcircuit beschikt daarom over een KOPP-referentiepersoon. Binnen de diensten houdt deze referentiepersoon de aandacht voor de KOPP-problematiek levendig. Zijn kennis en ervaring zorgen ervoor dat hij advies kan verlenen bij moeilijke casussen.

De verschillende afdelingen en instellingen volgen een eigen, bestaande therapeutische visie. Als men de preventieve aandacht voor kinderen uitbouwt, moet deze hierbij aansluiten. Ook hier is een taak weggelegd voor de referentiepersoon. Deze kan meedenken over de manier waarop hulpverleners van individuele diensten aandacht voor de 'kinderen van' optimaal kunnen implementeren in hun werking.

Verder fungeert de referentiepersoon als aanspreekpunt voor de diensten en personen die in contact komen met het gezin. Waar dat nodig is, organiseert hij of zij een netwerk rond het gezin en zorgt hij of zij voor overleg met het gezin, de school en de verschillende zorgverstrekkers. De referentiepersoon is een laagdrempelig aanspreekpunt voor ouders, families en de betrokken kinderen en jongeren. Vooral ambulante zorgdiensten ervaren een grote drempel om psychiatrische centra te contacteren, omdat zij vaak niet weten wie zij in die centra kunnen aanspreken.

De referentiepersoon heeft bijgevolg een dubbele functie. Enerzijds sensibiliseert hij het personeel uit de gezondheidssector. Zo neemt de aandacht van

de hulpverleners voor de kinderen toe en kunnen zij ondersteunende diensten voorzien. Documentatie en ander ondersteunend materiaal krijgen ze van de referentiepersoon. Anderzijds is de referentiepersoon een duidelijk en makkelijk te vinden aanspreekpunt voor de verschillende belanghebbenden. Hij kan hen informeren, kan zorg(overleg) organiseren en de problemen opvolgen.

De referentiepersoon beschikt over een uitvalsbasis in een voorziening voor hulpverlening aan volwassenen. Daar zijn verschillende redenen voor. Om te kunnen werken met minderjarigen, moeten ouders hun toestemming geven en zelf willen meewerken. De gezinnen in kwestie zijn echter vaak erg gesloten. Contact met de hulpverlening biedt een unieke kans om die geslotenheid te doorbreken en met elk gezin een vertrouwensrelatie op te bouwen. Ten tweede is het noodzakelijk om de ouders te ondersteunen en te versterken in hun ouderrol. Samenwerking met de ouders is daarom onontbeerlijk.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP PREVENTIE BIJ KINDEREN EN JONGEREN

Dokter Leen Van Compernelle, kinder- en jeugdpsychiater in het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jozef te Pittem, stelt verschillende strategieën specifiek gericht op kinderen en jongeren voor. Peer Vander Kreeft, medewerker bij de Sleutel en reeds meer dan 15 jaar werkzaam in drugpreventie, formuleert een aantal kritische opmerkingen hieromtrent. De bespreking wordt gemodereerd door Goedele Wachters, journaliste bij de VRT.

Inleidende beschouwing

De discussie in deze werkgroep werd sterk gekleurd door een hele reeks verzuchtingen vanuit voornamelijk de onderwijssector. Deze hadden zowel betrekking op het traject van de gezondheidsconferentie als op inhoudelijke aspecten van de voorgestelde preventiestrategieën. Dit maakte dat er uiteindelijk weinig inhoudelijke discussie plaats vond over de concrete inhoud van de meeste voorgestelde strategieën.

Vragen en bedenkingen

De geformuleerde **vragen en bedenkingen** situeren zich op verschillende niveaus.

Het voortraject van de gezondheidsconferentie

In de eerste plaats was een aantal mensen het niet eens met het verloop van het **voortraject** van de gezondheidsconferentie.

Dit had enerzijds betrekking op de wijze waarop het traject van de gezondheidsconferentie opgevat werd, anderzijds weerspiegelde zich dat in een aantal algemene inhoudelijke verzuchtingen.

Een aantal groepen voelt zich *onvoldoende betrokken* bij de voorbereidende processen. Vanuit Similes bijvoorbeeld heeft men het gevoel dat deze gezondheidsconferentie georganiseerd werd over de hoofden van de mensen heen. De personen waarvoor de voorgestelde preventiestrategieën bestemd zijn, werden namelijk niet gehoord, terwijl

het net om hen gaat. Ook vertegenwoordigers van Tele-onthaal zijn misnoegd; ze voelen zich uitgesloten in de gehele besluitvorming.

Vanuit het panel repliceert men dat enige nuancering hier wel op zijn plaats is, gezien hulpverleners, die wél een centrale rol speelden in dit voortraject, slechts één belang voor ogen hebben, namelijk dat van hun patiënten. Bovendien is getracht vertegenwoordiging van patiënten en familieleden van patiënten te betrekken in de stuurgroep en werkgroepen, waar men ten dele in geslaagd is.

Anderen voelen zich enigszins *miskend* in hun *huidige inspanningen*. Er bestaan namelijk al heel wat initiatieven ter preventie van depressie en suïcide. Op school worden reeds een aantal jaren sociale vaardigheden aangeleerd met behulp van programma's zoals bijvoorbeeld de Axenroos en Leef-sleutels. Specifiek voor suïcidepreventie bestaat in

Vlaanderen het 'zelfmoordpreventieproject' van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Deze organiseren enerzijds vorming voor sleutelfiguren in de omgeving van jongeren, anderzijds helpen ze scholen met de ontwikkeling van een draaiboek voor het hanteren van crisissituaties. De organiserende overheid lijkt het warm water opnieuw te willen uitvinden, terwijl er al veel expertise bestaat en men hiervan geen of onvoldoende gebruik maakt.

Inhoudelijk ervaren sommigen een kloof tussen het geleverde voorbereidende werk en de concrete praktijk. In de eerste plaats voelt de concrete benadering namelijk te veel aan als een *top-down benadering*, als het beleid dat vanuit haar ivoren toren een aantal nieuwe taken oplegt aan het veld, en dit zonder rekening te houden met de expertise, verlangens en verzuchtingen van de mensen die het werk tenslotte in de praktijk moeten leveren. Ook heeft men de indruk dat er te veel op academisch niveau *getheoretiseerd* wordt en men op die manier de praktijk uit het oog verliest.

Men kan echter stellen dat deze verzuchtingen gedeeltelijk op een misverstand berusten: de gezondheidsconferentie had net de bedoeling de 'mensen vanop het veld' te betrekken bij het beleid. Tijdens het voortraject gebeurde een voornamelijk wetenschappelijke verkenning door 'experts', die diende te resulteren in voorstellen van wetenschappelijk onderbouwde preventiestrategieën. Deze deskundigen zetelden in een stuurgroep en in werkgroepen, waarvan de omvang omwille van de werkbaarheid bewust beperkt werd gehouden. Het debat met de sectoren tijdens de gezondheidsconferentie zou dan moeten leiden tot goedkeuring, amendering dan wel afwijzing van de verschillende voorstellen. In die zin wilde men participatie aan het beleid garanderen. In het natraject zal een uitvoerende werkgroep opgericht worden, die zal instaan voor de concrete operationalisering van geselecteerde strategieën en hierbij rekening zal houden met de bemerkingen vanuit het veld.

Preventiestrategieën

• Inhoudelijke strategie-overschrijdende bedenkingen

Ook werd er een aantal algemene **inhoudelijke projectoverschrijdende bedenkingen** geformuleerd bij de voorgestelde preventiestrategieën.

Conceptueel, zo merkt men op, zijn de voorgestelde strategieën eerder *projecten* dan programma's. Een programma, als tegenpool van een project, heeft een aantal typische karakteristieken: een programma houdt in dat een benadering op verschillende manieren kan worden herhaald, overdraagbaar is en gericht op verschillende aandachtsgebieden en op structuur van handelen. Algemeen kan men stellen dat in de verschillende voorstellen de langetermijndimensie ontbreekt.

Sommigen missen eveneens een *achterliggend conceptueel kader* in de verschillende voorgelegde preventiestrategieën.

Dit gepercipieerde gebrek aan samenhang en conceptueel kader kan verklaard worden door de herclustering van strategieën tijdens het voortraject van de gezondheidsconferentie. Terwijl men aanvankelijk een werkgroepindeling had volgens type psychopathologie en men redeneerde vanuit een hiermee verband houdend theoretisch kader, werden in een tweede fase de verschillende voorstellen herschikt volgens thema. De besproken voorstellen zijn dan ook afkomstig uit verschillende werkgroepen, waardoor de oorspronkelijke theoretische conceptuele achtergrond niet duidelijk naar voor komt.

Daarnaast meent men dat een aantal belangrijke *doelgroepen* ontbreekt in de voorgestelde preventiestrategieën. Het lijkt alsof men zich bij de ontwikkeling van preventieve initiatieven beperkt heeft tot de schoolgaande jeugd, zowel qua leeftijd als lokalisatie van initiatieven. Nochtans zijn ook de 'allerkleinsten' en de 'allergrootsten' een specifieke doelgroep en kan men jongeren ook elders bereiken dan op de schoolbanken.

Zo vraagt men zich af waarom geen specifieke strategie ontwikkeld werd met aandacht voor de 'allerkleinsten', namelijk deze van *nul tot drie jaar*. Algemeen worden de dingen het best bij de wortel aangepakt, in concreto dus tijdens de eerste levensjaren. Nu doet men dit pas vanaf de schoolrijpe leeftijd, terwijl men de dingen op jongere leeftijd efficiënter kan oplossen.

Bij deze 'allerkleinsten' vormen kinderen van moeders met een *postnatale depressie* een specifieke risicogroep, zowel voor de ontwikkeling van externaliserende problemen als voor depressie. Een postpartum depressie heeft namelijk een serieuze impact op de interactie tussen moeder en kind, een interactie die vorm geeft aan het latere interactiepatroon van het kind. Nochtans zijn voor deze doelgroep reeds heel wat elementen van een preventief netwerk aanwezig. Er is echter nood aan coördinatie, aan een netwerkoverschrijdende samenwerking om deze groep beter te helpen.

Ook de *18 tot 25-jarigen* werden vergeten terwijl ook zij specifieke aandacht verdienen. Jongeren van studentenleeftijd en werkende jongeren worden immers frequent geconfronteerd met eenzaamheid, verwarring en onzekerheid.

Betreffende de behandelde *thema's* wordt vanuit het publiek een aantal aanvullingen gesuggereerd. In de eerste plaats wordt het belang van het opbouwen van een geschikt *leefklimaat*, waar leerlingen met problemen signalen durven geven en waar hierop binnen de school goed gereageerd wordt, beklemtoond.

Daarnaast meent men dat men zich te veel beperkt heeft tot eerder algemene vormingsprogramma's en onvoldoende oog gehad heeft voor zeer *specifieke maatregelen* zoals bijvoorbeeld crisisopvang op school na een zelfmoord(poging).

Ook over de gebruikte *methodieken* bij de preventiestrategieën wordt een aantal opmerkingen geformuleerd.

In verschillende strategieën staat *deskundigheidsbevordering* van zogenaamde 'intermediairen' met betrekking tot verschillende thema's centraal. Er worden twijfels geuit over de wijze waarop dit hier opgevat wordt: gaat men hierin ver en diep genoeg? Deskundigheid heeft namelijk veel met houding te maken, onder andere met het kunnen hanteren van dualiteit.

Een aantal belangrijke *methodieken* worden *niet benut*.

Op het terrein van de opvoedingsondersteuning zijn bijvoorbeeld heel wat vrijwilligers werkzaam en deze leveren, wat kosten-batenanalyse betreft, een belangrijke input.

Ook het in scholen werken met getuigenissen van ervaringsdeskundigen is een methodiek in het vormingswerk en het onderwijs, die niet gebruikt wordt in de voorgestelde strategieën. Alhoewel controversieel, is het een sterke en belangrijke methode van preventie, indien de nodige zelfkritiek en het bieden van veel herkenbaarheid gewaarborgd worden.

Het aanwijzen van deze lacunes is deels terecht, maar deels ook onterecht gezien het proces en de concrete organisatie van de gezondheidsconferentie. In het voortraject van de gezondheidsconferentie werd een aantal strategieën voorgesteld die door de stuurgroep niet geselecteerd werden, meestal omwille van gebrek aan evidentie. Door de herclustering van de strategieën werden deze bovendien 'versnipperd' en verdeeld over verschillende werkgroepen. Onderwerpen eveneens relevant voor kinderen en jongeren, zoals bijvoorbeeld aandacht voor de allerkleinsten, worden daardoor behandeld in een andere werkgroep.

• **Bedenkingen bij de implementatie van de voorgestelde preventiestrategieën**

Naast de vermelde algemene inhoudelijke opmerkingen, stellen vertegenwoordigers van de verschillende betrokken sectoren eveneens een aantal problemen vast bij de **implementatie van de voorgestelde strategieën**.

Opdat de voorgestelde preventiestrategieën effect

kunnen sorteren dient een aantal *hinderpalen* opgeheven te worden of moet een aantal *praktische factoren* gerealiseerd zijn.

In de eerste plaats wordt de *leerkracht* al overbelast en heeft deze geen tijd over om deze taak er bij te nemen. Concreet wordt er gepleit voor meer vrijstelling van leerkrachten opdat hij/zij de voorgestelde supplementaire taak zou kunnen realiseren.

Bovendien is de doorsnee leerkracht hiertoe *niet opgeleid* zodat hij/zij niet uitgerust is om deze taak naar behoren uit te voeren. De basisopleiding moet hervormd worden en uitgebreid met vakken over psychische problematiek.

Over de exacte *rol van de leerkracht* in preventie, detectie en begeleiding van psychische problematiek worden volgende stellingen ingenomen.

Het aanleren van basisvaardigheden, zoals bijvoorbeeld ter sprake gebracht in Zippy's Friends, behoort tot de mogelijkheden van de leerkracht. In de huidige realiteit is dit in het kader van de vakoverschrijdende eindtermen reeds een van zijn/haar taken. Ook leerlingen met problemen moeten ondersteund en geholpen worden. Volgens de ene dient dit te gebeuren in klasverband waar een geschikt klimaat gecreëerd moet worden. De leerkracht is hierin dus een spilfiguur, op voorwaarde dat hij/zij hiervoor opgeleid is en ondersteund wordt door een expertisecentrum. Deze stelling poneert dat de leerlingen, omwille van gevaar voor stigmatisering, zo min mogelijk uit de gewone situatie gehaald moeten worden. Andere argumenten pleiten voor een toename van persoonlijke begeleiding van leerlingen door leerkrachten.

Velen menen echter dat het niet de bedoeling is dat leerkrachten veranderen in psychotherapeuten en rechtstreekse doorverwijzers. Deze verantwoordelijkheid is te groot en nadelig voor zowel leerlingen als leerkrachten. De Centra voor Leerlingenbegeleiding vinden dit een taak voor zichzelf, op voorwaarde dat ze hiervoor de nodige tijd en middelen krijgen. Er wordt ook voorgesteld de geestelijke

gezondheidszorgsector binnen te halen in de school. In de realiteit neemt de leerkracht al regelmatig de rol van psychotherapeut op zich. Meestal omdat ze zich hiertoe verplicht zien omwille van praktische problemen bij doorverwijzing naar professionele hulpverlening. De wachtlijsten bij onder andere de Centra Geestelijke Gezondheidszorg zijn van die aard dat doorverwijzen problematisch is. Diezelfde wachtlijsten maken ook dat wel eens doorverwezen wordt naar therapeuten waarvan de prestatie niet terugbetaald wordt door het RIZIV.

• Inhoudelijke bedenkingen bij de voorgestelde preventiestrategieën

Ten slotte werd een aantal *inhoudelijke kritieken* gegeven op de voorgestelde *preventiestrategieën* zelf.

Naast de vele opmerkingen over implementatiemoeilijkheden, stuitte het Amerikaanse programma *Fast Track* op weerstand omwille van het grote cultuurverschil met Vlaanderen.

Bovendien werd dit programma specifiek ontworpen voor kinderen met externaliserende problematiek, dit wil zeggen gedragsproblemen. Alhoewel kinderen met internaliserende problemen (met onder andere depressie) vaak gedragsproblemen vertonen, impliceert deze samenhang echter niet dat het *Fast Track* programma het meest geschikte preventieprogramma is voor depressie bij kinderen en jongeren.

Ook bij *Opvoeden zo*, voorgesteld als onderdeel van *Fast Track*, wordt een aantal kanttekeningen geplaatst.

In de eerste plaats is de herkenbaarheid problematisch. Door de didactische aanpak zijn heel wat situaties voor ouders van kinderen met gedragsproblemen namelijk niet herkenbaar. Ouders voelen zich niet zo aangesproken om de voorgestelde vaardigheden zelf in te oefenen want hun kind is niet zo braaf als de kinderen op de video. Verder is ook de aanpak en het taalgebruik erg Nederlands,

wat de herkenbaarheid voor de Vlaamse situatie niet bevordert.

Fundamenteler echter is het algemeen tijdsgebrek van de ouders, waardoor oudercursussen weinig succes kennen. Er wordt gesuggereerd dat het gebrek aan succes eveneens veroorzaakt wordt door de opvatting van de ouders dat niet zij, maar wel hun kind de éniige oorzaak van het probleem is.

Het cultuurvreemde karakter van een aantal voorgestelde preventiestrategieën hoeft geen belemmering te zijn. Het is immers niet de bedoeling deze projecten letterlijk over te nemen. In het natraject zal de uitvoerende werkgroep zich buigen over concrete operationalisering van geselecteerde strategieën en zorgen voor de nodige culturele vertaling.

Ten slotte volgt nog een inhoudelijke verduidelijking bij het voorgestelde *KOPP-onderzoeksproject*, gezien hierover een misvatting bestond. De KOPP-referentiepersoon, werkzaam in een voorziening voor hulpverlening aan volwassenen, is niet diegene die concreet de ouders of het kind opvolgt. Wel staat deze persoon in voor de organisatie van overleg en voor eventuele doorverwijzing van de kinderen naar hulpverlening. Daarmee wil men bereiken dat niet vergeten wordt dat volwassenen met psychische problemen kinderen hebben, dat er aandacht is voor deze kinderen en dat deze, indien nodig, adequate hulp kunnen krijgen.

Conclusies

De voorgestelde projecten betreffende jongeren en middelengebruik en vroegtijdige detectie en behandeling van eerste psychotische episode bleven onbesproken. Het KOPP-project kwam slechts zeer kort ter sprake. De meeste aandacht ging uit naar het Fast Track project dat in de ogen van het publiek weinig genade vond, voornamelijk omwille van het ontbreken van een aantal praktische voorwaarden, nodig voor een succesvolle implementatie. Deze door de onderwijssector ervaren knelpunten – zoals de overbelasting van de leerkracht en het gebrek aan opleiding terzake – lijken eerder algemene bekommernissen die losstaan van het concrete voorgestelde programma.



PREVENTIE BIJ PERSONEN MET EEN SCHIZOFRENE PSYCHOSE

professor dr. Joseph Peuskens

Inleiding

Oorzaken en gevolgen van schizofrene stoornissen

Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening en de groep van schizofrene stoornissen vormt nog steeds een belangrijke uitdaging in de geestelijke gezondheidszorg. Het is immers een vrij frequente aandoening (tot 1%) die door haar symptomatologie en verloop een belangrijke

impact heeft op het leven van de patiënt en zijn omgeving. Bovendien heersen er, ondanks wetenschappelijk onderzoek, nog tal van onduidelijkheden. Er bestaat onvoldoende klaarheid over de diagnose, de oorzakelijke mechanismen, de onderliggende pathologische processen en de aangepaste behandeling (De Hert, Peuskens, 2002).

Men veronderstelt dat schizofrene stoornissen toegeschreven kunnen worden aan vroegtijdige stoornissen in de ontwikkeling van de hersenen. Deze stoornissen zouden te wijten zijn aan genetische en/of omgevingsfactoren, pre- of perinataal. Er ontstaat een kwetsbaarheid die de personen voorbereidt om tijdens de adolescentie of de jongvolwassenheid een schizofrene psychose te ontwikkelen. Hoe groter de kwetsbaarheid van de persoon, hoe kleiner de belasting zal zijn die nodig is om een psychotische episode uit te lokken. De kwetsbaarheid kan begrepen worden als de verminderde capaciteit om complexe informatie te verwerken. Tijdens de adolescentie worden de kwetsbare copingmechanismen uit hun evenwicht gebracht. De omgeving eist immers meer van de adolescent en deze kan niet anders dan te veranderen en zich aan te passen. Ook de biologische processen ter hoogte van de voorste hersenschors spelen een rol. Wetenschappelijk onderzoek richt zich nu vooral op de mechanismen die de ontwikkelingsstoornissen uitlokken en de veranderingen die ze in de hersenen teweegbrengen.

De kwetsbaarheid houdt het hele leven aan. De interactie tussen de ernst van de kwetsbaarheid, biologische factoren, beschermende factoren (bijvoorbeeld therapeutische interventies), individuele copingmechanismen, de belasting en bescherming die uitgaan van het familiale, sociale en professionele netwerk, bepalen hoe de kwetsbaarheid verder evolueert.

Het algemeen risico om in de loop van je leven aan de ziekte te lijden, bedraagt 1%. Het aantal personen in een populatie dat aan schizofrenie lijdt, wordt meestal geschat op 0,6 tot 8 per 1000. In België werd dit aantal geschat op 2,5 per 1000 in 1994 (De Hert et al, 1996). Het aantal nieuwe patiënten per jaar wordt geschat op tien tot zeventig per 100 000. De periode waarin de eerste episode optreedt, situeert zich tussen achttien en vijftig jaar. Bij mannen treedt de eerste episode op jongere leeftijd op dan bij vrouwen.

Onderzoek heeft aangetoond dat bij kinderen die op latere leeftijd schizofrenie ontwikkelen, al in de eerste levensjaren discrete afwijkingen optreden. Zij leren gemiddeld iets later staan en lopen, ontwikke-



len hun taalvermogen langzamer, doen het minder goed op school en neigen zich sociaal te isoleren. Meestal zijn deze afwijkingen weinig uitgesproken en blijven ze onopgemerkt. Soms vermelden ouders of anderen uit de omgeving wel dat de patiënt zich als kind anders gedroeg of zich afzonderde. De stoornis ontwikkelt zich meestal stilaan tijdens de adolescentie of vroege volwassenheid. Deze fase waarin het ziektebeeld zich progressief ontplooit, sleept gemiddeld twee tot vijf jaar aan. Zelfs min of meer uitgesproken psychotische symptomen zijn vaak een tot twee jaar aanwezig vooraleer de patiënt of zijn omgeving gespecialiseerde psychiatrische hulp zoekt. Hij isoleert zich steeds meer, heeft minder contact met familie en vrienden en de schoolse of professionele prestaties gaan achteruit. Daarnaast valt op dat de betrokkene zichzelf verwaarloost, zich minder interesseert voor de omgeving, gelooft in bijzondere krachten bij anderen of bij zichzelf en zich bekeken, besproken of nagewezzen voelt. Soms spreekt hij over ongewone ervaringen, in andere gevallen groeit bij de patiënt de indruk een specifieke opdracht te moeten vervullen. Het gedrag wijkt stilaan meer en meer af, terwijl de personen uit de omgeving angstiger worden, zich geen raad meer weten en ten slotte hulp zoeken. De personen uit de omgeving van de patiënt krijgen het steeds moeilijker en hebben steeds meer klachten, maar de patiënt zelf beseft almaar minder dat hij ziek is, ook al had hij voordien mogelijk wel klachten. Soms lukt een plots conflict of een uitgesproken bizar gedrag de eerste psychiatrische consultatie of hospitalisatie uit. Omdat de patiënt zichzelf niet langer als ziek ervaart, komt hij vaak pas bij de psychiater als er uitgesproken psychotische symptomen bestaan (bijvoorbeeld wanen en hallucinaties). Omwille van de ernst van de symptomen is een ziekenhuisopname uiteindelijk vaak onvermijdelijk.

De symptomatologie van de schizofrene psychose is complex. Positieve symptomen zoals wanen en hallucinaties, gedesorganiseerd gedrag en spraak, en opwinding, overheersen meestal in het begin

van het klinisch beeld. Deze symptomen zijn ook de aanleiding om hulp te zoeken en/of over te gaan tot hospitalisatie.

Daarnaast bestaan er negatieve symptomen die verwijzen naar een vermindering of een verlies van de normale functie. Deze treden bij het verdere verloop van de aandoening meer en meer op de voorgrond. Vaak treden depressieve symptomen op en depressie is een van de belangrijkste medebepalende factoren met betrekking tot risico op zelfmoord (De Hert, 1995; Peuskens, 1997; De Hert & Peuskens, 2001). Kort voor of tijdens de eerste psychotische episode verergert het cognitieve verlies. Zelfs als de psychotische symptomen nadien verdwijnen, houdt dit cognitieve verlies aan.

De noodzaak van multilaterale behandelingsmethodes

Voorafgaande gegevens maken duidelijk dat de ontstaansmechanismen van schizofrenie meervoudig van aard zijn, dat de symptomen heel verscheiden kunnen zijn en dat verschillende factoren op elkaar inspelen. Dit betekent dat een eenzijdige benadering van de behandeling onvoldoende resultaten zal opleveren. De behandeling moet op verschillende niveaus ingrijpen: zowel de biologische achtergronden en de individuele psychologische aspecten, als familiale en socioprofessionele factoren, moeten aandacht krijgen. Men tracht patiënten zoveel mogelijk in de maatschappij te handhaven, de duur van de voltijdse ziekenhuisopname te verkorten en voorzieningen uit te bouwen opdat patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen zijn, in de sociale context geïntegreerd kunnen blijven. Een betere farmacotherapie, rehabilitatie-interventies en psychotherapeutische technieken, maakten dit mogelijk.

Tijdens de psychotische fase ontbreekt het de patiënt meestal aan ziekte-inzicht. Een opname is dan vaak niet te vermijden. Sinds 1960 vormt antipsychotische medicatie de hoeksteen van de behandeling van schizofrene psychose. Tijdens de acute psychotische decompensatie reduceert het gebruik

van antipsychotica de positieve symptomatologie (wanen, hallucinaties en denkstoornissen) en de agitatie binnen de vier tot zes weken bij 70 tot 80% van de patiënten. Het is bij herhaling aangetoond dat neuroleptica psychotisch hervall effectief kunnen voorkomen. Dit geldt zowel voor schizofrene patiënten na een eerste psychotische episode als na verscheidene psychotische episoden.

De sociale reïntegratie na het ontslag uit het ziekenhuis wordt zorgvuldig en stap voor stap voorbereid. Individuele psychotherapeutische begeleiding en groepstherapeutische technieken helpen de patiënt om het contact met de realiteit te herstellen en sociale vaardigheden aan te leren of uit te bouwen (Peuskens et al, 1983; De Hert et al, 1993, 1995). Hij krijgt een verklaring voor de voorbije episode, gaat begrijpen wat een psychotische episode uitlokt en hoe ze voorkomen kan worden. Het belang van de medicatie wordt duidelijk gemaakt. Naast een algemene ondersteunende begeleiding, zijn specifieke technieken en methoden ontwikkeld om mensen met een psychose te behandelen zoals cognitief gedragstherapeutische interventies (Van Der Gaag et al, 2000). Schizofrene psychose gaat gepaard met belangrijke functionele en sociale beperkingen. Vaardigheidstrainingen kunnen dit verbeteren. De hulpverleners betrekken de familie zoveel mogelijk bij de behandeling en informeren hen zo goed mogelijk. Dankzij het beter inzicht in de problematiek zal de omgeving realistischere verwachtingen koesteren ten aanzien van de patiënt. Ze zullen minder kritiek leveren en geen te hoge eisen stellen.

In de verdere nazorg wordt voortdurend rekening gehouden met de mogelijkheden van de patiënt. Zo kan het juiste niveau van interactie en inschakeling in de omgeving opgebouwd en onderhouden worden, zonder over- of onderstimulatie.

In een epidemiologisch overzicht stelden Westermeyer en Harrow (1988) dat slechts 10 tot 25% van de schizofrene patiënten symptomvrij zal zijn tijdens de opvolging. Van de betrokkenen past 10%

zich sociaal goed aan en 15% realiseert een voltijdse tewerkstelling. In 80% van de gevallen is een ziekenhuisopname nodig en 80% van deze patiënten zal later opnieuw gehospitaliseerd worden.

Opvolgingsstudies in België geven gelijkaardige cijfers aan (De Hert, 1995; De Hert et al, 1995 en 1998a). Een recent opvolgingsonderzoek van patiënten met een eerste episode van schizofrenie in België, bracht het verloop van de aandoening gedurende de eerste tien jaar in kaart. Hieruit bleek dat 15% van de patiënten bij afloop van die periode volledig hersteld is. Aan het andere eind van het spectrum is 10% onder hen vanaf de eerste episode voortdurend psychotisch geweest. Tijdens de opvolgingsperiode werden patiënten gemiddeld twee keer opgenomen. Slechts 17% kende geen heropname. Het sociale ziektebeeld is ook bij eerste episodepatiënten beperkt: 17% onder hen heeft normaal werk, 23% een normaal sociaal netwerk en 13% slaagt erin een stabiele relatie te hebben (Peeters et al, 2000).

Men schat dat gedurende de eerste tien jaar van de evolutie 10% van de schizofrene patiënten overlijdt door zelfmoord. Na een gemiddelde opvolgingsduur van elf jaar in België is 7,2% van een groep jonge schizofrene patiënten overleden door zelfmoord, meestal in de eerste tien jaar van hun aandoening (De Hert, 1995; De Hert en Peuskens, 1997a en 2000; De Hert et al, 2001a). Het risico van mortaliteit door zelfmoord is bij jonge schizofrenen bijna 40 keer zo hoog als bij de algemene bevolking.

Schizofrenie is waarschijnlijk de duurste aandoening die psychiaters behandelen. De directe behandelingskosten lopen in België op tot 226 miljoen euro per jaar en vertegenwoordigen 2% van alle uitgaven voor gezondheidszorg (De Hert et al, 1998a). De indirecte kosten door lijden, beperkingen, loonderving, mortaliteit en kosten voor de familie zijn waarschijnlijk even hoog.

Het belang van de 'Duur van de Onbehandelde Psychose' (DOP)

De laatste jaren wordt er bovendien op gewezen dat vooral laattijdige detectie en behandeling van de eerste psychotische decompensatie aan de oorsprong liggen van de negatieve prognose van schizofrene stoornissen. Tussen achttien en vijftien jaar vindt een belangrijke ontwikkeling plaats. In die periode wordt de aanzet gegeven tot het latere zelfstandig, volwassen functioneren, ook op professioneel vlak. Precies in die periode zal het aanslepend en progressief toenemend disfunctioneren op deze verschillende aspecten een grote impact hebben. Hoe langer de patiënt problematisch omgaat met zijn omgeving, hoe belangrijker de totale impact zal zijn. Uiteindelijk dreigt de patiënt min of meer definitief te marginaliseren, zelfs als hij na een eerste psychotische episode zou herstellen.

Verschillende factoren beïnvloeden het uiteindelijke verloop van de psychotische stoornis. Toch blijkt de duur van de onbehandelde psychose (DOP) van groot belang. De term 'DOP' verwijst naar de tijd die verstrijkt tussen de manifestatie van de eerste psychotische symptomen en het ogenblik waarop een aangepaste behandeling wordt ingesteld. Naarmate de DOP langer duurt, observeert men een minder volledig herstel, een grotere gevoeligheid voor toekomstig herval en een sterker verstoord psychosociaal functioneren (Wyatt, 1991; Lieberman et al, 1997). Daarnaast is de therapeutische werkzaamheid van antipsychotica in de eerste fase het grootst. De dosis antipsychotica die vereist is om een stabiele klinische toestand te bereiken, ligt bij de eerste episode-patiënten beduidend lager dan bij chronische patiënten (Lieberman et al, 1996; Schooler et al, 1997).

De eerste psychotische episode is een kritische fase ter preventie van latere zelfmoordneigingen. Doordat een psychose uitbreekt, bereikt de patiënt belangrijke mijlpalen in zijn ontwikkeling niet. Eens de psychotische symptomatologie opklaart, worden patiënten geconfronteerd met sterke verlieservaringen. Deze veranderen de levensomstandigheden na

het optreden van de psychose en kunnen aanleiding geven tot depressieve gevoelens. Meerdere onderzoeken tonen aan dat die gevoelens dan weer verband houden met het optreden van zelfmoord. Door snel in te grijpen kunnen de verlieservaringen beperkt worden en een normale evolutie ondersteund. Daardoor neemt ook het risico van zelfmoord af.

Geselecteerde preventiestrategie

Vroegtijdige detectie en behandeling van de eerste schizofrene, psychotische episode

Hoewel het uitbreken van een schizofrene psychose meestal gepaard gaat met een duidelijke verstoring van het dagdagelijks functioneren, blijkt dat de duur van de onbehandelde psychose in België gemiddeld twee jaar bedraagt (De Hert, 2001). Deze data stemmen overeen met vaststellingen uit andere studies (Birchwood et al, 1997; Johnstone et al, 1986; Loebel et al, 1992; Lieberman et al, 1993; Häfner et al, 1999; McGorry et al, 1996).

Om vroegtijdige detectie van schizofrene psychose mogelijk te maken, moeten zoveel mogelijk mensen in staat zijn om de aanwezigheid van een dreigende psychose bij een jongere of jongvolwassene tijdig te herkennen. Zij moeten ook bereid zijn om deze jongeren door te verwijzen voor gespecialiseerde evaluatie en eventuele behandeling. Verschillende factoren echter remmen dit proces van vroege detectie en doorverwijzing af.

Het brede publiek en de media stereotyperen psychiatrische stoornissen op een negatieve manier, waardoor er een stigma rust op psychische stoornissen en het gebruik van psychiatrische hulpverlening. Om dezelfde reden verwijzen ook eerstelijns-hulpverleners de jongeren waarbij ze een psychotische problematiek vermoeden, niet altijd door. Het is dan ook van belang de huisartsen en eerstelijns-hulpverleners bewuster te maken voor de problematiek en hen te informeren over de verschillende manieren waarop psychotische stoornissen zich

kunnen aanmelden en manifesteren. Daarnaast moeten ook de ouders, de personen uit de omgeving van de patiënt, de leerkrachten, de jeugdwerkers en de bredere populatie in het algemeen, meer weten over psychose. Enkel dan zullen ook zij eerder hulp inroepen. Alleen een goed onderbouwde informatiecampagne kan hiervoor zorgen.

De informatiecampagnes kunnen ertoe leiden dat de omgeving jongeren met psychische problemen verwijst (jongeren die kampen met gedragsmoeilijkheden, jongeren die een mogelijk risico in zich dragen om een psychotische problematiek te ontwikkelen of jongeren die beginnende psychotische symptomen vertonen). Zodra dat gebeurt, moeten deze jongeren kunnen evalueren en opvangen in gespecialiseerde, niet-stigmatiserende, gemakkelijk bereikbare en over een min of meer lange periode georganiseerde psychiatrische opvang. Deze moet laagdrempelig zijn, zodat er vlot naar kan verwezen worden en/of betrokkenen er makkelijk een beroep op kunnen doen.

Buitenlandse voorbeelden

Een aantal buitenlandse projecten (voor een overzicht zie Edwards et al, 2000) voorzagen in die noodzaak door gespecialiseerde detectieteams op te richten. Als iemand bij een jongere een psychotische stoornis vermoedt, kan die persoon zo'n team contacteren. Een van de leden van dit team kan zich dan verplaatsen om de betreffende jongere te evalueren in een neutrale omgeving (bijvoorbeeld thuis, op school of bij de huisarts). Wordt bij de onderzochte jongere een psychotische problematiek vastgesteld of vermoedt men een toegenomen risico van een toekomstige ontwikkeling van een psychose, dan kan het lid van het detectieteam het getroffen individu verwijzen naar een aangepaste, geïntegreerde behandeling in een niet-stigmatiserende setting (bijvoorbeeld Centra Geestelijke Gezondheid). Daar wordt een psychosociale en psychotherapeutische interventie opgezet, eventueel in combinatie met een biologische behandeling. Deze behandeling interfereert zo weinig mogelijk

met de persoonlijke ontwikkeling van het individu. Het detectieteamlid kan eventueel functioneren als een 'case-manager' langs wie alle contacten met de geestelijke gezondheidszorg verlopen, zodat zorgcontinuïteit bereikt wordt. Tijdig detecteren vermijdt in de meeste gevallen een opname en maakt ambulante behandeling mogelijk. Op die wijze worden stigmatisering, isolatie en verlieservaring tot een minimum beperkt en neemt ook de latere kans op zelfmoord af. Resultaten van projecten die in het buitenland werden opgestart en gebruik maakten van een detectieteam, lieten een daling van de DOP optekenen. Minder opnames waren noodzakelijk en de levenskwaliteit steeg (Larsen et al, 2000; McGlashan, 1999; McGorry et al, 1996). Vroegtijdige gevalsdetectie, een screeningsmethodologie ontwikkelen, de signaalgevoeligheid verhogen en een vroegtijdige behandeling opzetten, zijn vormen van secundaire preventie. Deze wil de DOP verkorten en voorkomen dat een milde stoornis escaleert in een ernstige of zelfs chronische aandoening, die een intensieve en langdurige behandeling vereist (Wampers et al, 2002).

Naar analogie van de projecten die in het buitenland hebben gelopen, wordt geopteerd om per 300 000 inwoners een gespecialiseerd team op te zetten. Dit team zou moeten bestaan uit een deeltijdse psychiater, twee psychologen en een maatschappelijk werker. Vijftien tot twintig dergelijke gespecialiseerde teams opstarten en laten functioneren, zal ongeveer 35 miljoen euro per jaar kosten. De financiële baten van dergelijke teams zullen naar verwachting aanzienlijk zijn en waarschijnlijk van dezelfde grootteorde als de kost.

Te verwachten effecten

We kunnen verwachten dat de hospitalisatiekost zal dalen, dat het loonverlies ingeperkt zal worden, dat de kans op chronisch recidiverend verloop zal verminderen en dat de familie en maatschappij minder belast zullen worden. In België bedroeg de jaarlijkse kostprijs voor de behandeling van schizofrenie in 1994 9000 euro per patiënt per jaar. Van die kosten

is 90% toe te schrijven aan hospitalisatie. Een effectievere behandeling in de eerste fase van het ziekteproces zal bovendien leiden tot een gunstiger verloop van de pathologie, waardoor financiële afhankelijkheid en terugval minder frequent zullen voorkomen.

De effecten van deze interventie zijn te verwachten binnen de eerste jaren na implementatie. Gezien de omvang van de schizofrene populatie, valt er op bevolkingsniveau matig potentieel te behalen. Wel zullen de detectieteams ook in contact komen met jongeren die weliswaar geen psychotische problematiek vertonen, maar wel lijden aan een ander-soortige psychische problematiek. Ook deze jongeren zullen baat hebben bij een snelle detectie en behandeling.

Wanneer een registratiesysteem ontwikkeld wordt, zou deze interventiemethode uitgebouwd kunnen worden en de effectiviteit ervan geëvalueerd, en dit mits matige inspanningen. De evaluatie kan gebeuren door na te gaan hoe de DOP, het aantal hospitalisaties, het niveau van functioneren en de levenskwaliteit evolueren. Deze strategie kan lopen via of in samenwerking met de Centra Geestelijke Gezondheidszorg en valt dus onder de bevoegdheid van de minister van Gezondheid.

Grote technische problemen zijn er niet, noch wat de uitvoerbaarheid van deze preventiestrategie betreft, noch wat het maatschappelijk draagvlak

betreft. Door tien à vijftien gespecialiseerde teams op te zetten, zou het mogelijk moeten zijn 40 à 60% van de betrokken jongeren te bereiken, op voorwaarde dat een voorafgaande sensibiliseringscampagne werd opgezet.

Vroegtijdige detectie en initiatie van behandeling kan een aantal negatieve gevolgen hebben. De jongeren waarbij men een nakende psychose vermoedt, zullen niet altijd een psychose ontwikkelen. Vroeg ingestelde opvolging en behandeling kan onnodige angst veroorzaken en behandelingsgerelateerde risico's met zich meebrengen. Het risico bestaat dat jongeren onnodig aan stigmatisatie worden blootgesteld (Heinimaa et al; Larsen, 2000; McGlashan, 2001; Wyatt, 1991). Brede informatie- en destigmatiseringscampagnes en de activiteit van niet-stigmatiserende, bereikbare en sterk gespecialiseerde teams, moeten toelaten deze problemen tot een minimum te beperken.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP PREVENTIE BIJ PERSONEN MET EEN SCHIZOFRENE PSYCHOSE

Professor Joseph Peuskens, psychiater en directeur van het Universitair Centrum Sint-Jozef in Kortenberg, presenteert verschillende strategieën met een preventief effect op schizofrene psychose.

Michel Mestrum, ervaringsdeskundige, ondersteunt het theoretisch verhaal met een aantal persoonlijke getuigenissen.

Geertje De Ceuleneer, journaliste voor Radio 1, neemt de rol van moderator op zich.

Inleidende beschouwing

Na een kleine inleidende discussie over de bipolaire stoornis en over de relatie tussen druggebruik en schizofrenie, volgt een uitgebreide bespreking van preventieve initiatieven met betrekking tot schizofrene psychose. De discussie in deze werkgroep bleef erg beperkt. Vooral professor Peuskens zelf was aan het woord, waarbij het voorgestelde vroegdetectieteam gekaderd werd in een breder geheel, nader toegelicht en zelfs uitgebreid werd met een nieuw voorstel 'assertive outreach'.

Inleidende opmerkingen

Domeinafbakening

De voorgestelde preventiestrategieën richten zich op preventie van psychose in het kader van een *schizofrene pathologie* en niet in het kader van een *bipolaire stoornis*, wat een van de werkgroepleden betreunde. Verschillende redenen, een praktische en een inhoudelijke, liggen aan de basis van deze domeinafbakening.

Ten eerste bestond de opdracht van deze werkgroep uit het ontwikkelen van preventiestrategieën voor schizofrenie en niet voor andere psychische problemen.

Bovendien bestaat, omwille van de specifieke ziektekenmerken, wereldwijd de tendens om te investeren in vroege detectie van schizofrenie terwijl dit voor bipolaire stoornis niet het geval is. Een manisch-depressieve stoornis wordt namelijk gekenmerkt door een episodisch verloop, zonder lange prodromale periode, met in de meerderheid

van de gevallen herstel van het oorspronkelijk niveau van functioneren. Vroege detectie is om die redenen minder evident en minder noodzakelijk. Schizofrene jongeren daarentegen worden vaak geconfronteerd met deficitaire verschijnselen omwille van een laatijdig ingestelde behandeling.

Toch zal de vroege detectie van bipolaire stoornissen door de voorgestelde strategie onrechtstreeks bevorderd worden. Deze detectieteams zien namelijk ook jongeren die een eerste manische of psychotische depressieve episode doormaken. Het is dan hun – soms moeilijke – taak hier het onderscheid te maken tussen een schizofrene evolutie en een stemmingsstoornis.

Middelengebruik/misbruik en schizofrenie

De discussie geraakte aanvankelijk wat op een zijspoor door een aantal opmerkingen vanuit de zaal over middelengebruik, waarbij voor- en tegenstanders van het huidige gedoogbeleid van de federale overheid betreffende cannabis aan het woord kwamen. Professor Peuskens belichtte slechts de *wetenschappelijk aangetoonde relatie* tussen *cannabis en schizofrenie* en waagde zich niet aan uitspraken over een aan te bevelen beleid in dit kader.

Cannabisgebruik is bij schizofrene patiënten niet aan te raden omdat dit hun – reeds kwetsbaar – neurotransmittersysteem verder belast en dit mogelijk verder ontregelt. Bij schizofrene cannabisgebruikers is het verloop van hun ziekte veel gecompliceerder, met veel meer herval, veel lagere therapietrouw en een veel moeilijkere follow-up. Of cannabisgebruik nu echt tot het ontstaan van schizofrenie leidt, is veel minder duidelijk. Hier stelt zich het probleem van de kip en het ei, waarbij ook wel eens de hypothese geformuleerd wordt dat cannabisgebruik eerder het gevolg dan de oorzaak van de psychose is. Cannabis zou namelijk een sociale drug zijn, waar mensen, zeker die met minder sociale vaardigheden, onder groepsdruk aan toegeven. Ook hopen deze mensen hierdoor hun sociale angst en gespannenheid wat te reduceren en vlotter te integreren. Dit geldt trouwens niet alleen voor cannabis maar ook voor andere psychogene drugs.

Bespreking van preventieve initiatieven in het kader van schizofrene psychose

Kadering van de verschillende strategieën in een breder geheel

De hier voorgestelde vroeginterventie-strategie kadert in een breed, piramidaal opgebouwd *geheel van interventies*.

De *basis* van dit preventief beleid is *publieksinformatie*. Brede informatieverstrekking moet leiden tot een beter bewustzijn over, destigmatisering van en

betere herkenning van schizofrene problematiek door het brede publiek, de familie, jongeren, leerkrachten...

De tweede trap in de piramide bestaat uit het creëren van een *alertheid* onder *eerstelijns hulpverleners* voor psychotische pathologie. Opleiding moet hen in staat stellen een dreigende psychose te herkennen en adequaat door te verwijzen naar het detectieteam.

Dit *detectieteam* ten slotte, waar reeds een heel selectief publiek naar doorverwezen wordt, staat aan de top van de piramide. Zij zijn verantwoordelijk voor het herkennen, opvolgen, ondersteunen, begeleiden en, wanneer nodig, specifiek antipsychotisch behandelen van de aangemelde mensen. Aan deze equipe wordt dan best eveneens een *Assertive Outreach team* toegevoegd, met een eerder langetermijnwerking, gericht op chronisch recidiverende patiënten, in een poging hospitalisatie te vermijden.

Publieksinformatie

Op dit ogenblik herkent de samenleving onvoldoende de psychotische symptomen en is er een grote nood aan informatieverstrekking, sensibilisering en destigmatisering bij het brede publiek, familie, leerkrachten...

Leerkrachten vormen hier toch wel een bijzondere doelgroep gezien ze regelmatig in aanraking komen met psychotische pathologie bij hun leerlingen. Ze hebben wel toegang tot theoretische vorming maar beschikken niet over richtlijnen voor de praktijk, waardoor ze zich vaak onzeker voelen bij hun taak.

De buitenlandse ervaring heeft duidelijk aangetoond dat, niettegenstaande enkele reserves vanuit de zaal, brede sensibilisatie een haalbare kaart is. In Denemarken bijvoorbeeld werden alle media hierbij betrokken, waardoor gedurende enige tijd schizofrenie hét onderwerp van gesprek vormde.

Deskundigheidsbevordering

Binnen de huidige zorgverstrekking heeft men veel te weinig oog voor schizofrene pathologie, waardoor de hulpverlening voor deze patiëntenpopulatie niet optimaal verloopt.

Verschillende *aandachtspunten* staan centraal in deze preventiestrategie: het aanleren van vroege hervalttekens aan de huisarts en andere eerstelijns-hulpverleners, het motiveren van de patiënt, het motiveren van de familie en voornamelijk informatieverstrekking rond medicatie. Zowel onder leken als onder patiënten staat deze antipsychotische medicatie niet hoog aangeschreven, wat de reeds lage therapietrouw van de schizofrene patiënt niet bevordert. In deze vorming wordt het belang van deze medicatie als hoeksteen van de behandeling benadrukt.

Nieuwe *farmacologische ontwikkelingen* zijn verantwoordelijk voor de preventieve waarde van vroegtijdige detectie van psychotische symptomatologie. In het verleden stelde men bij vermoeden van psychose, omwille van de ernstige neveneffecten, de antipsychotische medicamenteuze behandeling slechts in wanneer men volledige zekerheid had over de aanwezigheid van de ziekte. De therapietrouw lag omwille van de nevenwerkingen ook erg laag. Dit probleem stelt zich veel minder met de nieuwe antipsychotica, waardoor men niet bang is om deze medicatie snel op te starten.

Medewerkers van *Tele-onthaal* worden expliciet toegevoegd als doelgroep voor deze deskundigheidsbevordering. Het is mogelijk dat de eerder chronische groep liever op een anonieme manier zijn nood klaagt wanneer ze ontevreden zijn over hun behandeling. Tele-onthaalmedewerkers dienen de nodige opleiding te krijgen om dit op te vangen en adequaat door te verwijzen.

Vroegtijdige detectie en behandeling van de eerste schizofrene psychotische episode

• Takenpakket detectieteam

Deze equipe staat in voor het herkennen, opvolgen, ondersteunen, eventueel psychotherapeutisch en sociaal begeleiden, en wanneer nodig, antipsychotisch behandelen van doorverwezen jongeren. Het gaat hier om een selectieve populatie, aangemeld door de omgeving en de eerstelijns-hulpverlening.

Deze teams moeten voldoen aan een aantal *vereisten* om hun taak naar behoren uit te voeren.

In de eerste plaats wordt van het personeel een verdoorgedreven *specialisatie* verwacht. Het is geen gemakkelijke opdracht het onderscheid te maken tussen louter adolescentaire problematiek en een beginnende schizofrene evolutie. Tevens vereist het de nodige ervaring en knowhow om deze jongeren te motiveren voor verdere begeleiding. Vaak wensen ouders dit wel, maar heeft de jongere in kwestie zelf geen hulpvraag. Een voorafgaandelijke destigmatiserende informatiecampagne en het betrekken van ervaringsdeskundigen in deze teams kunnen dit bevorderen.

Toch is het ook evident, ondanks alle affiniteit met en interesse voor deze problematiek, dat er een zekere drop-out is, die volgens bepaalde statistieken zo'n 20 à 30% zou bedragen.

Ten tweede is de *laagdrempeligheid en niet-stigmatiserende werking* van een dergelijke 'instantie' een noodzakelijke voorwaarde. De jongeren, doorverwezen naar dit detectieteam, hebben op het moment van aanmelding namelijk (nog) geen psychiatrische diagnose. De 10% van deze groep die dan uiteindelijk psychotisch blijkt te zijn, heeft – volgens hun eigen beleving – zeker geen stoornis. Men moet dus zoeken naar een eerder anonieme locatie, die toch bij iedereen gekend is als een plaats waar men terecht kan in geval van moeilijkheden. Het is dus zeker niet aangewezen een derge-

lijk team te koppelen aan een ziekenhuis. Vermoedelijk is een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg nog het minst hoogdrempelig, hoewel deze centra uiteindelijk in de regio ook bekend staan als psychiatrische knowhow-centra.

In buitenlandse projecten heeft men dit probleem opgelost door dit team te huisvesten in een gewoon huis in de straat of door op verplaatsing te werken en de mensen bij aanmelding thuis op te zoeken.

In deze begeleiding ten slotte is *'joining'* zeer belangrijk: het opbouwen van een band met de patiënt en hem als het ware 'binden' aan de begeleider. In dat kader is snelle interventie zeer belangrijk. Het eerste contact met de hulpverlener is vaak determinerend voor het verdere verloop van deze begeleiding. Deze verloopt alles behalve optimaal wanneer deze start naar aanleiding van een escalatie van problemen.

• Samenstelling van het team

Het team bestaat best uit een viertal leden met de volgende kwalificaties: een psychiater, twee psychologen en een maatschappelijk hulpverlener. De psychiater is verantwoordelijk voor uitsluiting van somatische pathologie – die ook aan de oorsprong kan liggen van psychotische symptomatologie – en voor de psychiatrische diagnostiek. De psycholoog moet de psychodiagnostiek evalueren, opvolgen en ondersteunen, terwijl de maatschappelijk werker instaat voor de evaluatie van de sociale context.

• Implementatie

In de huidige organisatie van de hulpverlening bestaat weinig oog voor vroegdetectie van schizofrene pathologie. Alhoewel de Centra Geestelijke Gezondheidszorg geconcipieerd zijn als tweedelijnsvoorzieningen, staan de meeste eerder op de eerste lijn in het hulpverleningsproces, kiezen ze vaak voor persoonlijkheids- en primaire problematiek en zijn ze niet afgestemd op een dergelijke ernstige pathologie. Evenmin beschikken ze hiertoe over de nodige bezetting.

De oprichting van dergelijke teams vereist geen fundamentele wijzigingen van het huidig hulpverleningssysteem. Wel moet het nodige personeel gezocht worden voor de bemanning van deze equipes en moet voorafgaandelijk voorzien worden in de juiste opleiding. Deze teams kunnen eventueel gekoppeld worden aan de Centra Geestelijke Gezondheidszorg.

• Kosten-batenanalyse

Voor 300 000 inwoners moet één team opgericht worden, bestaande uit 4 personeelsleden. De personeelskost van een equipe bedraagt 200 000 euro, wat de *kost* voor geheel Vlaanderen op 4 miljoen euro brengt, namelijk 20 teams voor zes miljoen Vlamingen.

Per 100 000 inwoners zijn er 50 'eerste-episode' patiënten, wat voor 6 miljoen inwoners dus een totale patiëntenpopulatie van 3000 betekent. Hospitalisatie is verantwoordelijk voor de hoge kosten die hiermee gepaard gaan. Deze bedraagt tijdens het eerste jaar gemiddeld 180 dagen en bedraagt zo'n 9000 euro per jaar. Wanneer het aantal hospitalisaties dus slechts met een fractie kan verminderd worden, compenseren de *baten* reeds de kosten. Naast reductie van directe kosten zijn er ook een hele reeks indirecte kosten waarop bespaard wordt: minder kost aan loonverlies voor de jongere, minder kost aan specifieke opvang, minder psychosociale kost, minder individuele subjectieve kost, beter sociaal, professioneel en familiaal functioneren. Kortom, een betere levenskwaliteit.

Het is alleszins een andere manier van investeren van de middelen. Er bestaat minstens een evenwicht tussen de kosten en de baten, en vermoedelijk een voordeel voor de batenkant, eens het geheel op kruissnelheid is gekomen.

• Screening

Momenteel bestaan er geen argumenten voor de organisatie van een *systematische screening* bij jongeren aan de hand van zogenaamde 'markers'. Er bestaan wel een aantal neurofysiologische markers bij mensen die in de toekomst een psychose zullen doormaken. Deze zijn heel gevoelig, in die zin dat ze iedereen detecteren die een schizofrene evolutie gaat doormaken. Ze zijn echter onvoldoende specifiek: ook een aantal mensen zonder psychotische problematiek scoort hierop positief. Een dergelijke neurofysiologische screening is dus geen optie: de uiteindelijke proportie 'echt positieven' zal zeer laag liggen en schizofrenie gaat uiteindelijk niet om een afwijking op neurofysiologisch niveau, maar wel om het zich niet meer kunnen handhaven in de maatschappij.

Deze markers kunnen wel nuttig zijn bij het afbaken van een hoog-risicogroep wanneer men ze beschouwt in combinatie met prodromen. Jongeren met reeds bepaalde prodromen en met een gekende familiale belasting voor schizofrenie, die positief scoren op deze markers, vormen beslist een hoog-risicogroep en moeten nauwgezet opgevolgd worden.

Een mogelijk negatief *neveneffect* van een dergelijke procedure is het induceren van angst en paniek bij de betreffende populatie. Wanneer men dit echter op een adequate manier aanpakt, zou dit volgens buitenlands onderzoek zeker vermeden kunnen worden. Families, gekend met een schizofrene belasting, hebben trouwens zelf heel wat vragen over risico van schizofrenie en de ouders zijn vaak zelf vragende partij voor professionele opvolging van hun kinderen.

Assertive Outreach

• Takenpakket van het team

Onder de schizofrene populatie zijn er zo'n 30 à 40% zogenaamde *draaideurpatiënten*: mensen die frequent recidiveren en opgenomen worden. Dit

leidt uiteindelijk tot marginalisatie omwille van de toenemende sociale deficits en schizofrene problematiek. Deze groep wordt gekenmerkt door een uitzonderlijk lage therapietrouw en is dus zeer moeilijk te behandelen. Dit betekent dat ze niet opgevolgd worden door de huisarts of psychiater, maar alleen in het hulpverleningscircuit terechtkomen na escalatie van problemen en acuut aangemeld worden op een spoedgevallendienst of in een psychiatrisch ziekenhuis.

Via '*assertive outreach*' wil men deze populatie uit het ziekenhuis en in de maatschappij houden door vroege detectie van dreigend herval en problemen. Het gaat hier om assertieve zorg gezien de patiënt zelf geen hulpvraag heeft, maar het team zelf het initiatief in handen neemt.

Deze teamleden staan in voor de begeleiding van hun patiënten: ze staan ervoor paraat, nemen telefonisch contact, zoeken hen op wanneer het moeilijk gaat enzovoort.

Naast het opvolgen van de patiënt staan ze eveneens in voor de mobilisatie van de sociale context, begeleiding van de familie, onderhouden van contacten met verschillende instanties...

Het preventief effect van deze premurale zorg bestaat uit het voorkomen dat een patiënt 'muraal' wordt.

• Samenstelling team

Idealiter bestaat een dergelijk team uit vier verschillende type hulpverleners: een psychiater – die ter plaatse dient te werken –, een psycholoog, een zogenaamde 'community nurse' – een speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundige – en een maatschappelijk hulpverlener. Ook een ervaringsdeskundige kan een rol spelen in deze equipe.

• Implementatie

Concreet wordt een dergelijke equipe best 'aangehaakt' aan een detectieteam. Deze ploeg zou het 'eerste-episode' team kunnen ondersteunen en de

verdere opvolging op zich nemen van 'gedetecteerde' patiënten. Eens zo'n detectieteam op kruissnelheid is, wordt het 'patiëntenbestand' jaarlijks met zo'n 50 patiënten uitgebreid.

Binnen de huidige organisatie van de hulpverlening kunnen noch de huisarts, noch de psychiater deze zorg op zich nemen. De psychiatrische thuiszorg sluit nog het meest aan bij de voorgestelde manier van zorgverstrekking, maar deze bestaat momenteel slechts onder vorm van enkele pilootprojecten. De implementatie van een 'assertive outreach' team betekent een verandering in de huidige structuur van de zorgverstrekking. Gezien de werking van dit team zou moeten leiden tot een reductie van het aantal hospitalisaties, zijn op termijn minder ziekenhuisbedden nodig en kan dit ziekenhuispersoneel dus op een andere manier ingezet worden.

• Wetenschappelijke evidentie

Deze methodologie bestaat reeds geruime tijd in het buitenland en heeft wereldwijd zijn kosteneffectiviteit en voordeel bewezen.

Een preliminaire studie in Vlaanderen door dokter De Hert (Universitair Centrum Sint-Jozef Kortenberg) bevestigt deze buitenlandse gegevens. Het globaal niveau van functioneren is stabiel en ligt beduidend hoger, de symptomatologie is stabiel en patiënten rapporteren een betere levenskwaliteit. Het aantal hospitalisaties daalde met 30% over een tijdsspanne van drie jaar, wat een aanzienlijke kostenbesparing betekent. Zowel patiënten als familie verkiezen deze benadering.

Niettemin is men er tot op heden niet in geslaagd een dergelijk type zorgverstrekking op grote schaal door te voeren in Vlaanderen.

• Kosten-batenanalyse

In Vlaanderen zijn er zo'n 7 à 10 000 patiënten die dit type zorg behoeven. Een team van vijf à tien personeelsleden kan instaan voor de begeleiding van 150 à 200 patiënten. De personeelskost wordt geraamd op ongeveer 40 miljoen euro per jaar, wat men gemakkelijk kan compenseren door het verminderde aantal hospitalisaties. Jaarlijks kan men namelijk een daling van het aantal hospitalisaties bekomen met 30%. Per jaar betekent dit per patiënt een besparing van een kleine 10 000 euro. De opvolging van vijf patiënten staat dus gelijk aan het loon van een personeelslid.

Misschien is dit type hulpverlening niet goedkoper, maar het geld wordt op een andere manier gebruikt, met een betere sociale inbedding en een grotere tevredenheid bij de betrokken patiëntenpopulatie tot gevolg.

Conclusies

Algemeen ontstond er in deze werkgroep weinig discussie over de verschillende voorgestelde strategieën. Het voorgestelde detectieteam moet men zien in een breder geheel, met aandacht voor sensibilisatie en deskundigheidsbevordering over schizofrene psychose. Het detectieteam wordt ook best uitgebreid met een zogenaamd 'assertive outreach' team. De bespreking werd afgesloten met het bereiken van een algemene consensus.



KANSARMOEDE: GROEPSWERK MET KANSARME GEZINNEN

doctor **Christine Maesschalck**

Inleiding

Ouders en kinderen die in kansarmoede leven, vertoeven vaak in een psychisch zwaar en angstig klimaat. De ene generatie draagt deze last meestal over op de volgende. De psychische belasting neemt almaar toe, de draagkracht wordt steeds gebrekiger. Van de ene generatie op de volgende is er vaak een aaneenschakeling

van probleemtoestanden. Allerlei factoren creëren deze toestanden, een quasi permanente en grote bestaansonzekerheid, voedt ze continu. Op termijn vermeerderen deze probleemtoestanden de psychische belasting en de algemene lijdensdruk (Corveleyn, 2000).

Context en aanknopingspunten voor een preventiestrategie

Het wetenschappelijk onderzoek terzake benadrukt meestal slechts een aspect van de problematiek. Ook de preventieprogramma's voor opvoedingsondersteuning aan kansarme gezinnen, vertonen dezelfde leemtes. Vooral de pedagogische, materiële en sociaal structurele invalshoek, gaan met de aandacht lopen. Zowel in Vlaanderen als elders, zowel in onderzoek als op het werkerrein, komt de psychologische invalshoek (ouder-kindrelatie, belang van een veilige hechting en opvoedkundige vaardigheden) doorgaans veel minder aan bod. Nochtans zijn deze aspecten cruciale basisvoorwaarden voor een optimale psychosociale ontwikkeling van elk kind. Zowel bij jongeren als bij volwassenen vermijden ze dat gedragsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen optreden en voorkomen ze de daarmee gepaard gaande psychopathologieën zoals depressie en zelfmoord (Fonagy, 1998; Greenberg et al, 1993). Ook sociale steun vervult een belangrijke functie en werkt een optimale individuele ontwikkeling in de hand.

Kansarmoede en de daarmee geassocieerde algemene psychische draaglast vormen belangrijke risicofactoren, zo blijkt uit onderzoek (voor een overzicht zie onder andere Duncan & Brooks-Gunn, 1997; Fonagy, 1998; Halpern, 1993). Kinderen uit kansarme gezinnen zijn vatbaarder voor psychopathologische problemen. Zelfs als ze volwassen zijn, zullen ze er makkelijker en sneller mee te kampen krijgen. Kansarmoede gaat vaak hand in hand met een gebrekkige opvoedingskwaliteit, een onveilige hechtingsrelatie tussen de ouders (of de opvoeders in ruimere zin) en het kind, en een verzwakte weerstand tegen de impact van negatieve levensgebeurtenissen. Deze defecten verklaren voor een stuk de algemene psychische kwetsbaarheid van kansarme kinderen.

Kinderen uit 'multiprobleemgezinnen' worden, in vergelijking met leeftijdsgenoten uit 'niet-multiprobleemgezinnen', meer geconfronteerd met allerhande stressoren. Ze zijn ook gevoeliger voor de gevolgen van deze stressoren en de impact ervan. Een veilige hechting wordt sterk beïnvloed door de sociale leefcontext. Slechts weinig kinderen uit



gezinnen met een lage socio-economische status kennen een veilige hechting (Constantino, 1996; Fonagy, 1998). Men gaat ervan uit dat de ene kansarme generatie de problematische hechting overdraagt op de volgende (zie bijvoorbeeld het lopende onderzoek van G. Geenen onder leiding van professor J. Corveleyn in het departement psychologie, K.U.Leuven).

In kansarme gezinnen komen niet enkel remmende psychologische factoren sterk naar voren. Ook inefficiënte relatiestijlen en communicatiepatronen zijn schering en inslag: de ouder-kindrelatie is vaak minder evenwichtig, de gezinsstructuur minder duidelijk en samenhangend en de ouder-kindcommunicatie eerder negatief. Deze aspecten kunnen elk op zich of in combinatie met elkaar gedragsproblemen en andere psychische problemen veroorzaken bij kinderen. Dit niet enkel op jeugdige leeftijd maar ook op latere leeftijd.

Volgens sommigen is het meest plausibele verklarende model er een dat uitgaat van transactionele en intergenerationele processen. Het gedrag van het kind beïnvloedt de manier waarop de ouders en het gezin functioneren en vice versa. Tegelijk spelen ook andere interfererende mechanismen en processen een rol (Vandemeulebroecke & Nys, 2001).

De opvoedingsvragen van de ouders en de behoeften van kinderen in kansarme gezinnen zijn op zich niet anders dan deze van ouders en kinderen in niet maatschappelijk kwetsbare groepen. Toch is een aangepaste strategie voor kansarme gezinnen wenselijk, gezien de complexe problematiek en de generationele overdraagbaarheid van deze problematiek.

Mogelijke strategieën

Verschuillende strategieën zijn mogelijk. Sommige richten zich specifiek op de kinderen van kansarme gezinnen en trainen met hen allerlei coping- en andere vaardigheden. Andere richten zich op de ouders en focussen op bijstand en training van

parentingvaardigheden. Nog andere richten zich op een combinatie van verschillende elementen en hebben aandacht voor ouders én kinderen (confer de tweegenerationele programma's). Deze laatste zijn breed opgevat, spelen in op diverse fronten en steunen op een multidimensionale visie op kansarmoede. De rode draad doorheen al deze programma's is de gedachte om de eigen mogelijkheden en vaardigheden van deze doelgroep te versterken (Hennion & Vandenbroucke, 1999; Van Regenmortel, 1996). Men betreft de participanten (ouders en kinderen) actief in het programma en benadrukt hun verantwoordelijkheid daarbij. Zo willen deze programma's de opvoedingscompetentie en de zelfwaardering van de ouders versterken en een sociaal ondersteunend netwerk uitbouwen. Kansarme gezinnen kunnen hier vaak te weinig op rekenen. Netwerkvorming op brede schaal is trouwens een belangrijke strategie op zich als preventie van psychopathologieën zoals depressie en zelfmoordneigingen in de algemene bevolking.

Enkele Amerikaanse studies evalueerden allerlei in de VS bestaande opvoedingsondersteunende programma's voor kansarme gezinnen (zie bijvoorbeeld de evaluatie van de Early Head Start programma's – Fitzgerald et al, 2002; Halpern, 1990; Webster-Stratton, 1997). Deze studies halen een aantal aspecten aan, die doorslaggevend zijn om resultaat te boeken. Op basis hiervan kunnen we stellen dat de voorkeur best uitgaat naar een strategie van opvoedingsondersteuning die aan verschillende voorwaarden voldoet. Ze moet breedgericht zijn (zowel op ouders als kinderen) en multidimensioneel. In de tweede plaats moet ze netwerkopbouwend zijn en daarom zo lokaal mogelijk ingebed (bijvoorbeeld dichtbij scholen, buurtwerkingen en de eigen leefomgeving). Verder moeten professionele hulpverleners, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen betrokken zijn. Het is ook belangrijk dat de strategie steunt op een sterk gecoördineerd aanbod van activiteiten en diensten. De continuïteit van ondersteuning op korte, middellange en lange termijn moet gewaar-

borgd zijn. Tot slot moet ze ruim toegankelijk en laagdrempelig zijn voor de beoogde doelgroep. De hier voorgestelde strategie (verder benoemd als 'groepswork met kansarme gezinnen') bouwt over heel Vlaanderen bestaande en nieuw op te richten ondersteunende groepswerkingen uit. Ze voldoet aan de hoger gestelde vereisten. In wat volgt, wordt deze strategie nader toegelicht.

Geselecteerde strategieën

Groepswork met kansarme gezinnen

De strategie richt zich tot kansarme gezinnen en sluit aan bij secundaire preventie. Deze heeft als doel de groepswerkingen met kansarme gezinnen die al in enkele Vlaamse steden lopen verder te implementeren, professioneel uit te bouwen en uit te breiden met bijkomende nieuwe gelijkaardige initiatieven over heel Vlaanderen.

Inspiratie hiervoor is te vinden in de groepswerking van het Centrum Kauwenberg in Antwerpen. Dit centrum biedt generatiearme gezinnen een integrale en intensieve dienstverlening en groepswerking. Hulpverleners, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen werken samen en dragen samen de werking. Deze omvat allerhande activiteiten (wekelijkse groepssessies met ruimte voor opvoedingsondersteuning, gesprekken, recreatie en dergelijke) voor de ouders, de kinderen en het hele gezin.

Het groepswork is ingebed in een globaal hulpverleningsaanbod. Professionelen van het nabijgelegen Centrum Geestelijke Gezondheidszorg werken nauw samen met het Centrum Kauwenberg en voeren inter- en supervisie uit. Ook actoren van de eerste lijn in de buurt en anderen, dragen hun steentje bij. Het groepswork wordt hier onder meer gehanteerd als een therapeutisch instrument. De hulpverleners trekken veel tijd uit om de optimale voorwaarden te scheppen voor de eigenlijke opvoedingsondersteunende initiatieven. Tussen kansarme gezinnen en zorg- en hulpverleners gaapt meestal een kloof en heerst vaak fundamenteel wantrou-

wen. Daardoor vragen kansarme gezinnen vaak niet of te laat hulp (zie onder andere Ghesquière, 1993). Als ze die stap toch zetten, verlopen de contacten met de hulpverlening vaak woelig en in een gespannen sfeer. Het risico op afhaken is bijzonder groot. De groepswerking kan op dit vlak sterk tegemoet komen en een intermediaire functie vervullen. De begeleiders van de groep waaraan het kansarme gezin deelneemt, kunnen immers de frequente euvelds in de contacten met de professionele hulpverlening voorkomen. Daarvoor bouwen ze een vertrouwensrelatie tussen begeleiders en gezin en tussen de groepsleden onderling. De ontstane groepscohesie en het sociaal modellerend effect dat uitgaat van de groep, stimuleren kansarme gezinnen om sneller professionele hulp in te roepen.

Het groepswork blijkt een aantal belangrijke functies te vervullen. Het doet dienst als sociale buffer, verleent de eerste materiële en psychosociale opvang en draagt bij tot de (vroeg)detectie van ernstige psychopathologie en andere hieraan gerelateerde problemen. Bovendien vormt de groep een globaal en laagdrempelig vangnet dat 24 op 24 uur toegankelijk is. Het groepswork kan ook dienst doen als intermediair voor een begeleidde en efficiënte doorverwijzing naar de professionele hulpverlening op tweede- en derdelijnsniveau. Tot slot kan het groepswork educatief en modellerend werken.

De groepswerking richt zich tot kansarme gezinnen in risicobuurtten die in contact komen met de eerstelijnszorg (Openbare Centra Maatschappelijk Werk, Centra Algemeen Welzijn, Centra Leerlingenbegeleiding en dergelijke) en/of die signalen uitzenden met vragen over de opvoeding van hun kinderen. Er wordt geschat dat ongeveer een derde van de doelgroep effectief bereikt zal worden via implementatie van de strategie.

De belangrijkste partners voor de uitbouw zijn de eerste- en tweedelijnsdiensten van de zorg- en hulpverlening. De Centra voor Algemeen Welzijn en de diensten van Kind & Gezin zullen hierin een centraal uitvoerend aandeel hebben. Gezien het



procesmatige karakter van de strategie en het belang van de continuïteit van opvolging, kunnen positieve effecten vooral op langere termijn verwacht worden. De eerste resultaten zouden binnen drie tot vijf jaar bereikt worden. Er wordt aangenomen dat de strategie ook effecten in bredere zin in de hand zal werken, bijvoorbeeld op het vlak van gezondheidspromotie. Om de strategie te laten slagen, zijn duidelijke afspraken nodig tussen alle actoren in de betrokken buurt en bredere regio. Verder moeten professionele hulpverleners de groepswerking blijven begeleiden en moet het vrijwillige karakter van de deelname aan de groepswerking gehandhaafd blijven.

Een recent participierend kwalitatief onderzoek (Vanhee, Laporte & Corveleyn, 2001) toont aan dat de kansarme ouders die deelnemen aan groepswork, dit zelf als zeer positief ervaren en de hogervermelde voordelen bij zichzelf onderkennen. Systematische en geobjectiverde evaluatiestudies ontbreken momenteel nog en dienen zeker mee opgenomen te worden bij de implementatie van de strategie.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)





SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP ONDERZOEK KANSARMOEDE: GROEPSWERK MET KANSARME GEZINNEN

Greta Bulckaert, maatschappelijk werkster in het Centrum Algemeen Welzijnswerk te Izegem, stelt het onderzoeksproject 'groepswerk met kansarme gezinnen' voor.

Lut Goossens, werkzaam bij VZW 'De Link' en reeds 28 jaar bezig rond armoedebestrijding, vervult de rol van disputante en geeft een aantal bemerkingen en aanvullingen.

Het geheel wordt in goede banen geleid door Caroline Van Den Bergh, journaliste bij de VRT.

Inleidende beschouwing

Deze werkgroep had een heel eigen opdracht, verschillend van die van de andere werkgroepen op de gezondheidsconferentie. Een opdracht, zo bewees het verloop van de werkzaamheden, die niet zo eenvoudig bleek.

In het voortraject van de gezondheidsconferentie werd door deskundigen gezocht naar wetenschappelijk onderbouwde strategieën met een bewezen preventief effect op depressie en suïcide. Ook specifiek naar kansarmen toe gebeurde deze oefening, maar zonder succes.

Vandaar de specifieke opzet van deze werkgroep:

het samen ontwikkelen van een onderzoeksproject voor kansarmen. Dit onderzoek zou moeten resulteren in een strategie die aan een aantal voorwaarden voldoet. De methodologie moet van die aard zijn dat de strategie reproduceerbaar en transponeerbaar is, dat resultaat gegarandeerd is en kan gemeten worden wanneer aan bepaalde randvoorwaarden voldaan is. Wanneer een overheid namelijk middelen toekent, wil zij dat doen met een grote kans op succes. Dit is zij niet alleen verplicht als verantwoordelijke overheid, maar ook ten aanzien van de beoogde doelgroep, hier in concreto de kansarmen.

Ontwikkeling van een onderzoeksproject

Bij de ontwikkeling van een effectieve preventiestrategie, en dus ook bij onderzoek hieromtrent, dient een aantal elementen duidelijk bepaald en omschreven te worden.

Probleemomschrijving

In de eerste plaats is er nood aan een duidelijke *probleemomschrijving*.

Verrassend in dit kader was de stelling dat suïcide bij kansarmen, omwille van hun enorme draagkracht, weinig of niet zou voorkomen. Een stelling

die in de verdere discussie toch wel wat genuanceerd werd. Suïcidaliteit komt wel voor, maar dan eerder onder de vorm van suïcidedgedachten en suïcidepogingen. Ook met depressie worden kansarmen geconfronteerd. En dit niet alleen in de zin van psychische levenspijn, maar eveneens onder vorm van een depressieve stoornis.

De link tussen kansarmoede en psychopathologie is wetenschappelijk bewezen. Een aantal hinderpalen bemoeilijkt echter de rechtstreekse observatie hiervan in de dagelijkse praktijk. Op suïcide rust



een taboe dat dit onderwerp moeilijk bespreekbaar maakt. Bovendien bereiken de huidige initiatieven vermoedelijk niet de meest kwetsbare groep onder de kansarmen.

Theoretisch kader

Preventieve maatregelen dienen gebaseerd te zijn op een grondige en degelijke kennis betreffende kansarmoede.

Typisch voor kansarmoede zijn de volgende *vijf probleemkernen*, een positieve en vier negatieve.

In de eerste plaats bestaat er een grote kloof in positieve krachten tussen 'armen' en 'middenklassers', de zogenaamde '*krachtenkloof*'. Kansarmen beschikken over een grotere draagkracht waardoor ze een vaak grote last kunnen dragen. Eveneens zijn ze in staat het leven op een humoristische manier te benaderen: problemen of niet, er wordt wat afgelachen.

In tegenstelling tot de betuttelende houding van vele hulpverleners helpen armen elkaar vooruit door de kracht om elkaar te confronteren.

Ten slotte bestaat er onder armen een veel grotere solidariteit en strijdbaarheid. Ongeacht hun eigen persoonlijke ellende staan ze steeds klaar om elkaar onderling te helpen. Niet alleen elkaars armoede, maar bovendien armoede op zich, als structureel probleem, willen ze uit de wereld helpen.

De '*gevoelskloof*' kan beschouwd worden als het meest karakteristieke problematische aspect van kansarmoede. Het verlangen 'erbij te horen', eigen aan de mens, wordt bij hen zwaar gefrustreerd omwille van permanente uitsluitingsmechanismen in de maatschappij. Door imitatie van uiterlijkheden trachten ze dit alsnog te bereiken. Dit is niet alleen niet succesvol, maar tevens contraproductief gezien het hen alleen de veroordeling oplevert zelf verantwoordelijk te zijn voor hun armoede. Bovendien beoordelen we hun gedragingen anders, louter omwille van hun sociaal statuut. Deze dubbele uitsluiting leidt bij deze mensen tot minder-

waardigheidsgevoelens, gevoelens van schaamte, schuld en vernedering. Het is dan ook deze diep gekwetste binnenkant die geheeld dient te worden als start om uit de armoede te raken.

Gezinnen, waar armoede van generatie op generatie overgedragen wordt, hebben geen gedegen kennis van de samenleving waarin ze leven. Bovendien zijn ze zich niet bewust van deze '*ken-niskloof*'. Verwerven van deze kennis is niet evident; omwille van hun geïsoleerde positie kunnen ze zich alleen spiegelen aan lotgenoten, die met net dezelfde problemen geconfronteerd worden. De meeste hulpverleners missen heel wat kansen om hier op in te spelen, omdat ze onvoldoende beseffen hoe ver die – voor hen soms onvoorstelbare – onwetendheid reikt.

Daarnaast hebben ze ook te kampen met een gebrek aan vaardigheden. Deze '*vaardigheidskloof*' ontstaat door de typische manier waarop vaardigheden klassiek verworven worden. Een kind verwerft deze vanaf de geboorte in existentieel verband, gedreven door het verlangen naar de liefde van de moeder, een liefdevolle relatie waarvan vele kansarmen omwille van hun plaatsingsverleden verstoken zijn gebleven. Bovendien blijkt er een zogenaamde kritische periode te bestaan voor het aanleren van vaardigheden. Op latere leeftijd verloopt dit proces allesbehalve vlot en blijft er vaak een breuk bestaan tussen de 'theoretische' verwerking en concrete gedragsverandering.

Ten slotte bestaat er ook een '*structurele kloof*' die we kennen onder de vorm van een slechte behuizing, schoolproblemen, werkloosheid...

Doelgroep

Het besproken theoretisch kader heeft betrekking op de zogenaamde *generatiekansarmen*. Voor sommigen is deze afbakening te eng, gezien een aantal andere armen op die manier aan hun lot overgelaten wordt.

Men heeft namelijk ook een groep *mentaal gehandicapt* die in de armoede belanden omwille van hun beperkte intellectuele vermogens. Men kan zich hier echter afvragen in hoeverre dit gebrek aan kennis en vaardigheden niet veroorzaakt wordt net door een gebrek aan kansen, eerder dan door beperkte intellectuele vermogens.

Qua dynamiek zijn de zogenaamde *nieuwe armen* een totaal andere groep. Dit zijn mensen die ten gevolge van werkloosheid plots geconfronteerd worden met armoede. Ze zijn beschaamd over hun situatie, weten niet bij welke instanties aan te kloppen en zijn zeer kwetsbaar voor de ontwikkeling van depressie en eventueel de stap naar suïcide.

Methodiek

Omwille van de specificiteit van deze problematiek bij kansarmen voelen velen de nood aan een *specifieke strategie* voor deze groep.

Twee reeds in de praktijk toegepaste methodieken worden voorgesteld, namelijk 'groepswork met kansarmen' en 'opleiding tot ervaringsdeskundige'. De concrete inhoud van '*groepswork met kansarmen*' kan men lezen in het artikel 'onderzoek kansarmen: groepswork met kansarme gezinnen'. In de '*opleiding tot ervaringsdeskundige*' wordt voornamelijk gewerkt aan de 'gevoelskloof'. Dit houdt de verwerking in van de eigen pijn aan de hand van groepswork en individuele begeleiding. Door het aan elkaar vertellen van hun levensverhaal en door de duiding van hulpverleners, krijgen kansarmen als het ware inzicht in bepaalde mechanismen en dynamieken. Deze verwerking is de noodzakelijke voorwaarde voor verdere bevrijding en het in handen kunnen nemen van het eigen leven.

Deze methodieken, gericht op 'empowerment', kan men zien als primaire preventie ten aanzien van depressie. Kansarmoede kan namelijk beschouwd worden als een risicofactor voor de ontwikkeling van depressie. Via bestrijding van kansarmoede zou men onrechtstreeks dus depressieve problemen

kunnen voorkomen.

In de huidige initiatieven besteedt men echter onvoldoende aandacht aan preventie van depressie bij kansarmen. De voorgestelde methodieken zijn valabel maar volstaan niet. Zwaar depressieve mensen kunnen namelijk niet gemotiveerd worden hieraan te participeren. In dat geval is samenwerking met de geestelijke gezondheidssector noodzakelijk.

Dit euvel wil men verhelpen door het combineren van verschillende strategieën in een geïntegreerd globaal pakket, eerder dan initiatieven te ontwikkelen eenzijdig gericht op depressie.

Concreet wenst men dit te doen door voort te bouwen op bestaande initiatieven die reeds hun sporen verdiend hebben. Wel is er nood aan de ontwikkeling van een methodiek om de effecten hiervan te meten. Momenteel beschikt men hiervoor reeds over zogenaamde kwalitatieve manieren en peilt men naar parameters van bevrijding zoals assertiviteit, het nemen van initiatief, het verbeteren van communicatie...

Randvoorwaarden

Deze strategie kan enkel slagen indien aan een aantal *randvoorwaarden* voldaan is.

Een eerste en voornaamste voorwaarde is het efficiënt functioneren van de *hulpverlening*. Momenteel lijkt hier een en ander mank te lopen. Enerzijds is de groep van de kansarmen goed gekend door allerlei instanties, anderzijds verloopt deze hulpverlening vaak verre van doeltreffend. Zo zijn vaak vele – te veel – hulpverleners betrokken bij eenzelfde kansarm gezin, misschien omdat ze niet onmiddellijk bij de juiste instantie terecht komen. Toch verloopt de doorverwijzing naar hulpverlening moeilijk en worden deze voorzieningen door kansarmen als hoogdrempelig ervaren. Mogelijke oorzaken zijn een financiële drempel, te moeilijke woordenschat van de hulpverleners... Wanneer ze dan toch consulteren, komen ze vaak niet terecht bij de meest geschikte hulpverlener of wordt deze hulp beperkt tot de meest rudimentaire zorgen.

Algemeen kan men stellen dat de hulpverlening momenteel onvoldoende afgestemd is op deze doelgroep en wordt er gepleit voor een betere aanpassing aan de specifieke noden van kansarmen. In dit kader werden verschillende voorstellen geformuleerd. Men kan bijvoorbeeld een 'centrale zorgpersoon' introduceren rond kansarme situaties. Deze zou dan instaan voor het bevorderen van de samenwerking tussen en het op elkaar afstemmen van vrijwilligers en professionele hulpverleners. Het uitbouwen van een zogenaamd 'nulde echelon' is een andere manier om hulpverlening te optimaliseren. Vanuit het vermoeden dat de huidige initiatieven onvoldoende laagdrempelig zijn – dat deze slechts een subgroep van de beoogde populatie bereiken – wordt gepleit voor het creëren van tentakels naar het natuurlijk leefmilieu. Concreet kunnen de huisarts, thuisverpleegkundigen... een rol spelen in het depisteren van kansarmen in de samenleving. Ook wordt gepleit voor deskundigheidsbevordering van hulpverleners, niet alleen inzake suïcide maar ook inzake detectie van en omgaan met kansarmoede. Samengevat dient de hulpverlening aangepast te worden aan kansarmen in plaats van omgekeerd.

Eveneens wordt er gepleit voor een *'integrerende benadering'*. Stigmatisatie kan een negatief neveneffect zijn van een preventief project specifiek voor kansarmen. Het is evident dat dit niet de bedoeling is en men graag wil werken aan de integratie van kansarmen in de samenleving. Hier is ook een taak weggelegd voor de samenleving, die wel eens wordt verweten te betuttelend te zijn en zelf geen werk te maken van ontvoogding van kansarmen.

Conclusies en concreet voorstel van onderzoek

Ondanks een moeizaam verloop van de werkzaamheden kwam men toch tot een aantal concrete conclusies. Het voorgestelde onderzoek zal bestaan uit een effectmeting van de twee voorgestelde methodieken, 'groepswork met kansarme gezinnen' en 'opleiding tot ervaringsdeskundige'. Deze methodieken dienen in eerste instantie duidelijk beschreven en gedocumenteerd te worden. De doelgroep wordt beperkt tot de diepste laag van de generatiekansarmen. Concreet zal dit gerealiseerd worden in een pilootregio over een periode van twee jaar, met een nulmeting bij aanvang en effectmeting na twee jaar. Als concrete parameters zal men 'de mate van emotionele bevrijding' enerzijds en 'mate van reductie van psychopathologische aandoeningen' anderzijds volgen. Hierop wil men zicht krijgen aan de hand van observatieonderzoek en rapportage door betrokkenen.



DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING BIJ HUISARTS EN THUISVERPLEGER

professor dr. Jan Heyman

Inleiding

Hoewel er geen specifieke strategie werd geselecteerd voor thuisverplegers, worden zij, naast de huisartsen, als specifieke doelgroep opgenomen in deze fiche. Bij de implementatie van de conferentie wil men deze doelgroep immers niet vergeten.

Vlaamse huisartsen zien of horen elke dag gemiddeld twintig patiënten, waarbij gemiddeld twee à drie probleemvelden ter sprake komen. Alle Vlaamse huisartsen samen behandelen per dag ongeveer 250 000 verschillende problemen. In 2000 startte de overheid het succesvol

'Globaal Medisch Dossierproject' op om mensen te stimuleren een vaste dossierbeherende huisarts te kiezen. Tegelijk stuurde het project erop aan dat elke patiënt een huisarts heeft. Zodoende zou bij elke depressie of zelfmoord in Vlaanderen op een of andere manier een huisarts betrokken zijn. De huisartsgeneeskunde richt zich doelbewust op persoons- en gezinsbegeleiding en levert een bevoorrecht inzicht in persoons- en gezinspatronen. Daardoor bevinden huisartsen zich in een unieke positie voor depressiebehandeling en zelfmoordpreventie.

Depressie staat op de dertiende plaats in de top twintig van de diagnoses die huisartsen jaarlijks stellen (incidentie 1994-98 in Vlaanderen, Integoproject Leuven, Bartholomeeusen, 2001). De huisarts werkt vooral oplossingsgericht. Hij labelt 2% van zijn patiënten als depressief (Intego Leuven, RNH Maastricht, Transitie Amsterdam). Een voltijdse huisarts heeft dus gemiddeld vijftientig depressiepatiënten per jaar. Sommige problemen die de psychotherapeuten depressie noemen, catalogeert de huisarts echter als echtpaarconflicten, moeder-kindproblemen of relatieproblemen (op het werk of met vrienden), naargelang de interventierichting die hij gekozen heeft.

Hoe meer factoren in het deskundigheidsbevorderingspakket geïntegreerd worden, hoe meer resultaat men zal boeken. De belangrijkste determinerende factoren zijn: interactiviteit, aansluiten op de praktijkbehoeften, voorafgaandelijke sensibilisering, opfrissingsmomenten achteraf en het gebruik van zoveel mogelijk stimulansen (interne beloning, positieve ondersteuning, groepsmotivatie en dergelijke). De literatuur over langetermijnsveranderingen van het professioneel gedrag integreert heel wat elementen. Er is aandacht voor leertheorieën, voor overtuigingsstrategieën, voor de cognitieve consistentie van de boodschappen, voor de sociale omkadering en voor beschouwingen over de manier waarop professionele groepen innovatie procesmatig opnemen.



Geselecteerde strategieën

Elektronische hulplijn: zelfmoordpreventie en depressiebehandeling optimaliseren

• Infocel zelfmoordpreventie en interactief leerpakket zelfmoordpreventie

Via deze elektronische hulplijn wil men alle huisartsen in Vlaanderen een permanente en aangepaste infolijn bieden, waar de arts concrete, aan de huisartspraktijk aangepaste informatie kan opvragen. Via dit aanbod wil men huisartsen enerzijds sensibiliseren voor de problematiek. Anderzijds hoopt men 1500 huisartsen te vinden (bij voorkeur een per praktijk of per samenwerkingsverband van huisartsen) die een intensieve en interactieve opleiding willen volgen, die deel uitmaakt van een vijf-jarenproject. Deze opleiding is toegespitst op depressiebehandeling en zelfmoordpreventie. Ze duurt drie weken en wordt eventueel gevolgd door een aantal herhalingsmomenten.

Een vorming van die omvang zou mogelijk zijn door de opleidingscyclus van drie weken vijfmaal per jaar aan te bieden, telkens aan 50 huisartsen die zich elektronisch aansluiten. Op vijf jaar tijd zouden zo ten minste 1000 praktiserende huisartsen in Vlaanderen bijgeschoold kunnen worden. Daarnaast zouden in diezelfde periode 500 toekomstige huisartsen dit pakket leren kennen tijdens hun specialisatieopleiding.

Als er meer samenwerkingsverbanden zouden ontstaan tussen huisartsen met een zekere graad van differentiatie, zou de impact van dat cijfer in de toekomst nog veel groter kunnen zijn. Indien men tijdens de sensibilisatie het streefcijfer van een huisarts per praktijk promoot, kan 75% van de Vlaamse huisartspraktijken de invloed ondergaan van de bijscholing, en dit dankzij die 1500 huisartsen met bijscholing.

De 'hulplijn zelfmoordpreventie' omvat twee aan elkaar gelinkte en elkaar ondersteunende deelprojecten:

1. Webgebaseerde 'infocel zelfmoordpreventie'

Dit is een website, exclusief voor huisartsen, met informatie op maat uit betrouwbare bronnen (universiteiten, de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen, het Platform Geestelijke Gezondheidszorg en dergelijke). De huisarts kan er met al zijn vragen terecht en vindt er praktisch toepasbare antwoorden.

De filosofie achter dit idee is dat de huisarts, op het ogenblik dat hij geconfronteerd wordt met probleemsignalen omtrent depressie of zelfmoordneigingen, behoefte heeft aan snel beschikbare, adequate en correcte informatie. De huisarts leert op dat moment heel veel uit de praktische informatie over het wetenschappelijk correct gedrag (richtlijnen en werkinstrumenten voor risico-inschatting) die hem wordt aangeboden. Informatie over structuren en hulpverleners zou gericht moeten zijn op de beschikbare infrastructuur in zijn naaste omgeving. Ook die informatie moet correct, bruikbaar en snel beschikbaar zijn.

2. Elektronisch 'interactief leerpakket zelfmoordpreventie'

Deze strategie past een interuniversitair ontwikkeld leerpakket uit de specialisatieopleiding huisartsgeneeskunde aan en stelt het ter beschikking van praktiserende huisartsen. Via interactief afstandsonderwijs doorloopt de arts een programma dat de meest actuele pedagogische principes (sociaal constructivisme) volgt en dat gebaseerd is op elektronische leerplatformen. Tijdens drie weken intensieve studie werkt de ingeschreven huisarts drie essentiële leermodules af. Hij oefent deze in en toetst ze aan de praktijk en zijn persoonlijke begeleidingsstijl.

In het kader van het Interuniversitair Opleidingsprogramma, gesubsidieerd door het departement Onderwijs van de Vlaamse Gemeenschap, wordt het programma vanaf 2002 aangeboden in de specialisatieopleiding van toekomstige huisartsen.

Eenzelfde leertraject aanbieden aan praktiserende huisartsen is nieuw. Het vergt een eigen bewustmaking, een gerichte sensibilisering, een eigen marketing en een eigen logistieke ondersteuningsploeg die het hele project inpast in de praktijktoepassing van elke huisarts.

De klassieke navormingssessies hebben geen blijvende impact op het praktijkgedrag, zo blijkt uit effectstudies over de impact van permanente vormingsactiviteiten op de dagelijkse praktijk. De impact is afhankelijk van een waaier van factoren (Davis et al, 1995; Freemantle et al, 1999). De alertheid aanscherpen, sensibiliseren (bijvoorbeeld door persoonlijke confrontatie met een probleem), concrete praktijkgerichtheid en oprissing en herinnering, bleken essentieel om de impact te bestendigen. Een project dat deze elementen niet inbouwt, leidt misschien wel tot tevredenheid, maar niet tot veranderingen in de dagelijkse zorgverlening en begeleiding.

• Voorbeeldprojecten ter illustratie

Toegepast op de thematiek depressiebehandeling en zelfmoordpreventie bij huisartsen, kunnen we refereren aan verschillende nationale projecten om de aanpak te veranderen. Deze projecten werden gerealiseerd door huisartsen of zij werkten eraan mee. Ze bevestigden de hogergenoemde stellingen.

De 'Gotland studie' toonde in 1983 aan dat een intensieve opleiding (twintig uur, in overleg met het werkveld, enorm positief onderbouwd) wel degelijk effecten sorteert: ziekteverzuim en hospitalisatie daalden en er werden meer antidepressiva voorgeschreven, maar minder kalmeermiddelen, hypnotica en sedativa. Het zelfmoordcijfer daalde vooral bij vrouwen sterk. De identificatie van depressie steeg en de therapieën volgden strikter de voorgestelde richtlijnen van het programma. Een jaar na dat succesvolle programma stegen de parameters alweer. Het zelfmoordcijfer kwam zelfs weer op het niveau van de 'baseline' van 1982 (Rutz, 1992).

De 'UK Defeat Depression Campaign' (Paton, 2001)

komt tot gelijklopende resultaten. De campagne omvatte onder meer een aantal wetenschappelijke conferenties. Navormingsmateriaal werd aangeemaakt en verspreid. Van de huisartsen merkte 40% een attitudeverandering in hun praktijkvoering. Voor een blijvend resultaat bleek er echter bijkomende behoefte te zijn aan lokale en praktijkgerichte scholing (bijvoorbeeld intensieve videofeedback in kleine groepen).

Het lokaler gerichte 'Hampshire Depression Project' (Thompson, 2000) toonde aan dat richtlijnen en navorming alleen niet volstaan om de diagnostiek en de resultaatparameters van depressie te verbeteren. Actieve opvolgingsondersteuning bleek essentieel om blijvende resultaten te garanderen.

Veldervaring met de professionele groep heeft een aantal principes opgeleverd. Deze kunnen als voorwaarden gesteld worden voor aanvaardbaarheid en nut. Zo moet de praktijkinformatie in een infocel gericht zijn op concrete toepassing in de dagelijkse praktijk. Deskundigen uit het praktisch veld van de depressiebehandeling en de zelfmoordpreventie moeten de informatie aanmaken, samen met huisartspraktijkdeskundigen. De infocel moet informatie bieden over ondersteuning. Ook adressen en personen moeten op te vragen zijn. Deze informatie moet aangepast zijn aan de zorgregio waarin de aanvrager werkt.

Het leerprogramma mag intensief zijn, op voorwaarde dat het nut voor de individuele practicus opweegt tegen de gevraagde inspanning. De doelgroep moet een project aanvoelen als een eigen project: het mag zeker niet overkomen als een door de overheid opgelegde verplichting. Als het programma zou leiden tot een deskundigheidscertificaat, mag dit niet repressief gebruikt worden bij de toelating tot bepaalde opdrachten of financieringen.

Screeningsinstrumenten voor depressie aangepast aan de huisarts

Over de vroegtijdige opsporing van depressie in de huisartspraktijk heerst nog heel wat onduidelijkheid. Er moet dringend onderzoek gebeuren naar een aangepast conceptueel kader en naar de meest haalbare herkenningstrategieën die ingepast kunnen worden in de dagelijkse praktijk van de huisarts. Op basis van literatuuronderzoek, conceptuele discussie en testen in het werkveld, wil deze strategie een screeningsmethode voor depressie ontwikkelen die aangepast is aan de huisartspraktijk. Daaruit zou een concrete aanbeveling voor de huisartspraktijk moeten voortkomen.

De cijfers voor depressie in de eerste lijn verschillen zeer sterk naargelang ze gebaseerd zijn op gewone klinische diagnose uit de dagelijkse praktijk, of op DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)-gebaseerde vragenlijsten en interviews. Cijfers uit huisartsenregistraties schommelen rond de 1 à 2% van de populatie (Bartolomeeusen et al). Bevolkingsstudies (Depress-studie, Lépine et al, 1999) schuiven cijfers van 17 tot 20% naar voren. De verleiding is dan ook groot om te besluiten dat de huisarts onderdiagnosticeert.

Sinds een aantal jaren meldt de literatuur korte screeningsmethodes die meer lijken aan te sluiten bij de invoelende diagnostiek van de huisarts. Dat levert cijfers op over het diagnostisch proces: korte vragensets lijken behoorlijk gevoelig voor het opsporen van depressie, hoewel weinig specifiek. Gevolg: veel valspositieven. Er is waarschijnlijk een stapsgewijs proces nodig om tot een optimaal omschreven diagnostiek te komen.

De huisarts diagnosticeert meestal stapsgewijs. Hij zet eerst de voelhorens zeer breed en zuivert daarna alle geïnccludeerden uit tot enkel de echte gediagnosticeerden overblijven. In het begin is het begrip 'bewustzijn' of 'alertheid' belangrijk: denken aan depressie en mogelijke waarschuwingssignalen herkennen. Sleutelsymptomen (moeheid, slaap-

stoornissen, vermindering van eetlust, angst, cognitie, onrust, pijn, seksuele of libidoproblemen en dergelijke) wekken de alertheid op. Daarna screent de huisarts specifiek. Een inschatting van de 'ernst' speelt hierbij een belangrijke rol. Moet de arts aan een psychiatrische diagnostiek denken of zijn de symptomen veeleer een normale reactie in een specifieke situatie en zullen ze verdwijnen? Daarna pas gaat de huisarts diagnostisch labelen (depressieve klachten, depressief syndroom, depressie) volgens verschillende mogelijke systemen.

Enkele recente onderzoeken lijken de diverse standpunten die geformuleerd zijn in de uitgangspunten, dichter bij elkaar te brengen. Zo zijn er de onderzoeken van Whooley (1997) en van Brody (1998). Aan de hand van een vragenlijst met twee onderwerpen, peilden de onderzoekers naar het voorkomen van zwaarmoedigheid en depressieve stemming in de loop van de laatste maand. De sensitiviteit voor majeure depressie bedroeg 96%, maar de specificiteit bleek eerder laag. Daardoor ontstond een voorspellende waarde van slechts 33%. Positief gescreenden moeten dus verder geëvalueerd worden. Hiervoor gebruikten de onderzoekers een tweede reductie, die zich richt op slaapstoornissen, lusteloosheid, een laag zelfwaardegevoel en een verstoorde eetlust. Op dezelfde manier konden de onderzoekers niet-depressieven identificeren (hoog aantal correct negatieven) en onderscheiden van milddepressieven (twee symptomen) en van die personen die aan een ernstigere depressie leken te lijden (drie à vier symptomen). Zelfmoordideatie werd niet gebruikt als onderdeel van de kernsymptomen, omdat dat bij iedere patiënt met een stemmingsstoornis apart geëvalueerd moet worden.

J. Staab, (2001) vergelijkt drie studies en komt tot het besluit dat eenvoudige vragenlijsten bijna alle personen met klinisch betekenisvolle depressies in de eerstelijnszorg detecteren. Verschillende recente kosteneffectiviteitsstudies gingen na of een toegenomen inspanning op het vlak van screening ver-

antwoord is, als de opsporing en behandeling van depressie daardoor slechts matig verbeteren. De daartoe ontwikkelde econometrische modellen gaven positieve cijfers aan.

Deskundigheidsbevordering zelfmoordpreventie bij alcohol- en middelengebruik

Deskundigheidsbevordering bij huisartsen moet deel uitmaken van een gecombineerde publieksinformatiestrategie en van acties die zich tot verschillende doelgroepen richten. Ook telefoonbeantwoorders van de bevolkingshulplijnen (Druglijn, Tele-Onthaal, Zelfmoordlijn) en de verschillende categoriale hulpverleners, maken deel uit van de globale doelgroep. Huisartsen staan als intermediair dicht bij de algemene bevolking. Contact met de huisarts is persoonlijker dan met anonieme beldiensten. Huisartsen blijken voor hun patiënten echte vertrouwenspersonen te zijn en oefenen als dusdanig invloed uit op die patiënten. Bovendien vormen de huisartsen een intermediaire groep die op Vlaams niveau een vrij groot deel van de doelgroep bereikt.

Voor huisartsen bestaat er reeds een vormingsaanbod rond zelfmoord (Project Zelfmoordpreventie, samenwerkingsverband Federatie Diensten Geestelijke Gezondheid en Vereniging Vlaamse Instellingen). Het is de bedoeling om een toekomstige module uit te werken die de link legt met middelengebruik. Zelfmoordneigingen komen beduidend meer voor bij mensen met een verslavingsproblematiek dan bij de bevolking in het algemeen. De zelfmoordneigingen zijn vaak een rechtstreeks gevolg van de verslavingsproblematiek. Ook een aantal dynamieken die eigen zijn aan het problematisch middelengebruik, spelen een rol. Zo werkt een verslavingsprobleem bijvoorbeeld negatieve levensgebeurtenissen in de hand. Wanneer middelengebruik gepaard gaat met al bestaande zelfmoordneigingen of met andere psychiatrische problematieken (co-morbiditeit) is het zelfmoordrisico nog groter.

Voor huisartsen moeten vooral de thema's van vroege detectie en advisering van risicopersonen bij alcohol- en drugsgebruik, uitgewerkt. De huisartsen moeten gesensibiliseerd worden en hun eigen rol moet uitgeklaard worden. Ze moeten de specifieke aspecten van de risicocombinatie kennen (gestoord denken, hechtingsproblemen, impulsiviteit en dergelijke). Specifieke screenings- en gespreksvaardigheden dienen ze te trainen. Ze moeten op de hoogte zijn van de structurele aspecten van samenwerking met de verschillende zorgcircuits. Tot slot moet er ook aandacht besteed worden aan interventie en aan de ondersteuning van de eigen noden als hulpverlener.

Uit onderzoek bleek dat 82% van de alcoholici die als gevolg van zelfmoord overleden, het voorafgaande jaar minstens één contact gehad had met een zorgverstreker. Ongeveer de helft had de maand voor het overlijden nog contact met een hulpverlener, bijna een kwart zelfs tijdens de laatste week voor hun overlijden (Murphy, 1992).

Brits onderzoek toont aan dat kortdurende huisartsconsultaties (vijf à tien minuten) zeer positieve resultaten opleveren bij excessieve drinkers. Dat geldt zowel op individueel vlak – doordat het drinken van alcohol met 25 tot 35% vermindert –, als op maatschappelijk vlak – doordat het aantal excessieve drinkers op die manier met bijna de helft afneemt (Edwards et al, 1997).

In zijn basiswerk over zelfmoord bij alcoholici verwijst Murphy naar een Zweeds onderzoek. Dat onderzoek bestudeerde een vormingsprogramma voor huisartsen ter verbetering van de diagnose en behandeling van personen met een hoger zelfmoordrisico, en evalueerde het positief (Rutz, von Knorring & Walinder, 1989; in Murphy, 1992). Brits onderzoek toont aan dat bijna alle huisartsen patiënten met problematisch alcoholgebruik (92%) en problematisch drugsgebruik (86%) over de vloer krijgen. Van de huisartsen is 12% te vinden voor een meer gerichte dienstverlening voor problematische drugsgebruikers. Voor problematische alcoholgebruikers is 27% voor het idee te vinden.

De onderzoekers stellen dat een aantal huisartsen de problemen die voortvloeien uit problematisch gebruik miskent, omdat hun kennis en vaardigheden om met het probleem om te gaan, ontoereikend zijn (Mistral & Velleman, 2001).

Preventiestrategie van psychotisch herhal bij schizofrene psychose: competentie van huisartsen, psychiaters en hulpverleners in de geestelijke gezondheid verhogen

De preventie van psychotisch herhal is essentieel in de behandeling van schizofrenie. Nochtans blijkt dat ongeveer 80% van de schizofrene patiënten na de eerste psychotische episode binnen de twee tot vijf jaar hervalt. Studies in Vlaanderen hebben aangetoond dat schizofrene patiënten gemiddeld vijf maal hervallen tijdens hun evolutie. Recent onderzoek, ook in België, bevestigt dat herhal meestal niet onaangekondigd komt. Bij de meeste patiënten wordt herhal aangekondigd door individuspecifieke vroege tekens van herhal, 'early warning signs' (EWS). Zowel patiënten als familieleden kunnen 'early warning signs' leren benoemen en identificeren. Bij vroege identificatie van EWS en snelle therapeutische interventies kan herhal en heropname voorkomen worden.

Concreet zet deze preventiestrategie een opleidings- en sensibilisatieproject op voor geestelijke gezondheidszorghulpverleners, zodat zij EWS snel herkennen en dadelijk kunnen ingrijpen.

Als men de psychotische symptomatologie wil verminderen, hospitalisatie wil voorkomen of de duur ervan sterk verkorten, als men de psychosociale reïntegratie wil bevorderen en herhal en zelfmoord wil voorkomen, moet na de herkenning- en actie-fase, een goede medicamenteuze begeleiding volgen. Zo'n behandeling moet tijdig opgestart worden, aangepast gedoseerd zijn, zo weinig mogelijk neveneffecten hebben en een onderhoudstherapie aanhouden.

Nieuwe antipsychotica zorgen net zo goed voor een vermindering van positieve symptomen als klassieke neuroleptica dat doen. Omdat ze een beter therapeutisch effect hebben op een breder spectrum van symptomen (negatieve, depressieve en cognitieve), bieden deze antipsychotica een meerwaarde. Bovendien lokken ze minder neurologische neveneffecten uit. Een en ander bevordert het sociaal leven en de ontwikkelingsmogelijkheden van de patiënt. Herhaaldelijk is aangetoond dat psychotisch herhal en rehospitalisatie minder frequent optreden, dat het aantal zelfmoorden daalt, dat de patiënt socioprofessioneel beter functioneert en dat hij tevredener is over de nieuwe antipsychotica.

Daarom moeten artsen informatie krijgen over en opgeleid worden in het juiste gebruik van de nieuwe antipsychotica. Het opleidingsprogramma past in het 'Early Warning Signs' informatie- en educatieprogramma.

Hiervoor moet een specifieke equipe opgericht worden, die de basisinformatiepakketten en de training samenstelt en geeft. Verder moeten er netwerken opgericht worden, die zorgen voor een prospectief opvolgingssysteem. Ook de voltijdse psycholoog die de studie gedurende drie jaar opvolgt, moet in de prijs verrekend worden.

De totale som wordt geschat op 200 000 euro. Als men weet dat 90% van de directe medische kost toe te schrijven is aan hospitalisatie, kan men de baten makkelijk berekenen. Voor elke schizofrene patiënt in Vlaanderen werd in 1994 een directe kost berekend van 9000 euro. De totale directe kost voor schizofrenen bedraagt ongeveer 25 miljoen euro per jaar. Zelfs een vermindering van de hospitalisatiedagen van slechts 1 à 10%, zou een financiële baat betekenen van 1,25 à 12,5 miljoen euro per jaar in Vlaanderen.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING BIJ HUISARTS EN THUISVERPLEGING

Professor Heyrman, professor huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit van Leuven, licht de verschillende strategieën toe.

Dokter Govaerts, lid van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, bundelt alle bemerkingen en aanvullingen.

Dirk De Wilde, journalist bij de VRT, leidt het geheel in goede banen.

Inleidende beschouwing

Deze werkgroep startte wat chaotisch door de onduidelijkheid over het precieze onderwerp van de besprekingen. De titel 'deskundigheidsbevordering bij huisarts en thuisverpleging' dekt namelijk niet de inhoud van de concrete projectvoorstellen, die uitsluitend betrekking hebben op de huisarts. Oorspronkelijk lag het in de bedoeling beide een evenwaardige plaats te geven als vertegenwoordiging van de eerste lijn, maar omwille van een aantal praktische problemen is dit niet haalbaar gebleken. Uit de discussie bleek dat zowel de huisarts als de thuisverpleegkundige een eigen taak hebben in preventie van psychische problematiek, die slechts optimaal rendeert in onderlinge samenwerking. Meer zelfs, alle zorgverstrekkers van de eerste lijn moeten alert

zijn voor signalen van en gevormd worden inzake psychische pathologie. Dergelijke deskundigheidsbevordering vormt het onderwerp van de strategie 'deskundigheidsbevordering betreffende zelfmoordneigingen, depressie, verslaving en hun onderlinge relatie bij alle professionelen die potentieel met een van deze problematieken in aanraking komen', besproken in de werkgroep 'zorgverstrekkers uit de ziekenhuis- en welzijnssector'.

Eens deze onduidelijkheid opgeklaard was, volgde een projectsgewijze bespreking met verschillende constructieve interventies, die een verdere verfijning van de oorspronkelijke voorstellen mogelijk maakte.

Bespreking van de verschillende projectvoorstellen

Elektronische lijn: zelfmoordpreventie en depressiebehandeling optimaliseren

Een aantal eerder praktische belemmeringen dient verholpen te worden vooraleer een dergelijk initiatief op grote schaal ingang kan vinden.

Een heel deel artsen is nog *niet elektronisch uitge-*

rust en beschikt dus niet over een internetaansluiting, nodig voor het volgen van het voorgestelde leerpakket en consulteren van de 'infocel zelfmoordpreventie'. Men schat dat momenteel reeds meer dan 1000 artsen hierover beschikken en een snelle evolutie is in dit kader te verwachten. Dergelijke interactieve leersystemen kunnen maar een kans krijgen indien gesleuteld wordt aan het *accrediteringssysteem*, gezien een dergelijke oplei-

ding in het huidige systeem niet voor accreditering in aanmerking komt.

De *opleidingstermijn* – van drie weken – kan door de huisarts zelf gespreid worden over zijn vrije momenten, waardoor de totale duur van dit leerpakket geen belemmering hoeft te zijn.

Ten slotte vraagt iemand zich af of de *functie* van huisarts niet aan een *fundamentele herziening* toe is. Omwille van de daling van het aantal huisartsen bestaat er een verhoogde werkdruk met bijgevolg minder tijd voor de patiënt. Binnen een dergelijke setting zijn consultaties met betrekking tot psychische problematiek niet meer haalbaar en wordt systematisch doorverwezen.

Iedereen is het eens over het **nut van deskundigheidsbevordering**. Opdat deze vorming maximaal zou renderen moet aan een aantal **voorwaarden** voldaan zijn.

Een dergelijke vorming kadert noodzakelijk binnen een breder preventiebeleid, waar deskundigheidsbevordering en *publieksinformatie* hand in hand gaan. Door een publiekscampagne kan werk gemaakt worden van destigmatisering van psychische problemen en bekendmaking van relevante hulpverleningskanalen.

Eveneens bestaat er een belangrijke *link* tussen *preventie* en *hulpverlening*. Wanneer huisartsen dankzij deze vorming effectief beter in staat zijn depressie en suïcidaliteit te detecteren, moet ook doorverwijzing en verdere opvolging optimaal kunnen verlopen. Doorverwijzing is vaak problematisch omwille van de lange wachtlijsten van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Psychiaters zijn regelmatig niet beschikbaar wanneer de huisarts ze nodig heeft. In dat kader is netwerkvorming tussen de huisarts en psychiatrische hulpverlening primordiaal. Interactie tussen beide verhoogt ook de deskundigheid van de huisarts, zoals bepaalde lokale initiatieven aantonen. Overleg en samenwerking gebeuren momenteel op vrijwillige basis. Er dient dringend werk gemaakt te worden van structurele maatregelen die hieraan een financiële vergoeding koppelen.

Ten slotte merkt iemand op dat vorming regelmatig *herhaald* moet worden om effectief te zijn. Effecten zullen slechts op *lange termijn* zichtbaar zijn.

Over de **website** zelf ten slotte worden een aantal praktische aanbevelingen en verduidelijkingen gegeven. Het informatiepakket moet zeer *specifiek* afgestemd zijn op de huisarts als doelgroep. Er dient zeker een *link* te bestaan naar de *website* van het *antigifcentrum*. Naast het voorzien in dergelijke praktische informatie bevat het pakket ook een *leermodule* over het delen van gevoelens. Suïcide en suïcidepogingen confronteren een huisarts met heel wat emoties: niet alleen gevoelens van de patiënt – in geval van een poging – en van de familie, maar ook eigen gevoelens. Er wordt hier specifiek aandacht verleend aan het opvangen van nabestaanden. Deze module werd getest bij studenten, die hierover zeer positief waren.

Screeningsinstrumenten voor depressie aangepast aan de huisarts

Er bestaat een typische spraakverwarring rond preventie, die ook in deze bespreking voor de nodige onduidelijkheden zorgde. Onder vroegtijdige detectie kan men namelijk twee dingen verstaan, massascreening enerzijds en het zogenaamde ‘case-finding’ of gevaldetectie anderzijds.

Massascreening houdt het systematisch opsporen in van depressie bij de – asymptotische – populatie aan de hand van een bepaald hiervoor ontworpen instrument, terwijl ‘*casefinding*’ gaat om het optimaal diagnosticeren van een depressie door de huisarts bij patiënten met bepaalde aanmeldings-symptomen.

Populatiescreening is momenteel wetenschappelijk niet te verantwoorden, alhoewel in de pers reeds gepleit werd voor dergelijke campagnes. De instrumenten, die tot nog toe in dat kader getest werden, zijn echter onvoldoende betrouwbaar en resulteren in een schrikwekkend aantal vals-positieven.

Er bestaan belangrijke argumenten om werk te maken van *vroegtijdige gevalsdetectie*.

Studies tonen aan dat de helft van de aangemelde depressies bij de huisarts niet gedetecteerd wordt. Bovendien consulteerden vele suïcideplegers ooit bij de huisarts, maar ze haakten af gezien hun problematiek niet adequaat onderkend werd. Vooral voor deze mensen is een goede diagnosestelling van primordiaal belang: zij vertonen immers een hoger suïciderisico dan patiënten die op een of andere manier in het zorgcircuit blijven.

In de huidige praktijkvoering staat deze vroegtijdige gevalsdetectie nog in haar kinderschoenen. Daarom bestaat dit projectvoorstel uit het ontwikkelen van een *aanbeveling over optimale diagnostiek van depressie* in de huisartspraktijk, aan de hand van overleg tussen huisartsen, psychiaters en andere betrokkenen uit de geestelijke gezondheidszorgsector. Deze aanbeveling mag zich niet beperken tot diagnostische aspecten, gezien in de huidige hulpverlening *behandeling* en *doorverwijzing* evenmin naar behoren verlopen. In dat kader is overleg met de gespecialiseerde hulpverlening belangrijk, zodat duidelijke taakafspraken gemaakt kunnen worden.

Deze strategie kan men niet los zien van *andere preventieve initiatieven en hulpverlening*.

Vlamingen zoeken te weinig hulp voor psychische problemen en zetten vaak de stap naar de huisarts niet. Vandaar dat tevens een *bewustwordingscampagne* over depressie plaats moet vinden, met een duidelijke boodschap aan de bevolking dat depressie zeer goed behandelbaar is.

Ook de *organisatie van de hulpverlening* in Vlaanderen is voor verbetering vatbaar. Indien een dergelijke deskundigheidsverbetering van de huisarts inderdaad leidt tot een toename van het aantal gedetecteerde depressies, zou dit kunnen leiden tot een zekere oververzadiging van bepaalde huisartspraktijken. In dat geval zijn toegankelijke diensten noodzakelijk, zonder wachtlijsten en met lage drempels, die in het huidige hulpverleningsaanbod echter niet bestaan.

Deskundigheidsbevordering zelfmoordpreventie bij alcohol- en middelengebruik/ Preventiestrategie van psychotisch herval bij schizofrene psychose: competentie van huisartsen, psychiaters en hulpverleners in de geestelijke gezondheid verhogen

Optimale zorg voor patiënten met een verslavings- of psychotische problematiek is per definitie *multidisciplinair*. In deze context van samenwerkende instanties en hulpverleners is er ook voor de *huisarts* een *rol* weggelegd.

Dergelijke samenwerkingsverbanden bestaan reeds in de praktijk. Concrete situaties zijn inderdaad een goede leersituatie voor onder andere het onderling afspraken leren maken en uitwisselen van informatie. Vandaar dat voorgesteld wordt deskundigheidsbevordering in dit kader niet centraal, maar wel op regionaal niveau uit te werken. Dit wil men realiseren aan de hand van ondersteuning door het beleid van een aantal *pilootprojecten* in het veld, gebaseerd op bepaalde bestaande samenwerkingsmodellen.

Concreet zou een dergelijk pilootproject aandacht besteden aan twee aspecten, namelijk een inhoudelijk en een procesmatig aspect. Men wil enerzijds aan de hand van *interactieve leerpakketten* rond alcohol en psychose een basisvorming meegeven aan alle betrokken zorgverstrekkers en anderzijds de concrete aanpak in een bepaalde regio rond *multidisciplinaire samenwerking* evalueren.

De discussie over de *concrete uitwerking* van deze *interactieve leerpakketten* leverde een aantal valabele suggesties op.

Dergelijke pakketten moeten voor alle betrokken disciplines ontwikkeld worden, maar met de nodige accentverschillen per zorgsector. Qua inhoud moet een duidelijke boodschap meegegeven worden, namelijk welke vragen te stellen bij welke patiënten en hoe er dan mee verder te gaan.

Tevens moet getracht worden tegemoet te komen aan verschillende leerstijlen en dus te voorzien in een enigszins gedifferentieerd aanbod.

Deze vorming zal geëvalueerd worden naar effectiviteit, waarvoor eerst goede meetinstrumenten ontwikkeld moeten worden. Eventueel kan naast het ontwikkelen van kwantitatieve parameters ook een meer kwalitatieve benadering gebeuren.

Voor psychose zijn alleszins reeds een aantal valabele effectmaten voorhanden: herval, heropname en aantal opnamedagen in het ziekenhuis.

Betreffende het samenwerkingsluik kan men in een omschreven pilootregio de concrete aanpak in die regio of een bepaald samenwerkingsmodel uittesten en evalueren.

'Case-management' is bijvoorbeeld een interessante ingangspoort, die perfect aan deskundigheidsbevordering gekoppeld kan worden. Bij 'case-management' bespreken de verschillende hulpverleners een welbepaalde problematiek waarna de groep, dankzij de uitgewisselde ervaring en interactie, duidelijke afspraken kan maken. Het is niet alleen belangrijk adequaat op te sporen, ook de gehele hulpverleningsketen dient 'gesmeerd' te lopen.

Deze methodiek is een hulpmiddel in het overbruggen van de bestaande kloof tussen literatuur en klinische studies enerzijds en de concrete praktijk anderzijds, waar zich per definitie een aantal niet te voorziene problemen voordoet. Vóór een bepaalde strategie op grote schaal geïmplementeerd kan worden in heel Vlaanderen, moet dit concept in een pilootregio geconcretiseerd worden.

Concreet vormen de LOGO's (locregionale gezondheidsnetwerken), de SIT's (samenwerkingsinitiatieven thuiszorg) of de toekomstige SEL's (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) hiervoor een geschikt kader.

Het huidige verloningssysteem, waar de huisarts vergoed wordt per prestatie, vormt wel een knelpunt bij multidisciplinaire samenwerking, waar overleg een *conditio sine qua non* is. In de actuele praktijk nemen zelfstandige huisartsen en verpleegkundigen hieraan deel op vrijwillige basis. Er moet aan de overheid een duidelijk signaal gegeven worden om dit euvel te verhelpen.

Conclusies

Iedereen is het erover eens dat de huisarts een plaats heeft in preventie van psychische problematiek en suïcide. Er is nood aan deskundigheidsbevordering om deze taak naar behoren uit te voeren. Deze vorming past echter binnen een breder kader, waarbij eveneens aandacht moet besteed worden aan publieksinformatie en de organisatie van de hulpverlening. In dat kader wordt vooral gepleit voor netwerkvorming met regelmatig overleg tussen hulpverleners uit verschillende disciplines. Er zal dan wel gesleuteld moeten worden aan het huidige verloningssysteem, waarin samenwerking niet vergoed wordt.



NA DE ZELFMOORDPOGING

professor dr. Kees van Heeringen, Dirk Vangeel, Rita Vanhove

Inleiding

Een recente anekdote: een cliënte die al een tijd in behandeling is in een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), bespreekt daar haar zelfmoordintentie. De hulpverlener maakt een nieuwe afspraak. Enkele uren later echter stuurt ze nood-SMS'en naar drie vrienden. Een van hen belt haar huisarts. Deze gaat naar haar appartement, maar staat er voor een gesloten deur. Hij roept de hulp in van de politie. De vrouw vertelt hen haar verhaal. De agenten voeren haar naar een psychiatrische instelling, waar ze bij een psychiater op consult kan. Omdat er wel degelijk zelfmoordgevaar is, start deze een gedwongen

opnameprocedure. In een poging weg te komen uit de instelling, belt de patiënte haar CGG-psycholoog: "Ik wil hier weg. Waarom moet ik hier blijven? Ik heb nog niets gedaan. Een vriendin van mij had pillen genomen en werd zaterdags bewusteloos binnengevoerd in het algemeen ziekenhuis. De maandag daarop mocht ze al naar huis. Ze heeft geen psychiater gezien..."

Deze anekdote illustreert dat een aantal toevalligheden bepaalt hoe de medische wereld reageert op een zelfmoordpoging. Eenduidige regels zijn er niet.

De hieronder beschreven strategie wil ervoor zorgen dat het meest essentiële gebeurt: in de eerste plaats door elke zelfmoordpoging die zich aanmeldt in een algemeen ziekenhuis psychosociaal te screenen; in tweede instantie door de huisarts te betrekken bij de nazorg en aldus bij de preventie van herval. Richtlijnen voor huisartsen en een semi-structureerd interview voor het psychiatrische team kunnen deze ontwikkeling bevorderen. Ook onderzoek naar de effectiviteit van de geplande maatregelen dringt zich op.

Geselecteerde strategieën

Screening zelfmoordpogers

Een zelfmoordpoging is het duidelijkste signaal dat een suïcidaal proces aanwezig is. Een zelfmoordpoging bevindt zich duidelijk in een verengende sui-

cidale neerwaartse spiraal. De ernst van het letsel of de aanleiding tot de zelfmoordpoging – die erg uiteenlopend kan zijn – doen er niet toe. Het leven willen beëindigen, met welke ambivalenties dan ook, wijst op een ernstig lijden, op hopeloosheid, op wanhoop en op uitputting. Na een poging voelt een persoon zich in de regel beter en soms is een poging inderdaad de start van een beweging uit de suïcidaliteit, maar vaak is dit niet zo. Uit onderzoek blijkt dat het risico op zelfmoord 150 maal hoger is bij zelfmoordpogers dan bij de volledige bevolking. Een Gents onderzoek uit 1995 toont aan dat 3% van een groep pogers binnen het jaar toch overleed door zelfmoord. In Leiden bleek na 2 jaar 10% overleden. Men stelt ook vast dat twee op drie zelfmoordenaars niet aan hun prefstuk toe waren. Uit de 'WHO/EURO multicentre Study' in Gent (2000) bleek dat 20% van de pogers al één zelfmoordpoging achter de rug had,



terwijl 21% een voorgeschiedenis had van meerdere pogingen. Daar komt bij dat de kans op herval het grootst is gedurende de eerste twee maanden nadat de patiënt uit het ziekenhuis is ontslagen.

Elke zelfmoordpoging psychosociaal screenen, biedt de mogelijkheid om op een wetenschappelijk onderbouwde manier een beeld te schetsen van de zelfmoordproblematiek. Men kan de achterliggende problematiek, de aanwezige risicofactoren, de actuele suïcidaliteit en de motivatie voor behandeling in kaart brengen. Zo kunnen hulpverleners het risico inschatten en een eventuele vervolgbehandeling motiveren en regelen. Zonder risico-inschatting, motivatie en organisatie, komt die vervolgbehandeling er immers niet.

De psychosociale screening kan zelfmoordpogers bovendien over een drempelvrees helpen. Veel patiënten praten normaal niet over hun emotionele problemen. De screening schept voor het eerst een gelegenheid om dat wel te doen.

Volgens metingen in Engeland, waar deze screening al jaren wordt gepromoot, wordt slechts 54% van de twaalf- tot vijftienjarigen gescreend door een specialist. Bij de zestien- tot vierentwintigjarigen is dat 40%. Vooral 's nachts liggen de cijfers zorgwekkend laag. Als het psychiatrisch team vlot bereikbaar is en het spoedteam weet hoe het moet omgaan met het psychiatrisch team, zullen deze screenings makkelijker plaatsvinden. Onderzoeken van dossiergegevens geven aan dat de kwaliteit van deze gegevens vaak beneden peil is. Protocols zijn zinloos. Er worden niet meer zelfmoordpogers gescreend en de kwaliteit van de screenings verbetert net zo min. In Vlaanderen is geen gelijkaardige onderzoek gebeurd. Aanwijsbare redenen dat de situatie hier anders zou zijn, zijn er niet.

Gezien zelfmoord niet zo vaak voorvalt, kan men de effectiviteit van een algemene screening moeilijk bewijzen. De onderzochte groepen zijn te klein. Om statistisch significant te onderzoeken zou een groep van 20 000 zelfmoordpogers gedurende tien

jaar onderzocht moeten worden, wat praktisch ondoenbaar is.

In Nederland is wel een aanwijzing te vinden voor het belang van dergelijke screening. Algemeen wordt aanvaard dat de opvang van zelfmoordpogers er betrekkelijk goed geregeld is. De laatste jaren zijn er in de Nederlandse ziekenhuizen meer zelfmoorden geweest, terwijl de cijfers bij de algemene bevolking gedaald zijn. Daaruit kunnen we afleiden dat de hulpverlening steeds beter in staat is om personen met een verhoogd risico te detecteren en voor behandeling te verwijzen naar een ziekenhuis.

De eerste opvang van zelfmoordpogers vraagt een specifieke therapeutische competentie. Onderzoek toont immers aan dat zelfmoordpogers nazorg niet zo nauw nemen. Ze laten zich moeilijk verwijzen naar ambulante settings en vertonen een lage therapietrouw. Een aanzienlijk deel verlaat dan ook snel het ziekenhuis.

Omdat de naastbestaanden van zelfmoordpogers meestal ontredderd zijn door het gebeuren, hebben ook zij nood aan opvang.

Vroeger stelde men dat een psychiater de zelfmoordpoging moest screenen, maar tegenwoordig moet deze stelling aan populariteit inboeten. Psychiateren zijn schaars en uit onderzoek blijkt dat andere hulpverleners die bijgeschoold zijn in suïcidaliteit, het even goed doen. Meer nog, er is zelfs sprake van een voordeel omdat deze disciplines beter kunnen inspelen op de sociale en interpersoonlijke problemen, die het zelfmoordgedrag kunnen uitlokken. Makkelijk is dit zeker niet. Daarom wordt gepleit voor ervaren hulpverleners en moet de mogelijkheid tot intervisie en ondersteuning door een psychiater blijven bestaan.

Deze evidenties verklaren het eerste deel van de strategie: iedere zelfmoordpoging moet psychosociaal gescreend worden. Multidisciplinaire psychiatrische teams waarvan elk lid bijgeschoold is in het

screenen van zelfmoordpogers, zijn hier broodnodig. Omdat zelfmoordpogingen vooral 's avonds en in het weekend plaatsvinden, kunnen deze teams zich niet aan de kantooruren houden. De screenings moeten plaatsvinden op de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen of in de onmiddellijke buurt daarvan.

De barrières zijn groot, maar verplicht de ethiek ons niet dit te realiseren? Spoeddiensten zijn vragende partij. Vaak blijven verpleegkundigen met een kater achter wanneer ze zelfmoordpogers zomaar uit hun dienst zien vertrekken. En hoe kunnen we aan de maatschappij uitleggen dat een screening nu niet automatisch gebeurt?

Een handleiding voor een semi-gestructureerd interview bestaat nog niet, maar zou een grote hulp zijn. Niet alleen omdat een gestandaardiseerd proces de volledigheid verhoogt, maar ook omdat dat noodzakelijk is voor het opzetten van onderzoek. Als zo'n handleiding bestaat, zal de screening makkelijker ingang vinden in de ziekenhuizen. Er bestaat dan een officieel Vlaams instrument en mooi verpakt gesneden brood verkoopt nu eenmaal beter.

Samenwerken met huisartsen in hervalpreventie

• Een voorbeeld: de Zelfmoordpreventiegroep Limburg

De Zelfmoordpreventiewerkgroep Limburg¹ ontwikkelde, in nauw overleg met het werkveld en deskundigen, een preventiestrategie waarbij enerzijds het algemeen ziekenhuis en anderzijds de huisartsen betrokken worden. Volgens het voorstel stuurt het algemeen ziekenhuis een rapport naar de huisarts naar aanleiding van de opname van een zelfmoordpogger en/of zijn eventuele verzorging in het ziekenhuis. De patiënt weet dit en moet hierin toestemmen. In het ziekenhuis stellen de hulpverleners voor dat de patiënt zijn huisarts contacteert, en dit binnen de twee weken na het ontslag. De huisarts ontvangt een rapport en een folder, die de arts wijzen op zijn rol in hervalpreventie en hem

aanmanen om binnen de twee weken contact op te nemen met de zelfmoordpogger. De folder bevat richtlijnen over hoe de arts met de patiënt kan omgaan. Het belang van nazorg wordt onderstreept en de rol van de huisarts benadrukt. Deze kan de nazorg zelf aanbieden of daarvoor samenwerken met voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. De folder laat ook weten dat consultatief overleg met hulpverleners van het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg tot de mogelijkheden behoort. Meer informatie vindt de arts op de website van het Project Zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Een pilootproject in Limburg, gekoppeld aan een effectonderzoek wordt voorgesteld.

• Samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen

De organisatie van de nazorg van zelfmoordpogers vereist dat hulpverleners goed samenwerken. Met name de samenwerking van de eerstelijnszorg – met de huisarts als belangrijke partner – met algemene ziekenhuizen en voorzieningen geestelijke gezondheidszorg, is belangrijk. In netwerkontwikkeling met het oog op preventie van herval, zijn de volgende elementen van belang: communiceren en rapporteren, screenen en een behandelplan opmaken, verwijzen, de verwijzing opvolgen, afspraken maken rond samenwerking en de deskundigheid van de hulpverleners onderhouden en opvoeren.

De hulpverlening kent een gedeelte van de populatie zelfmoordpogers omdat een zelfmoordpoging de patiënt of zijn omgeving er vaak toe aanzet hulp in te schakelen. Zelfmoordpogers doen onder meer een beroep op huisartsen en/of algemene ziekenhuizen. Epidemiologisch onderzoek naar de incidentie van zelfmoordpogingen (de frequentie waarmee ze voorkomen) geeft opvallende cijfers. De studie van de Wereldgezondheidsorganisatie in Gent (2000), waarbij men alle medisch zichtbare pogingen wou registreren (huisartsen, algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen), geeft een incidentie van 205 per 100 000 inwoners. Op basis van de registratie van vijf spoedgevallendien-

sten in Vlaanderen (1999) werd een incidentie van 171 per 100 000 inwoners berekend. De incidentie berekend op basis van de huisartsenpeilpraktijken (waarbij de patiënt of het ziekenhuis de huisarts contacteerde) levert een incidentie van 81 per 100 000 inwoners op (2000-2001).

Deze cijfers tonen aan dat het gros van de rechtstreekse spoedopnames wegens zelfmoordpoging aan de aandacht van de huisarts ontsnapt. Communicatie tussen ziekenhuis en huisarts is dan ook zeer belangrijk.

Als een patiënt zich rechtstreeks aanmeldt op de spoedgevallendienst, zal zijn huisarts dat in veel gevallen nooit weten, tenzij het ziekenhuis de arts consequent informeert. Vast staat dat de rapportage tekortschiet. Soms bestaat ze niet eens of beperkt ze zich tot medische elementen betreffende het somatische letsel en de somatische behandeling. Een volledig rapport met inbegrip van een psychosociale screening is wenselijk.

Het belang hiervan lichtten we al toe. Nochtans staat de opvang van zelfmoordpogers en hun omgeving in het algemeen ziekenhuis regelmatig onder druk. Eens hun letsels medisch verzorgd zijn, verlaten zelfmoordpogers het ziekenhuis vaak heel snel. Tijd voor een goede diagnostiek is er niet en een vervolgbehandeling opzetten lukt binnen die tijdspanne evenmin. Meestal is het ook niet evident om kort na een zelfmoordpoging te communiceren met de zelfmoordpogers. Sommigen minimaliseren de poging. Ze voelen zich beschaamd en mislukt. Bovendien is een patiënt niet altijd eerlijk als hij de planning en intentie van de poging uit de doeken doet. Uit onderzoek (Kerkhof) blijkt dat zelfmoordpogers zich vaak weinig kunnen herinneren van een gesprek in een ziekenhuis. Anterograde amnesie, veroorzaakt door ingenomen medicamenten, verklaart dit voor een stuk. De conclusie is duidelijk. Zeker voor die groep van zelfmoordpogers die heel snel het ziekenhuis verlaten, is het belangrijk dat het ziekenhuis de huisarts vlug op de hoogte

brengt en een nazorgcontact regelt. Zo kan de huisarts in rustigere omstandigheden een gesprek op gang brengen met de patiënt en zijn omgeving. De patiënt van zijn kant, krijgt de boodschap dat de poging ernstig genomen wordt. Hij voelt dat hulpverlening aangewezen is en dat hij naar de huisarts kan stappen met zijn problemen.

De 'green card study' in Engeland plaatste een veelbelovende strategie in de schijnwerper. Zelfmoordpogers kregen een 'green card'. Als de bezitters van zo'n green card het weer moeilijk kregen, konden ze dag en nacht een hulpverlener uit het algemeen ziekenhuis contacteren. Ook de huisarts werd op de hoogte gebracht. De resultaten van de studie mochten er zijn.

Als zelfmoordpogers voelen dat hun poging ernstig genomen wordt, als ze weten dat ze het misschien weer moeilijk zullen krijgen en dat er dan hulp beschikbaar is, kunnen drama's vermeden worden. Blijkbaar schuilt er in deze boodschap een preventieve kracht. In Vlaanderen is de drempel naar de huisarts laag. De arts – of een collega met wachtdienst – is dag en nacht bereikbaar en kan de zelfmoordpogers laten weten dat hij in geval van crisis altijd voor zijn patiënt klaar staat.

De screening in het algemeen ziekenhuis levert aanwijzingen voor de verdere behandeling. Hoort de patiënt thuis op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis? Moet hij verwezen worden naar een psychiatrisch ziekenhuis of ambulantly naar de geestelijke gezondheidszorg? Is er nood aan sociale hulp en ondersteuning? Is de patiënt hiervoor gemotiveerd? Volgt hij de verwijzing op?

Ook hier blijft de huisarts een cruciale schakel. De hulpverleners kunnen pas een goed behandelplan opstellen na overleg met de arts. Deze kan de patiënt verder opvolgen, hij kan nagaan of de patiënt gemaakte afspraken nakomt en de behandeling bijsturen indien nodig.

Ervaringen in het werkveld, ondersteund door wetenschappelijk onderzoek, leren dat zelfmoordpogers vaak niet echt gemotiveerd zijn. Nazorg zegt hen weinig en de therapietrouw ligt over het algemeen bedroevend laag. Motiverende huisbezoeken door een sociaal verpleegkundige van het algemeen ziekenhuis hebben een positief effect, zo blijkt uit onderzoek in Gent. De zelfmoordpogers worden volgzaam en niet-fataal zelfmoordgedrag zeldzamer.

In Vlaanderen kan de huisarts de rol om patiënten actief door te verwijzen op zich nemen. Hij kan beslissen om de patiënt (en zijn omgeving) zelf verder te ondersteunen of hij kan de patiënt motiveren om meer gespecialiseerde hulpverleners op te zoeken. Ook de naastbestaanden, die vaak erg aangeslagen zijn door de poging, kunnen bij de huisarts terecht. Deze kan de sociale relaties trachten te versterken en erop toezien dat de patiënt goed functioneert binnen zijn familiaal systeem. De huisarts kan ook bijkomende steun mobiliseren en een samenwerking opzetten tussen verschillende diensten.

Voor de periode 2000-2001 registreerden 71 huisartsen in het totaal 148 zelfmoordpogingen. Dat blijkt uit het eerder vermelde onderzoek van de huisartsenpeilpraktijken. Huisartsen worden dus helemaal niet op regelmatige basis geconfronteerd met de zelfmoordproblematiek. Op het moment dat een patiënt met een zelfmoordprobleem aanklopt bij de huisarts, wil deze laatste zeker meer informatie over de behandelingsstrategieën.

In samenwerking met huisartsen beschrijven Bennewith en anderen (2002) een hervulpreventiestrategie en de resultaten van een RCT (een gerandomiseerde gecontroleerde studie). Het aantal recidieven is de belangrijkste uitkomstvariabele. Als een patiënt zich na een zelfmoordpoging aanmeldde in een algemeen ziekenhuis, bracht dat ziekenhuis de huisarts op de hoogte. Het ziekenhuis vroeg de arts een consultatie met de patiënt te

organiseren en stelde richtlijnen voor de opvolging ter beschikking. Dit onderzoek kon geen significant effect op herval aantonen. Een van de conclusies was dat schriftelijke richtlijnen onvoldoende zijn. Intensieve bijscholing en ondersteuning zijn noodzakelijk (zie ook de module 'deskundigheidsbevordering voor huisartsen en hulpverleners' in deze documentatiemap).

In het pilootproject wordt de huisarts vooreerst attent gemaakt op zijn rol in hervulpreventie. Hij krijgt richtlijnen en een aanbod tot consultatief overleg met hulpverleners van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Op het internet vindt hij bijkomende informatie. Voorlopig staat die info op de website 'project zelfmoordpreventie' van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. In de toekomst kan verwezen worden naar de helpdesk en het elektronisch bijscholingsprogramma.

Pilootproject met effectonderzoek

De hoger geschetste strategie kan als pilootproject in Limburg gelanceerd worden. De Zelfmoordpreventiewerkgroep Limburg kan het project begeleiden. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent is bereid een onderzoek op te zetten om de kwantiteit en de kwaliteit van de hulpverlening te meten. Daarvoor zouden de onderzoekers patiënten interviewen en hun psychosociale toestand in kaart brengen, en dit zes maanden na het ontslag uit het algemeen ziekenhuis. Dit effectonderzoek kan verdere aanwijzingen geven voor een bredere implementatie van de voorgestelde strategie.

Hieronder enkele voorwaarden om dit opzet te laten slagen:

- sensibilisatie (zodat het ziekenhuispersoneel, de ziekenhuisdirectie en de huisartsen beseffen hoe belangrijk hervulpreventie is);
- rapportage: het ziekenhuis moet de arts snel en goed op de hoogte brengen;
- motivatie: bereidheid van het ziekenhuispersoneel om de zelfmoordpogers en zijn omgeving te moti-



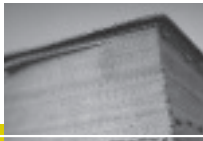
veren voor een nazorgcontact bij de huisarts (binnen de twee weken na ontslag);

- trouw aan de huisarts: de patiënt moet zijn toestemming verlenen om de huisarts te verwittigen, wat makkelijker is als de patiënt een vaste huisarts heeft. In Vlaanderen is dit niet altijd het geval, ook al promoot de gezondheidszorg een centraal medisch dossier;
- huisartsen moeten bereid zijn om zich actief te bekommeren om patiënten die een zelfmoordpo-

ging achter de rug hebben;

- medewerkers van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg moeten ervaring hebben in en beschikbaar zijn voor het verlenen van consultatief overleg met huisartsen;
- ambulante hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg moet vlot beschikbaar zijn (geen drempels van wachtlijsten).

(Referenties: zie www.gezondheidsferentie.be)



VOETNOOT

- 1 De Suicidepreventiewerkgroep Limburg werd opgericht op initiatief van de zelfmoord preventiewerkers van de CGG en bestaat uit vertegenwoordigers van het overlegplatform van de geestelijke gezondheidszorg (Samenwerking van Psychiatrische Initiatieven Limburg SPIL), Similes en de Limburgse Preventieve Gezondheidsraad vertegenwoordigd door een LOGO-arts.





SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP NA DE ZELFMOORDPOGING

Professor Kees van Heeringen, hoofd van de dienst psychiatrie van het universitair ziekenhuis Gent en directeur van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek aan de Universiteit van Gent, presenteert twee strategieën ter verbetering van de opvang van suïcidepogers.

Professor Herman Delooz, emeritus hoogleraar aan de Katholieke Universiteit van Leuven en gewezen diensthoofd van de dienst spoedgevallen van het universitair ziekenhuis Gasthuisberg Leuven, formuleert een aantal aanvullingen.

Marc Dupain, journalist bij VTM, modereert het geheel.

Inleidende beschouwing

Beide sprekers zijn het eigenlijk reeds van bij de aanvang min of meer eens over de voorgestelde preventieve initiatieven. De commentaren van professor Delooz zijn eerder een verdere aanvulling op de voorgestelde strategieën dan fundamentele tegenwerpingen. Ook de vertegenwoordigers van de aanwezige sectoren waren over het algemeen voorstander van de beide voorstellen, waardoor de discussie beperkt bleef tot het toevoegen van een aantal aandachtspunten.

Bespreking van de voorgestelde strategieën

Screening zelfmoordpogers

Zowel vanuit psychiatrische als vanuit urgentiegeneskundige ervaring voelde men de nood te voorzien in een psychosociale screening van de suïcidepogers die zich aanmeldt op een spoedopnamedienst. De voorgestelde strategie bestaat dan ook reeds geruime tijd op de spoedgevallendienst van het universitair ziekenhuis Gasthuisberg Leuven.

• Spoedeisend karakter van de opvang van suïcidepogers

Spoedgevallen is *dé plaats* waar een *patiënt* die een suïcidepoging ondernomen heeft, *opgevangen* moet worden en dit omwille van verschillende redenen.

De spoedgevallendienst heeft een zeer nuttige functie in het kader van psychiatrische screening van suïcidepatiënten. Omwille van medische redenen, meestal een overdosis, komen deze patiënten

sowieso op spoedgevallen terecht, waar *psychiatrisch advies* op een *laagdrempelige manier* verleend wordt.

Dit psychiatrisch advies is een noodzaak, zowel voor de patiënt als voor de urgentiearts, gezien geen enkele suïcidepoging banaal is. Uit wetenschappelijk onderzoek weet men dat bij de overgrote meerderheid van de suïcidepogers een herkenbare psychiatrische problematiek aanwezig is. Deze mensen moeten dus verwezen worden naar de geestelijke gezondheidszorg, en niet naar het algemeen welzijnswerk zoals iemand voorstelt.

Spoedgevallen is een dienst voorbehouden voor *acute geneeskunde* en een suïcidepogers is iemand die deze acute aandacht nodig heeft. Slechts onmiddellijk na het ontwaken is de patiënt bereid tot open communicatie en is een adequate inschatting mogelijk. Wanneer men hier langer mee wacht



krijgt men per definitie een, minstens gedeeltelijk, vervormd verhaal.

Omwille van het acute karakter van suïcidaliteit hebben deze patiënten niet alleen nood aan een dringende screening, maar eveneens aan *intensieve zorg*. Daarom wordt gepleit voor de oprichting van *intensieve psychiatrische eenheden*, vergelijkbaar met de intensieve zorgen op het gebied van somatische geneeskunde. Suïcidale patiënten zijn namelijk patiënten 'in onevenwicht', die behoefte hebben aan zogenaamde getitreerde therapie: therapie aangepast aan de intensiteit van zijn/haar probleem. In het universitair ziekenhuis van Gent is men reeds gestart met een dergelijke psychiatrische dienst.

• Het team op de spoedopnamedienst

Concreet bestaat het *team* in Leuven uit een psychiatrisch verpleegkundige en een sociaal werkster, die nauw samenwerken met en advies verlenen aan de urgentieverpleegkundige en urgentiearts. Deze twee laatste hulpverleners komen meestal als eerste in contact met de suïcidepogger en de waakzaamheid van die groep is dus essentieel. Bovendien bevordert deze interactie de deskundigheid in deze problematiek van alle betrokken personeel.

De psychosociale screening zelf gebeurt door de psychiatrisch verpleegkundige of sociaal werkster. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat geschoolde verpleegkundigen deze screening perfect kunnen uitvoeren en dat dit, zeker vanuit kosten-batenoverwegingen, niet noodzakelijk door een psychiater moet gebeuren. Wel staat deze in voor het formuleren van de eindevaluatie aan de hand van de verzamelde informatie en het voorstellen van een therapeutische optie.

Naast psychosociale screening moet ook voldoende aandacht besteed worden aan het contacteren, opvangen en begeleiden van naastbestaanden.

• Implementatie

Ondanks praktijkvoorbeelden van 'hoe het duidelijk niet moet', zou de voorgestelde psychosociale screening tevens haalbaar moeten zijn in *kleinere perifere ziekenhuizen*. Ook in deze setting dienen dezelfde doelstellingen nagestreefd te worden, alhoewel de concrete uitwerking van dit persoonsintensieve opvangschema vermoedelijk verschillend zal zijn.

De basistaak van een spoedgevallendienst bestaat uit het verlenen van acute zorg aan de patiënten die zich aanmelden. Indien een spoedopnamedienst niet over voldoende personeel en knowhow beschikt om een degelijk psychiatrisch advies te verlenen, heeft deze dienst geen recht van bestaan. Financiële argumenten zijn hier niet op zijn plaats: een spoedgevallendienst is een rendabele onderneming, het uitbetalen van twee maanden loon aan een sociaal verpleegkundige kost minder dan de behandeling van een suïcidepogger en goede geneeskunde ten slotte is niet duurder dan povere geneeskunde. Wanneer de beschikbare middelen goed aangewend worden is een degelijke screening perfect uitvoerbaar.

De organisatie van samenwerking met de liaison-psychiatrie is een mogelijke optie. Wanneer elk algemeen ziekenhuis uitgerust wordt met een team 'liaisonpsychiatrie', waarvoor gepleit wordt, kan deze equipe ingeschakeld worden bij de uitvoering van de voorgestelde screening bij suïcidepoggers. Ziekenhuizen met een zogenaamde PAAZ-afdeling – psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis – beschikken reeds over het nodige personeel. Andere ziekenhuizen kunnen deze competentie in huis halen door beroep te doen op een psychiater uit een ambulante centrum geestelijke gezondheidszorg of uit een nabijgelegen psychiatrisch ziekenhuis.

Samenwerken met huisartsen in hervalpreventie

• Noodzaak van de samenwerking met huisartsen in hervalpreventie

Een aantal vaststellingen uit de praktijk illustreert de *noodzaak* van de verwezenlijking van dit preventief initiatief.

De *ervaringen* van patiënten met een schrijnend gebrek aan adequate opvang en professionele bekwaamheid van de hulpverlening, zijn een duidelijk signaal voor de dringende nood aan een preventiestrategie terzake.

Ook een aantal *cijfergegevens*, verzameld op de spoedgevallendienst van Gasthuisberg, toont aan dat de huidige opvolging van suïcidepogers, opgenomen op spoedgevallen, tekortschiet. De helft van de opgenomen suïcidale patiënten op spoedgevallen heeft namelijk een eerdere opname gehad, óf in een psychiatrisch ziekenhuis, óf op een spoedgevallendienst. In 50% van de gevallen dateert deze opname bovendien van minder dan drie maanden voor de huidige opname. De nood aan opvolging stelt zich dus niet alleen voor patiënten ontslagen uit een spoedopnamedienst, maar eveneens voor patiënten ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis, en dan vooral voor diegenen die vertrekken tegen advies. Wanneer men dan toch nazorg voorstelt – die trouwens door een derde van de patiënten niet opgevolgd wordt – wordt de huisarts hierbij weinig betrokken.

Uit *overleg met huisartsen* ten slotte blijkt dat deze vaak geen plaats toebedeeld krijgen in de besproken problematiek. Zo is de communicatie vanuit het algemeen ziekenhuis naar de huisarts toe vaak ontoereikend. Ook in de huidige bestaande initiatieven rond netwerkontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg heeft men de neiging de huisarts te vergeten. Nochtans is hij/zij zelf vragende partij voor betere communicatie en ziet hij/zij zichzelf wel als een mogelijke sleutelfiguur in de voorgestelde 'outreaching'.

• Aandachtspunten

Volgens de voorgestelde strategie dient de huisarts een cruciale schakel te zijn in de netwerkontwikkeling. Het gehele takenpakket zou dan verdeeld worden over de verschillende betrokkenen, waarbij het team op de spoedopnamedienst verantwoordelijk is voor communicatie en rapportage, screening en het opstellen van een behandelplan, en de huisarts voor de verwijzing en de opvolging hiervan.

Een dergelijke samenwerking vereist een *protocol*, waarbij duidelijke afspraken gemaakt worden rond taakverdeling en bevoegdheid, en eveneens de nodige aandacht uitgaat naar deskundigheidsbevordering. Het is evident dat, naast vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg, ook de huisarts bij de ontwikkeling van dit protocol betrokken moet worden. Daarnaast is het eveneens belangrijk te zoeken naar een manier om mensen uit het vrijwilligerswerk en patiëntenverenigingen een plaats te geven binnen dit netwerk.

De huisarts moet toegerust worden met de nodige instrumenten om zijn coördinerende rol naar behoren te vervullen. Concreet betekent dit dat men de nodige aandacht aan *deskundigheidsbevordering* moet besteden. Om een langetermijneffect te garanderen, gebeurt een dergelijke opleiding best aan de hand van concrete gevalsstudies en met een maximale inbreng van de huisarts zelf. De betrokkenheid van de huisarts in de gehele follow-up van de patiënt zal op zich al enig effect sorteren. Er wordt voorgesteld deze betrokkenheid te doseren, namelijk per huisarts zelf in te schatten in welke mate hij bij een concrete patiënt betrokken kan zijn.

In het voorgestelde pilootproject heeft men deskundigheidsbevordering opgevat als een soort 'ad hoc leren'. Aan de huisarts worden concrete richtlijnen meegegeven, verwezen naar de website van het project zelfmoordpreventie en naar mogelijkheden van consultatief overleg met medewerkers uit de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. In de toekomst komt er mogelijk ook een infodesk, waar de huisarts met zijn vragen rond de opvolging van een

concrete patiënt terecht.

Een accurate *doorverwijzing* behoort ook tot het specifieke takenpakket van de huisarts. De rol die een algemeen ziekenhuis hierin kan spelen is namelijk zeer beperkt. Patiënten verblijven hier vaak zodanig kort dat met hen hieromtrent geen afspraken gemaakt kunnen worden. En zelfs een opname van enkele dagen is meestal onvoldoende om de patiënt te motiveren. In de praktijk worden dergelijke verwijzingen dan ook zeer zwak opgevolgd en is de therapietrouw zeer laag.

Het is de huisarts die, omwille van zijn vertrouwensrelatie met de patiënt, het best in staat is, samen mét zijn patiënt en zijn naaste omgeving, na te gaan wat juist de behoeften aan begeleiding zijn en waarvoor de patiënt te motiveren is.

Wel moet men zich hoeden voor niet-adequate begeleidingen door de huisarts bij gebrek aan toegang tot de gespecialiseerde hulpverlening. Het is een feit dat de wachtlijsten van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg lang zijn. Misschien kan de voorgestelde samenwerking tussen verschillende hulpverleners in dit projectvoorstel een gedeeltelijke oplossing zijn. Door de inschakeling van de huisarts in het gehele opvolgingsproces leren de verschillende hulpverleners elkaar kennen, kunnen ze elkaar inschatten en wordt doorverwijzen mogelijk vlotter.

De inschakeling van de huisarts in het opvolgingsproces van de suïcidale patiënt kent wel een praktisch *knelpunt*: in het huidige *remuneratiesysteem* kan een huisarts niet optreden zonder gevraagd te zijn door de patiënt of diens omgeving. Dit probleem moet alleszins gesignaleerd worden aan de bevoegde overheid. Op federaal niveau wordt trouwens steeds meer overwogen in een aantal gevallen af te wijken van de gangbare 'prestatievergoeding' en ook andere vormen van praktijkvorming te stimuleren.

Conclusies

Een overgrote meerderheid twijfelt niet aan het nut en de haalbaarheid van een *psychosociale screening* van suïcidepogers opgenomen op een spoed-gevallendienst. Dit moet gebeuren door een multidisciplinair team in nauwe samenwerking met het urgentieteam. Niet alleen universitaire ziekenhuizen, maar ook kleinere perifere ziekenhuizen, zijn in staat – ondanks de twijfels van een enkeling – dit te realiseren.

Er bestaat consensus over de noodzaak tot *inschakeling* van de huisarts in het *opvolgingsproces* van de *suïcidepogers*. Om tot een duidelijke taakverdeling, bevoegdheidsaflijning en georganiseerde samenwerking te komen, bestaat de behoefte aan een protocol. Dit wordt best ontwikkeld door huisartsen en geestelijke gezondheidswerkers in samenwerking met vrijwilligers en patiëntenverenigingen. De nodige aandacht moet besteed worden aan deskundigheidsbevordering, zodat de huisarts zijn coördinerende rol naar behoren kan vervullen. In dit voorstel van netwerkontwikkeling bestaan wel twee knelpunten die een succesvolle implementatie in de weg staan: het huidige remuneratiesysteem van huisartsen en de doorverwijzingsmoeilijkheden naar gespecialiseerde hulpverlening.

Naast de twee vermelde voorstellen wil men ook pleiten voor de oprichting van een intensieve psychiatrische eenheid, waar de suïcidale patiënt kan genieten van een zogenaamde getitreerde therapie; dit wil zeggen zorg naar behoefte.



MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) ALS PREVENTIE TEGEN TERUGVAL IN DEPRESSIE

professor dr. Stephan Claes

Inleiding

Als men projecten ontwikkelt ter preventie van depressie en zelfmoord, moet men allereerst bepalen tot welke doelgroep men zich wil richten. Depressie is een frequente aandoening waarvoor iedereen in principe vatbaar is. De hele bevolking is dus een potentiële doelgroep. Wanneer men toch iets specifiek wil te werk gaan, kan men grote segmenten uit de samenleving selecteren, waarvan men weet dat ze kwetsbaarder zijn voor depressie en dus ook voor zelfmoord. Vrouwen of mensen ouder dan 60 zijn twee mogelijke, maar nog steeds heel grote doelgroepen. Een geïndividualiseerde benadering van elke persoon afzonderlijk is dus praktisch uitgesloten. De campagnes zijn dan algemene sensibiliseringscampagnes via de media of via circuits van hulpverleners.

Een meer intensieve, geïndividualiseerde aanpak wordt pas efficiënt en kosteneffectief wanneer men zich richt op kleinere doelgroepen. Zo'n doelgroep moet aan een aantal criteria voldoen. Ten eerste moet het gaan om een groep met een zeer grote kwetsbaarheid voor depressie. Ten

tweede moet de groep voldoende klein zijn om een geïndividualiseerde aanpak mogelijk te maken, maar anderzijds groot genoeg opdat de preventiestrategie nog meetbare resultaten oplevert op populatieniveau. In de derde plaats moet de doelgroep bereikbaar zijn en gemotiveerd kunnen worden voor de preventiestrategie. Ook de gekozen strategie moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Ze moet een bewezen preventieve efficiëntie hebben in de gekozen specifieke doelgroep en ze moet praktisch implementeerbaar zijn, rekening houdend met de omvang van deze doelgroep.

De onderstaande tekst stelt een doelgroep en een preventiestrategie voor die in hoge mate aan deze voorwaarden voldoen. Het betreft een vorm van cognitieve therapie in groep, de zogenaamde 'mindfulness-based cognitive therapy' (MBCT). Bij gebrek aan een algemeen aanvaarde Nederlandse vertaling zal deze therapie verder in de tekst aangeduid worden met MBCT. De specifieke doelgroep zijn mensen die depressies hebben doorgemaakt, maar volledig hersteld zijn.

De geselecteerde strategie

MBCT

Mensen met een depressie in de voorgeschiedenis hebben een hoge kans om opnieuw depressief te worden. Mensen die vaak in een depressie hervalen, vertonen een sterk verhoogd zelfmoordrisico.

Deze doelgroep voldoet dus aan het criterium van een hoog risico van depressie én van zelfmoord.

• **Risico van herval na genezing van een depressieve episode**
Depressie is een episodische aandoening met een hoge kans op herval. Gemiddeld kent een patiënt met een unipolaire depressie vier tot vijf episodes



gedurende zijn leven. Elk van die depressies duurt ongeveer vijf à zes maanden (Eaton et al, 1997). Slechts bij 10 tot 20% van de patiënten blijft het bij een eenmalige episode. De meeste studies op dit gebied dateren uit het begin van de jaren 90. Een opvolgingsstudie die achttien maanden duurde, toonde aan dat slechts 24% van de patiënten die startten met een behandeling, daar goed op reageerde en symptoomvrij bleef in de achttien daaropvolgende maanden. Deze cijfers slaan enkel op die patiënten waarvan opvolgingsgegevens bekend waren (Shea et al, 1996).

Een naturalistische opvolgingsstudie over vijf jaar van Maj en anderen (1992) toonde aan dat er tijdens de eerste zes maanden na herstel 76% kans was op herval. Tijdens de volgende zes maanden was dat 63% en tussen de een en de vijf jaar 25%. Hieruit bleek dat herval het vaakst voorkomt in de eerste zes maanden tot een jaar na herstel. Volgens een opvolgingsstudie over twaalf jaar herviel 35% van de patiënten binnen de twee jaar. Na twaalf jaar was 60% hervallen. (Surtees et al, 1994). Een opvolgingsstudie over achttien jaar toonde 95% herval aan. Bij 62% van de patiënten vormde dit een reden tot heropname (Lee & Murray, 1988). Samenvattend: in de helft tot driekwart van de gevallen wordt de eerste episode binnen de tien jaar gevolgd door een tweede episode (Angst, 1997). Een eerdere depressie doorgemaakt hebben, is daarom veruit de belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van een (nieuwe) depressie.

• **Zelfmoordrisico bij personen met recidiverende depressies**

De kans op een ernstige zelfmoordpoging is bij patiënten met depressie zeer sterk verhoogd, met een odds ratio (OR) van 33.4. Dat blijkt volgens Beautrais (1996) uit een grootschalig onderzoek. Klassiek stelt men dat 60 à 70% van de zelfmoordpogingen ondernomen wordt door personen met depressie. Anders bekeken sterft 15% van de mensen die lijden aan recidiverende, ernstige depressies uiteindelijk door zelfmoord (den Boer et al, 1999).

Naar schatting 3 tot 5% van de bevolking maakt op een jaar tijd een ernstige depressie door. Op zes miljoen Vlamingen betekent dat 180 000 à 300 000 patiënten per jaar. De aangeboden therapie zal niet voor iedere patiënt aanvaardbaar zijn. Het vraagt een aanzienlijke inzet van de patiënt om groepspsychotherapie te volgen en thuis de veronderstelde oefeningen te doen. Ruwweg kan men schatten dat ongeveer 25 à 50% van de depressieve patiënten die hersteld zijn, gemotiveerd kan worden om aan zo'n therapie deel te nemen, op voorwaarde dat de kostprijs redelijk laag gehouden wordt.

Mensen die een depressie hebben doorgemaakt beseffen dat preventie van terugval prioritair is. Ook de familieleden en de naaste omgeving, die de depressie van nabij hebben meegemaakt en de belasting van het dagelijks contact met het depressieve familielid hebben ervaren, zullen de persoon meestal motiveren om een preventieve therapie te volgen.

• **Cognitieve psychotherapie in groep en meditatie**

'Mindfulness-based cognitive therapy' is een vorm van cognitieve psychotherapie in groep. Jon Kabat-Zinn ontwierp de theorie oorspronkelijk in het kader van een 'Stress Reductie Programma' in het 'University of Massachusetts Medical Center'. De therapie werd eerst toegepast op (somatisch) onbehandelbare pijnpatiënten. In die indicatie verschenen enkele publicaties (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al, 1985). De onderzoekers bestudeerden ook de predictoren voor succes van MBCT, evenals de patiëntgebonden factoren die de therapie bepalen (Kabat-Zinn et al, 1988). Het 'Institute of Medical and Social Care Research' van de Universiteit van Wales (Bangor) in het Verenigd Koninkrijk, past deze therapie sedert ongeveer vier jaar toe bij de indicatie depressie.

Gedurende een depressieve episode is er een vicieuze interactie tussen negatieve stemming en negatieve gedachten over het ik, de wereld en de toekomst (confer Aaron Becks cognitieve therapie bij depressie). Wanneer de depressie voorbij is, is de stemming genormaliseerd, maar is er wel een associatie gelegd tussen stress, negatieve stemming en (automatische) negatieve gedachten. De ex-depressieve persoon zal onder stress snel een negatieve stemming en negatieve cognities ontwikkelen en spanningsgebonden lichamelijke gewaarwordingen ervaren. Indien dit proces ongehinderd kan doorgaan, dreigt de patiënt weer in de vicieuze cirkel te belanden en dus in depressie te vervallen.

MBCT bestaat uit een combinatie van cognitieve therapie en meditatie. In acht wekelijkse sessies, aangevuld met dagelijkse oefeningen thuis, leert de patiënt mediteren en die meditatietechnieken aanwenden om meer afstand te nemen van negatieve stemmingen en cognities. De therapie omvat eenvoudige ademhalingsoefeningen en yogahoudingen. Zo wordt de patiënt zich ervan bewust dat de toestand van lichaam en geest op ieder moment verandert. De therapie bevat ook basiseducatie over depressie en verschillende oefeningen uit de cognitieve therapie. Deze laatste dienen om inzicht te krijgen in het verband tussen (negatieve) emoties en gedachten. Ze zorgen er ook voor dat de patiënt beter kan reageren als negatieve gedachten hem dreigen te overspoelen.

Depressie ontwikkelt zich vaak wanneer er een negatieve interactie ontstaat tussen chronische stress, (lichamelijke) spanningsgevoelens, negatieve emoties en negatieve gedachten over de werkelijkheid. De ontwikkeling van de depressie kan afgeremd worden als het individu in de beginfase, vóór de depressie voluit ontwikkeld is, bij zichzelf deze verschillende factoren in hun interactie kan vaststellen en anders benaderen. Door meditatie moet de persoon voornamelijk leren dat negatieve gevoelens voorbijgaande psychische fenomenen kunnen zijn. Ze hoeven niet per se angst teweeg te

brengen en te resulteren in een algemene negatieve perceptie van het zelf. Om dit inzicht te bereiken, moet de patiënt leren zijn gevoelens, gedachten en gewaarwordingen intens te beschouwen zonder ze te beoordelen. Dit vereist in de eerste plaats een versterking van het introspectief vermogen: aandacht voor de eigen emotionele, lichamelijke en cognitieve processen. Ten tweede vereist dit een inzicht in hoe deze factoren samenkomen bij het ontstaan van depressie. Door het samenvoegen van meditatieve technieken en cognitieve oefeningen, voldoet MBCT aan beide behoeften.

Het recente handboek van Segal (Segal, Williams & Teasdale, 2002) biedt hierover een uitgebreid overzicht. De acht wekelijkse sessies waaruit het programma bestaat, duren telkens ongeveer twee uur. Een therapeut geeft tijdens elke sessie praktische training. De mensen uit de groep krijgen een geluidsband mee naar huis om thuis de training te herhalen. Tijdens de acht weken wordt van hen gevraagd dat ze daar dagelijks 40 minuten tijd voor uittrekken. Tijdens de eerste vier sessies leren de patiënten vooral aandacht besteden. Omdat aandacht van het ene op het andere punt springt, leren ze hoe ze hun aandacht naar één punt kunnen terugbrengen. Deze vaardigheid kan naderhand gericht worden op negatieve gedachten en gevoelens. In sessies vijf tot acht leren ze omgaan met negatieve gedachten en gevoelens.

• De effecten van MBCT

Tot voor kort waren er geen studies die aantoonde dat een bepaalde psychologische therapie herval in depressie kan voorkomen. Tot drie centra (Toronto, North-Wales en Cambridge) samenwerkten en een gerandomiseerde gecontroleerde studie uitvoerden om de effectiviteit van MBCT te meten (Teasdale et al, 2000). De onderzoekers bestudeerden 145 patiënten die sinds minimum drie maanden volledig hersteld waren, maar op z'n minst twee majeure depressies in de voorgeschiedenis hadden. Van deze groep had 77% drie of meer depressies doorgemaakt.

De testpersonen werden in groepen ingedeeld. De eerste groep kreeg een voortzetting van de lopende behandeling. Zowel behandeling met farmaca als psychotherapie was toegelaten. De tweede groep kreeg de klassieke acht sessies MBCT. Bij patiënten met drie of meer depressies in de voorgeschiedenis (77% van de groep) werden na 60 weken observatie volgende hervalpercentages teruggevonden: 66% herval in de controlegroep tegenover 37% in de MBCT-groep. In de kleinere groep van patiënten met twee depressies in de voorgeschiedenis was er geen significant verschil. Bij deze patiënten was het hervalpercentage na 60 weken ook 'maar' 31%, niet significant lager dan in de behandelingsgroep.

Men kan zeggen dat een grote, methodologisch goed uitgevoerde studie een duidelijk effect van MBCT aantoonde in de preventie van depressie, met name voor die patiënten die al meerdere depressies (drie of meer) hebben doorgemaakt. Om dit te bevestigen is aanvullend onderzoek duidelijk nodig. Toch kan men zeggen dat MBCT als enige psychotherapievorm zijn nut bij het voorkomen van herval in depressie wetenschappelijk heeft aangetoond.

• De voorwaarden voor MBCT

Vooraleer deze vorm van psychotherapie in groep kan worden aangeboden aan patiënten, moet aan een aantal preliminaire voorwaarden voldaan zijn. De bestaande opleidingscentra voor cognitieve gedragstherapie aan de Vlaamse universiteiten bieden de psychotherapeuten wellicht de efficiëntste opleiding. Om de therapie op een redelijke schaal te implementeren, zouden over enkele jaren in heel Vlaanderen een 50-tal MBCT-therapeuten nodig zijn. Wanneer deze therapeuten elk tien groepen per jaar kunnen leiden (80 sessies), komt dit neer op 500 therapiegroepen per jaar. De ideale grootte van de groepen ligt niet helemaal vast. Volgens Segal (Segal et al, 2002) streeft men voor MBCT bij depressie het best naar kleinere groepen. Als we uitgaan van groepen van vijftien personen, kunnen per jaar 7500 mensen terecht bij de 500 therapiegroepen in Vlaanderen. De totale doelgroep is gro-

ter. Men selecteert best personen met een hoge motivatie en patiënten met drie of meer depressies in de voorgeschiedenis.

Hulpverleners bij depressie moeten weten dat ze hun patiënten deze therapie kunnen aanbieden. Daarvoor dienen ze over beknopte informatie te beschikken: wat houdt de therapie in en waarom is het belangrijk dat hun patiënten met recidiverende depressies zich voor de therapie engageren? De interventie zou kunnen plaatsvinden in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Als men dergelijke therapeutische programma's met overheidssteun opstart, moeten deze automatisch gekoppeld worden aan opvolging van de patiënten zodat gemeten kan worden in welke mate zij in depressie hervallen. Die opvolging dient op regelmatige basis te gebeuren. Hiervoor komt de therapeut die de MBCT doet in aanmerking, maar ook de CGG's, de huisarts of andere hulpverleners kunnen deze taak op zich nemen.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP 'MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY' ALS PREVENTIE TEGEN TERUGVAL IN DEPRESSIE

Stephan Claes, professor psychiatrie aan de Universiteit van Antwerpen, presenteert de therapievorm 'mindfulness-based cognitive therapy' als relapspreventie voor personen met verschillende depressies in de voorgeschiedenis.

Lieven Migerode, psycholoog en relatie- en gezinstherapeut in het universitair ziekenhuis van Leuven, wijst op een aantal lacunes en knelpunten.

Alain Coninckx, journalist bij de VRT, structureert als moderator de bespreking.

Inleidende beschouwing

Over een aantal fundamentele uitgangspunten bestond binnen deze werkgroep grote eensgezindheid: mensen met een depressie in de voorgeschiedenis hebben een grote kans om opnieuw depressief te worden, preventie van herval is daarom een belangrijk aandachtspunt en psychotherapie als gestructureerde follow-up is in dit kader een valabele methode. 'Mindfulness-based cognitive therapy' (MBCT) wordt op zich positief onthaald, maar over de concrete invulling van dergelijke 'preventieve psychotherapie' bestaan toch wel uiteenlopende standpunten. Naast een aantal constructieve suggesties glijdt de discussie op sommige momenten af naar eerder een verdediging van eigen belangen. Verschillende deelnemers gebruiken deze werkgroep ook als een forum om een bepaald ongenoegen te uiten of bepaalde opvattingen mee te delen, die strictu sensu weinig verband houden met relapspreventie van depressie. De discussie diende dan ook verschillende keren in de juiste richting gestuurd te worden.

Bespreking van 'Mindfulness-based Cognitive Therapy'

Over het algemeen wordt 'Mindfulness-based Cognitive Therapy' positief onthaald en beschouwd als een adequate techniek om herval te voorkomen. Toch worden hierbij een aantal inhoudelijke bedenkingen geformuleerd.

Doelgroep

MBCT richt zich specifiek tot mensen met verschillende depressies in de voorgeschiedenis. Binnen deze doelgroep lijkt de voorgestelde benadering voornamelijk geschikt voor personen die alleen met antidepressiva behandeld worden. Personen die reeds psychotherapeutisch begeleid geweest zijn of

nog steeds worden, komen minder in aanmerking voor een dergelijk programma. Deze hebben zich namelijk reeds een aantal vaardigheden en technieken eigen gemaakt, die bijvoorbeeld in 'boostersessies' opgefrist kunnen worden.

Individuele versus groepstherapie

Therapie in groep heeft het grote voordeel kosteneffectief te zijn, wat bij een geïndividualiseerde aanpak minder evident is. Toch gaan er ook stemmen op voor individuele psychotherapie omwille van de grote heterogeniteit aan problematieken binnen de depressieve populatie. Individuele therapie is zeker te verantwoorden wanneer er een duidelijk uitlokkende factor geïsoleerd kan worden. Men mag beide therapievormen niet als concurrenten zien.



Therapietrouw

De grootste hinderpaal bij invoering van MBCT als preventiestrategie is ongetwijfeld de therapietrouw of 'compliance' van de doelgroep. De deelnemers worden verondersteld dagelijks 40 minuten uit te trekken voor training van de aangeleerde technieken, wat behoorlijk belastend is. Als men bedenkt dat zelfs inname van medicatie vaak niet correct gebeurt, lijkt deze opdracht helemaal geen haalbare kaart. Men kan dit wel proberen te verhelpen door MBCT aan te bieden tijdens een psychiatrische opname. Het zogenaamde 'huiswerk' kan dan, alleszins in de beginfase, op de afdeling gebeuren.

Ontbrekende dimensies

MBCT doet tekort aan de complexiteit van de mens en een aantal relevante dimensies ontbreekt in deze therapievorm. De mens, als sociaal wezen, maakt namelijk deel uit van een aantal systemen, die mogelijk een rol spelen in de ontwikkeling van een depressie en die betrokken moeten worden bij de behandeling.

Veel depressieve patiënten hebben een *partner* en eventueel *kinderen*. Regelmatig zijn partnerproblemen een uitlokkende factor in de ontwikkeling van een depressie of ontstaan er echtelijke spanningen ten gevolge van depressie. Ook voor de kinderen betekent het hebben van een depressieve ouder een zware belasting. In dat kader wordt ook gepleit voor specifieke interventies voor moeders met een postnatale depressie. Het is alleszins wenselijk dat gezinsleden, bijvoorbeeld onder vorm van echtparen- of gezinsgroepen, betrokken worden in de behandeling.

Daarnaast maken mensen ook deel uit van een ruimer *sociaal netwerk*. Depressieve personen hebben de neiging zich te isoleren en na hun depressie is herintegratie in het arbeidscircuit en de samenleving een opdracht. Ook hier moet men meer oog voor hebben door onder andere sociale begeleiding te voorzien. Onze samenleving speelt trouwens vaak een rol in de ontwikkeling van een depressie en men kan zeker een aantal vraagtekens plaatsen bij onze maatschappij, met onder andere haar

steeds toenemende werkdruk, waaraan steeds minder mensen kunnen voldoen. Het taboe dat in onze samenleving op depressie rust en de stigmatisering ervan leiden vaak tot laattijdig zoeken van hulp en zelfs tot een niet-optimale behandeling van depressie, waardoor de prognose zwaar gecompromitteerd wordt.

Implementatie

Het grootste *knelpunt* bij implementatie zal bestaan in het opleggen van een protocol aan psychotherapeuten. Binnen de wereld van de psychotherapie bestaan verschillende scholen, elk gestoeld op een eigen theoretische onderbouw en al dan niet gefundeerd door wetenschappelijk onderzoek.

Psychotherapeuten, overtuigd van hun persoonlijke werkwijze en vaak afkerig van protocollen, laten zich niet graag in een keurslijf dwingen.

Vandaar ook de weerstand van een aantal deelnemers tegen dit programma. Verschillende mensen pleiten voor subsidiëring door de overheid van ook andere therapievormen: vanuit andere invalshoeken kan deze problematiek eveneens adequaat aangepakt worden.

Deze weerstand wordt vermoedelijk eveneens veroorzaakt door bepaalde gevoelens die leven in het veld. Sommigen hebben de indruk dat de overheid een bepaalde aanpak opdringt, zonder overleg en zonder openheid voor mogelijke alternatieven. Het lijkt alsof het beleid het ei van Columbus wil uitvinden en geen oog heeft voor reeds bestaande, zeer valabele initiatieven in het veld: initiatieven die aangepast zijn aan de Vlaamse situatie en die, in tegenstelling tot MBCT, niet in de Verenigde Staten ontwikkeld zijn en dus per definitie aangepast moeten worden.

Om de belangen van het beleid te verzoenen met deze van het veld, wordt daarom voorgesteld overheidssteun uit te breiden naar andere therapievormen die aan een aantal voorwaarden kunnen voldoen. Wanneer een bepaalde therapie dermate gestructureerd en geprotocolleerd kan worden dat ze in aanmerking komt voor onderzoek en follow-up zou de overheid, zo stelt men, deze in overwe-

ging moeten nemen voor subsidiëring. *Onderzoek* kan namelijk gemakkelijker gerealiseerd worden wanneer een bepaalde interventie geprotocolleerd is. Dit is vermoedelijk ook de reden waarom er evidentie voorhanden is over MBCT, terwijl dit niet het geval is voor groepsinterventies vanuit andere invalshoeken. Algemeen bestaat er een schrijnend gebrek aan wetenschappelijk onderzoek over thema's uit de geestelijke gezondheidszorg. Waarom niet tegemoet komen aan deze lacune door allocatie van middelen specifiek voor onderzoek betreffende psychische thema's? In vergelijking met lichamelijke gezondheid wordt geestelijke gezondheid nog steeds stiefmoederlijk behandeld, met alle gevolgen van dien.

Onafhankelijk van deze discussie dient alleszins een *aantal voorwaarden in het veld* gerealiseerd om een succesvol verloop van MBCT te garanderen. Preventie staat niet los van de curatieve sector en een goed functionerend hulpverleningssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor het slagen van deze interventie. De ellenlange wachtlijsten bij de Centra Geestelijke Gezondheidszorg worden hier als een knelpunt ervaren. Deze multidisciplinaire centra zien zichzelf trouwens, mits toekenning van de nodige middelen, als dé geschikte kandidaat om werk te maken van de uitvoering van MBCT.

Daarnaast werd eveneens een pleidooi gehouden voor een *netwerkoverschrijdende hulpverlening*. Suïcidepreventie mag men volgens sommigen trouwens niet strikt medisch benaderen. Het is een problematiek waar vele sectoren bij betrokken zijn. Een aantal initiatieven werd in dit kader aangehaald, zoals het Centrum voor Zelfmoordpreventie en Tele-Onthaal.

In de huidige organisatie van de hulpverlening worden ten slotte een aantal *aanknopingspunten* vermeld, die benut kunnen worden bij implementatie van MBCT.

Het aanbieden van MBCT tijdens de opname op een psychiatrische afdeling werd reeds eerder vermeld.

Ook financieel kan men deze interventie een duwtje in de rug geven. Momenteel bestaat reeds een financiering door de mutualiteiten van een zogenaamde postkuur, dit is behandeling na ontslag. Dit kan men afhankelijk maken van het type behandeling en slechts terugbetaling voorzien van een bepaalde groepstherapie. Het is dan de verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid te onderhandelen met de bevoegde federale instanties over een herschikking van middelen.

Conclusies

Samenvattend kan men stellen dat MBCT een valabel initiatief is ter preventie van relaps van depressie. Men meent echter dat ook andere therapievormen in groep hiervoor geschikt zijn en dus voor overheidssteun in aanmerking komen. Deze financiering wil men afhankelijk maken van de ontwikkeling van een protocol, waardoor onderzoek en follow-up betreffende het voorgestelde alternatief mogelijk gemaakt worden.



PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ BEWONERS EN ASPIRANTBEWONERS VAN RUST- OF VERZORGINGSTEHUIZEN

dokter Filip Bouckaert

Inleiding

Het specifieke karakter van depressies bij ouderen

Depressies zien er bij ouderen meestal anders uit dan bij andere leeftijdsgroepen. De depressie op zich verschilt niet zoveel, maar de ouderen presenteren dit ziektebeeld op een andere manier. Het standaardwerk DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) beschrijft criteria die bepalen of een persoon al dan niet aan een psychische stoornis lijdt. Nu gelden de diagnostische criteria van de DSM-IV voor depressie niet voldoende voor de depressieve beelden bij ouderen.

Op latere leeftijd overschaduwden lichamelijke klachten het gevoel van depressie nogal eens. Veel ouderen hebben last van pijn op de borst, buikklachten, benauwdheid, duizeligheid, slaapproblemen en algemene pijnklachten. Bovendien spelen niet alleen lusteloosheid en concentratie-

stoornissen een rol. Ook waarnemings-, taal- en denkstoornissen zijn van belang. De depressie kan dan op het eerste zicht sterk lijken op een dementieel syndroom. Depressies bij ouderen gaan ook vaker gepaard met psychotische kenmerken. Dit uit zich in verschillende wanen. Het gevoel van complete desinteresse is vaak sterker dan het gevoel in een depressie te zitten. Ouderen hebben relatief veel te maken met verliessituaties (partner, lichamelijke mogelijkheden, geheugenfuncties en dergelijke). De depressieve symptomen kunnen dus voortkomen uit een normaal rouwproces. Ook overeenkomsten met kenmerken van het verouderingsproces zelf kunnen de diagnostiek in de weg staan. Tot slot kan de beeldvorming 'somberheid hoort nu eenmaal bij de oude dag' de herkenning van depressies bij ouderen belemmeren.

Depressie is de meest voorkomende functionele psychiatrische aandoening bij ouderen. Depressie bij ouderen gaat gepaard met een hoog risico van ziekte en van sterfte door zelfmoord. Vaak treden lichamelijke aandoeningen gelijktijdig op. Oudere volwassenen, en in het bijzonder oudere mannen, plegen meer zelfmoord dan andere leeftijdsgroepen. Zelfmoordgedrag bij ouderen is ook dodelijker dan bij andere leeftijdsgroepen. De zelfmoord wordt bij ouderen minder voorafgegaan door een zelfmoordpoging, is gewelddadiger en minder impulsief. Bovendien is er minder mogelijkheid tot redding.

Van alle psychiatrische aandoeningen die verbonden worden met zelfmoord, is recurrerende zware depressie er het sterkst mee geassocieerd. Nochtans vormen ouderen die zelfmoord plegen een heterogene groep. Dit impliceert de nood aan gedifferentieerde preventiestrategieën. Meer dan 70% van de ouderen die zelfmoord plegen, lijdt aan een psychiatrische aandoening op het moment van hun overlijden. Depressie komt voor bij meer dan tweederde van hen. Depressie is bij ouderen frequenter geassocieerd met zelfmoord dan bij jongeren. Chronische depressie en een eerste (laat-



ontstane) episode kunnen een verhoogd zelfmoordrisico indiceren. Ongeveer 15% van de zelfmoorden bij zestigplussers is geassocieerd met een persoonlijkheidsstoornis. Bij jongere slachtoffers ligt dit cijfer hoger. Desalniettemin kan nog eens 28% afwijkende persoonlijkheidskenmerken vertonen. Deze twee persoonlijkheidskenmerken werden in een 'case-control' analyse als een predictor voor zelfmoord bevonden. Carney (1994) meldt dat bij 84% van de ouderen die zelfmoord pleegden, een lichamelijke aandoening een uitlokkende factor was op het moment van overlijden.

Lichamelijk lijden kan leiden tot zelfmoord vanuit een veroorzaakte functionele beperking. In een recente studie werd dit als voorspellende factor voor zelfmoord weerhouden. Li (1995) onderzocht het interactief effect tussen geslacht en weduwschap. Het zelfmoordrisico bij weduwnaars was 3,3 keer hoger dan bij oudere getrouwde mannen. Bij weduwen was het risico van zelfmoord niet hoger in vergelijking met oudere getrouwde vrouwen.

Verschillende onderzoeken laten zien dat 4 tot 5% van de ouderen kampt met een (ernstige) depressieve stoornis. Depressieve symptomen komen bij 15 tot 30% van de oudere bevolking voor. De percentages van depressieve stoornissen, dysthymie (neurotische depressie) en depressieve klachten liggen bij bewoners van verzorgingstehuizen tweemaal zo hoog als bij zelfstandig wonende ouderen. Het moment waarop meestal hoogbejaarde ouderen zorgbehoevend worden en opname in een rust- of verzorgingstehuis zich opdringt, houdt risico's in van depressieve klachten en stoornissen. Dit is vooral het geval wanneer de introductie in het nieuwe tehuis problematisch verloopt. Bewoners en aspirant-bewoners van een rust- of verzorgingstehuis hebben een grotere kans op depressie. Bij 21% van de bewoners is depressieve klachten aangetroffen. Ongeveer 11% lijdt onder een depressieve stoornis of dysthymie. Vooral nieuwe bewoners lopen een hoog risico een depressie te ontwikkelen als zij niet goed geïntroduceerd worden in het huis. De meeste rusthuisbewoners zijn

hoogbejaard (meer dan 80 jaar). Driekwart van de bewoners is vrouw en 80% alleenstaand. De bewoners hebben een beperkt sociaal netwerk en zijn voor hun contacten met name aangewezen op het verzorgingstehuis.

Ook omdat lichamelijke hulpbehoefendheid een voorwaarde is voor opname, zou depressie van verzorgingstehuisbewoners kunnen toenemen.

Doofheid, slechthoorden en immobiliteit beperken immers de bewegingsvrijheid en bemoeilijken het aangaan van nieuwe contacten. Gevoelens van eenzaamheid spelen ook vaak een rol bij opname.

Risicofactoren voor het ontwikkelen van depressie

Praktisch alle auteurs zijn het erover eens dat depressies ontstaan door verschillende op elkaar inwerkende factoren. De interactie tussen lichamelijke factoren, intrapsychische factoren, relationele factoren en invloeden uit het fysieke en sociale milieu, bepalen het ontstaan, verloop en de terugkeer van depressie.

Heel wat risicofactoren, specifiek aan de situatie in het rust- of verzorgingstehuis, kunnen aan de basis liggen van depressieve klachten. Deze risicofactoren zijn onder meer stressoren (ingrijpende gebeurtenissen, vormen van chronische stress en lichamelijke factoren), persoonlijkheidsfactoren, sociale steun, vertrouwensrelaties en achtergrond- en demografische factoren. Verhuizen naar een rust- of verzorgingstehuis is voor veel mensen een zeer ingrijpende, stressvolle gebeurtenis.

Door tijdsdruk werken de bejaardenverzorgers vaak taakgericht in plaats van bewonersgericht. Als bewoner je eigen persoonlijkheid ontplooi, is minder evident, de situatie controleren en voorspellen, quasi onmogelijk. De vaak weinig stimulerende omgeving bevestigt ouderen in hun negatief zelfbeeld. Verzorgers geven aan dat ze zich niet competent voelen in het omgaan met psychische problemen van bewoners. Dit leidt tot onbegrip bij de ouderen en tot een vorm van chronische stress.

Depressieve symptomen worden dan vaak gezien als een speciaal kenmerk van de bewoner en niet als een probleem waar iets aan gedaan kan worden. Er bestaat een onomstreden verband tussen lichamelijke aandoeningen of invaliditeit en depressie.

Depressie kan een reactie zijn op de ziekte, op de beleving of op de gevolgen hiervan voor het alledaagse functioneren. Met name de mate waarin men denkt enige invloed te kunnen uitoefenen op de ziekte blijkt van groot belang. Alhoewel er weinig onderzoek is gebeurd naar de invloed van karakteristieke factoren, kunnen we stellen dat een kwetsbare persoonlijkheid waarschijnlijk een zeer belangrijke rol speelt. Ouderen met angstige, afhankelijke en dwangmatige kenmerken of ouderen die moeilijk intieme relaties kunnen aangaan, zijn extra gevoelig voor depressie.

Belangrijke sociale risicofactoren zijn: het ontbreken van intieme vertrouwenspersonen, te maken krijgen met een ingrijpend verlies en ernstige sociale problemen. Gebrek aan sociale steun kan een uitlokkende factor zijn voor depressies bij ouderen. Omgekeerd verminderen steunende relaties met familieleden en vrienden de kans op depressies. Ook deelname aan formele maatschappelijke netwerken (bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of religieuze betrokkenheid) blijkt een beschermende factor. Sociale contacten leggen en onderhouden en deelnemen aan activiteiten, zijn belangrijke probleemgebieden in het rust- of verzorgingstehuis.

Ook een aantal demografische factoren vergroten de kans op het ontwikkelen van een depressie. Alleen wonen, in de stad wonen, een lage sociaal-economische status bezitten en van het vrouwelijke geslacht zijn, houden stuk voor stuk een risico in. Het huwelijk blijkt overigens op mannen en vrouwen niet dezelfde invloed te hebben. Voor mannen blijkt getrouwd zijn een consistent beschermende factor tegen depressies, bij vrouwen is dit verband veel minder eenduidig. Het is van belang dat de

ouderen in een tehuis wonen dat bij hun persoonlijke levensovertuiging past.

Geselecteerde strategie

Preventie van depressie bij bewoners en aspirant-bewoners van rust- en verzorgingstehuizen

Op basis van combinaties van bovengenoemde risicofactoren, zijn ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis opgenomen worden een belangrijke risicogroep. Aandacht voor preventieve interventies die gericht zijn op depressie in rust- of verzorgingstehuizen, is derhalve op zijn plaats. Daarom is bijscholing belangrijk, zowel voor de leidinggeven- den als voor verpleegkundigen, verzorgers en andere personeelsleden. Via een trainingsprogramma leren zij depressie en andere psychische problemen van bewoners signaleren en ontdekken ze hoe ze daarmee kunnen omgaan. Ook voorlichtingsactiviteiten voor familieleden of andere betrokkenen kunnen deze signaalfunctie optimaliseren. Voor de bewoners zelf is het belangrijk dat hun problemen zo snel mogelijk goed en volledig verholpen worden. Gespreksgroepen voor zeer eenzame bewoners en voorlichtingsactiviteiten voor bewoners en aspirant-bewoners op het terrein van de psychische problematiek, kunnen hiertoe bijdragen. Het einddoel van alle interventies is depressieve klachten van bewoners en aspirant-bewoners voorkomen, dan wel verminderen. Verder wil men dat de bewoners tevredener zijn met de verzorging of het huis, dat hun geestelijke gezondheid erop vooruitgaat en dat zorgconsumptie en medicatiegebruik binnen de perken blijven. Om de einddoelen te bereiken, beïnvloeden meerdere interventies de verschillende risicofactoren. Deze risicofactoren zijn stressoren, zelfwaardering en sociale vaardigheden (persoonlijkheidsfactoren), eenzaamheid en sociale steun of een vertrouwenspersoon. Onderzoek naar de beïnvloedbaarheid van determinanten toont aan dat met name de determinanten 'sociale competentie' en 'sociale steun' op effectieve wijze te beïnvloeden zijn.

Men wil de negatieve consequenties van stressoren voorkomen en/of verminderen. Daarom leren de verzorgers omgaan met psychische problemen van bewoners. Zij krijgen informatie over depressie, zij leren depressies signaleren (observeren en interpreteren) en zij leren vaardigheden om er mee om te gaan. In een voorlichtingsbijeenkomst wijst men het overig personeel en de vrijwilligers op hun eigen mogelijkheden om problemen te signaleren en ouderen met psychische moeilijkheden te steunen. Ondersteuning van depressieve ouderen staat ook centraal in de bijeenkomst voor familieleden en direct betrokkenen.

De nieuwe bewoners kunnen zich aansluiten bij een gespreksgroep. Op die manier probeert men de stress die de overgang naar het rust- of verzorgingstehuis met zich meebrengt, zoveel mogelijk te reduceren. De autonomie van de nieuwe bewoners wordt zoveel mogelijk in stand gehouden en versterkt. Zij worden gestimuleerd om zelf dingen te blijven doen en voor hun eigen behoeften en wensen op te komen. Via de bijeenkomsten met leidinggevend wil men ervoor zorgen dat ze depressieve klachten van bewoners vroegtijdig herkennen. Een tweede doel is de directie aan te tonen hoe ze best omgaan met depressieve ouderen.

Met de cursus voor verzorgers en de cursus voor nieuwe bewoners wil men het zelfbeeld van de bewoners in positieve richting beïnvloeden. De verzorgers worden erop gewezen (kleine) positieve dingen of eigenschappen van de bewoners expliciet te benoemen en in te gaan op de gevoelens die achter (negatieve) woorden van de bewoners kunnen schuilen. Als ze deelnemen aan een cursus voelen de nieuwe bewoners zich serieus genomen. Via groeps gesprekken vinden ze (h)erkenning bij elkaar. Doordat ze sociale vaardigheden aanleren, komen ze meer op voor zichzelf, wat mogelijk doorwerkt in de zelfwaardering.

Alle interventies zijn erop gericht de sociale steun te verbreden en het sociale netwerk te verdiepen.

De cursus wijst de verzorgers op het belang van sociale steun en geeft aan hoe zij onderlinge sociale steun tussen de bewoners kunnen stimuleren. Op die manier kan een mogelijk negatieve sfeer onder de bewoners doorbroken worden. Ook in de cursus voor nieuwe bewoners wordt ingegaan op het belang van sociale steun. Bovendien zijn er huiswerkopdrachten waarin de bewoners samen iets moeten ondernemen (netwerkontwikkeling). Men stimuleert de leiding om ruimte te maken voor allerlei activiteiten, waar bewoners elkaar kunnen ontmoeten of samen iets kunnen ondernemen.

De interventies die in het draaiboek beschreven zijn, oefenen een invloed uit op de hierboven vermeldde risicofactoren. Ze zijn gericht op de verschillende lagen van het huis: leidinggevend, verzorgers en (nieuwe) bewoners. Ook het huishoudelijk en keukenpersoneel krijgt een voorlichting, net zoals de vrijwilligers en de familieleden van de bewoners. Volgens van Lammeren en Duzijn (1999) wijst de praktijk uit dat het niet altijd mogelijk is om het totale interventiepakket uit te voeren. Daar waar een keuze gemaakt moet worden, bevelen deze auteurs aan om de interventies met name te richten op leidinggevend, verzorgers, het overig personeel en de vrijwilligers.

De draaiboeken die uitgegeven zijn door het Trimbosinstituut zijn een bewerking van draaiboeken die in de praktijkinstellingen gebruikt werden. Ze bestaan uit drie gesprekken met leidinggevend, een cursus voor verzorgers, een voorlichtingsbijeenkomst voor overig personeel en vrijwilligers, een gespreksgroep voor nieuwe bewoners en een voorlichtingsbijeenkomst voor familieleden en direct betrokkenen.

De verschillende cursussen werden in Nederland begeleid door een preventiewerker en een medewerker van de afdeling Ouderen die bij voorkeur ook de contactpersoon van het verzorgingstehuis is. Het is echter ook mogelijk medewerkers van het verzorgingstehuis te coachen in het (mee)begelei-

den van de bijeenkomst(en). Men kan denken aan een activiteitenbegeleider, een maatschappelijk werker, een pastoraal medewerker of een vrijwilliger. De personeelsgerichte interventie voert men best het eerst uit. Dit kost een half jaar tijd. Het tweede deel, voor bewoners en hun familie, vindt plaats in het volgende half jaar.

Uit het onderzoek blijkt dat bij bewoners in de experimentele huizen de depressieve klachten iets zijn afgenomen, terwijl deze klachten bij de bewoners in de controlehuizen net iets toenamen in de onderzoeksperiode. Dit verschil is veelbetekenend en kan worden toegeschreven aan het interventiepakket. Het financieringssysteem van de zorg in rust- of verzorgingstehuizen is in hoofdzaak gebaseerd op de lichamelijke behoeften van bewoners. In het systeem is geen vergoeding voor psychische zorg opgenomen. Psychische zorg aan bewoners zou als vast onderdeel in de financiering opgenomen moeten worden.

(referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ BEWONERS EN ASPIRANT-BEWONERS VAN RUST- OF VERZORGINGSTEHUIZEN

Dokter Filip Bouckaert, gerontopsychiater in het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg, presenteert een preventiestrategie gericht op bewoners en aspirant-bewoners van rust- of verzorgingstehuizen.

Sonny Smet, als psychologe werkzaam bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn Antwerpen en bij dementerenden in het verpleegtehuis Joosten te Zoersel, bundelt haar eigen bedenkingen met opmerkingen en vragen vanuit de verschillende betrokken sectoren.

Annemie Leysen, lector Nederlands aan de Katholieke Hogeschool Leuven, neemt de rol van moderator op zich.

Inleidende beschouwing

In deze werkgroep, die op een rustige en constructieve wijze verliep, werd vooral gedebatteerd over de plaats van ouderen in onze maatschappij. De inhoudelijke bespreking van de voorgestelde strategie bleef eerder beperkt, terwijl verschillende voorstellen geformuleerd werden in de primair preventieve sfeer.

Bespreking van de voorgestelde preventiestrategie

De plaats van ouderen in de maatschappij: opvang in rust- en verzorgingstehuizen

Men kan de plaats van ouderen in onze maatschappij op verschillende manieren bekijken. Grosso modo bestaan hiervoor twee fundamenteel verschillende mogelijkheden. Ofwel opteert men voor het opvangen van mensen op een professionele manier in instellingen, ofwel kiest men ervoor mensen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te houden, omkaderd door een maximaal uitgebouwd sociaal netwerk.

Vlaanderen opteert momenteel voor de eerste mogelijkheid, waarbij *professionele opvang in instellingen* geïnterpreteerd wordt als het aanbieden van adequate verzorging op lichamelijk gebied. Vaak overheerst de *medische aanpak* terwijl

psychologische ondersteuning ontbreekt. Het huidige financieringssysteem is trouwens ook gebaseerd op de kost van aangeboden lichamelijke zorgen. Misschien kan een herziening hiervan, door in het financieringssysteem eveneens een vergoeding te voorzien voor psychische zorg, de nodige ruimte creëren voor psychische begeleiding. Deze psychische begeleiding denkt men eveneens te kunnen verbeteren door de oprichting van een psychologisch steunpunt, waar meerdere rusthuizen, thuiszorgdiensten enzovoort beroep op mogen doen. Hier kunnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg een belangrijke rol spelen. Omwille van een gebrek aan middelen wordt daar in de huidige werking echter zeer weinig aandacht aan besteed.

Het *kostenplaatje* van deze keuze is onthutsend. Prospectieve berekeningen schatten het aantal 85-plussers in België voor het jaar 2020 op



6 à 700 000, waarvan 50 à 90 000 zwaar zorgbehoevenden. De zorg in een instelling voor een zwaar zorgbehoevende staat financieel gelijk aan een voltijds equivalent. Dit betekent dus een enorme investering voor de maatschappij. En dat terwijl deze mensen zich niet eens optimaal en zelfs depressief voelen. De overgrote meerderheid van deze ouderen heeft namelijk niet zelf voor die plaatsing gekozen. Dit werd hen opgedrongen door de familie, meestal door de kinderen, wat tot heel wat – onderling onbesproken – verdriet en boosheid leidt. Tele-onthaal krijgt hierover regelmatig oproepen van bejaarden en biedt deze mensen een luisterend oor.

De plaats van ouderen in onze maatschappij: netwerkvorming en thuiszorg

Met deze gegevens in het achterhoofd lijkt de andere visie een betere keuze, namelijk voorzien in structurele maatregelen zodat de *bejaarde* zo lang mogelijk *thuis* kan blijven. Hiervoor moet geëvalueerd worden wat noodzakelijk is opdat die persoon thuis goed zou functioneren. In die context zijn niet alleen lichamelijke aspecten, maar eveneens psychische en sociale aspecten belangrijk.

In Denemarken bijvoorbeeld ging men 15 jaar geleden over tot de sluiting van rust- en verzorgingstehuizen. Men meende het aantal depressies en zelfdodingen te kunnen reduceren door het creëren van een maatschappij met een soort sociale zorg-economie: een samenleving waarin mensen de gelegenheid krijgen om met elkaar om te gaan, al dan niet op een degelijke professionele wijze kwalitatief begeleid en ondersteund. Men mag hierbij niet rekenen op toevallige 'goodwill', maar er moet een netwerk opgebouwd worden, bestaande uit familie, burens en kennissen.

Sociaal isolement en eenzaamheid zijn immers belangrijke factoren in het optreden van depressie en zelfdoding. Hieraan moet men de nodige aandacht besteden en structurele maatregelen moeten genomen worden.

Thuiszorg heeft hier zeker en vast een belangrijke functie te vervullen. Men zal wel werk moeten maken van een betere organisatie en netwerkvorming.

Ook een goed uitgebouwd *eerstelijnsnetwerk* maakt dat bejaarden langer in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven.

Ten slotte kunnen *intergenerationele projecten* een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van de inbedding in een sociaal netwerk. In Antwerpen bestaat er bijvoorbeeld een dienst 'aandacht voor senioren', die jong-gepensioneerden opleidt om eenzame hoogbejaarden te bezoeken en te helpen. Een dergelijk initiatief is waardevol voor beide partijen: enerzijds staan geïsoleerde hoogbejaarden in contact met mensen waarmee ze toch enige affiniteit hebben, anderzijds krijgen jonge bejaarden een nieuwe functie, een nieuwe zin. Want hier wringt misschien wel het schoentje. Tegenwoordig worden onze ouderen in de maatschappij betutteld, alles wordt aangeboden op maat, mensen moeten niets meer doen en voelen zich op de duur waardeeloos. Dit in tegenstelling tot vroeger waar zij wel een rol speelden. Het zou goed zijn deze mensen het gevoel te geven dat ze iets te betekenen hebben in onze maatschappij en gebruik te maken van hun ervaring en wijsheid.

Beeldvorming

Een breed preventiebeleid vraagt in de eerste plaats dat – de vaak *negatieve* – *beeldvorming* over ouderen de nodige aandacht krijgt. Het is wetenschappelijk bewezen dat het gedrag van ouderen vooral bepaald wordt door de sociale context: velen stemmen zich af op de verwachtingen die men over hen heeft.

Deze beeldvorming kan men echter niet wijzigen door één type aanpak. Beeldvorming is een proces dat bestaat uit een aantal initiatieven op verschillende niveaus, gaande van de media tot een heel lokaal niveau.

Preventie van depressie bij bewoners en aspirant-bewoners van rust- en verzorgingstehuizen

In een aantal gevallen zal de stap naar een rust- en verzorgingstehuis toch onvermijdelijk zijn.

Er kunnen wel manieren bedacht worden om deze stap te *vergemakkelijken*.

Er bestaat steeds meer de tendens om *instellingen open te stellen* voor de buitenwereld, zodat omwonenden kunnen deelnemen aan activiteiten binnen het rustoord. Op deze manier kan vermoedelijk een aantal problemen vermeden worden. Ook via de *centra kortverblijf* kan deze overgang vlotter verlopen. Deze centra zijn veel laagdrempeliger en ondertussen maakt de oudere kennis met de gang van zaken in het rusthuis. Er bestaat echter een groot tekort aan deze opvangmogelijkheid.

Maar ook in het *rusthuis* zelf kan het leven van de bejaarden aangenamer gemaakt worden door bijvoorbeeld *animatie* te organiseren. Recent heeft de Vlaamse Gemeenschap trouwens beslist hiervoor geld vrij te maken. De animators kunnen misschien zelfs een uitgebreidere taak dan animatie op zich nemen, door bijvoorbeeld binnen de instelling bepaalde informatie te verschaffen aan de bewoners en dergelijke meer.

Ten slotte wordt toch ook het belang van *secundaire preventie* beklemtoond. Er loopt namelijk nog heel wat mis met de vroegtijdige herkenning van mensen die reeds depressief zijn.

Vanuit dat opzicht is er zeker nood aan scholing van onder meer huisartsen en personeel werkzaam in de thuiszorg.

Een gerontopsychiater getuigt van haar positieve ervaring met dit project in Nederland, waaruit blijkt dat deze deskundigheidsbevordering op korte termijn effectief is voor een betere herkenning van depressie en het taboe rond depressie en andere psychische ziekten doet verminderen. Wel moet men zich hoeden voor 'overshooting': niet elke traan moet als depressie bestempeld worden. Ook mag men er niet zomaar vanuit gaan dat een

Nederlands project per definitie geschikt is voor Vlaanderen. Een aanpassing aan de lokale context zou alleszins nodig zijn, waarbij rekening gehouden wordt met de huidige momenten van overleg, training en vorming.

Ten slotte wordt voorgesteld deze preventiestrategie, die toch wel positief onthaald wordt, breder te implementeren en in eerste instantie reeds uit te breiden tot het personeel van de thuiszorg. Er wordt namelijk elf keer meer suicide gepleegd thuis en ook in de kennis en vaardigheden van de thuisverzorgers zitten hiaten.

Conclusies

De voorgestelde strategie op zich werd positief onthaald, maar over het algemeen als veel te eng ervaren. In eerste instantie moet deze deskundigheidsbevordering reeds uitgebreid worden naar het personeel van de thuiszorg.

Daarnaast werd nog een aantal andere voorstellen geformuleerd, die echter fundamentele maatschappelijke omwentelingen vragen. We onthouden dat er werk gemaakt moet worden van beeldvorming rond bejaarden en van het herdenken van de plaats van de bejaarde in onze maatschappij. Misschien moet geprobeerd worden deze zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te houden. Thuiszorg kan hierin een belangrijke rol spelen, waarbij deskundigheidsbevordering van het personeel en netwerkwikkeling aandachtspunten zijn.



DE NAASTE OMGEVING VAN DE PATIENT EN DE NABESTAANDEN

Nico De fauw

Inleiding

Een zelfmoord gebeurt meestal niet totaal onverwacht. Mensen die zelf een eind aan hun leven maken, bevinden zich in een suïcidaal proces dat zich langzaam en gedurende langere tijd voltrekt. In dit suïcidaal proces spelen psychiatrische ziektebeelden een cruciale rol. Ongeveer 80 tot 90% van de mensen die door zelfmoord om het leven komen, blijkt immers te lijden aan depressie, schizofrenie, alcohol- en drugsgebruik en dergelijke. Soms zijn deze problemen al voor de zelfmoord herkend, soms ook niet.

In elke fase van dit suïcidaal proces, gaande van zelfmoordgedachten, zelfmoordpogingen tot uiteindelijk, in het meest dramatische geval, een zelfmoord, wordt ook de omgeving van de patiënt in toenemende mate betrokken. Deze mensen krijgen niet altijd de verdiende en noodzakelijke aandacht, noch door hulpverleners, noch door de ruimere maatschappelijke context die bestaat uit vrienden en familie. Hulpverleners halen tijdsgebrek aan als argument. Volgens

familieleden verklaren stigmatisering en taboe de afwezigheid van aandacht.

De omgeving kan op verschillende niveaus en in diverse gradaties betrokken zijn. Het staat in elk geval vast dat de draagkracht van het gezinsstelsel en het sociaal netwerk serieus op de proef worden gesteld, ook op emotioneel vlak. Niet zelden stellen we vast dat familieleden en nabestaanden van mensen met een psychische stoornis er zelf ook onderdoor gaan na de zelfmoord van hun dierbare. Zij kunnen op hun beurt kampen met stressverschijnselen, angst- en depressieve gevoelens en zelfmoordideaties.

Met de twee onderstaande preventiestrategieën willen we enerzijds tegemoet komen aan de noden van familieleden van psychisch zieken, in concreto schizofrene patiënten. Anderzijds willen we nabestaanden na zelfmoord bijstaan in hun verwerkingsproces.

Geselecteerde strategieën

Familietherapie bij familieleden van schizofrene patiënten

De omgeving van de schizofrene patiënt wordt geconfronteerd met een zware last. Zowel op praktisch, financieel als emotioneel niveau komt het familiesysteem vaak onder extreme druk te staan.

Op praktisch vlak kan de schizofrene patiënt de taken die hij voor zijn ziekte op zich nam, niet langer aan. Beslissen kan hij niet meer. Deze taken en beslissingen moet de omgeving van de patiënt volledig of gedeeltelijk overnemen. Winkelen, huishoudelijk werk, herstellingen en klusjes, administratie en dergelijke; alles komt op hun schouders terecht. Daarnaast moeten zij de medicatie-inname contro-



leren en bijhouden. De patiënt motiveren om zaken op te nemen en hem blijvend stimuleren, slorpen ook veel energie op. Op financieel vlak kunnen de kosten voor hospitalisatie, medicatie en dergelijke soms hoog oplopen en op hun beurt het gezins- en familiesysteem onder druk zetten. Voor de familiale context van de patiënt met schizofrenie kunnen de aanhoudende en groeiende problemen ook een ernstige emotionele belasting betekenen. Dit kan leiden tot intrafamiliale spanningen (kritiek, vijandigheid) of tot overmatige bekommernis, wat dan weer de latere opvang van de patiënt en de verdere evolutie van de aandoening negatief kan beïnvloeden.

Het kost de omgeving dus op verschillende vlakken bijzonder veel energie om met de symptomen om te gaan. Hallucinaties, waanideeën, verward denken, opgewondenheid, apathie, emotionele onverschilligheid (afstomping), gebrek aan initiatief... leiden uiteindelijk tot een totale sociale vervreemding. Daarnaast is er nog een extra belastende factor voor de omgeving. Ongeveer 80% van de schizofrene patiënten hervalt binnen de twee tot vijf jaar na een eerste psychotische episode. Niet alleen belast dergelijk psychotisch hervall de hersenen toxisch, het brengt ook bijkomende risico's met zich mee. Frequent hervall kan bijvoorbeeld leiden tot verhoogde therapieresistentie. Het hervall wordt gekenmerkt door meer uitgesproken symptomen, waardoor hospitalisatie vereist is. Om een therapeutisch effect te verkrijgen, zijn meer antipsychotica noodzakelijk gedurende een langere periode. De patiënt zelf ervaart het hervall als meer traumatisch, de depressieve symptomatologie is meer uitgesproken en zelfmoordpogingen komen frequent voor.

Dit alles bij elkaar zorgt er dus voor dat ook de omgeving (de familie en het sociale netwerk) van de schizofrene patiënt permanent zwaar belast wordt.

Gezinsleden zijn vaak de primaire zorgverstrekkers van jonge schizofrene patiënten. Om de levenskwaliteit van de patiënt op langere termijn op een aanvaardbaar niveau te brengen, is het van belang dat

het gezin adequaat kan meewerken aan de realisatie van de therapeutische doelstellingen. Werken met het gezin is dan ook noodzakelijk om psychotisch hervall en zelfmoord te voorkomen.

Een van de belangrijkste parameters die dit proces kunnen beïnvloeden, is het niveau van 'expressed emotion' (EE). EE kan omschreven worden als de thermometer voor het emotionele klimaat dat heerst in een gezin met een schizofrene patiënt.

Ze wordt gemeten door de manier te evalueren waarop gezinsleden over de patiënt praten. Vijf criteria spelen een rol: de mate van emotionele overbetrokkenheid, kritische opmerkingen, vijandigheid, warmte en positieve opmerkingen. De eerste drie criteria doen het emotionele klimaat verslechteren (toename van EE), de overige verbeteren het emotionele klimaat (afname van EE).

Verhoogde EE heeft vooral te maken met de moeilijkheden die schizofrene patiënten ondervinden als ze met complexe emoties moeten omgaan en als ze blijvend aandacht moeten hebben voor emotioneel geladen situaties.

Alhoewel verhoogde EE niet de oorzaak is van de ziekte, hebben veelvuldige en uitgebreide studies aangetoond dat er een verband bestaat tussen de graad van EE en psychotisch hervall. Hoe hoger de EE-score, hoe hoger de kans op hervall. Er is eveneens aangetoond dat familietherapie de EE-score kan verlagen. Daardoor nemen ook de omgevingsstress en het risico van hervall af.

Tijdens onderzoek evalueert men eerst hoe de familieleden met elkaar omgaan. Vervolgens wordt de EE gemeten. De EE meet dus voornamelijk de dynamieken die leven in een gezin, niet of dat gezin goed of slecht functioneert. Het gezin mag een goede ondersteuning verwachten, met eventueel een bijsturing of verandering in de dynamiek. Veelvuldige en uitgebreide studies hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen de graad van EE en psychotisch hervall: er is een correlatie tussen hoge mate van expressed emotion en psychotisch hervall bij schizofrene psychose.

Wanneer men hoog scoort op de eerste drie criteria, verhoogt het recidiefrisico.

Er is eveneens aangetoond dat familietherapie een stresserend gezinsklimaat kan voorkomen en een positief effect heeft op de graad van EE, waardoor het risico van herval afneemt. Dit gebeurt door stressmanagement, door mensen te leren omgaan met conflicten en dergelijke meer.

In familietherapie komen de noden van de familie aan bod en zijn de gezinsleden partners in de zorg. Psycho-educatie, communicatietraining en probleemoplossend gedrag aanleren, zijn werkzame interventies die de behandeling kan bieden. De psycho-opleiding van de familie, waarbij de familieleden de verschillende copingstrategieën en probleemoplossende vaardigheden leren, helpt hen om gericht met het zieke familielid om te gaan. Uiteindelijk draagt dit bij tot een beter resultaat voor de patiënt (onder andere minder psychotisch herval, minder suïcidaal gedrag) én voor de familie zelf.

Verschiedende gecontroleerde studies tonen een verbetering aan van de intrafamiliale communicatie en graad van EE, een afname van psychotisch herval en een toename van het probleemoplossend gedrag. De behandeling duurt minimaal negen maanden.

Verschiedende centra in het buitenland bieden deze vorm van familietherapie al aan.

Het rouwproces van en gevaren voor nabestaanden na zelfmoord

In België maken elke dag zeven mensen zelf een einde aan hun leven.

In Vlaanderen komen jaarlijks meer dan 1100 mensen om door zelfmoord. Deze cijfers komen frequent terug in de media en zijn dan ook genoegzaam bekend.

Dat er bij elke zelfmoord ook nabestaanden zijn, wordt meestal niet vermeld. Onderzoekers gaan er vanuit dat bij elke zelfmoord minstens zes nabe-

staanden direct betrokken zijn. Dit betekent dat er in Vlaanderen jaarlijks ongeveer 7000 en wereldwijd ongeveer 5 000 000 nabestaanden na zelfmoord bij komen. Om maar te illustreren dat er heel wat nabestaanden zijn die van zeer nabij of van iets verder in aanraking zijn gekomen met een zelfmoord. Afhankelijk van de (hechtheid van de) relatie die men had met de overledene, de draagkracht en de voorgeschiedenis, zal die zelfmoord het denken, doen en voelen van nabestaanden beïnvloeden.

Traditioneel wordt ervan uitgegaan dat het rouwproces bij nabestaanden na zelfmoord wel bijzonder moeilijk moet verlopen. Onderzoek door Van der Wal (1988) en Cleiren (1992) weerlegt dit. Cleiren deed een vergelijkende studie naar de gevolgen voor de naaste familieleden van sterfte door zelfmoord, verkeersongevallen en ziekte. Hij concludeert dat het type doodsoorzaak meer invloed lijkt te hebben op de thema's waarmee de nabestaande geconfronteerd wordt in het rouwproces dan op de ernst van de problemen die daarmee gepaard gaan.

Karakteristieke thema's die steeds terugkomen in het rouwproces bij nabestaanden na zelfmoord zijn: het ervaren van een enorme schok, ongeloof, het op zoek gaan naar de precieze manier en omstandigheden waarin de zelfmoord heeft plaatsgevonden, de allesoverheersende waarom-vraag, schuldgevoelens, kwaadheid, opluchting, sociale isolatie en de aanwezigheid van angst- en depressieve gevoelens (Alsén et al, 2001).

Onder bepaalde omstandigheden echter kunnen de gevolgen van een zelfmoord wel bijzonder hardnekkig en ernstig zijn. Een aantal demografische en psychosociale risicofactoren kunnen – al dan niet in combinatie met elkaar – leiden tot complicaties in het rouwproces. Deze risicofactoren kunnen we in drie groepen indelen:

1) met betrekking tot de overledene
Complicaties in het rouwproces kunnen optreden wanneer er een hechte of conflictgeladen relatie

met de overledene bestond. Ook wanneer de zelfmoord onverwacht kwam of wanneer de problematiek van de suïcidale persoon niet zo ernstig leek dat zelfmoord als enige uitweg werd gezien, kan het rouwproces moeilijker zijn. Als er een redelijk goed toekomstperspectief voor de overledene scheen te bestaan, blijkt het rouwproces ook deli-cater te zijn, net zoals dat het geval is wanneer de overledene nog vrij jong, zeg maar een kind of een adolescent was.

2) met betrekking tot de familiale context
Complicaties treden ook makkelijker en sneller op bij een grotere prevalentie van psychiatrische problemen binnen het gezin, bij meerdere verlieservaringen en bij verstoorde gezinsdynamieken.

3) met betrekking tot de omgeving
Als de rouwendenden onvoldoende sociale steun krijgen tijdens de verwerking van het verlies of als de omgeving reageert met onbegrip en contact vermijdt, is de kans op complicaties in het rouwproces groter.

Nagenoeg alle nabestaanden vinden het bijzonder moeilijk om over zelfmoord te praten met diegenen die er persoonlijk bij betrokken zijn (vrienden, familie, collega's op het werk en dergelijke). Praten over sensationele zelfmoordsituaties waarover de media berichten, is geen kunst. Maar met direct betrokkenen praten over zelfmoord en over de daarbij horende gevoelens, is veel moeilijker.

Twee derde van de nabestaanden ervaart vermijdingsgedrag van mensen uit de sociale omgeving. Mensen komen niet meer langs (soms ook uit schrik voor besmetting), spreken niet meer over de overledene of doen alsof er niets aan de hand is. Daarbovenop krijgen nabestaanden eigenlijk ook de impliciete taak om hun omgeving voor te lichten over wat suïcidaal gedrag kan veroorzaken, over het zelfmoordproces zelf en over hoe men met nabestaanden kan omgaan. Tegelijk zien we dat er sprake kan zijn van een

vorm van zelfstigmatisatie. Nabestaanden gaan zich soms isoleren van de omgeving, vaak uit schaamte of vanuit de verwachting dat de omgeving toch geen sociale steun zal bieden. Er is een hypothese (Van Dongen) die stelt dat deze teruggetrokken houding door nabestaanden een soort van copingmethode is om energie te sparen en om zich zo volledig te kunnen richten op het eigen rouwproces.

Deze risicofactoren lijken vaker voor te komen en zijn dus overgerepresenteerd in gezinnen waar een zelfmoord heeft plaatsgevonden. De meeste van de hogervernoemde risicofactoren zijn daarbij van blijvende aard, zodat de zelfmoord als het ware toegevoegd wordt aan een reeds problematische leefsituatie.

Samengevat kunnen we dus stellen dat het rouwproces bij nabestaanden na zelfmoord op zich niet noodzakelijk moeilijker verloopt dan na een overlijden door een andere doodsoorzaak. Het is vooral de reeds bestaande context die bepalend is voor het rouwproces en net daar zijn bij nabestaanden nogal wat problemen terug te vinden.

Nabestaanden na zelfmoord lopen dus een groter risico om depressieve gevoelens en zelfmoordideeën te ontwikkelen, en dit niet alleen omdat ze een zelfmoord ervaren hebben, maar ook omdat het een al vaak kwetsbare groep betreft (Clark et al, 2000).

De WegWijzer: zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord

De WegWijzer is een manier om nabestaanden na zelfmoord te ondersteunen bij hun vaak moeilijk verlopend rouwproces en dus aan postventie te doen. Deze WegWijzer is al in het najaar van 2000 ontwikkeld door de Werkgroep 'Verder'. Deze coördineert alle initiatieven voor nabestaanden na zelfmoord in Vlaanderen (De fauw et al, 2002).

In november 2002 is een tweede, herwerkte druk

gepresenteerd.

De brochure 'de WegWijzer' bestaat uit enerzijds een informatief luik en anderzijds een inventarisatie van alle initiatieven en diensten waar nabestaanden na zelfmoord terecht kunnen.

Het informatief deel geeft een korte samenvatting van het rouwproces en de rouwthema's die nabestaanden doorlopen. Ook het nut, het belang en de werking van zelfhulp- en gespreksgroepen worden besproken.

Daarnaast is er een gedetailleerde lijst opgenomen van alle zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden van zelfmoord. Bij elke gespreksgroep wordt vermeld wie de initiatiefnemers en contactpersonen zijn. Ook het contactadres van de groep, het telefoonnummer, de e-mail en de (eventuele) website worden genoemd, net zoals de plaats waar de groep bijeenkomt. Ten slotte kom je te weten wie de gespreksgroep begeleidt (professionele hulpverleners en/of nabestaanden en ervaringsdeskundigen).

In de brochure staan ook een aantal centrale contactadressen van hulpverlenende instanties: Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Slachtofferhulp, Similes, Tele-Onthaal en Trefpunt Zelfhulp.

Deze brochure wordt op een zeer ruime schaal verspreid (50 000 exemplaren). Ze komt terecht bij alle Vlaamse huisartsen, sociale diensten van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, Centra voor Algemeen Welzijnswerk (ook Slachtofferhulp, Jongeren Advies Centra en Jongeren Informatie Punt), Politie (Diensten voor Slachtofferbejegening), Similes, Tele-Onthaal, Trefpunt Zelfhulp, begrafenisondernemers en uiteraard bij alle zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord.

Daarnaast vind je de WegWijzer, steeds geactualiseerd, op de website van het Project Zelfmoordpreventie, Trefpunt Zelfhulp en op de site van de Zelfhulpgroep voor Nabestaanden na Zelfmoord in Gent. De WegWijzer beoogt een aantal doelstellingen.

In de eerste plaats, zoals we eerder aanhaalden, wil de WegWijzer de versnippering in het werkveld tegengaan door een inventaris op te maken van alle diensten en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord. Dit is niet alleen belangrijk voor de nabestaanden zelf; ook hulpverleners kunnen hierdoor beter en gericht verwijzen.

Ten tweede maakt de brochure initiatieven, diensten en mensen bekend waar nabestaanden hulp en informatie kunnen vinden. Omdat er geen namenlijsten vrijgegeven worden van mensen die door zelfmoord om het leven zijn gekomen, is het onmogelijk om nabestaanden gericht aan te schrijven. Daarom moeten we dit soort informatie op een bijzonder grote schaal verspreiden.

In de derde plaats hopen we ook jongeren te bereiken die nabestaande zijn. Daarom zijn e-mail adressen en websites over dit thema opgenomen in de WegWijzer. Jongeren die nabestaande zijn, blijken immers vaker hulp te zoeken via deze (meer anonieme) kanalen. Dat zij zelden in de professionele hulpverlening terechtkomen, is een traditioneel gegeven.

Ten slotte verwachten we een ruime maatschappelijke sensibilisering en een grotere bespreekbaarheid te bewerkstelligen. Dit kan door informatie van en voor nabestaanden na zelfmoord systematisch en op grote schaal te verspreiden. Op deze manier hopen we het taboe en de stigmatisering rond (rouw na) zelfmoord te doorbreken.

Tot op heden is er bijzonder weinig onderzoek gepubliceerd rond nabestaanden na zelfmoord. Toch zijn alle deskundigen en preventiewerkers het erover eens dat er een grote nood is aan postventie. Nabestaanden hebben steun nodig. Als we het rouwproces in goede banen leiden, kunnen we voorkomen dat nabestaanden op hun beurt depressief en suïcidaal gedrag vertonen.

Over de hele wereld groeit de nood aan opvang voor nabestaanden na zelfmoord. Voor zelfhulp- en gespreksgroepen is een belangrijke rol weggelegd, maar deze groepen zijn momenteel nog te onbe-

kend (Clark, 2001).

Zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord bieden zeker een meerwaarde (Kayser, 2000). De aanwezigheid van lotgenoten vermindert het stigma van zelfmoord. Zo ook kunnen nabestaanden succesvolle voorbeelden zijn voor andere nabestaanden die rouwen na een zelfmoord. Op deze manier kan de hoop op herstel vergroten. Verder kan men elkaar nieuwe perspectieven bieden door ervaringen uit te wisselen (bijvoorbeeld over hoe men omgaat met schuld). Ten slotte zouden gevoelens van depressie en onzekerheid over de waarom-vraag duidelijk verminderen (Farberow, 1992).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO, 2000) promoot eveneens de oprichting en bekendmaking van zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord. In hun brochure 'Preventing sui-

cide, how to start a survivors group?' stellen ze: "evidence strongly suggest that self-help support groups are a powerful and constructive means for people to help themselves and each other. It has been shown that groups can make a significant contribution to positive outcomes for those who participate. There appears to be an increasing tendency for individuals to get together and form such groups".

In het buitenland, meer bepaald in de Verenigde Staten, bestaat sinds vier jaar een 'National Directory of Survivor Support Groups for Families and Friends of a Suicide'. Deze databank is ontwikkeld door de 'American Foundation for Suicide Prevention' (AFSP) en staat ook on line. Per staat is er een overzicht van alle zelfhulp- en gespreksgroepen ('support-groups').

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP DE NAASTE OMGEVING VAN DE PATIENT EN DE NABESTAANDEN

Nico De fauw, psycholoog werkzaam in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Halle en medewerker van het project Zelfmoordpreventie, en dokter **Damien Lecompte**, professor psychiatrie aan de Vrije Universiteit Brussel, verdedigen twee preventiestrategieën met betrekking tot de naaste omgeving van de patiënt.

Mieke Craeymeersch, directeur van Similes – vereniging voor gezinsleden en nabij-betrokkenen van personen met psychiatrische problemen – neemt de rol van disputante op zich.

De discussie wordt in goede banen geleid door dokter **Dirk Dewolf**, hoofd van de afdeling preventieve en sociale gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap.

Inleidende beschouwing

Deze werkgroep werd, vooral door patiënten en na- en naastbestaanden, gebruikt als een forum voor het uiten van een algemeen ongenoegen. Deze ontevredenheid betrof zowel een gebrek aan inspraak bij de totstandkoming en selectie van preventiestrategieën als het onderschatten van het belang van ervaringsdeskundigen, na- en naastbestaanden als doelgroep voor preventieve initiatieven. De zuiver inhoudelijke bespreking van de voorgestelde preventiestrategieën op zich kon daardoor minder aan bod komen.

Opmerkingen betreffende de organisatorische aspecten van het ontwikkelingsproces van de preventiestrategieën en van de gezondheidsconferentie

In de eerste plaats werd een aantal bedenkingen geformuleerd over het voortraject van de gezondheidsconferentie.

Zowel vanuit Similes als vanuit de patiëntenvereniging Uilenspiegel werd geklaagd over het gebrek aan inspraak van ervaringsdeskundigen, na- en naastbestaanden tijdens de voorbereidende werkzaamheden van de verschillende werkgroepen in het kader van de gezondheidsconferentie. De deelname van een lid van Uilenspiegel aan de stuurgroep en van een andere ervaringsdeskundige aan

een van de werkgroepen werd onvoldoende geacht.

Enerzijds werd het ontbreken van een specifieke werkgroep 'naaste omgeving' tijdens het voortraject als een belangrijke lacune ervaren. Anderzijds hebben nabestaanden wel een stem gekregen in de voorbereidende werkgroepen en op de gezondheidsconferentie zelf. Misschien mag men dit toch reeds als een succes beschouwen, rekening houdende met de internationale praktijk. Het is namelijk geen evidentie dat nabestaanden opgenomen worden in preventieprogramma's. Het is slechts de laatste jaren dat hier meer aandacht aan besteed wordt.

Ten slotte bestond er heel wat verontwaardiging

over het beperkte aantal preventiestrategieën specifiek voor de naaste omgeving. De voorbereidende werkgroepen hadden een heel aantal preventiestrategieën ontwikkeld, meer dan uiteindelijk besproken op de gezondheidsconferentie, en men had het gevoel dat de beperking tot twee strategieën – specifiek voor nabestaanden – het gevolg was van een duister en ondemocratisch *selectieproces* door de Vlaamse overheid.

Een woordje uitleg door vertegenwoordiging van de administratie helpt dit misverstand uit de wereld. De selectie van de uiteindelijk op de gezondheidsconferentie besproken strategieën gebeurde door de stuurgroep, op basis van een aantal criteria waaronder evidentie, haalbaarheid, uitvoerbaarheid en betaalbaarheid. Een voorstel kwam niet voor selectie in aanmerking zonder harde gegevens over effectiviteit in het reduceren van het aantal depressies en suicides. Omwille van de huidige schaarste aan wetenschappelijk onderzoek en literatuur over preventie van depressie en suicide, konden heel wat voorstellen niet voldoen aan deze vereiste. Bovendien behandelt deze conferentie slechts een deelaspect van hulp aan nabestaanden: het preventieve aspect. Dit maakt dat het thema nabestaanden hier slechts beschouwd wordt in het kader van preventie van depressie en suicide en niet in al zijn aspecten.

Ook de **gezondheidsconferentie** zelf werd als ondemocratisch ervaren.

Men heeft het gevoel dat de overheid een *applauscongres* georganiseerd heeft, waarbij de deelnemers slechts mogen instemmen met de voorgestelde preventiestrategieën.

Dit wordt echter nadrukkelijk ontkend: de gezondheidsconferentie werd integendeel georganiseerd om alle betrokken sectoren een stem te geven, de voorstellen te verwerpen, te amenderen, te verfijnen en aan te vullen.

Ten slotte bestonden ook bedenkingen bij de

manier waarop de *stemming* opgevat werd. In plaats van uitsluitend te stemmen over de concrete voorstellen, voelde men de behoefte eveneens een uitspraak te doen over het eventueel bestaan van andere prioriteiten. Dit verzoek werd ingewilligd.

Bespreking van de voorgestelde preventiestrategieën

De WegWijzer: zelfhulp- en gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfmoord

Nabestaanden van zelfdoding vormen een risicogroep voor depressie en suicide. Een goede degelijke opvang van nabestaanden is dus een vorm van suicidepreventie.

• Werkgroep 'Verder'

De WegWijzer maakt deel uit van een geheel van preventieve initiatieven ontwikkeld door de *werkgroep 'Verder'* – werkgroep opgericht in het jaar 2000 met middelen van de Cera Foundation –, die instaat voor de coördinatie van alle initiatieven voor nabestaanden na zelfmoord in Vlaanderen. Verschillende mensen getuigen van de nood aan een dergelijk gecoördineerd project en van de voordelen die ze ervan ondervonden hebben.

Eenzijds wordt 'de WegWijzer' over het algemeen ervaren als een nuttig initiatief. Anderzijds is deze informatiebrochure slechts een facet van een *breder geheel*, dat binnen dit ruimer kader geen prioriteit vormt.

Men pleit voor de voortzetting van alle initiatieven ontwikkeld door de werkgroep 'Verder'. Er wordt vooral veel belang gehecht aan de financiële, inhoudelijke en gecoördineerde ondersteuning van zelfhulpgroepen voor nabestaanden. Deze ondersteuning maakte een toename van het aantal zelfhulpgroepen van vijf tot vijftien in een tijdspanne van drie jaar mogelijk. Bovendien ontstond in het kader van de werkgroep 'Verder' een samenwerkingsverband tussen ervaringsdeskundigen, nabe-

staanden en hulpverleners, wat op zich reeds een preventiestrategie is. Met de stopzetting van de sponsoring door Cera Holding vreest men op lange termijn deze verworvenheden, waaraan een duidelijke nood bestaat, te verliezen.

• Suggesties

Ten slotte wordt nog een aantal concrete suggesties gedaan om de *huidige werking* voor nabestaanden te *verfijnen* en te *optimaliseren*.

Ten eerste ervaart iemand de huidige definiëring van *'naaste omgeving'* als familie als te beperkt en moet dit uitgebreid worden met de werkomgeving, burens... Alleszins worden jongeren binnen de bestaande initiatieven onvoldoende bereikt. Misschien betekent de voltijdse bemanning van een chatbox een mogelijkheid om deze doelgroep toch te helpen.

Daarnaast wordt ervoor gepleit om de *ondersteuning van zelfhulpgroepen* niet te beperken tot het praktische financiële aspect, maar eveneens voldoende aandacht te besteden aan intervisie en vorming van begeleiders van deze groepen. In dit kader zijn de ontwikkeling van een website en een vademecum over het begeleiden van een dergelijke groep mogelijke suggesties. Tevens bestaat er nood aan coördinatie van initiatieven. De oprichting van een *'nabestaanden-platform'*, waar nabestaanden elkaar kunnen ontmoeten en afspraken maken, kan hierbij een hulpmiddel zijn.

Ten slotte dient de werking voor nabestaanden ingebed te zijn in een *groter geheel*, waar hulpverleners en andere betrokkenen voldoende *gesensibiliseerd* en *opgeleid* zijn in de thematiek van depressie en zelfdoding. Politie, begrafenisondernemers, leerlingbegeleiders, huisartsen, ziekenhuispersoneel en slachtofferhulpmedewerkers zijn enkele voorbeelden van doelgroepen. Een aantal krijgt reeds de nodige vorming via het project zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, maar de nood is veel groter dan wat momenteel aangeboden wordt.

Familietherapie bij familieleden van schizofrene patiënten

Over het algemeen is men het eens over het nut van deze therapievorm. De naaste omgeving van de patiënt is vaak ontevreden over de hulpverlening omdat ze een gebrek aan informatie ervaart en omdat deze informatieverstrekking, wanneer ze dan toch gebeurt, een informeel karakter heeft.

Psychiatrische afdelingen/ziekenhuizen leveren nochtans heel wat inspanningen op dit gebied. Toch wordt familiale begeleiding te weinig aangeboden, ondanks de goede wil van een aantal hulpverleners die deze aanbieden op vrijwillige basis.

Er worden een aantal aanvullende **bemerkingen en suggesties** gedaan over de doelgroep en implementatievoorwaarden.

• Doelgroep

Op het eerste zicht lijkt de doelgroep, familieleden van schizofrene patiënten, erg beperkt. Deze therapievorm is in deze omstandigheden het best onderzocht, maar in feite kan deze begeleiding breder toegepast en *uitgebreid* worden tot andere mentale stoornissen.

Enerzijds gaat het dus om een ruimere doelgroep, anderzijds heeft men de indruk dat de doelgroep toch wel *beperkt* blijft, in die zin dat het ook hier uiteindelijk om de patiënt gaat en de noden van de naaste omgeving onvoldoende aan bod komen. Er is meer nodig om zich als zorgdrager van een psychisch ziek familielid voldoende gesteund te voelen.

Evenmin wordt voldoende aandacht besteed aan de toch wel *uiteenlopende noden* van de *verschillende gezinsleden* – ouders, kinderen, partners en broers/zussen. Zeker kinderen, en vooral kleine kinderen, zouden in de praktijk in deze setting geen plaats krijgen, terwijl juist zij de grootste nefaste invloed ondervinden van het leven met een psychisch zieke ouder.

• Implementatie

Om een vlotte implementatie mogelijk te maken dient een aantal knelpunten verholpen te worden: afdwingbaarheid, standaardisatie en financiële subsidiëring.

In Vlaanderen zijn enkele centra bezig met familietherapie, geïnspireerd op goede voorbeelden uit het buitenland. Dit zijn lokale projecten gesteund op persoonlijk initiatief, met een eigen patiëntenpopulatie en een eigen methode, afhankelijk van het beschikbare personeel. Ieder volgt dus zijn eigen weg en er is geen sprake van *uniformiteit*. In samenspraak met Similes en de Belgische Schizofrenieliga, wordt daar nu wel aan gewerkt en hoopt men in de toekomst een basispakket aan te kunnen bieden.

Deze therapievorm wordt ook niet overal aangeboden. Men doet een aantal voorstellen om dit euvel te verhelpen, zoals het afdwingbaar maken van het aanbieden van een dergelijke therapie of het beklemtonen van het belang ervan tijdens de opleiding psychiatrie. Psychiaters in opleiding worden wel aangemoedigd tot het volgen van een psychotherapeutische scholing, maar dit is niet verplicht.

Gezien familietherapie een dure aangelegenheid is – men komt met alle gezinsleden op regelmatige basis – is financiële steun meer dan welkom. Gezinnen mogen geen financiële drempels ervaren om deze begeleiding te volgen: subsidiëring van deze therapie is dus noodzakelijk.

Ontbrekende aspecten

Algemeen worden de voorgestelde preventiestrategieën voor de naaste omgeving als ruim onvoldoende ervaren. Naast de werkzaamheden van de werkgroep 'Verder' en het 'project Zelfmoordpreventie' van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg wordt nog een aantal andere – reeds bestaande – initiatieven belicht.

Suïcidale patiënten zijn vaak niet in psychiatrische behandeling. Een aantal vindt ondersteuning bij

medewerkers van *Tele-onthaal*, die nuttig werk verrichten op het gebied van suïcidepreventie.

Ook de pilootprojecten '*psychiatrische thuiszorg*' vervullen een waardevolle preventieve functie. Gezien zij de mensen thuis opzoeken komen ze automatisch ook in contact met partner, kinderen en burens.

Conclusies

De werkgroep 'naaste omgeving' was een woelige werkgroep, waar de emoties bij momenten hoog oplaaide. Bij het afsluiten van de discussies bestond er een ruime, maar geen volledige meerderheid voor beide strategieën. Men kan zich niet van de indruk ontdoen dat de tegenstand weinig te maken had met de intrinsieke waarde van de voorstellen, maar eerder een vorm van protest was. Ondanks het nut van de WegWijzer en familietherapie, beschouwde men de realisatie van een aantal andere preventieve initiatieven als prioritair. Er werd gepleit voor het voortzetten van alle initiatieven ontwikkeld door de werkgroep 'Verder', waarbij vooral de klemtoon gelegd werd op sponsoring, ondersteuning en coördinatie van zelfhulpgroepen voor nabestaanden.



ZORGVERSTREKKERS UIT DE ZIEKENHUIS- EN WELZIJNS- SECTOR ALS PARTNER IN PREVENTIE

Dirk Vangeel, professor dr. Joseph Peuskens, Marijs Geirnaert, Walter De Keyzer, dokter Rudi Vermote

Inleiding

In een tijd van levenslang leren is een strategie deskundigheidsbevordering moeilijk weg te denken. Enkel deskundige en vooral kundige zorgverstrekkers uit de ziekenhuis- en welzijnssector kunnen functioneren als partners in preventie van zelfmoord en depressie.

Uit onderzoek blijkt dat geen enkele basisopleiding, ook niet deze van psychiater, een hulpverle-

ner voldoende in staat stelt om een gedegen inschatting te maken van het zelfmoordrisico. Nochtans zou iedere hulpverlener die basisvaardigheid onder de knie moeten hebben. Elke hulpverlener moet een zelfmoordplan accuraat kunnen inschatten. We worden hier geconfronteerd met een grote discrepantie en een hoge nood aan bijscholing.

De problematiek beperkt zich niet tot zelfdoding. Er zijn immers ook andere problematieken, zoals psychose, verslaving, depressie en persoonlijkheidsstoornissen. We mogen deze en hun onderlinge interactie niet uit het oog verliezen. Vraagt een goed preventiebeleid immers niet dat een hulpverlener, wat zijn discipline ook is en waar hij ook werkt, op al deze terreinen de symptomen kan herkennen en bevragen? Dat elke hulpverlener in staat is de persoon voor hem te motiveren voor behandeling en accuraat door te verwijzen?

Dit is slechts mogelijk als alle hulpverleners hiertoe de basisvaardigheden aangereikt krijgen, als ze deze vaardigheden geregeld inoefenen en als ze voortdurend gemotiveerd worden om dit te blijven doen. Deze vereisten gelden niet alleen voor hulpverleners zonder 'psy', maar zeker ook voor hulpverleners met een 'psy'. Van hen wordt – terecht – nog meer verwacht. Nieuwe behandeltechnieken moeten zij kennen en kunnen toepassen. Ze moeten diagnoses kunnen stellen op de verschillende

relevante domeinen. Als de problematiek tijdens de lopende behandelingen complexer wordt, moeten zij dat meteen merken en opvolgen. Dit kan slechts wanneer iedere hulpverlener geregeld gesensibiliseerd en bijgeschoold wordt. Te vaak wordt gedacht dat een basisopleiding volstaat.

Hulpverleners – en zeker psychische hulpverleners – worden en blijven slechts 'hulp'verleners wanneer ze onderkennen dat hun professionele ervaringen een invloed hebben op hun eigen emoties. Pas als ze hier doorleefd weet van hebben en dit durven delen met anderen, kunnen ze in de huid kruipen van de persoon die voor hen zit en deze stimuleren tot ontwikkeling. Wanneer dit niet gebeurt, dreigen hulpverleners professioneel slecht te functioneren en last te hebben van burn-out als ze emotioneel zwaar belast worden. Methodes bij andere beroepsgroepen inspireren ons hier: Balintgroepen voor huisartsen, debriefings voor brandweerlui, spoedverpleegkundigen, soldaten en politieagenten.



Het luik 'deskundigheidsbevordering' staat niet op zich. Het heeft maar effect wanneer het een onderdeel is van een ruim opgezette strategie. Zo is bijvoorbeeld een publiekscampagne essentieel om het thema bespreekbaar te maken, om de mensen te responsabiliseren en ze aan te zetten om gebruik te maken van een deskundig hulp- en zorgaanbod.

De stuurgroep heeft vier strategieën goedgekeurd:

1. deskundigheidsbevordering betreffende zelfmoordneigingen, depressie, verslaving en hun onderlinge relatie bij alle professionelen die potentieel met een van deze problematieken in aanraking komen;
2. 'Early Warning Signs'-monitoring bij schizofrene psychose;
3. Balintgroepen kinderdagverblijven (onderzoek) en
4. psychologische autopsie.

Geselecteerde strategieën

Deskundigheidsbevordering betreffende zelfmoordneigingen, depressie, verslaving en hun onderlinge relatie bij alle professionelen die potentieel met een van deze problematieken in aanraking komen

Geïnspireerd op wat in het buitenland gebeurt, met name in Australië, Groot-Brittannië, de Verenigde Staten, Finland, Ierland, Nieuw-Zeeland enzovoort, loopt er momenteel in Vlaanderen een vormingspakket voor ziekenhuispersoneel.

Dit pakket bevat zeven modules die, afhankelijk van de beschikbare tijd, de doelpopulatie en de noden, al of niet worden gebruikt. Men start met de situering van de problematiek. Vaak vindt men hier epidemiologische gegevens terug. Vervolgens wordt de aandacht gevestigd op de zelfmoordenaar: het zelfmoordproces, het vernauwingsmodel, verklaringenmodellen en risicofactoren. In de derde module bekijkt men de positie van de hulpverlener en is er aandacht voor zelf- en teamzorg. De vierde module geeft het beeld in de maatschappij weer.

In de vijfde module wordt ingegaan op gesprekstechnieken bij zelfmoordneigingen. De taak van het ziekenhuis wordt behandeld in punt zes: interveniëren bij acute dreiging, toezicht, organisatie van de afdeling, juridische verantwoordelijkheid, ontslagbegeleiding, interne en externe doorverwijzing. In het laatste onderdeel bekijkt men de situatie van de naastbestaanden en het slecht-nieuwsgesprek. De meeste modules starten met een stroomdiagram van het parcours dat een suïcidale patiënt doorloopt in het ziekenhuis. Naast uiteenzettingen van theoretische verklaringenmodellen vind je er ook inlevingsoefeningen en rollenspelen.

Momenteel loopt of heeft deze training gelopen in veertien ziekenhuizen. Men tracht interne trainers te betrekken bij het geven van deze vorming. Zo kunnen grote groepen bereikt worden en is continuïteit gegarandeerd. Een eenmalige training volstaat als sensibilisering, maar om daadwerkelijk en langdurig effect te hebben, moeten delen van het pakket geregeld opnieuw onder de aandacht worden gebracht.

De medische staf hierbij betrekken, blijkt niet vanzelfsprekend. Hopelijk zal het medisch team zich in de toekomst willen informeren over en toeleggen op dit onderwerp. De toenemende reputatie van dit pakket, de groeiende maatschappelijke consensus over de nood aan zelfmoordpreventie en de creatie van werkgroepen binnen het ziekenhuis die nadenken over preventie, kunnen het medisch geschoold personeel hiertoe motiveren.

De vorming loopt goed, al is er nog veel werk aan de winkel. Toch zijn enkele uitbreidingen noodzakelijk. Deze vormen de kern van deze strategie. Er zouden gelijkaardige pakketten opgesteld moeten worden rond depressie, rond middelenmisbruik en rond schizofrenie en psychotische stoornissen. Deze pakketten moeten ook aandacht besteden aan de vroegdetectie van deze fenomenen. Men kan uitgaan van reeds bestaande pakketten. De onderlinge connectie tussen de verschillende

pakketten is niet onbelangrijk. Omdat de vier problematieken met elkaar verweven zijn, moeten de essentiële delen van elk pakket in de andere pakketten verwerkt worden. Er moet gewezen worden op het bestaan van dubbeldiagnosen. De basisvaardigheden om deze te diagnosticeren, moeten aangereikt worden. Verder geven levensbedreigende en levenskwaliteitshypothekerende somatische pathologieën ook vaak aanleiding tot de ontwikkeling van een psychiatrische problematiek. In elk pakket moet ook een basismodule komen betreffende inzicht in hulpverleningsprocessen.

Deze vier pakketten moeten geïntegreerd worden in een frame 'biopsychosociale vroegdetectie, verwijzing en motivering voor behandeling'. Op die manier wordt duidelijk gemaakt dat het aanbod groot is en kan er flexibeler op de noden van een team worden ingespeeld: men kan kiezen tussen het integratiepakket of dieper ingaan op een bepaalde problematiek.

De doelgroepen moeten uitgebreid worden zodat ook telefoonbeantwoorders, thuisverpleging, het personeel van Centra voor Algemeen Welzijn, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, Bijzondere Jeugdzorg, rust- en verzorgingstehuizen, Medische en Pedagogische Instituten, gezins- en bejaardenhulp, clerus, bedrijfshulpverleners, categoriale drugshulpverleners... van deze opleiding kunnen genieten. Het pakket moet steeds aangepast worden aan de specifieke behoeften van de doelgroep.

Deskundigheidsbevordering heeft pas effect als er sprake is van regelmatige herhaling en uitdieping. Ook over de manier van evalueren, moet nagedacht worden.

Om dit project uit te werken, zullen alle preventiewerkers hun krachten moeten bundelen: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen, zelfmoordpreventiewerkers, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Loco-regionaal Gezond-

heidsoverleg en dergelijke. Een duidelijk mandaat van de Vlaamse Minister bevoegd voor Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking kan hun taak vereenvoudigen.

'Early Warning Signs'-monitoring bij schizofrene psychose

Herval is een belangrijk probleem in de lange termijnbehandeling van schizofrene psychose. Recent onderzoek, ook in België, bevestigt dat herval meestal niet onaangekondigd komt. Vaak gaan individuspecifieke vroege tekens, in de literatuur 'Early Warning Signs' (E.W.S.) genoemd, het herval vooraf. Zowel patiënten als familieleden zijn in staat deze E.W.S. te benoemen en te identificeren. Een vroege identificatie en een snelle therapeutische interventie kunnen een heropname voorkomen.

Deze tweede strategie wil een training ontwikkelen voor iedere geestelijke gezondheidszorghulpverlener die frequent in contact komt met psychotische patiënten. De belangrijkste pijlers hier zijn sensibilisering, training in adequate E.W.S.-monitoring en snelle interventie: hoe kun je als hulpverlener patiënten en hun familieleden motiveren tot enige introspectie en hen aanzetten hier consequent naar te handelen? Geen makkelijke taak als je bedenkt dat het ziekte-inzicht van patiënten en familie vaak beperkt is.

Parallel hiermee dient men geneesheren te informeren over de nieuwe antipsychotica en hen te schoelen in het adequaat gebruik ervan. De nieuwe geneesmiddelen hebben immers een beter therapeutisch effect op een breder spectrum van symptomen, terwijl de neurologische neveneffecten fel gereduceerd zijn. Daardoor resocialiseert de patiënt vlotter en zal hij de therapie trouwer volgen. Dit leidt dan weer tot een grotere tevredenheid bij de gebruiker, een lagere zelfmoordfrequentie, een verminderde kans op een psychotisch recidief, een verminderde rehospitalisatie en een hoger niveau van socioprofessioneel functioneren.

Psychologische autopsie

Uit onderzoeken bij psychiaters en psychotherapeuten blijkt dat de zelfmoord van een van hun patiënten een sterke impact heeft gehad op hun eigen functioneren. Velen kampen met dezelfde problemen als de andere nabestaanden. Ook psychiaters en psychotherapeuten moeten afrekenen met pijn, angst, schuld en zelfverwijten en gaan soms zelf depressief functioneren. Een derde van de psychiaters en psychotherapeuten zegt zwaar emotioneel geleden te hebben onder de zelfmoord van een patiënt. Bij tweederde daalde de professionele en persoonlijke competentie. 15% ging hierdoor eerder met pensioen. Ook zonder gekend onderzoek valt aan te nemen dat andere hulpverleners net zo lijden onder de zelfmoord van een patiënt. Doordat de invloed op het persoonlijk en professioneel functioneren bij hulpverleners zo sterk is, komt de zorg voor andere patiënten in het gedrang.

Vanuit verschillende hoeken wordt gepleit om in zo'n situatie een psychologische autopsie te organiseren: een groepsgebesprek of een kleine reeks groepsgebesprekken met alle betrokken hulpverleners. Samen bekijken ze nauwkeurig de achtergrond, het gedrag en de uitspraken van de patiënt, nu in het licht van de zelfmoord. Ze overlopen de behandeling in detail. Dit proces vereenvoudigt de emotionele verwerking van het gebeuren en biedt de verschillende teamleden de kans er lessen uit te trekken.

Her en der gebeurt dit al, ook in Vlaanderen. Een draaiboek, opgesteld door deskundigen die zelf deze ervaring hebben gehad, zou hier bijzonder nuttig zijn. Eens dat draaiboek er is, moet het uitgetest en verspreid worden. Daardoor zou de techniek van de psychologische autopsie een bredere ingang kunnen vinden. Officiële steun kan dit proces enkel ten goede komen.

'Balintgroepen' kinderdagverblijven (onderzoek)

M. Balint ontwikkelde een methode om artsen te sensibiliseren en hen te helpen bij de emotionele en relationele kant van hun beroep. Een psycholoog of psychiater die ervaring heeft met psychodynamisch observeren en omgaan met gevoelens, leidt een wekelijkse bijeenkomst, waarbij hij telkens ingaat op een casus. In eerste instantie peilt hij naar de gevoelsmatige betekenis voor patiënt en arts. Op die manier kan de arts zich beter inleven in de emotionele wereld van zijn patiënt en kan hij zelf beter omgaan met zijn verwarrende gevoelens. Deze methode bestaat sinds ongeveer dertig jaar. Er zijn drie Balintverenigingen.

In staat zijn tot reflectie is de enige empirisch aangetoonde beschermende factor tegen persoonlijkheidsstoornissen, zowel bij trauma als bij lichamelijke overbelasting. 'Reflectie' staat voor de capaciteit om de psychische wereld te onderkennen die het gedrag van de ander en zichzelf bepaalt.

Een kind ontwikkelt deze capaciteit binnen een veilige relatie met iemand die hem of haar ziet als een intentioneel wezen met een eigen psychische beleving. Deze ontwikkeling gebeurt vanaf zeer jonge leeftijd. De attitude van de mensen in de omgeving van het kind – niet noodzakelijk de ouders – speelt een sleutelrol in de ontwikkeling van het vermogen tot reflectie. Dat vermogen ontstaat automatisch en volgens een onbewust patroon.

Kinderdagverblijven zijn bij uitstek de omgeving om de gevoelens van peuters te onderkennen en emotionele moeilijkheden op te merken. Bovendien vervullen kinderverzorgsters niet alleen voor de peuters, maar ook voor sommige ouders een voorbeeldfunctie. Ze vangen de ouders soms op en zijn hun vertrouwensfiguur. Er rust dus een zware en delicate taak op hun schouders. Deze verzorgingsgroep heeft echter een eerder lage opleidingsgraad. Het belang van psychologische ondersteuning is duidelijk, maar tot nu toe helemaal niet vanzelfsprekend. Het is de bedoeling kinderverzorgsters een Balint-

achtige groepsbegeleiding aan te bieden waar plaats is voor gevoelsmatige introspectie, sensibilisering voor de innerlijke wereld van het kind en opleiding en steun. Dit alles in de hoop een dubbel resultaat te bereiken. Door een verandering in perceptie en psychologische attitude zullen de kinderverzorgsters mogelijk sneller probleemsituaties kunnen en durven detecteren. Bij de aanpak hiervan zullen zij zich gesteund weten. Hun veranderde houding zal hopelijk doorstromen naar sommige ouders. Op deze manier verbetert het reflectief functioneren indirect.

Psychologen of psychiaters uit de Centra Geestelijke Gezondheidszorg kunnen dit proces begeleiden. Een externe onderzoeker zou het pilootproject kunnen evalueren, onder meer met de 'Reflective Functioning Scale'.

(Referenties: zie www.gezondheidsconferentie.be)



SAMENVATTEND VERSLAG WERKGROEP ZORGVERSTREKKERS UIT DE ZIEKENHUIS- EN WELZIJNSSECTOR ALS PARTNER IN PREVENTIE

Dirk Van Geel, psycholoog werkzaam in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Ieper en medewerker van het project Zelfmoordpreventie, stelt vier projecten voor die kaderen in deskundigheidsbevordering.

Professor Joris Casselman, verantwoordelijk voor de dienst gerechtelijke geestelijke gezondheidszorg aan de Katholieke Universiteit van Leuven, bundelt zijn persoonlijke bedenkingen enerzijds en opmerkingen vanuit betrokken sectoren anderzijds.

Guy Tegenbos, journalist bij De Standaard, leidt de discussie.

Inleidende beschouwing

De agenda van deze werkgroep was te uitgebreid voor de beschikbare tijd, waardoor een grondige bespreking van alle voorstellen onmogelijk bleek en een aantal mensen bijgevolg op hun honger bleef zitten. Misschien moet men om deze reden ook wat vraagtekens plaatsen bij de relevantie van een aantal stemmingsresultaten.

Bespreking van de voorgestelde preventiestrategieën

Deskundigheidsbevordering betreffende zelfmoordneigingen, depressie, verslaving en hun onderlinge relatie, bij alle professionelen die potentieel met een van deze problematieken in aanraking komen

• Ratio

Er wordt een aantal vraagtekens geplaatst bij de legitimatie van de voorgestelde vormingsinitiatieven. Men veronderstelt namelijk dat een gediplomeerd hulpverlener zijn/haar diploma slechts verdient indien hij/zij beschikt over de beschreven kennis en vaardigheden. Theoretisch is dat natuurlijk ook zo, maar de dagelijkse praktijk, zo blijkt onder andere uit een getuigenis van gebrek aan deskundigheid, bewijst het tegendeel. Dit is een duidelijk

signaal dat aan verschillende *basisopleidingen*, zowel in de zorg- als in de welzijnssector, nog grondig geschaafd moet worden. Een screening van verschillende opleidingen op een aantal noodzakelijk te kennen thema's kan hierin een eerste stap zijn.

Daarnaast blijft een *permanente naschoolse vorming* toch ook onontbeerlijk voor het op peil houden van deskundigheid. 'Levenslang leren' kan een belangrijke rol spelen in het onderhouden van de motivatie van hulpverleners en in dat opzicht dus een preventieve rol spelen in het optreden van burn-out.

Concreet wordt voorgesteld dergelijke vorming te organiseren binnen bijvoorbeeld postgraduaat- of postacademische vorming.



• Concrete inhoud

Gezien de beschrijving van dit voorstel tot deskundigheidsbevordering in de documentatiebundel eerder beknopt was, werden enkele bijkomende toelichtingen gegeven, aangevuld met een aantal suggesties voor verdere uitwerking. Dit projectvoorstel schuift eigenlijk slechts een aantal *algemene principes* naar voor. In een volgende fase moet nog verdere invulling gegeven worden aan het stellen van onder meer prioriteiten, exacte timing en implementatie.

De voorgestelde *cursus* – vormingspakket voor ziekenhuispersoneel ontwikkeld in het kader van het project zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg – bestaat, naast een beknopt theoretisch hoofdstuk, voornamelijk uit inlevingsoefeningen en rollenspel. De thema's worden behandeld in functie van de specifieke noden van een bepaalde groep: slechts op die manier kan men garanderen dat de behandelde materie beklijft. Misschien, zo suggereert iemand, moet in de behandelde thematiek wel de nodige tijd vrijgemaakt worden voor het thema 'verlieskunde'. Tevens lijkt het aangewezen de vorming niet te sterk te concentreren in de tijd, maar wel over een langere periode te spreiden. In tussentijd kunnen de cursisten de aangeleerde vaardigheden in de dagelijkse praktijk inoefenen en kan deze ervaring dienen als vertrekpunt voor een volgende les.

Momenteel loopt de voorgestelde vormingscursus in een aantal ziekenhuizen. Reeds hier kan men zich vragen stellen omtrent de exacte omvang van de *doelgroep*. Is het bijvoorbeeld niet nodig dat in de eerste plaats op de artsen gefocust wordt en is het echt noodzakelijk dat alle personeelsleden gevormd worden met betrekking tot psychische problematiek?

De uitbreiding van de voorgestelde vorming naar andere hulpverleners dient zeker te gebeuren, maar is een project van lange adem. Het is inderdaad een ambitieus langetermijnproject, dat zich dient uit te spreiden over vele jaren. In dat kader moet onder

andere nog verder nagedacht worden over de hierbij te hanteren strategie. Men kan bijvoorbeeld werken aan de hand van een piramide of via vorming van intermediairen, waardoor men een bepaald vermenigvuldigingseffect verkrijgt.

Men mag hierbij niet vergeten dat de opleidingsnoden van verschillende types hulpverleners heel verschillend zijn. De kennis van heel wat zorgverstrekkers beperkt zich tot enkele basisbegrippen psychologie. Maar ook voor zorgverstrekkers met een eerder 'psy' vooropleiding is deze nascholing, weliswaar met een andere concrete invulling, noodzakelijk.

In een eerste fase zou men bijvoorbeeld de verschillende opleidingsnoden kunnen depisteren.

• Implementatie

Bij de realisatie van dit vormingsinitiatief kan men ongetwijfeld steunen op reeds bestaande projecten in het veld. De vorming van ziekenhuispersoneel bijvoorbeeld gebeurt reeds, weliswaar op nog beperkte schaal, in het kader van het project zelfmoordpreventie van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. In plaats van het warm water te willen uitvinden, kan men inventariseren wat reeds bestaat, nagaan wat eventueel toegevoegd of gewijzigd dient te worden en dit ten slotte ondersteunen en verder uitwerken. Deze strategie is dermate ambitieus dat deze slechts gerealiseerd kan worden mits een bundeling van alle betrokken krachten.

• Aandachtspunten

Vele initiatieven, hoe goed bedoeld ook, dragen een aantal risico's van *potentieel negatieve 'neveneffecten'* in zich. Het nastreven van een betere vroegdetectie van suïcidaliteit, depressie en verslaving mag niet leiden tot 'overshooting'. In de samenleving bestaat namelijk een vloeiende overgang van eerder lichte naar zeer zware problematiek, waarbij men zich moet hoeden niet te snel iets als pathologisch te bestempelen. Dit wil niet zeggen dat deze eerder lichte en milde problemen geen preventieve aandacht verdienen. Hiervoor moet men echter andere

strategieën ontwerpen, waarbij stigmatisering steeds een risico vormt.

Preventiestrategieën hebben een grotere kans van slagen wanneer ze deel uit maken van een geïntegreerd geheel. In het kader van *netwerkvorming* moet een link nagestreefd worden tussen verschillende projecten, met aandacht voor communicatie en continuïteit. Ook binnen een project zelf moet voorafgaandelijk voldoende aandacht besteed worden, niet alleen aan de te realiseren doelstellingen, maar tevens aan de manier waarop men deze wil realiseren.

Ten slotte nog een aantal randbemerkingen betreffende *evaluatie* en *effectiviteit*. De vorming van ziekenhuismedewerkers loopt reeds een tijdje in een aantal ziekenhuizen. Er wordt dan ook de vraag gesteld of hiervan reeds enige evaluatie gebeurd is naar kosten, effectiviteit en zo meer. Ook naar de toekomst toe wordt gepleit voor evaluatie van preventieve initiatieven, met niet alleen aandacht voor effect- maar tevens voor procesevaluatie.

'Early Warning Signs' – monitoring bij schizofrene psychose

Een ruime meerderheid was te vinden voor deze strategie, gericht op het voorkomen van psychotisch recidief bij schizofrene patiënten. Deze *hervalpreventie* heeft een belangrijke preventieve waarde, gezien het net die psychotische opstoten zijn die de prognose van schizofrenie zo compromitteren.

Early Warning Signs (EWS) kunnen hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn. Een psychotische opstoot kondigt zich namelijk aan door een aantal voortekenen, die meestal redelijk specifiek zijn voor een bepaald individu. Hulpverleners en familie kunnen deze samen met de patiënt opsporen en vervolgens een contract opmaken. Daarbij spreekt men af, ingeval van optreden van deze 'EWS', in te grijpen en, zo nodig onder dwang, de adequate

behandeling in te stellen. Tijdens een psychotische opstoot verliest de patiënt namelijk alle ziekte-inzicht en is hij dus weinig geneigd in te stemmen met een behandeling. Deze strategie 'EWS-monitoring' wil hulpverleners hiervoor sensibiliseren. Naast hulpverleners spelen ook familieleden van de patiënt hierin een belangrijke rol. Ook zij kunnen mee ingeschakeld worden bij vroege detectie van mogelijk herval, wanneer ze voorafgaandelijk voldoende informatie krijgen over het ziektebeeld en de behandelingsmethode van hun zieke familielid.

In dit voorstel wordt sterk de klemtoon gelegd op *medicatie*. Dit is niet verwonderlijk gezien medicatie ook effectief de hoeksteen is van de behandeling en zeker van hervalpreventie. Ondanks dit wetenschappelijk gegeven wordt medicatie, zowel door leken als door hulpverleners, vaak negatief gepercipieerd en het belang ervan onderschat. De oudere antipsychotica hadden ook wel een heel aantal vervelende nevenwerkingen, wat weinig bevorderlijk was voor de therapietrouw. Dit is echter veel minder het geval voor de nieuwe antipsychotische farmaca. Wetenschappelijk onderzoek toont duidelijk aan dat deze veel minder negatieve nevenwerkingen hebben en het risico van herval aanzienlijk reduceren. Ten slotte zorgt de systematische behandeling van patiënten met deze nieuwe antipsychotica voor een sterke vermindering van het aantal hospitalisaties.

Dit betekent echter niet dat de behandeling zich beperkt tot medicatie. Farmaca zijn een onderdeel van een heel breed opvangprogramma, met aandacht voor onder andere psycho-educatie, ondersteuning van patiënt én familie en stresscoping.

Psychologische autopsie

De bespreking beperkte zich voornamelijk tot een *terminologische discussie*. Terwijl in internationale literatuur geopteerd wordt voor de term 'psychologische autopsie', wordt in de Vlaamse praktijk eerder gesproken van 'debriefing'. Bij debriefing zou de klemtoon meer liggen op het ventileren van emoties naar aanleiding van een suïcide in het kader van verwerking, hetgeen in dit voorstel eigenlijk nagestreefd wordt. In psychologische autopsie zou het eerder gaan om het verzamelen van alle informatie over de gebeurtenis, met het oog op een reconstructie van de feiten.

Inhoudelijk werd dit projectvoorstel aangevuld met een voorstel tot *uitbreiding* van de *doelgroep*. Niet alleen hulpverleners maar ook, en misschien vooral, de familie blijft achter als nabestaanden. Zij zouden elkaar als rouwendenden kunnen ontmoeten, wat een bepaalde solidariteit en 'ontschuldiging' kan bewerkstelligen.

'Balintgroepen' kinderdagverblijven: onderzoek

De bespreking van dit onderzoeksvoorstel werd wat bemoeilijkt door enige *verwarring* die over dit project bestond. In de eerste plaats was de gekozen term erg specialistisch en daardoor voor velen onduidelijk. Tevens kon een aantal mensen dit initiatief moeilijk plaatsen omwille van de geheel verschillende aard van dit voorstel. Dit project kadert namelijk binnen primaire preventie en de link met depressie en suïcide is dus per definitie minder duidelijk. Dit betekent echter niet dat de overheid hiervoor geen middelen dient vrij te maken, integendeel zelfs. Er bestaat ongetwijfeld een *grote nood* aan dergelijke vorming. Men pleit zelfs voor een bredere implementatie en uitbreiding van de doelgroep met bijvoorbeeld kinderverzorgsters van Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning.

Ter *verduidelijking* wordt de theoretische achtergrond van dit, overigens in opzet beperkt, pilootproject nogmaals gekaderd. Deze strategie is gebaseerd op de protectieve waarde van het zogenaamde 'reflectief functioneren'. Deze vaardigheid, die aangeleerd moet worden op jonge leeftijd, is volgens wetenschappelijke studies een beschermende factor voor de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen en suïcide bij het ondergaan van negatieve omgevings- of erfelijke factoren. Via kinderverzorgsters is het mogelijk een heel grote groep jonge kinderen te bereiken. Concreet wil men in dit pilootproject gedurende beperkte tijd de kinderverzorgsters specifiek rond 'reflectief functioneren' begeleiden en via metingen hiervan nagaan of deze capaciteit al dan niet beïnvloed kan worden. In de hulpverleningspraktijk wordt dergelijke techniek reeds met succes toegepast.

Tot slot werd in dit kader een aantal *bedenkingen* geformuleerd bij de *plaats van het gezin* in onze huidige *maatschappij*. Men pleit voor een geïntegreerde visie op de opvoeding van zuigelingen en peuters, waarbij de nodige, onder andere financiële, ondersteuning voorzien moet worden voor ouders. Het is vaak omwille van financiële overwegingen dat moeders deze taak niet op zich nemen, terwijl anderzijds kinderverzorgsters toch ook betaald worden voor deze opvoedingstaak.

Conclusies

Het eerste projectvoorstel werd, in tegenstelling tot de andere initiatieven, uitgebreid besproken en vond min of meer algemene bijval. In deze fase werd slechts een aantal algemene principes betreffende *deskundigheidsbevordering* geponeerd, die in de toekomst nog een verdere uitwerking vragen. Het is alleszins duidelijk dat dit een ambitieus langetermijnproject is, dat een samenwerking van alle betrokken sectoren behoeft.

Ook het tweede en het derde voorstel, over *EWS-monitoring* en *psychologische autopsie*, konden op een ruime, maar duidelijk minder grote, meerderheid rekenen.

Dit was minder het geval voor het pilootproject betreffende de *'Balintgroepen'* voor *kinderdagverblijven*. Dit werd, minstens gedeeltelijk, veroorzaakt door enige verwarring die bestond omtrent deze 'vreemde eend in de bijt'. Dit initiatief kadert namelijk binnen primaire preventie, in tegenstelling tot de andere secundair preventieve projecten met een meer rechtstreekse verwijzing naar depressie en suïcide. Bovendien bestond, verkeerdelijk, de indruk dat in het kader van de gezondheidsconferentie secundaire preventie prioritair was ten opzichte van primaire preventie.



4.3

SLOTWOORD VAN DE MINISTER

Slotwoord door minister Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen en Ontwikkelingssamenwerking, naar aanleiding van de gezondheidsconferentie over de preventie van zelfmoord en depressie.

woensdag 4 december 2002,

Algemene conclusies na twee dagen werken rond tien strategieën

Eerst en vooral stel ik vast dat er ernstig werk geleverd is door de voorbereidende werkgroepen en stuurgroep en door de administratie gezondheidszorg, waarvoor mijn dank.

Daarnaast heb ik gemerkt dat het laatste woord nog niet gezegd is over de preventiestrategieën. De debatten die hier gisteren en vandaag gevoerd werden, leverden nog heel wat suggesties, bedenkingen en toch ook enkele fundamentele opmerkingen op. Deze elementen worden in kaart gebracht, de opmerkingen worden waar opportuun opgenomen en de strategieën worden bijgesteld of zonodig onderzocht.

Zoals ik gisteren reeds aangekondigd heb is dit de eerste keer dat een gezondheidsdoelstelling en preventiestrategieën op deze wijze tot stand komen. Het is de eerste keer dat hierbij uitdrukkelijk naar de inzichten werd gevraagd van de sectoren die ook bij de implementatie ervan betrokken zullen zijn. Ik ben dan ook heel verheugd dat u zo talrijk de kans heeft gegrepen om actief aan dit proces deel te nemen. Vandaag en gisteren namen telkens honderden geïnteresseerden deel aan de debatten.

Het was een leerproces voor iedereen. Zo leerden we bijvoorbeeld dat ons tijdsbudget te krap bemeten was. We hebben geleerd dat iedereen van meet af aan betrokken wil worden, we hebben geleerd dat mensen geëngageerd meedenken. In het natraject dat volgt op deze conferentie, zullen we het niet nalaten om de partners te betrekken bij het uitwerken en uiteindelijk implementeren van de strategieën. Ik denk dan niet alleen aan organisaties of professionals maar ook aan nabestaanden, patiënten en hun verenigingen.

Een andere vaststelling is dat er op vlak van preventie van zelfmoord al heel wat gebeurt in Vlaanderen. Tot dat besluit waren de voorbereidende werkgroepen ook al gekomen, maar dat is hier opnieuw bevestigd. Ook van deze bestaande expertise hopen we gebruik te mogen en kunnen blijven maken bij het natraject.

Ten derde: preventie zal geld kosten. Na vandaag ben ik weer een reeks argumenten rijker om te onderhandelen voor bijkomende middelen bij de volgende begrotingsbesprekingen. Het menselijke en maatschappelijk leed en de kost van zo veel on-welzijn, legitimeren de inzet van vele mensen en middelen ter preventie van depressie en zelfmoord.



Voorstelling van het natraject – met gezondheidsdoelstelling naar de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement

Zoals gisteren beloofd, zal ik u vandaag een eerste ontwerp presenteren van een zesde gezondheidsdoelstelling in de sfeer van zelfmoord en depressie. De procedure om te komen tot een nieuwe gezondheidsdoelstelling is opgenomen in het ontwerp van decreet op de preventieve gezondheidszorg, zoals door de Vlaamse regering goedgekeurd. Deze procedure wordt hier voor het eerst toegepast.

Het traject ziet er als volgt uit: zes stappen

1. initiatief van de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid
2. voorbereidende analyses in gemengde werkgroepen
3. gezondheidsconferentie: voorstel van gezondheidsdoelstelling en strategieën na bijstelling op basis van de publieksinbreng
4. de Vlaamse gezondheidsraad wordt om advies gevraagd
5. aan de Vlaamse regering wordt de gezondheidsdoelstelling ter goedkeuring voorgelegd
6. het Vlaams Parlement debatteert erover en staat borg voor de democratische legitimatie

Eerste ontwerp van gezondheidsdoelstelling

Vlaanderen vormt geen unicum wanneer het in het kader van zijn preventief gezondheidsbeleid wil werken met gezondheidsdoelstellingen: Australië doet het, Nieuw-Zeeland eveneens, de Verenigde Staten doen het, ook de Finnen, de Britten en de Canadezen doen het. De laatste twee landen zijn federale landen waar de doelstellingen ook op deelstaatniveau geformuleerd werden.

Deze staten werden allen geïnspireerd door de 'Gezondheid voor Allen'- strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). In 1999 pakte de WGO uit met haar vernieuwde strategie 'Health 21: Health for all in the 21th century'.

Daarin lezen we onder doelstelling 6:

"Tegen 2020 moet het psychosociaal welbevinden van de mensen verbeterd zijn en betere diensten moeten beschikbaar en toegankelijk zijn voor mensen met problemen op vlak van psychische gezondheid. Meer bepaald de zelfmoordratio's zouden vermin-

derd moeten zijn met minstens een derde, waarbij de meest betekenisvolle verminderingen bereikt worden in landen en bevolkingsgroepen met actueel hoge zelfmoordcijfers”.

Dat is wel een heel ambitieuze doelstelling, weliswaar op lange termijn vastgelegd. De Britten houden het bij “een reductie van het sterftecijfer door zelfmoord en verwondingen van ongekende aard met minstens 20% tegen 2010 ten opzichte van het referentiejaar 1996”. Het is mijn overtuiging dat een gezondheidsdoelstelling het best gerelateerd wordt aan een termijn die voldoende lang is om implementatie van programma's op grotere schaal toe te laten, maar anderzijds voldoende kort is om de betrokkenheid van de actoren, het veld en de bevolking gaande te kunnen houden. Daarom wil ik de nieuwe gezondheidsdoelstelling in een tijdsperspectief tot 2010 plaatsen. Ik kies daarmee voor een realistische ambitie die wetenschappelijk onderbouwd is. Ik wil geen naïeve illusies de wereld insturen op een moment dat we moeten vaststellen middenin een stijgende trend van depressie en zelfmoord gesitueerd te zijn. Het ligt ook in mijn bedoeling om in de loop van volgend jaar de vijf reeds bestaande gezondheidsdoelstellingen – die aflopen in 2002 – te verlengen tot 2010, maar ik wil enige herformulering van enkele doelstellingen hierbij nog niet uitsluiten.

Opbouw van deze zesde gezondheidsdoelstelling

Stap 1: bestaat uit het verzamelen van gegevens en opinies

De Vlaamse gezondheidsindicatoren en het cijfermateriaal dat gisteren door de epidemiologen werd aangereikt, tonen aan dat het probleem in Vlaanderen goed in kaart werd gebracht. Deze gegevens moeten ook benut worden om indicatoren te kunnen formuleren, die gebruikt zullen worden voor het opvolgen van de realisatiegraad van de gezondheidsdoelstelling.

Gegevens over de kosteneffectiviteit van preventiestrategieën zijn belangrijk om uitspraken te kunnen doen over de mogelijkheden om het vóórkomen van depressie en zelfmoord te doen dalen. Op basis van literatuuronderzoek hebben de leden van de voorbereidende werkgroepen en professor Annemans zoveel mogelijk de kosteneffectiviteit berekend, en waar dat – bij gebrek aan gegevens – niet mogelijk was, een inschatting proberen te argumenteren op basis van het oordeel van deskundigen.

Ook gegevens over de beschikbare organisatorische en personele middelen zijn nodig om de haalbaarheid van de preventiestrategieën te toetsen. Het haalbaarheids criterium werd reeds gehanteerd als selectiemiddel bij de keuze van de preventiestrategieën door de stuurgroep, die deze conferentie voorbereidde. Ook uw bijdrage in de werkgroepen tijdens de voorbije twee dagen heeft onze kennis hierover verrijkt.

Stap 2: maatschappelijk draagvlak tot stand brengen

Het is de betrachting geweest van deze gezondheidsconferentie om de inzichten van wetenschappers, gezondheids- en welzijnswerkers en beleidsverantwoordelijken zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen en een grote mate van consensus te bereiken over de preventiestrategieën die hier aan bod zijn gekomen. Ik meen dat dit opzet grotendeels geslaagd mag genoemd worden wanneer ik de conclusies van daarnet heb vernomen.

Stap 3: formuleren van het eerste ontwerp van gezondheidsdoelstelling en bijhorende indicatoren

In de afgelopen weken tot gisteravond en vanmiddag na de werkgroepsessies, zijn mijn medewerkers bijna non-stop bezig geweest met het vertalen van de aangebrachte gegevens en suggesties in voorstellen van een nieuwe gezondheidsdoelstelling.

Een methode (de extrapolatiemethode) bestaat erin, om op basis van de huidige sterfte en ziektestatistieken en de trends die eruit afleidbaar zijn, een voorspelling te maken naar 2010 toe bij ongewijzigd beleid. Uitgaande van deze voorspelling, kan dan de impact van de invoering van nieuwe preventiestrategieën becijferd worden, wat aanleiding geeft tot de bepaling van een streefcijfer dat kan opgenomen worden in de gezondheidsdoelstelling.

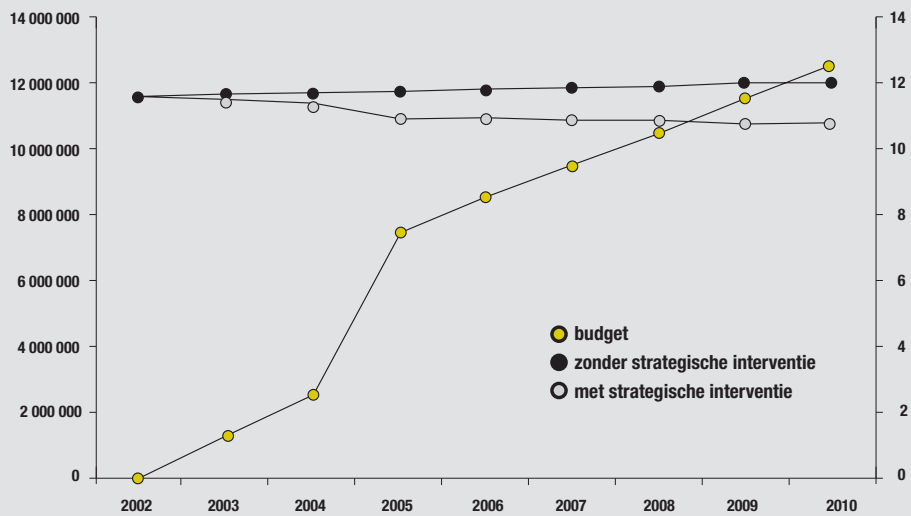
Zonder interventie zullen er in 2010 in absolute aantallen bij mannen ten minste 4% meer zelfmoorden zijn en bij vrouwen 6%. We komen dan uit op 1200 gevallen per jaar. Rekening houdend met de bevolkingspredicties bedraagt de zelfmoordsterfte dan 20 per 100 000, nu is dat 19,6 per 100 000.

Een reductie van het aantal sterfgevallen met 8% ten opzichte van het jaar 2000 houdt in dan we moeten uitkomen op 18 per 100 000.



Daarom heb ik besloten om met het volgende eerste ontwerp van zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling naar de Vlaamse regering en naar het Vlaams Parlement te gaan:

het aantal sterfgevallen door zelfmoord bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000.



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Budget (miljoen)	0	1,25	2,5	7,5	8,5	9,5	10,5	11,5	12,5
Zonder strategische interventie	1158	1164	1170	1175	1181	1186	1191	1195	1199
Met strategische interventie	1158	1152	1145	1100	1096	1091	1086	1080	1074
Vermeden zelfmoorden	0	13	25	75	85	95	105	115	125



- In de geprojecteerde grafiek komt de te leveren inspanning tot uiting. Door de band genomen en ongeacht de combinatie van strategieën, vergt de preventie van één zelfmoord een budgettaire inspanning in de grootteorde van 100 000 euro. Door een progressief opgebouwde inspanning kunnen we de trend van de zelfmoordcurve doorbreken en tegen 2010 op een reductie van zowat 8% uitkomen, mits een groei van het budget van 1,2 miljoen euro in 2003 tot 12,5 miljoen euro in 2010. Op die manier zullen cumulatief op 8 jaar tijd 638 zelfmoorden vermeden worden, op kruissnelheid in 2010 op jaarbasis 125.
- Door deze belangrijke inspanningen om het aantal zelfmoorden te reduceren en gelet op de uitgesproken relatie tussen depressie en zelfmoord(pogingen), is het legitiem om aan te nemen dat tevens een veelvoud hiervan aan depressies onder controle zal kunnen worden gehouden.
- Wanneer we nu kijken naar de verhouding tussen de geïnvesteerde middelen enerzijds en het aantal vermeden sterftes anderzijds, dan blijkt deze verhouding zeer gunstig te zijn. Inderdaad, de kost per vermeden sterfte is merkkelijk lager dan bij een aantal levensreddende therapieën, die vandaag door de ziekteverzekering worden terugbetaald.

Stap 4: opstellen van een concreet plan

De voorbije twee dagen zijn een aantal strategieën en aandachtspunten met u besproken en u heeft suggesties ter verfijning aangereikt. U mag van mij en mijn medewerkers nu geen definitieve evaluatie verwachten. Dat zou onvoldoende waardering inhouden voor uw werk. De uitvoering van de strategieën zal toevertrouwd moeten worden aan een comité dat belast wordt met het management van het hele programma. Het grote werk herbegint nu.

Toch wil ik al een aantal uitvoeringscriteria aangeven. Uit de mix van strategieën zal er een aantal slechts partieel uitgevoerd kunnen worden. Om de effectiviteit van een strategie ook in Vlaanderen te kunnen meten, zullen we kiezen voor uitvoering binnen een territoriaal afgebakend gebied. Dit moet het 'programma-management' toelaten effectiviteit vast te stellen, bij te sturen of randvoorwaarden onder controle te houden. Verdere implementatie zal gesteund worden op de ervaring, de metingen en de procesrapportering vanuit de eerste testregio's.

Jaarplan 2003

Wanneer ik de inhoudelijke argumenten voor en tegen bepaalde strategieën samen bekijk met de kosteneffectiviteit ervan, kan ik alvast een paar prioriteiten naar voor schuiven voor 2003. Middelen die voorzien zijn op de begroting van 2003 zullen ingezet worden om een begin van uitvoering te geven aan sommige preventiestrategieën.

Ik zal in de eerste plaats de opdracht geven om een ontwerp uit te werken van een **deontologische code** door en voor de **media**. Het is belangrijk om hen te wijzen op de rol die ze kunnen spelen bij het uitlokken van zelfmoord en hen een positief model voor te stellen voor berichtgeving over dit thema.

Al van in 2003 moet er werk gemaakt worden van het **destigmatiseren** van de geestelijke gezondheidszorg. Een **informatiestrategie** naar een ruim publiek moet daar het middel toe zijn. Een duidelijke en positieve boodschap over bijvoorbeeld depressie moet taboes doorbreken en schaamte of schuld voorkomen. Deze strategie kan heel wat gevolgen hebben; daarom moeten hulpverleners voorbereid zijn op vragen naar duiding bij de verstrekte informatie en op een eventueel tijdelijk stijgende zorgvraag. Deze strategie kan dus niet los gezien worden van de andere.

Zoals daarnet gebleken, heeft de werkgroep rond preventie bij kinderen en jongeren gisteren de voorgestelde strategieën niet zonder meer aanvaard. Ik heb hieruit geleerd dat voorafgaandelijk met het departement onderwijs van mijn collega mevrouw Vanderpoorten moet gezocht worden naar een gevalideerde methode om **sociale weerbaarheid van schoolgaande jeugd** te vergroten. Preventie van zelfmoord en depressie vraagt immers horizontaal of inclusief beleid en is daarom een gedeelde verantwoordelijkheid.

Kinderen van Ouders met Psychiatrische problemen (KOPP) zijn een zeer kwetsbare risicogroep. Uit verslaggeving van de werkgroep bleek dat er over het KOPP-onderzoeksproject consensus is. Het voorgestelde onderzoeksproject kan een valabele piste zijn.

Omdat er nood is aan de meting van de effectiviteit van een aantal voorgestelde methodieken naar **kansarmen** toe, zal ik een project opstarten in een proefregio. **Deskundigheidsbevordering bij gezondheidswerkers op de eerste lijn** werd door de

werkgroep naar voor geschoven als een relevante preventiestrategie. Meer bepaald de ontwikkeling van een elektronische hulplijn voor huisartsen en van een webstek voor diverse disciplines op de eerste lijn zal ik steunen.

Tevens zullen wetenschappelijke experts en opinieleiders de kans krijgen praktijkrichtlijnen ten behoeve van de eerstelijns werkers te ontwerpen, met het oog op een meer verfijnde diagnostiek en 'casefinding' van depressieve patiënten.

Ik vind ook dat het decreet dat ik voorbereid op de eerstelijnsgezondheidszorg en met name de oprichting van de SEL's (samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg), de ideale voedingsbodem zal worden om een aantal pilootprojecten van start te laten gaan, die zullen focussen op :

- betere taakafspraken en doorverwijzing,
- deskundigheidsbevordering in functie van discipline en leerstijl en
- ontwikkeling van meetschalen.

Ook **deskundigheidsbevordering** van **intermediairen** die zich richten naar de risicogroep van personen die kampen met **verslavingsproblemen** verdient aanmoediging.

Er moet ook aandacht besteed worden aan de **begeleiding** van **hulpverleners** die zelf de gebeurtenissen moeten verwerken. Ook hulpverleners zijn betrokken, zijn nabestaanden.

Pogers vormen een zeer belangrijke risicogroep: ze lopen 150 keer meer kans op zelfdoding. Het ontwerpen van een aangepast **screeningsinstrument**, dat gebruikt kan worden op een spoedgevallendienst om de problematiek van de zelfmoordpoging beter te analyseren, zal ik daarom aanmoedigen. Ook verbetering van de **nazorg** voor zelfmoordpogers die ontslagen zijn uit de spoedgevallendienst door het inschakelen van de huisarts, is een preventiestrategie die verder kansen moet krijgen.

De **cognitieve therapie van depressie** die berust op groepsbespreking, reflectie en meditatie blijkt voldoende effectief te zijn bij een geselecteerde groep van patiënten om een pilootproject op te starten in een zorgregio met twee à drie therapeuten.

Naar de groep van bejaarden toe hebben wij een strategie voorgesteld voor **rusthuisbewoners**. Uit de werkgroep heb ik begrepen dat ook de thuiswonende bejaarde gesteund moet worden. De manier waarop dit dan het beste gebeurt dient nog uitgeklaard te worden.

Het luikje herhalpreventie bij **schizofrenen** werd goedgekeurd in verschillende werkgroepen en blijkt zeer kosteneffectief te zijn, maar is wel zeer duur. Daarom stel ik voor om in een pilootfase en op een beperkte schaal de kosteneffectiviteit van deze aanpak binnen een Vlaamse context voorafgaandelijk te evalueren.

De last die **nabestaanden** dragen is enorm. De strategie wordt herbekeken in functie van de opmerkingen van de werkgroep. Ik heb begrepen dat zelfhulp een belangrijke schakel is in de **ondersteuning** van na- en naastbestaanden.

Slotbeschouwingen

Op basis van een maandenlange zorgvuldige voorbereiding in meerdere groepen, hebben we hier met z'n allen twee dagen intens gezocht naar nuttige nuances en aanvullingen op de vooraf uitgewerkte preventiestrategieën. Het resultaat van dit werk is een batterij van strategieën, die de toets hebben doorstaan van zowel wetenschappers als ervaringsdeskundigen.

Omdat ik ervan overtuigd ben dat we in de komende jaren steeds meer professionelen en steeds meer middelen moeten inzetten ter preventie van depressie en zelfmoord, wil ik ook voorkomen dat we dweilen met de kraan open...

Moeten we ons immers geen vragen stellen als we vaststellen dat Vlaanderen de hoogste zelfmoordcijfers van Europa heeft?

We moeten durven blijven stilstaan bij de heersende waardenhiërarchie in onze Vlaamse samenleving en die hiërarchie in vraag durven stellen.

Slaat de balans vandaag niet te sterk door in de richting van materialisme en individualisme, waardoor zorgzaamheid en solidariteit te weinig tegengewicht vertegenwoordigen?

Het hardnekkige geloof dat er steeds meer geproduceerd moet worden ter maximalisatie van het prestige en het consumptievermogen, biedt geen antwoord op de problemen van vereenzaming, verzuring, verbittering, onverdraagzaamheid en extremisme. De gedachte dat we steeds meer welvaart moeten produceren creëert systematisch onwelzijn. En dit mechanisme geeft voeding aan antidemocratische standpun-

ten en opent de weg naar onverdraagzaamheid.
Dit veeleisende waardepatroon kent geen plaats toe aan de beleving van het kind-zijn, veroudering, niet-productiviteit, handicap, ziekte, lijden, aftakeling en de ZORG die we als samenleving daaraan moeten durven besteden. Het is mijn stellige overtuiging dat het blind worden en blijven voor de noodzakelijke en hartverwarmende zorg, de weg opent naar een samenleving die ons zorgen baart, net door het achterwege blijven van de authentieke zorg.

Ik nodig u op het einde van deze eerste gezondheidsconferentie graag uit voor een nabespreking met elkaar op de afsluitende receptie.





>>> NABESCHOUWINGEN

5





NABESCHOUWINGEN

Voortraject

Eind november 2001 werd gestart met de voorbereiding van de gezondheidsconferentie, aanvankelijk door een interne werkgroep administratie-kabinet, die in februari-maart 2002 uitgebreid werd met een stuurgroep en werkgroepen, vooral samengesteld uit 'externen'.

In deze voorbereidende fase werd gezocht naar een **uitgangsmodel** als leidraad voor het voorbereidende proces. Voor de administratie gezondheidszorg was een medische invalshoek een voor de hand liggende keuze. Bovendien liet deze 'psychopathologische' benadering een rationele indeling in werkgroepen toe en was dus operationeel zeer werkbaar. Dit medisch uitgangsmodel is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, die stelt dat er een sterke associatie bestaat tussen suïcide en mentale stoornissen, waarbij geschat wordt dat meer dan 90% van alle suïcideslachtoffers aan een psychiatrische stoornis lijdt. Wel kan een dergelijke invalshoek als eenzijdig en reductief beschouwd worden.

De **oprichting** van een **stuurgroep** en **werkgroepen** was een goede keuze.

De voorzitters van de verschillende werkgroepen zetelden in de stuurgroep, waardoor er een wederzijdse doorstroming van informatie bestond. Door de ontwikkeling van een interne website werd gepoogd deze *communicatie* verder te optimaliseren en rechtstreeks contact tussen werkgroepleden te bevorderen. De verslagen van de stuurgroep en respectievelijke werkgroepen werden hierop gepubliceerd en men had de indruk dat deze regelmatig geconsulteerd werden. Het elektronisch discussieforum daarentegen werd zeer weinig bezocht, waardoor deze kans op efficiëntere onderlinge afspraken niet benut werd.

Er werd voorafgaandelijk nagedacht over de **samenstelling** van de **werkgroepen**, waarbij gestreefd werd naar vertegenwoordiging van verschillende 'assen' om een *multidisciplinaire invalshoek* te garanderen. Concreet betekende dit dat er gestreefd werd naar deskundigheid betreffende verschillende leeftijdscategorieën ('leeftijdsas'), vertegenwoordiging van zowel het preventieve standpunt als van de verschillende niveaus van gezondheidszorg – eerste, tweede en derde lijn – ('settingsas'), en ten slotte vertegenwoordiging uit verschillende relevante sectoren. Het was blijkbaar niet evident een dergelijk model in de praktijk toe te passen, gezien de meeste werkgroepen dit slechts gedeeltelijk volgden. Schaarste van een aantal betrokken beroepsgroepen (preventiedeskundigen en kinder- en jeugdpsychiaters) en tijdsdruk waren wellicht onderliggende redenen. Een ruimere voorafgaandelijke verkenning van het veld door de overheid zou een pluspunt geweest zijn.

Er is gepoogd de omvang van deze werkgroepen enerzijds te beperken en anderzijds toch te streven naar een *representatieve vertegenwoordiging* van de betrokken sectoren.

Omwille van de werkbaarheid kon niet elke vereniging, van ver of dichtbij betrokken bij depressieve of suïcideproblematiek, deelnemen aan de voorbereidende analyses, wat duidelijk bij een aantal niet in goede aarde viel. De gezondheidsconferentie zelf diende het forum te zijn, waar allen die het wensten de mogelijkheid kregen te participeren aan verschillende werkgroepen en als dusdanig inspraak te hebben in het beleid. Wellicht ware het beter geweest, na de eerste analyses maar toch vóór de gezondheidsconferentie, reeds een ruimere ver-

tegenwoordiging te betrekken. Dit was aanvankelijk ook de bedoeling, maar omwille van een krappe tijdsplanning is dit slechts in geringe mate gebeurd. Het was dus allesbehalve het opzet 'top-down' een bepaald beleid op te leggen. Toch bleef een aantal mensen – hardnekkig – deze mening toegedaan en werd de overheid verweten reeds op voorhand alles beslist te hebben. Een aantal verenigingen voelde zich geroepen tot lobbyisme en demagogische interventies, wat het beslissingsproces niet ten goede kwam.

De **opdracht** van de verschillende werkgroepen bestond in het ontwikkelen van wetenschappelijk onderbouwde preventiestrategieën. Er is zeer hard gewerkt door de leden van de stuurgroep en de verschillende werkgroepen om deze – toch niet eenvoudige – taak naar behoren uit te voeren. Omwille van de grote tijdsdruk kon deze zoektocht naar wetenschappelijke artikels niet altijd ten gronde gebeuren en diende men zich soms tevreden te stellen met 'abstracts' in plaats van met het volledige artikel.

De meeste werkgroepleden waren weinig vertrouwd met de preventieve invalshoek op gezondheid. Om hen een aantal handvatten te geven werd een gestandaardiseerde werkwijze voorgesteld, die als model kon fungeren voor de ontwikkeling van preventiestrategieën. Uiteindelijk werd dit slechts partieel gevolgd om eerder onduidelijke redenen.

Aan het eind van de rit werden alle voorgestelde preventiestrategieën 'gefilterd' door de **stuurgroep** op basis van een aantal **criteria**.

Bij de aanvang van de voorbereidende analyses werd reeds benadrukt dat veel belang gehecht werd aan een aantal aspecten. De *wetenschappelijke basis* van de strategieën was een noodzakelijke voorwaarde, gezien men als overheid weinig geneigd is te investeren in projecten die hun kosteneffectiviteit niet kunnen aantonen. Dit was nu net problematisch omdat over het thema geestelijke gezondheidszorg tot nog toe bitter weinig weten-

schappelijk onderzoek gebeurd is. Wanneer dit dan toch het geval is, gaat het om buitenlandse interventies en studies en deze zijn misschien niet steeds overdraagbaar naar de Vlaamse context. Deze vereiste maakte dat er over het algemeen weinig uitgegaan werd van en voortgebouwd werd op reeds bestaande projecten, zonder hierover enige uitspraak te willen doen.

Daarnaast werd gevraagd de aandacht vooral toe te spitsen op *primaire* en *secundaire preventiestrategieën*, gericht op de *algemene bevolking* of op bepaalde *risicogroepen* binnen de populatie. Dergelijke brede interventies op populatieniveau voldeden echter meestal niet aan de evidentievereiste...

Naast de bovengenoemde richtlijnen werd nog een heel aantal andere criteria ontwikkeld als hulpmiddel bij een objectieve beoordeling van alle voorstellen. Deze werden echter *redelijk laat* in het traject overgemaakt aan de werkgroepen en idealiter had dit reeds bij de aanvang van de werkzaamheden moeten gebeuren.

Het bleek trouwens niet zo eenvoudig dergelijke criteria te ontwikkelen en vermoedelijk is het geheel voor *verbetering* vatbaar. Terwijl men bijvoorbeeld als uitgangspunt eerder populatiestrategieën op het oog had, 'overleefden' deze de beoordeling door de stuurgroep vaak niet. Ook het gebrek aan samenhang tussen de uiteindelijk geselecteerde voorstellen komt waarschijnlijk – toch gedeeltelijk – op de rekening van deze selectieprocedure.

Ook de *inschaling* van deze criteria door de werkgroepen was geen evidente opdracht. De meeste werkgroepleden zijn werkzaam in de geestelijke gezondheidszorgsector en dus weinig of niet vertrouwd met het inschatten van parameters als gezondheidswinst, economische aspecten en dergelijke meer. Dit leidde af en toe tot minder accurate inschattingen, temeer daar de aard van de criteria een precieze inschaling niet steeds mogelijk maakte.

Tevens zette deze methode de deur open voor subjectieve beoordelingen. Dit werd verder in de hand gewerkt door het ontbreken van exact cijfermateriaal over een aantal gegevens, zoals bijvoorbeeld prevalentiecijfers voor Vlaanderen voor de meeste psychiatrische aandoeningen. Misschien was een supplementaire beoordeling door een 'objectieve' instantie, die geen betrokken partij was en dus de nodige afstand had, een interessante optie geweest.

Gezondheidsconferentie

De presentatie op de gezondheidsconferentie werd georganiseerd volgens een **bespreking in thematische werkgroepen**.

De aanvankelijke indeling in werkgroepen was er

een volgens psychopathologische problematiek. Uiteindelijk kwam in de verschillende werkgroepen een aantal gelijkaardige thema's aan bod. Daarom besloot men voor de besprekingen op de gezondheidsconferentie de verschillende werkgroepen in te delen volgens een ander criterium. Per werkgroep kwam een bepaald aandachtsgebied, meestal met betrekking tot de setting waarin de preventiestrategie(ën) uitgevoerd zou(den) worden, aan bod. Dit maakte enerzijds een thematische bespreking mogelijk, maar anderzijds verloor men het zicht op de achterliggende filosofie van de werkgroepen.

Het was geen sinecure om in de toegestane tijdsruimte een bespreking ten gronde te voeren van alle preventiestrategieën, vooral wanneer meerdere strategieën onder de loep genomen werden. Soms

EVALUATIE GEZONDHEIDSCONFERENTIE: INHOUD				
PERCENTAGES	SLECHT	MATIG	GOED	ZEER GOED
onderwerp	0	2	44	54
tijdsindeling	1	15	67	18
vraagstelling	3	23	57	17
documentatiemap	1	11	60	27
Formule	3	11	60	26
beleidsaanpak	17	18	42	22
EVALUATIE GEZONDHEIDSCONFERENTIE ORGANISATIE				
PERCENTAGES	SLECHT	MATIG	GOED	ZEER GOED
Uitnodiging	3	15	45	37
Tijdstip	1	13	68	18
Onthaal	0	1	50	49
Zaal	1	4	43	52
Accommodatie	0	5	46	49
Website	2	13	58	26
Bewegwijzering	2	11	56	31
	ORGANISATIE	WEBSITE	UITNODIGING	ANDERE
Publiciteit	28	2	59	11

was het niet mogelijk én een volledig beeld te schetsen van deze voorstellen én iedereen aan het woord te laten.

In werkgroepen waar emotioneel beladen onderwerpen aan bod kwamen, was het soms zelfs moeilijk zich te beperken tot een constructieve bespreking van de concrete voorstellen. Ook slaagde een aantal groeperingen er niet in hun eigen belangen te overstijgen. Dit maakte dat over een aantal voorstellen geen consensus bereikt werd, waarbij men toch wel de indruk heeft dat een zekere weerstand hier aan de basis ligt.

Deze weerstand werd wellicht eveneens in de hand gewerkt doordat een aantal deelnemers meende onvoldoende inspraak gehad te hebben. Dit misverstand werd mogelijk veroorzaakt door het onvoldoende benadrukken van het concept gezondheidsconferentie als inspraak en participatie aan het beleid bij de ontwikkeling van een nieuwe gezondheidsdoelstelling.

De **deelnemers** aan de gezondheidsconferentie kregen de mogelijkheid hun **mening** over een aantal, zowel inhoudelijke als organisatorische aspecten, te kennen te geven (zie tabel).

De organisatorische aspecten – het onthaal, de zalen, de accommodatie enzovoort – van de gezondheidsconferentie werden zeer positief beoordeeld door de deelnemers. Ook over de inhoudelijke elementen was men door de band genomen tevreden.



Eindredactie

Dr. Martine Van Hecke

Redactiecomité

Dr. Dirk Dewolf

Katrien Eggers

Verantwoordelijke uitgever

Chris Vander Auwera

Depotnummer

D/2003/3241/253



