



Vlaams
Parlement

stuk **1814** (2012-2013) – Nr. 1
ingediend op 28 november 2012 (2012-2013)

Nota van de Vlaamse Regering

Gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en Vlaams actieplan 2012-2020

ingediend door de heer Jo Vandeurzen,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

INHOUD

Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en een Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020.....	3
Advies van de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid	97

**Voorstel voor de
GEZONDHEIDSDOELSTELLING
‘PREVENTIE VAN ZELFDODING’
&
een VLAAMS ACTIEPLAN voor de preventie
van zelfdoding 2012-2020**



Executive summary	7
1. Situering gezondheidsprobleem	9
Wereldwijd	9
Vlaanderen	9
2. Over suïcidaal gedrag	12
2.1. Terminologie	12
2.2. Verklarend model suïcidaal gedrag	12
2.3. Het suïcidaal proces	17
3. De Vlaamse Gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie	18
3.1. VAS I (2006-2010)	18
3.2. Evaluatie VAS I	18
3.3. Een hernieuwde gezondheidsdoelstelling	20
3.4. Voorstel van gezondheidsdoelstelling: 20% minder zelfdodingen in 2020 t.o.v. jaar 2000	21
4. Werkwijze & Methodologie	23
4.1. Afgelegde traject	23
4.2. De strategieën	23
4.3. Beoordeling van de nieuwe acties	24
4.3.1. Selectiecriteria	25
4.3.2. Uitgediepte criteria	25
4.3.3. Beslisboom	27
5. Strategieën en acties	29
5.1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij	29
5.1.1. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken	29
NIEUWE ACTIE I: Optimaliseren Fit in je Hoofd II	31
5.1.2. Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen	32
5.1.3. Zorgen voor het bevorderen van sociale aansluiting	33
NIEUWE ACTIE II: Netwerkgroepen voor ouderen	33
5.1.4. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken	34
5.1.5. De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, ... en via de media	35
5.2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp	38
NIEUWE ACTIE III: Eén toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit	40
NIEUWE ACTIE IV: Zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren	42
5.3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs	43
NIEUWE ACTIE V: Postercampagne	45
5.4. Strategieën voor specifieke risicogroepen	46
5.4.1. Suïcidepogers	47

5.4.2.	Suïcidale personen	49
	NIEUWE ACTIE VI: Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen	49
5.4.3.	Kwetsbare groepen	51
5.5.	De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide	57
	NIEUWE ACTIE VII: Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide	58
	NIEUWE ACTIE VIII: Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag	59
	NIEUWE ACTIE IX: Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen	61
5.6.	Overzicht van de acties	62
6.	Randvoorwaarden	63
6.1.	Vermaatschappelijking van de zorg	63
6.2.	Locoregionale verankering en implementatie	64
6.3.	Wetenschappelijke onderbouw, methodieontwikkeling en evaluatie	65
6.4.	Duurzaamheid in beleid en geïntegreerd werken	66
6.5.	Aandacht voor innovatieve technologieën	66
6.6.	Facettenbeleid	67
6.7.	Partnerorganisatie	67
7.	Communicatieplan	68
7.1.	Inhoudelijke communicaties m.b.t. zelfdoding en de resp. acties	68
7.1.1.	Doelgroepenmapping	68
7.1.2.	Taskforce communicatie	69
7.2.	Communicaties over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie	69
7.2.1.	Creatie van een gemeenschappelijke database van perscontacten	69
7.2.2.	Creatie van een algemene infofiche rond het Vlaams actieplan suïcidepreventie	69
7.2.3.	Promoten van acties binnen het VAS II	70
7.2.4.	Stappen in de communicatie van lopende acties binnen het VAS	71
7.2.5.	Communicatie op vraag van de media	71
7.3.	Reactie n.a.v. het schenden van de media-richtlijnen	72
8.	Budgetontwikkeling 2012 – 2020	73
	Bijlagen	74
	Bijlage 1. Omschrijving voorgestelde acties	74
1.1.	Fit in je Hoofd II	74
1.2.	Netwerkgroepen voor ouderen	76
1.3.	“één toegangspoort” voor de preventie van suïcidaliteit	78
1.4.	Zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren	81
1.5.	Postercampagne	82
1.6.	Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen	83
1.7.	Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide	84

1.8. Algemene aanbevelingen voor voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag	86
1.9. Algemene aanbevelingen voor ketenzorg	88
Bijlage 2: Overzicht figuren en tabellen	91
Bijlage 3: Bibliografie	92

Executive summary

In 2009 stierven in Vlaanderen 1.102 mensen door zelfdoding, of dagelijks gemiddeld 3 mensen. Dit betekent 17,75 zelfdodingen per 100.000 inwoners. Het Vlaamse suïdecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. Suïcide is één van de meest voorkomende doodsoorzaken bij jongvolwassenen tussen 20 en 49 jaar en ongeveer driekwart van alle suïcides in Vlaanderen wordt door mannen gepleegd.

De preventie van zelfdoding is in Vlaanderen een belangrijk aandachtspunt. In 2007 werd door de Vlaamse Overheid een eerste gezondheidsdoelstelling zelfdoding en depressie geformuleerd: De sterfte door zelfdoding moest tegen 2010 met 8% gedaald zijn in vergelijking met het jaar 2000. Als we rekening houden met de leeftijdsverdeling is deze doelstelling bereikt, maar we moeten ook vaststellen dat sinds 2008 en o.a. gelinkt aan de economische crisis we opnieuw geconfronteerd worden met een stijging.

Op 17 december 2011 werd een nieuwe gezondheidsconferentie suïcidepreventie georganiseerd én een nieuwe gezondheidsdoelstelling geformuleerd, nl. tegen het jaar 2020 een daling van het aantal zelfdodingen realiseren met 20% ten opzichte van het jaar 2000.

Om deze doelstelling te halen is er een nieuw en geactualiseerd Vlaams Actieplan Suïcidepreventie ontwikkeld met vijf preventiestrategieën waarbinnen er de voorbije jaren heel wat acties zijn gerealiseerd die verder gecontinueerd worden, o.a. de thema's zorg voor suïcidepogers, zorg voor nabestaanden en laagdrempelige telehulp zijn toegewezen en hebben een erkenning als terreinorganisatie gekregen. Verder zijn ook de deskundigheidsbevordering van intermediairen, de website en zelftest Fit in je Hoofd, de projecten preventiecoaches geestelijke gezondheid en vroegdetectie –en interventie van psychose (VDIP) ontwikkeld en reeds breed geïmplementeerd in Vlaanderen.

Bovenop deze lopende acties liggen er binnen het actieplan momenteel negen nieuwe voorstellen van acties voor. Uiteraard kunnen er de komende jaren en afhankelijk van socio-economische evoluties nieuwe, bijkomende prioriteiten en acties geformuleerd worden.

De voorstellen van nieuwe acties die nu voorliggen zijn het resultaat van de input die gekomen is van de gezondheidsconferentie en zijn voorbereidende werkgroepen, de inbreng van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie en een consortium van experts. Deze acties zijn getoetst aan een beslisboom met criteria als suïcidespecificiteit, kosteneffectiviteit, kwaliteit van evidentie en haalbaarheid. Daarenboven is er bij de keuze van de acties rekening gehouden met het bereik van kwetsbare groepen zoals bijvoorbeeld ouderen, de omgeving van suïcidale personen,....

De nieuwe acties zijn, in de volgorde zoals opgenomen in het actieplan:

1. een actualisering van de Fit in je Hoofd website en campagne;
2. netwerkgroepen voor ouderen;
3. "één toegangspoort" voor de preventie van suïcidaliteit met daarin de realisatie van een portaalsite, één (nood)nummer m.b.t. suïcide, online zelfhulpmodules en een traject voor doorverwijzing voor suïcidale mensen, hun omgeving en nabestaanden;
4. een online zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren;

5. postercampagne en deskundigheidsbevordering van nieuwe doelgroepen (werkvloer, boeren, holebi's,...);
6. onderzoek om twee nieuwe behandelvormen voor suïcidale mensen te evalueren en na positieve evaluatie te implementeren;
7. algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcidaal gedrag;
8. algemene aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag;
9. algemene aanbevelingen voor ketenzorg ten einde de continuïteit van zorg voor suïcidale mensen te garanderen.

Om deze acties in de best mogelijke omstandigheden te realiseren zijn tevens een aantal randvoorwaarden in dit actieplan opgenomen: De vermaatschappelijking van de zorg, de locoregionale verankering en implementatie, het belang van wetenschappelijke onderbouw, methodiekontwikkeling en evaluatie in een relatief nieuw domein van onderzoek, duurzaamheid in beleid, integratie van bestaande acties, aandacht voor innovatieve technologieën en facettenbeleid.

Daarnaast is het aangewezen om in te zetten op een partnerorganisatie suïcidepreventie, op het uitwerken van een communicatieplan, in een duidelijke tijdslijn en met de nodige budgettaire prospecties.

1. Situering gezondheidsprobleem

Wereldwijd

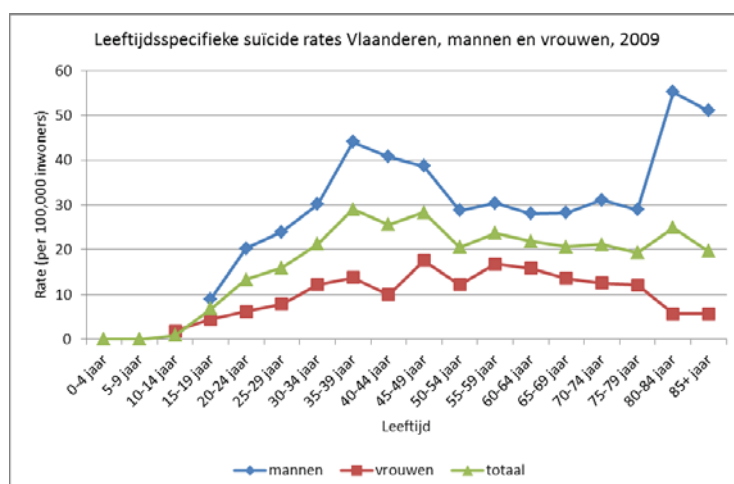
Elk jaar sterven bijna een miljoen mensen door zelfdoding, wat zorgt voor een globaal sterftecijfer van 16 per 100.000 of een overlijden om de 40 seconden (*www.WHO.int*). Zelfdoding is dus nog steeds een belangrijk gezondheidsprobleem. Van 1950 tot 1995 is het aantal zelfdodingen wereldwijd gestegen met 60%. In het jaar 2000 stierven 815.000 mensen door zelfdoding, met een leeftijds-gestandaardiseerd sterftecijfer van 14.5 per 100.000 (*WHO, 2004*). Men schat dat zelfdoding in 1998 1,8 % van de totale ziektelast inhield. Voor 2020 verwacht men dat zelfdoding 2.4% van de totale ziektelast zal vertegenwoordigen (*www.WHO.int*). Op wereldniveau staat zelfdoding op de 13^e plaats van doodsoorzaken, in Europa op de 7^{de} plaats (*WHO, 2004*).

Vlaanderen

In 2008 stierven in België 2000 mensen door zelfdoding of gemiddeld 5.5 per dag. Dit betekent 18.6 zelfdodingen per 100.000 inwoners. Met slechts elf landen die een hoger zelfdodingscijfer hebben, scoort België beduidend slechter dan het gemiddelde op wereldniveau. Binnen West-Europa heeft enkel Finland hogere cijfers. Wanneer de Belgische suïdecijfers voor jongeren (15-24 jaar) internationaal worden vergeleken, nemen we voor beide geslachten samen de 12de plaats in. Voor wat het suïdecijfer bij meisjes betreft, nemen we de 7de plaats in (*WHO, 2004*). Het is dan ook niet verrassend dat ook in het Jongerenpact 2020 zelfdoding als een belangrijk thema naar voor wordt geschoven.

In Vlaanderen overleden in 2009 (bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid) 1.102 mensen door zelfdoding, of dagelijks gemiddeld 3 mensen. Dit betekent 17,75 zelfdodingen per 100.000 inwoners. In 2009 betrof het 792 mannen en 310 vrouwen. In vergelijking met 2008 zijn in 2009 8% meer mannen en 4% meer vrouwen overleden door zelfdoding. Het Vlaamse suïdecijfer ligt 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde (2007). Suïcide is een van de meest voorkomende doodsoorzaken bij jongvolwassenen tussen 20 en 49 jaar. De gemiddelde leeftijd van mannen die overlijden door zelfdoding is 49 jaar, bij vrouwen is dat 50 jaar. De helft van het aantal zelfdodingen gebeurt bij mannen en vrouwen jonger dan 50 jaar. Figuur 1 toont de leeftijds- specifieke suïcide cijfers voor mannen en vrouwen in 2009 in Vlaanderen. Hieruit valt duidelijk af te leiden dat suïcide vaker voorkomt bij mannen; ongeveer driekwart van alle suïcides in Vlaanderen wordt door mannen gepleegd.

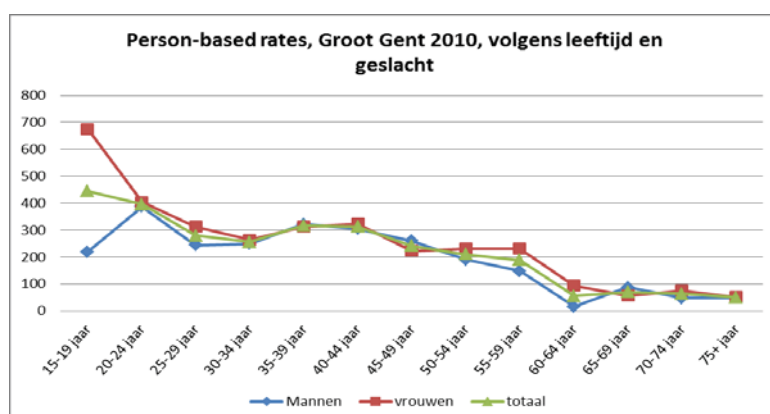
Wat betreft de leeftijd kan opgemerkt worden dat bij mannen de leeftijdsgroep 35-39 jarigen en voornamelijk de oudere mannen (80+) een sterk verhoogd risico vertonen en bij vrouwen de leeftijdsgroep 45-49-jarigen.

Figuur 1. Leeftijdsspecifieke sterftcijfers voor zelfdoding, mannen en vrouwen, 2009

Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

Een suïcidepoging is veruit de belangrijkste risicofactor voor zelfdoding. De kans dat iemand die reeds een poging achter de rug heeft, overlijdt door suïcide, is 150 keer groter dan in de algemene bevolking. De helft van het aantal zelfdodingen werd voorafgegaan door een poging tot zelfdoding. Bovendien blijkt uit recent vergelijkend onderzoek (Reynders et al., 2009) dat landen met hogere suïdecijfers ook hogere cijfers hebben voor suïdepogingen.

Op basis van cijfers in spoeddiensten van 26 algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, waren er in 2010 naar schatting 9.566 pogingen tot zelfdoding, wat neerkomt op gemiddeld 26 suïdepogingen per dag (De Jaegere et al., 2010). In 2009 werden er in Vlaanderen ongeveer 10.300 suïdepogingen aangemeld via spoedopnamediensten, wat neerkomt op 28 suïdepogingen per dag. De gemiddelde leeftijd van suïdepogers in Vlaanderen was in 2010 37,8 jaar; voor mannen was dit 37,4 en voor vrouwen 38,1 jaar. Bijna de helft hiervan meldde een echte doodswens te hebben. Meer dan de helft van de aangemelde suïdepogers (55,7%) had eerder al één of meerdere suïdepogingen ondernomen. Figuur 2 toont de leeftijdsspecifieke cijfers voor mannen en vrouwen voor suïdepogingen in regio Gent in 2010. Deze gegevens tonen aan dat met name jonge meisjes tussen 15 en 19 jaar een sterk verhoogd risico vertonen op suïdepogingen.

Figuur 2. Leeftijdsspecifieke cijfers voor suïdepogingen, mannen en vrouwen, 2010 (regio Gent).

Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent

Uit de Belgische Gezondheidsenquête 2008 bleek dat 10% van de bevolking van het Vlaams Gewest van 15 jaar en ouder ooit minstens éénmaal suicide heeft overwogen, waarvan 3% in de laatste 12 maanden. Uit deze gegevens blijkt ook dat 3.9% van de Vlaamse bevolking ooit een suïcidepoging heeft ondernomen, waarvan 0.4% in de laatste 12 maanden.

Belangrijk om te vermelden is dat nabestaanden na zelfdoding een verhoogd risico hebben om zelf ook door zelfdoding te sterven. Nabestaanden die in hun familiekring iemand verloren, hebben tot 8 maal meer kans, wie op het werk een collega verliest door zelfdoding loopt 3 maal meer kans. Mannen die hun partner verliezen door zelfdoding hebben zelfs 46 keer meer kans om door zelfdoding te overlijden. Bij vrouwen is het risico op zelfdoding na overlijden van de partner zestien keer zo groot (Jordan & McIntosh, 2011).

2. Over suïcidaal gedrag

2.1. Terminologie

Zowel binnen de klinische setting als in de wetenschappelijke literatuur is vaak gebleken dat de definities van suïcidaal gedrag en suïcidepogingen niet altijd eenduidig zijn en dit heeft vooral te maken met de beschrijving van de intentie van de daad (Andriessen, 2006).

De intentie van suïcidaal gedrag is vaak moeilijk vast te stellen en moet breed worden opgevat aangezien bij suïcidaal gedrag niet altijd een intentie om te sterven aanwezig is maar vaak een ontsnappen aan een ondraaglijke situatie die veel lijden veroorzaakt (Hasley et al., 2008). Om deze reden wordt gebruik gemaakt van de definities van de World Health Organization die het hebben over suïcide en suïcidepogingen ongeacht of de persoon de duidelijke bedoeling had om door het gedrag te overlijden:

Suïcide : “een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen” (De Leo et al., 2004).

Suïcidepoging: “een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting, of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen” (De Leo et al., 2004)

Alhoewel suïcidepogingen herhaald kunnen worden, wordt het “niet-habituele” karakter bij suïcidepogingen onderstreept omdat hierdoor het onderscheid wordt gemaakt met automutilatie of zelfbeschadigend gedrag dat wel een habitueel gedrag betreft en nooit een suïcidale intentie heeft.

Suïcidaliteit: verwijst naar het geheel van gedachten (vaag tot concrete plannen), voorbereidende handelingen, suïcidepogingen en suïcide (van Heeringen, 2001a).

Het basisverschil tussen suïcidepogingen en suïcide is de uitkomst van het gedrag.

2.2. Verklarend model suïcidaal gedrag

Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat suïcidaliteit een erg complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren. Bij elk individu wordt het suïcidale gedrag veroorzaakt door een uniek complex van biologische, psychologische, sociale en psychiatrische risicofactoren.

De relatie tussen de verschillende risicofactoren kan worden beschreven in een verklarend model. Er zijn verschillende benaderingen mogelijk (van Heeringen, 2007). Het hieronder beschreven verklarend model kan beschouwd worden als een integratief bio-psycho-sociaal model. Het is gebaseerd op de verschillende empirische onderzoeksresultaten met betrekking tot biologische, psychologische, psychiatrische en sociale risicofactoren.

De invalshoek van het model is de combinatie van enerzijds voorbeschikkende kwetsbaarheid en anderzijds uitlokkende factoren (van Heeringen, 2007). Suïcidaal gedrag kan dan ook worden gezien als het resultaat van onderliggende, permanent aanwezige factoren (*voorbeschikkende factoren*) die

gelijktijdig voorkomen met toestandsgebonden, tijdelijke risicofactoren (*uitlokkende factoren*), in afwezigheid van beschermende factoren (Mann et al., 1999). Een onevenwichtigheid tussen beschermende en risico verhogende factoren is hierbij essentieel.

De **voorbeschikkende factoren** houden in dat er een kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag is die kan worden beschreven in termen van biologische en psychologische karakteristieken.

- De *biologische karakteristieken* Onderzoek heeft aangetoond dat het functioneren van het serotonerge systeem in belangrijke mate genetisch wordt bepaald. Het bestaan van een familiale voorbeschikking voor suïcidaal gedrag wordt dan ook in verband gebracht met kandidaat-genen die betrokken zijn bij het serotonine-metabolisme (Hawton & van Heeringen, 2009).
- Van verschillende *psychologische factoren* is wetenschappelijk aangetoond dat ze geassocieerd zijn met suïcidaliteit, waaronder beperkingen in het *probleemoplossend* vermogen en impulsiviteit (Portzky et al., 2009). Dysfuncties in het probleemoplossend vermogen (of coping-gedrag) worden gezien als een kwetsbaarheidsfactor voor suïcidaal gedrag (Speckens & Hawton, 2005). Uit onderzoek blijkt dat suïcidale personen bij confrontatie met negatieve gebeurtenissen en problemen passiever en afhankelijker van anderen reageren, minder veelzijdige en minder geschikte oplossingen aangeven en minder rekening houden met gevolgen op langere termijn (Orbach et al., 1990).
- *Veerkracht* is het vermogen om te kunnen omgaan met tegenslag en verandering op zo'n manier dat de draagkracht erna groter is dan ervoor. Onderzoek toont aan dat personen met suïcidale gedachten en mensen na een suïcidepoging lagere scores voor veerkracht vertonen (Lau et al., 2010).
- Onderzoek heeft aangetoond dat *impulsiviteit* het risico op suïcidaal gedrag kan verhogen. Vooral suïcidepogingen kunnen impulsief worden ondernomen, zonder dat er een uitvoerige planning werd aan voorafgegaan (Williams, 1997). Meer specifiek blijkt vooral impulsieve agressie een psychologische voorbeschikkende factor te zijn die de kwetsbaarheid voor suïcidaal gedrag verhoogt (Bridge et al., 2006). Impulsieve agressie zou vooral een rol spelen in de familiale overdracht van suïcidaal gedrag van de ene naar de andere generatie (Brent et al., 2003).

Uitlokkende factoren zijn stressoren zoals sociale variabelen en psychiatrische factoren die bij kwetsbare personen suïcidaliteit kunnen losmaken en onderhouden.

Sociale en familiale factoren als armoede, familiale psychopathologie, familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag, fysiek en/of seksueel misbruik, gebrekkige sociale steun, sociale isolatie of emotionele verwaarlozing kunnen het risico op suïcidaal gedrag doen toenemen (King & Merchant, 2008; Cavanagh et al., 2003). Ook stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van suïcidaliteit. Het kan hierbij zowel gaan om stressvolle gebeurtenissen die zich kort voor de suïcidale daad hebben voorgedaan en vooral een *trigger*-effect hebben als om traumatische gebeurtenissen in de kindertijd of adolescentieperiode die de kwetsbaarheid van het individu hebben beïnvloed voor het ontwikkelen van suïcidaliteit op latere leeftijd.

Verskillende sociale factoren kunnen een rol spelen in de complexe etiologie van suïcidaal gedrag (Portzky et al., 2010). Echtscheidingen, religieuze affiliatie en werkloosheid kunnen beschreven worden als meer klassieke sociologische determinanten van suïcidaal gedrag. De resultaten hierover zijn niet altijd eenduidig, vooral met

betrekking tot religie, maar wijzen wel op een interactie met suïcidaal gedrag die complex blijkt te zijn en beïnvloed door andere gerelateerde factoren. In meer recent wetenschappelijk onderzoek werden ook associaties gevonden met andere sociale determinanten zoals sociaal perfectionisme en gebrek aan sociale steun.

De hogere suïcidecijfers bij mannen worden deels gerelateerd aan het gegeven dat mannen, in vergelijking met vrouwen, minder sociaal geïntegreerd zijn, minder sociale steun hebben en meer emotioneel geïsoleerd zijn. Tevens blijken mannen gevoeliger te zijn voor economisch negatieve veranderingen (Möller-Leimbühler, 2003).

Recente studies hebben meermaals aangetoond dat in verschillende landen, zoals Griekenland, Litouwen en de Verenigde Staten, een associatie kon worden gevonden tussen economische crisissen, waaronder ook de meest recente economische crisis in 2008-2009, en de suïcidecijfers (Triantafyllau & Angletopaulau, 2011; Strukcinskiene et al., 2011; Luo et al., 2011). In de Verenigde Staten onderzocht men de impact van de economie op de suïcide cijfers van 1928 tot 2007 en men stelde hierbij een duidelijk verband vast tussen een stijging van de suïcide cijfers en economische recessies, maar deze stijging was vooral te vinden in de werkende leeftijdsgroepen, met name de 25 tot 65-jarigen. Bij de 15 tot 24-jarigen en de 65-plussers werd er geen stijging vastgesteld (Luo et al., 2011).

Benadrukt moet worden dat sociale factoren, slechts een deel van de complexe etiologie van suïcidaal gedrag betekenen. Andere factoren, zoals de hierboven beschreven biologische en psychologische determinanten, zijn betrokken in variabelen die een individu kwetsbaar kunnen maken voor niet-adequate coping door middel van suïcidaal gedrag (Portzky et al., 2010).

Psychiatrische kenmerken vormen een erg belangrijk aspect van de suïcideproblematiek. Psychologisch autopsieonderzoek¹ kon aantonen dat een psychiatrische stoornis aanwezig is bij ongeveer 90% van de suïcides en dat 47-74% van de suïcides in de bevolking kan worden toegeschreven aan een psychiatrische stoornis (Cavanagh et al., 2003). In verschillende onderzoeken is aangetoond dat stemmingsstoornissen het meest voorkomen bij suïcidaal gedrag en dit zowel bij jongeren, als bij volwassenen en bij ouderen (Flisher, 1999; Cavanagh et al., 2003; Van Orden & Conwell, 2011).

Psychologische autopsieonderzoeken bij ouderen en volwassenen geven aan dat bij de helft tot 87% van de suïcideslachtoffers retrospectief een depressie kon worden gediagnosticeerd (Pompili et al., 2008; Cavanagh et al., 2003). Het psychologische autopsieonderzoek bij Vlaamse adolescenten geeft aan dat stemmingsstoornissen het meest frequent gediagnosticeerd kunnen worden bij jonge suïcideslachtoffers, namelijk bij 68,5% van de slachtoffers.

Tevens werd bij 21% van de jongeren een aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken gediagnosticeerd (Portzky et al., 2005a).

Psychologisch autopsieonderzoek toont aan dat bij 11% van de mannelijke suïcideslachtoffers en 17% van de vrouwelijke suïcideslachtoffers schizofrenie of andere psychotische stoornissen gediagnosticeerd kon worden (Schneider et al., 2006). Bij patiënten met schizofrenie is suïcide de voornaamste doodsoorzaak. 4-13% van de

¹ **Psychologisch autopsieonderzoek:** Het doel van de psychologische autopsie is de verzameling van voldoende informatie betreffende het overlijden om de omstandigheden, redenen en motieven voor de suïcide te begrijpen. Door middel van gestructureerde interviews met nabestaanden kunnen post hoc oorzakelijke factoren worden gereconstrueerd. Deze methode wordt aanzien als de meest waardevolle strategie van onderzoek naar oorzaken van zelfdoding.

patiënten met schizofrenie overlijden door suïcide en 25 tot 50% onderneemt een suïcidepoging (Meltzer, 2001).

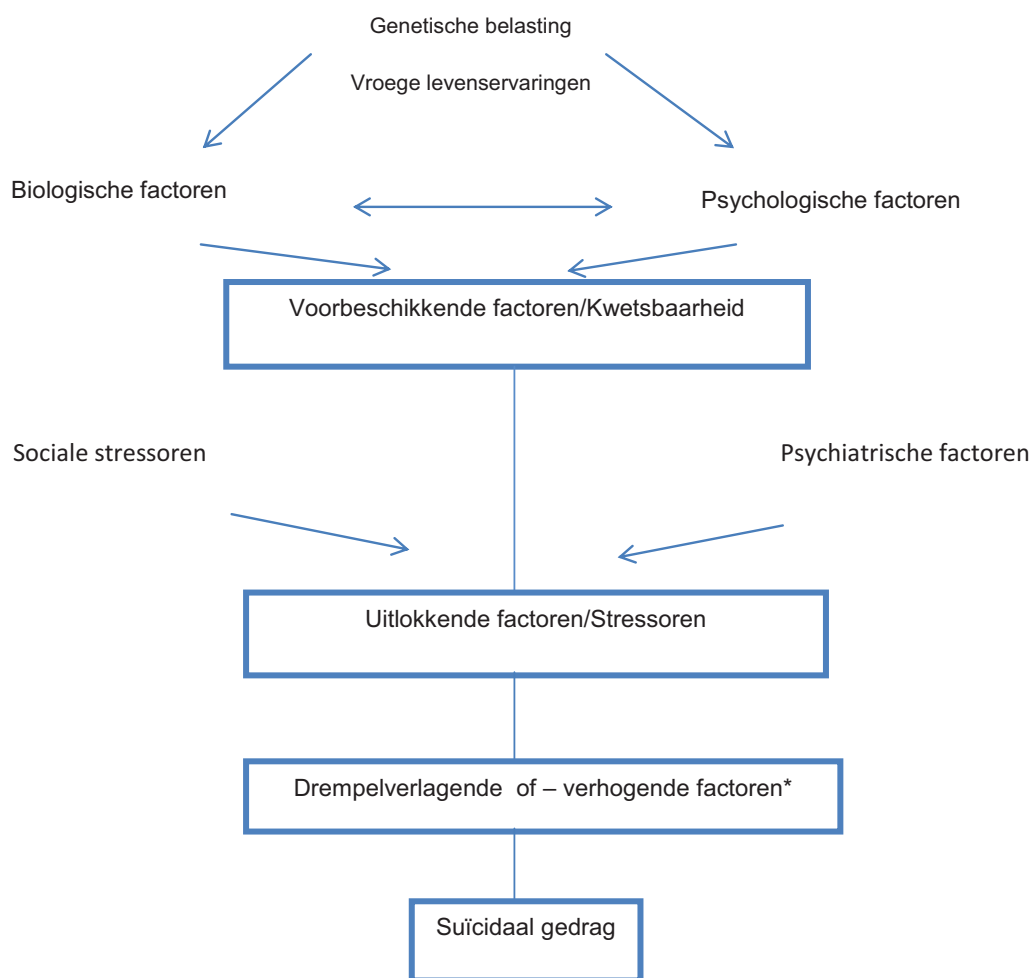
Er is ook een belangrijke associatie tussen afhankelijkheid van alcohol en misbruik van andere middelen en suïcidaal gedrag en dat zowel bij mannen als bij vrouwen (Schneider et al., 2006; Callahan, 1993). Uit psychologisch autopsieonderzoek blijkt dat bij bijna de helft van de mannen en één derde van de vrouwen een middelen gerelateerde stoornis aanwezig was (Schneider et al., 2006). Het is voornamelijk de comorbiditeit met een depressieve stoornis die het risico op suïcidaal gedrag verhoogt bij middelenafhankelijkheid (Aharonovich, Liu, Nunes & Hasin, 2002).

Uit het Vlaamse psychologische autopsieonderzoek bij adolescenten bleek dat bij 52,3% van de jonge suïcideslachtoffers sprake was van middelenmisbruik (uitsluitend drugsmisbruik), waarvan bij 47,3% een comorbiditeit met een depressieve stoornis voorkwam.

Onderzoeksbevindingen hebben aangegeven dat ook persoonlijkheidsstoornissen een belangrijke risicofactor vormen voor suïcidaliteit. Onderzoek volgens de psychologische autopsiemethode geeft aan dat bij 72% van de mannelijke suïcideslachtoffers en 67% van vrouwelijke suïcideslachtoffers een persoonlijkheidsstoornis kon worden gediagnosticeerd (Schneider et al., 2006). Het risico zou vooral verhoogd zijn bij de borderline persoonlijkheidsstoornis die wordt gekenmerkt door een grote mate van zelfbeschadigend gedrag. Meer dan driekwart van de onderzochte borderline patiënten heeft een voorgeschiedenis van suïcidepogingen (van Heeringen & Kerkhof, 2000). Naast suïcidaal gedrag komt ook habituele automutilatie vaak voor bij deze groep van patiënten.

Voor wat de psychiatrische kenmerken betreft, is het tenslotte belangrijk te vermelden dat ook de groep van patiënten met een eetstoornis een belangrijke risicogroep vormen. De belangrijkste oorzaak van overlijden bij anorexia nervosa is, naast uithongering, suïcide. Een review van follow-up studies toonde aan dat het mortaliteitsrisico significant verhoogd is bij anorexia en dat vooral het suïciderisico enorm verhoogd is (Berkman et al., 2007). Anorexia nervosa heeft de hoogste gestandaardiseerde mortaliteitsratio voor suïcide van alle psychiatrische stoornissen (Harris & Barraclough, 1997).

Onderstaand verklarend model voor suïcidaal gedrag geeft een overzicht van de besproken factoren (figuur 3).

Figuur 3. Een verklarend model voor suïcidaal gedrag

- Drempelverlagend
 - o Media
 - o Voorbeelden suïcide in omgeving
 - o Beschikbaarheid middelen
 - o Gebrekkige sociale steun

- Drempelverhogend
 - o Kennis en attitude (G)GZ
 - o Toegankelijkheid (G)GZ
 - o Sociale steun
 - o Diagnostiek en behandeling

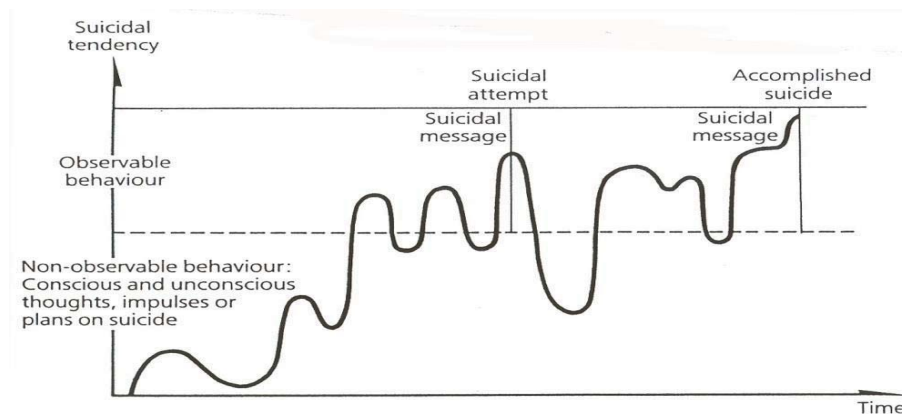
Het verklarend model beschrijft ook de drempelfactoren die de drempel tussen suïcidale gedachten en het overgaan tot suïcidaal gedrag kunnen bepalen (van Heeringen, 2001a). Drempelverhogende of beschermende factoren kunnen voorkomen dat een suïcidale persoon overgaat tot suïcidaal gedrag. Onder meer sociale ondersteuning en verschillende factoren m.b.t. (geestelijke) gezondheid zijn beschermende factoren. Zo zal een correcte kennis en positieve attitude van de suïcidale patiënt ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg beschermend zijn doordat er sneller professionele hulp wordt gezocht. Drempelverlagende factoren of 'triggers' zijn uitlokkende factoren zoals blootstelling aan suïcidaal gedrag van andere personen of via de media, beschikbaarheid van middelen tot suïcidaal gedrag en een gebrek aan sociale ondersteuning.

2.3. Het suïcidaal proces

Suïcidaal gedrag evolueert en is een proces van een eerste gedachte, naar meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad (van Heeringen, 2001b).

Onderstaande figuur toont een voorbeeld van het suïcidaal proces. In dit voorbeeld blijkt dat het suïcidaal proces kan starten met gedachten omtrent zelfdoding of een wens om tijdelijk te kunnen ontsnappen aan de problematische situatie. Deze gedachten kunnen verdwijnen na een tijdje, maar kunnen ook opnieuw opduiken bij een nieuwe confrontatie met stresserende of moeilijke gebeurtenissen.

Figuur 4. Het suïcidaal proces (Retterstol, 1993)



Suïcidale gedachten en plannen kunnen vaak niet observeerbaar zijn voor de omgeving of soms zelfs voor het individu. Dit is het suïcidaal proces onder de stippellijn. Het suïcidaal proces kan op een bepaald moment observeerbaar en zichtbaar worden voor de omgeving (het proces boven de stippellijn) wanneer componenten aanwezig zijn zoals suïcidale communicatie en suïcidaal gedrag, met andere woorden wanneer de persoon uiting geeft aan zijn gedachten en plannen of wanneer hij een poging onderneemt of overlijdt door suïcide. De hoogte van de stippellijn zou worden bepaald door persoonlijkheidskenmerken en sociale kenmerken (van Heeringen, 2001b).

Voor wat de duur van het proces bij jongeren betreft, heeft het psychologische autopsieonderzoek bij Vlaamse adolescenten aangetoond dat het proces van de eerste gedachte aan zelfdoding tot de suïcide gemiddeld 29 maanden duurt (Portzky, 2006). Bij de jongeren met een voorafgaande poging duurde het suïcidaal proces gemiddeld 46 maanden van de eerste gedachten tot de suïcide terwijl dit proces bij jongeren zonder voorafgaande poging veel korter was, namelijk gemiddeld 16 maanden.

3. De Vlaamse Gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie

3.1. VAS I (2006-2010)

In december 2002 organiseerde toenmalig Vlaams minister van Volksgezondheid, Mieke Vogels, een gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfdoding. De gezondheidsconferentie leidde tot een ontwerp van een gezondheidsdoelstelling over depressie en zelfdoding. Deze luidde als volgt: **"De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000."**

Deze hoofddoelstelling was verder uitgewerkt tot drie subdoelstellingen:

1. daling van het aantal suïcidepogingen;
2. daling van de suïcidale ideatie (gedachten, wensen, plannen);
3. daling van het aantal depressies.

Om deze doelstellingen te bereiken werd in 2006 het **eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie** (VAS I) uitgewerkt. Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2006-2010 bestond uit 5 strategieën:

1. de geestelijke gezondheid van de bevolking bevorderen;
2. de laagdrempelige telezorg bevorderen;
3. de deskundigheid van professionele hulpverleners bevorderen;
4. het uitlokken van zelfdoding tegengaan;
5. de aandacht voor specifieke risicogroepen verhogen.

Bijkomend werden volgende vijf randvoorwaarden geformuleerd:

1. de implementatie van het VAS locoregionaal ondersteunen;
2. een facettenbeleid opzetten;
3. het VAS door een groep experts en kernactoren laten aansturen;
4. de realisatie van de vooropgestelde doelstellingen opvolgen;
5. wetenschappelijk onderzoek rond suïcide en suïcidepreventie uitvoeren.

Binnen de 5 strategieën van het eerste Vlaams Actieplan 2006-2010 heeft de Vlaamse overheid verschillende concrete acties, projecten en campagnes opgezet om het aantal zelfdodingen in Vlaanderen te doen dalen. De website van het Agentschap Zorg en Gezondheid bevat meer informatie over het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie: www.zorg-en-gezondheid.be.

3.2. Evaluatie VAS I

Wat betreft de invulling van de **eerste strategie, nl. de bevordering van de geestelijke gezondheid in de bevolking** werd de campagne **Fit In Je Hoofd** (FIJH) opgestart. In 2009 werd deze campagne opnieuw gelanceerd en richt zich op de bevordering van de geestelijke gezondheid en zelfeducatie over problemen met de geestelijke gezondheid. Uitgangspunt zijn de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid zoals weergegeven in 10 stappen. In de eerste drie maanden van die campagne kende de website van Fit In Je Hoofd 125.000 bezoekers.

De Fit In Je Hoofd campagne werd uitgebreid met zowel een versie die is gericht op gebruik door **jongeren** (NokNok) als een versie die bruikbaar is voor mensen die leven in **kansarmoede** (Goed Gevoel Stoel). De FIJH campagne wordt uitgebreider besproken op p en bij actie I in de bijlage. (De Fit In Je Hoofd campagne, gericht op mensen die leven in kansarmoede, kreeg de naam Goed Gevoel Stoel (GGS). Dit is een groepsmethodiek waarbij de beschermende factoren vertaald werden in 4 pijlers. De begeleiders van de sessies werden opgeleid door VIGeZ en CEDES en werken aan de hand van een handleiding. De eerste evaluatieresultaten van de GGS tonen het enthousiasme van de Welzijnsorganisaties en belangenverenigingen aan.

Voor jongeren werd een aparte website gemaakt, NokNok, die gebruik maakt van 4 pijlers alsook een woordwolk met thema's die aansluiten op de leefwereld van 12-16jarigen. Bekendmaking van de site gebeurt voornamelijk via jeugdorganisaties om jongeren in hun vrije tijd te bereiken.)

Nog gedeeltelijk binnen deze strategie (en gedeeltelijk binnen de 5^e strategie), past het **project preventiecoaches geestelijke gezondheid** in middelbare scholen. Het doel van dit project is om scholen te begeleiden in het voeren van een op geestelijke gezondheid gericht beleid, met aandacht voor vroege detectie en een goede doorverwijzing van leerlingen met problemen. Uit de interesse van de scholen blijkt dat we hiermee beantwoorden aan een reële vraag van de scholen. Er schreven zich ondertussen al meer dan honderd scholen in. De preventiecoaches zitten hiermee aan een maximum aan werkbelasting. Dit project loopt tot september 2012. In de evaluatie ervan, wordt gekeken naar de mate van bekendmaking, het aantal en de mate waarin scholen daadwerkelijk een geestelijk gezondheidsbeleid opstarten en hun tevredenheid met het werk van de preventiecoaches.

Binnen de **tweede strategie, laagdrempelige telezorg**, werd de werking van het Centrum ter Preventie voor zelfdoding, dat de zelfmoordlijn (7 dagen op 7, 24 uur per dag) en chatsessies verzorgt, verder versterkt en uitgebreid. De chatsessies bereiken beduidend meer jongeren dan de telefoondienst van de zelfmoordlijn. 31,7 % van de chatsessie wordt geïnitieerd door jongeren tussen 16 en 20 jaar. Aan de telefoon is de grootste groep volwassenen tussen 41 en 50 jaar (26,6 %). Voor deze opdracht is in 2012 werd het CPZ erkend als organisatie met terreinwerking en sloot de minister hiervoor een beheersovereenkomst voor vijf jaar

De **derde strategie** betreft de **deskundigheidsbevordering** van hulpverleners. Behalve een permanent aanbod via de suïcidepreventie werkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheid werd speciaal voor huisartsen een vormingsprogramma ontworpen dat via internet te volgen is. Dit Itol werd echter onvoldoende gebruikt door reeds gevestigde huisartsen. Huisartsen blijken vooral in crisissituaties geïnteresseerd in vorming rond suïcidepreventie. Hiervoor werd speciaal voor huisartsen een hulpdienst opgericht binnen de werking van CPZ (zie hierboven): advies suïcidepreventie huisartsen, ASPHA. Huisartsen kunnen sinds december 2010 16 uur per dag een beroep doen op deze telefonische dienstverlening. Daarnaast kunnen zij hun vragen ook per email stellen. Uit een recent persbericht van het CPZ over ASPHA blijkt dat huisartsen vooralsnog niet frequent een beroep doen op ASPHA, maar wel in die situaties waar de hulplijn voor bedoeld is, namelijk in geval van crisis.

Eind 2011 werd de werking van de CGG suïcidepreventiewerkers uitgebreid. Dit geeft extra mogelijkheden voor het verbeteren en uitbreiden van de deskundigheidsbevordering inzake suïcidepreventie.

Binnen de **vierde strategie** wordt op verschillende manieren gewerkt aan het voorkomen van uitlokking van zelfdoding. Op lokaal niveau wordt samengewerkt met de spoorwegen, om de gevaarlijke plaatsen, de zogenaamde hotspots, af te schermen. De mediarijchlijnen die door Werkgroep Verder worden bekendgemaakt en opgevolgd zijn effectief gebleken in het bewerken van de manier van berichtgeving.

De **vijfde strategie** betreft de zorg voor risicogroepen, groepen die meer dan anderen een risico lopen suïcidale gedachten te hebben of pogingen te willen ondernemen:

Het project integrale zorg suïcidepogers (PIZS). In de projectfase werden ziekenhuizen benaderd om mee te werken aan een betere opvang, en een betere nazorg na een suïcidepoging aan de hand van IPEO, een instrument voor de psychosociale evaluatie en opvang van suïcidepogers. Inmiddels werd DAGG Lommel erkend als organisatie met terreinwerking en sloot de minister met hen een beheersovereenkomst voor vijf jaar. De werking binnen de Zorg voor Suïcidepogers werd ook uitgebreid met de implementatie van K-IPEO, een instrument voor de psychosociale evaluatie en opvang van jonge pogers.

Het project vroege detectie en interventie bij een eerste psychose (VDIP). Psychoses en schizofrenie worden in verband gebracht met een hoog risico op zelfdoding. Door vroegdetectie en vroeginterventie is het de bedoeling zo veel mogelijk zelfdodingen te voorkomen. Hiervoor werden in verschillende regio's in Vlaanderen pilootprojecten opgezet. Door de aard van de doelgroep is er een overlap met de artikel 107- projecten, waar door de manier van werken, het vermaatschappelijken van de geestelijke gezondheidszorg, ook vooral beroep op wordt gedaan door mensen die lijden aan een tot de psychosen behorende mentale stoornis. Daarnaast is er ook binnen de werking van de VDIP regioteams zelf een overlap tussen preventie, vroeg detectie en zorg. In het kader van de preventie van zelfdoding is het de bedoeling deze werking duurzaam verder te zetten voor wat betreft het aandeel preventie en vroegdetectie, en die te verankeren in de CGG suïcidepreventiewerking. **Zorg voor nabestaanden**, gecoördineerd door de Werkgroep Verder. Zij verzorgen een website met een forum en informatie voor nabestaanden, en minstens twee gespreksgroepen in elke provincie. Voor deze opdracht werd Werkgroep Verder in 2012 erkend als organisatie met terreinwerking en sloot de minister een beheersovereenkomst af voor vijf jaar.

Voor personen met recidiverende depressies is uit een Vlaamse pilootstudie binnen het actieplan, gebleken dat **MBCT** (Mindfulness-based Cognitive Therapy) een zinvolle aanpak is. Die aanpak wordt door diverse entiteiten aangeboden binnen het reguliere circuit. Voor die behandelingen is geen afzonderlijke subsidie voorzien binnen het actieplan.

Binnen deze strategie werden ook kinderen van ouders met psychische problemen (**KOPP**) opgevat als een risicogroep. Het project dat hiervoor werd gelanceerd leidde niet tot het gewenste resultaat, er was onvoldoende animo vanuit de doelgroep zelf om van de hulp gebruik te maken, men herkende zich niet als risicogroep voor zelfdoding. Om die reden werd het project niet verlengd en niet verder geïmplementeerd binnen het actieplan suïcidepreventie. De KOPP werking is ondertussen geïntegreerd in de werking van het Familieplatform.

Samen met de Holebifederatie (nu çavaria) werd een project afgerond rond de problematiek van suïcide en **Holebi's**. In de aanloop naar de gezondheidsconferentie van 17 december 2011 werd çavaria betrokken (zie verder). Uit de bijdragen in de werkgroep selectieve preventie kwam vooral tot uiting dat het niet volstaat de hulpverleners die met holebi's werken deskundig te maken in suïcidepreventie. Het gaat er ook om andere hulpverleners, bijvoorbeeld die aan suïcidepreventie werken, deskundig te maken om met de specifieke doelgroep om te gaan. De uitwerking hiervan zal in eerste instantie vorm krijgen in een uitbreiding van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie, met een vertegenwoordiging van çavaria.

3.3. Een hernieuwde gezondheidsdoelstelling

In december 2010 liep de 6^{de} gezondheidsdoelstelling betreffende de preventie van suïcide en het bijbehorende actieplan af. Huidig Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, organiseerde eind 2011 de tweede Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie.

Om deze Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie van 17 december 2011 voor te bereiden en te organiseren, werden een Bureau, een Consortium en drie werkgroepen opgericht.

Het Bureau

Het Bureau voerde de coördinatie tussen het Consortium, de werkgroepen die de Gezondheidsconferentie voorbereidden, en de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie die het eerste Vlaams Actieplan opvolgde. Het Bureau zorgde ook voor afstemming met bevoegd Minister Jo Vandeuren.

Het Consortium

De taak van het Consortium bestond uit het inhoudelijk voorbereiden en het begeleiden van de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2011, evenals het verzorgen van het natraject. Het Consortium is een samenwerkingsverband van een aantal organisaties (het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Werkgroep Verder, de Suïcidepreventiewerking van de CGG en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent) waarbinnen een aantal experts op het vlak van suïcidepreventie zijn vrijgesteld voor het voorbereiden van de gezondheidsconferentie. Het Consortium werd ad hoc uitgebreid met het VIGeZ, dat mee instond voor het onderbouwen van en de rapportage over universele strategieën voor suïcidepreventie.

Werkgroepen

Er werden drie werkgroepen opgericht om mee na te denken over nieuwe suïcidepreventiestrategieën. Voor deze werkgroepen is de indeling gekozen op basis van het USI-model: Universele preventie, Selectieve preventie en Geïndiceerde preventie. *Universele preventie* richt zich naar de volledige bevolking (onder meer bevordering van geestelijke gezondheid en het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen). *Selectieve preventie* is gericht naar doelgroepen die een verhoogd risico hebben om suïcidaal gedrag te ontwikkelen. Strategieën binnen de *geïndiceerde preventie* richten zich naar mensen die reeds suïcidale gedachten hebben of suïcidaal gedrag vertonen.

De Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie die het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie opvolgde en stuurde, was nauw betrokken bij het voortraject van de Gezondheidsconferentie. Leden van deze Werkgroep zetelden in de werkgroepen voor de Gezondheidsconferentie en het voortraject werd gevolgd en besproken op de vergaderingen van de Werkgroep.

3.4. Voorstel van gezondheidsdoelstelling: 20% minder zelfdodingen in 2020 ten opzichte van het jaar 2000

Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd op de gezondheidsconferentie de Vlaamse gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie als volgt voorgesteld:

'De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20% ten opzichte van 2000.'

Deze doelstelling is gebaseerd op een **voorspelling** van het aantal zelfdodingen in 2020 bij ongewijzigd beleid enerzijds en op een effectiviteitsberekening van het preventief programma anderzijds.

Op basis van de sterftestatistieken van het jaar 2009 en de trend van het jaar 2000 tot 2009, kan men voorspellen dat er in 2020 in absolute aantallen jaarlijks 1160 zelfdodingen zullen zijn, in plaats van de 1174 in 2000. Dit betekent dat als we niets zouden doen er in 2020 ongeveer hetzelfde aantal

zelfdodingen zouden zijn als in het jaar 2000. Rekening houdend met de bevolkingspredictie bedraagt de zelfdodingssterfte in 2020 dan, net als in 2009, 17.7 per 100.000 inwoners (in het jaar 2000 was dit nog 19.7).

20% minder zelfdodingen in 2020 betekent echter het vermijden van 220 extra zelfdodingen. Een preventief programma, bestaande uit de in de gezondheidsconferentie geformuleerde strategieën én de nodige acties met wetenschappelijke onderbouw én het noodzakelijke maatschappelijk draagvlak moet deze reductie mogelijk maken.

In de aanloop naar de gezondheidsconferentie suïcidepreventie van 17 december 2011 werd al een beperkt aantal initiatieven doorgerekend op hun gezondheidseconomisch effect. Uit deze evaluatie bleek dat deze selectie van acties een daling van het aantal zelfdodingen van 11.5% (130 zelfdodingen) t.o.v. 2009 zal opleveren.

Er dient naast deze beperkte selectie uiteraard nog een extra inspanning worden geleverd om de gezondheidsdoelstelling van 20% te realiseren. Dit betekent het vermijden van 90 extra zelfdodingen. Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (2012-2020) moet hiervoor het kader scheppen.

Voor de verwezenlijking van deze gezondheidsdoelstelling is het van belang de incidentie van suïcide op te volgen. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat deze parameters in positieve en negatieve zin beïnvloedbaar zijn door verschillende factoren, waarop de Vlaamse overheid weinig of geen impact heeft.

Onderstaande indicator kan gebruikt worden teneinde de incidentie van suïcide op te volgen:

Hoofddoelstelling: Daling aantal zelfdodingen tegen 2020 met 20% t.o.v. het jaar 2000
Indicator: incidentie suïcide (per 100.000 inwoners)
Teller: aantal suïcides
Noemer: aantal inwoners Vlaams gewest
Databestand: Agentschap Zorg en Gezondheid van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

Duiding van de gezondheidsdoelstelling aan de hand van de SMART- principes:

- **Specifiek:** De doelstelling is suïcidespecifiek, gezien de doelstelling beoogt het aantal zelfdodingen in Vlaanderen te reduceren met 20% tegen 2020.
- **Meetbaar:** De doelstelling kan gemeten worden op basis van bovenstaande indicator, namelijk de incidentie van suïcide per 100.000 inwoners. Deze cijfers worden gepubliceerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid.
- **Aanvaardbaar:** De gezondheidsdoelstelling werd voorgesteld op de gezondheidsconferentie en wordt gedragen door alle betrokken actoren.
- **Realistisch:** De gezondheidseconomische evaluatie, uitgevoerd in het kader van de gezondheidsconferentie, kon aantonen dat de gezondheidsdoelstelling voor 2020 ambitieus maar realistisch is. De nieuwe doelstelling bouwt verder op de resultaten van het vorige Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (toen werd een daling van 8% vooropgesteld en behaald).
- **Tijdsgebonden:** De gezondheidsdoelstelling dient gerealiseerd te worden tegen 2020.

4. Werkwijze & Methodologie

4.1. Afgelegde traject

De ontwikkeling van het VAS II verliep over verschillende fasen.

In de startfase werd wetenschappelijke **literatuur** doorgenomen over de verklarende en risicofactoren voor suïcidaal gedrag, over het suïcidaal proces en over effectieve preventiestrategieën voor suïcidaal gedrag.

In februari 2011 lanceerde Minister Jo Vandeuren de **website** van de gezondheidsconferentie www.gezondheidsconferentie-suicidepreventie.be en het **forum** www.gespforum.be. Op dit forum kon iedereen reacties en voorstellen posten en er werd een oproep gedaan om projectvoorstellen in te dienen.

In maart 2011 vond een **hoorzitting** plaats waarop een 25-tal mensen hun projecten konden komen toelichten. De projecten werden geselecteerd op basis van het vernieuwende karakter en de geschatte evidentie.

Vervolgens werden de drie **werkgroepen** Universele, Selectieve en Geïndiceerde Preventie opgericht, waarbinnen de ideeën uit het forum en de hoorzitting werden besproken en getoetst aan de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Tijdens verschillende terugkoppelingsmomenten werden suggesties en opmerkingen verzameld. Op basis van deze input werden de definitieve strategieën opgemaakt.

Tijdens de **Gezondheidsconferentie** op 17 december 2011 die openstond voor iedereen, werd een nieuwe Gezondheidsdoelstelling vooropgesteld en nieuwe voorstellen voor preventiestrategieën gepresenteerd.

Volgend op de Gezondheidsconferentie werden de voorstellen van acties die binnen de drie werkgroepen werden voorgesteld beoordeeld op basis van vooraf geselecteerde criteria. Tot slot worden in 2012 de gezondheidsdoelstelling, de strategieën en de geselecteerde acties voorgelegd aan de Vlaamse Regering en het Vlaamse Parlement.

4.2. De strategieën

Op basis van de input uit het forum, de projectfiches, de hoorzitting, de werkgroepen, de terugkoppelingsmomenten en de evaluatie van het eerste Vlaams Actieplan én op basis van de wetenschappelijke toetsing van de voorstellen werden volgende strategieën opgemaakt en gepresenteerd tijdens de Gezondheidsconferentie Suicidepreventie.

Het voorstel omvat vijf strategieën. De (sub-)strategieën in het cursief zijn de strategieën die toegevoegd zijn aan deze uit het eerste Vlaams Actieplan waarvan wordt voorgesteld om ze verder te zetten:

- | |
|--|
| 1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij |
|--|

a.	De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken
b.	Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen
c.	Bevorderen van sociale aansluiting
d.	Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken
e.	De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suicideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, scholen, werkplek, ... en via de media.
2.	Suicidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp
3.	Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs
4.	Strategieën voor specifieke risicogroepen
a.	Suicidepogers: screening en opvang
b.	Personen met suicidale gedachten en/of concrete plannen: behandeling
c.	Kwetsbare groepen
5.	De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suicide.

4.3. Beoordeling van de nieuwe acties

Voorafgaand is het enerzijds van belang aan te geven dat deze acties door een consortium van experts zijn geselecteerd op basis van de specifieke focus op suicidepreventie, wetenschappelijke evidentie van effectiviteit en urgentie daarbij rekening houdende met een evenwicht tussen acties binnen universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

Anderzijds zijn deze nieuwe acties niet limitatief. Het is juist aangewezen om de komende jaren voldoende ruimte te laten voor de ontwikkeling van nieuwe acties en zo een dynamische invulling van het suicidepreventiebeleid in Vlaanderen te realiseren.

De preventie van zelfdoding is een probleem dat de hele maatschappij aanbelangt. Het voorliggend actieplan zal dan ook inzetten op het betrekken van andere beleidsdomeinen dan Welzijn, Volksgezondheid en Gezin alleen. Dit wordt verder uitgewerkt onder “facettenbeleid” in § 6.7.

Ook worden er door de Vlaamse Overheid generieke acties opgestart die kunnen helpen om het aantal suicides terug te dringen. Suïcidaal gedrag is immers een dermate complex en veelomvattend fenomeen dat ook interventies die buiten de scope en financiering van dit Vlaams Actieplan Suicidepreventie vallen voor een positief effect kunnen zorgen. Te denken valt aan opvoedingsondersteuning voor ouders (zie § 5.1.2.) of het tegengaan van stigma ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen (zie § 5.1.4.).

In wat volgt zullen er per strategie acties voorgesteld worden als concrete invulling van het Vlaams Actieplan Suicidepreventie.

Deze voorstellen voor nieuwe acties zijn getoetst aan een aantal selectie- en uitgediepte criteria (zie § 4.3.3. beslisboom). Zoals aangegeven zullen de komende jaren nog bijkomende acties voorgesteld worden. Deze beslisboom kan dan opnieuw gebruikt zal worden om de voorstellen te beoordelen. Het is wel belangrijk om acties met elkaar te vergelijken binnen het niveau van preventie waar ze onder vallen. Acties binnen universele preventie bijvoorbeeld worden naast andere acties van universele preventie gelegd en niet met acties van selectieve of geïndiceerde preventie vergeleken.

We maken in dit schema onderscheid tussen twee verschillende soorten criteria: selectiecriteria en uitgediepte criteria. Selectiecriteria laten toe te beoordelen of een actie in aanmerking komt voor

beoordeling, het zijn de randvoorwaarden waaraan de actie dient te voldoen. De uitgediepte criteria dienen om de actie te beoordelen, in vergelijking met andere acties.

4.3.1. Selectiecriteria

Om weerhouden te kunnen worden moeten acties aan 4 selectiecriteria voldoen.

CRITERIUM 1: DE ACTIE MOET GERICHT ZIJN OP SUÏCIDEPREVENTIE (SUICIDESPECIFIEK)

Uitgaand van het verklarend model van suïcidaal gedrag (zie pag 10) is het doel dat elke actie ten minste ingrijpt op één van de determinanten of drempelverhogende, dan wel verlagende factoren.

CRITERIUM 2: DE ACTIE MOET PASSEN BINNEN DE VOOROPGESTELDE STRATEGIEËN

In dit criterium worden enkel deze acties weerhouden (voor verdere toetsing) als ze voortvloeien uit één (of meerdere) van de vijf strategieën vooropgesteld in de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2011.

CRITERIUM 3A: ER MOET EVIDENTIE VOOR DE ACTIE ZIJN (AANGETOOND WERKZAAM)

In dit criterium wordt een actie weerhouden als ze aangetoond werkzaam is. Ook als er geen evidentie beschikbaar is, wordt de actie weerhouden voor verdere toetsing aan de uitgediepte criteria.

CRITERIUM 4A: DE ACTIE MOET KOSTENEFFECTIEF ZIJN

Binnen dit criterium wordt een actie weerhouden als blijkt dat deze kosteneffectief is. De kost van de actie moet in verhouding staan tot de effecten. Acties zijn kosteneffectief wanneer deze een redelijke verhouding hebben in de mate van doelbereik tot de mate van de kosten. Het is een relatief begrip waarmee het mogelijk wordt om verschillende maatregelen onderling te vergelijken. We baseren ons in dit kader op het specifiek hiervoor ontwikkelde gezondheidseconomische model van het I-CHER (Interuniversity Centre for Health Economics Research) van de Universiteit van Gent.

Ook als blijkt dat er onvoldoende informatie beschikbaar is, wordt de actie weerhouden voor verdere toetsing.

4.3.2. Uitgediepte criteria

Uitgediepte criteria dienen om een objectieve keuze te kunnen maken tussen de verschillende acties die aan alle bovenstaande selectiecriteria voldoen. Er zijn 3 uitgediepte criteria, bij elke criterium kan men tussen haakjes (...pt) lezen wat de waarde is. De totale som van deze punten, met een maximum van 8 punten, laat naderhand toe een beoordeling en rangschikking op te stellen van de acties.

CRITERIUM 3B: KWALITEIT VAN EVIDENTIE

De indicator die we hanteren voor dit criterium is gebaseerd op de richtlijnen van het Oxford Centre for Evidence Based Medicine (2001), welke een systematische ordening geeft van de wetenschappelijke evidentie. Hoe hoger het niveau (bv. 1A) hoe sterker het niveau van wetenschappelijk evidentie.

- Niveau 1A (hoogste kwaliteit van evidentie): (2 pt)
Systematische review van gerandomiseerd onderzoek met controlegroep
- Niveau 1B (hoge kwaliteit van evidentie): (2 pt)
Individuele gerandomiseerde studies met controlegroep
- Niveau 2A: Systematische review van cohort studies (1.5 pt)
- Niveau 2B: Individuele cohort studies, gerandomiseerde gecontroleerde studies van beperkte kwaliteit (1.5 pt)

- Niveau 2C: Ecologische studies (1,5 pt)
- Niveau 3A: Systematische review van gecontroleerde studies (1 pt)
- Niveau 3B: Individuele gecontroleerde studies (1 pt)
- Niveau 4: Casestudies, cohort en gecontroleerde studies met mindere kwaliteit (0.5 pt)

Opmerking: **innovatieve strategieën** die nog niet onderzocht werden op hun effect op suïcidaal gedrag en vragen om verder onderzoek, krijgen de score toegediend van het geplande onderzoek dat gekoppeld wordt aan het pilootproject.

CRITERIUM 4B: NIVEAU VAN KOSTENEFFECTIVITEIT

In dit criterium wordt de kosteneffectiviteit onder de loep genomen.

Indicator: hoe kosteneffectief is de actie?

- Dominant, de gezondheidswinst ligt veel hoger dan de interventiekost (2 pt)
- De gezondheidswinst ligt hoger dan de interventiekost (1,5 pt)
- Geen gegevens beschikbaar, nader onderzoek is nodig om uitspraken te kunnen doen over de kosteneffectiviteit (0 pt)

CRITERIUM 5: IMPLEMENTATIEFACTOREN

Onderstaande indicatoren geven de haalbaarheid en implementeerbaarheid van een actie weer aan de hand van het al dan niet aanwezig zijn van mogelijke actoren, de mogelijke termijn waarbinnen de actie kan gerealiseerd worden, de reikwijdte van implementatie en de kosten.

Indicator 1 – ACTOREN

Sluit de actie aan bij een bestaande werking van een partner/organisatie/actor in Vlaanderen én stemt deze partner in om hieraan mee te werken?

- Ja, er is een partner die instemt (1 pt)
- Nee, er is geen partner (die instemt), een nieuwe organisatie moet opgericht worden (0.5 pt)

Indicator 2 – TERMIJN

Binnen welke termijn kan de actor de actie opstarten en realiseren?

- Op korte termijn, de actie kan opgestart worden voor 2014 (1 pt)
- Op lange termijn, de actie kan opgestart worden na 2014 (0.5 pt)
Reden: Geen organisaties?; Onvoldoende financiële middelen?; Voorafgaand onderzoek nodig? In welke mate kunnen deze mogelijke redenen opgelost worden, zodoende realisatie op korte termijn eventueel mogelijk is?

Indicator 3 – IMPLEMENTATIENIVEAU

Kan de actie al of niet in heel Vlaanderen worden geïmplementeerd?

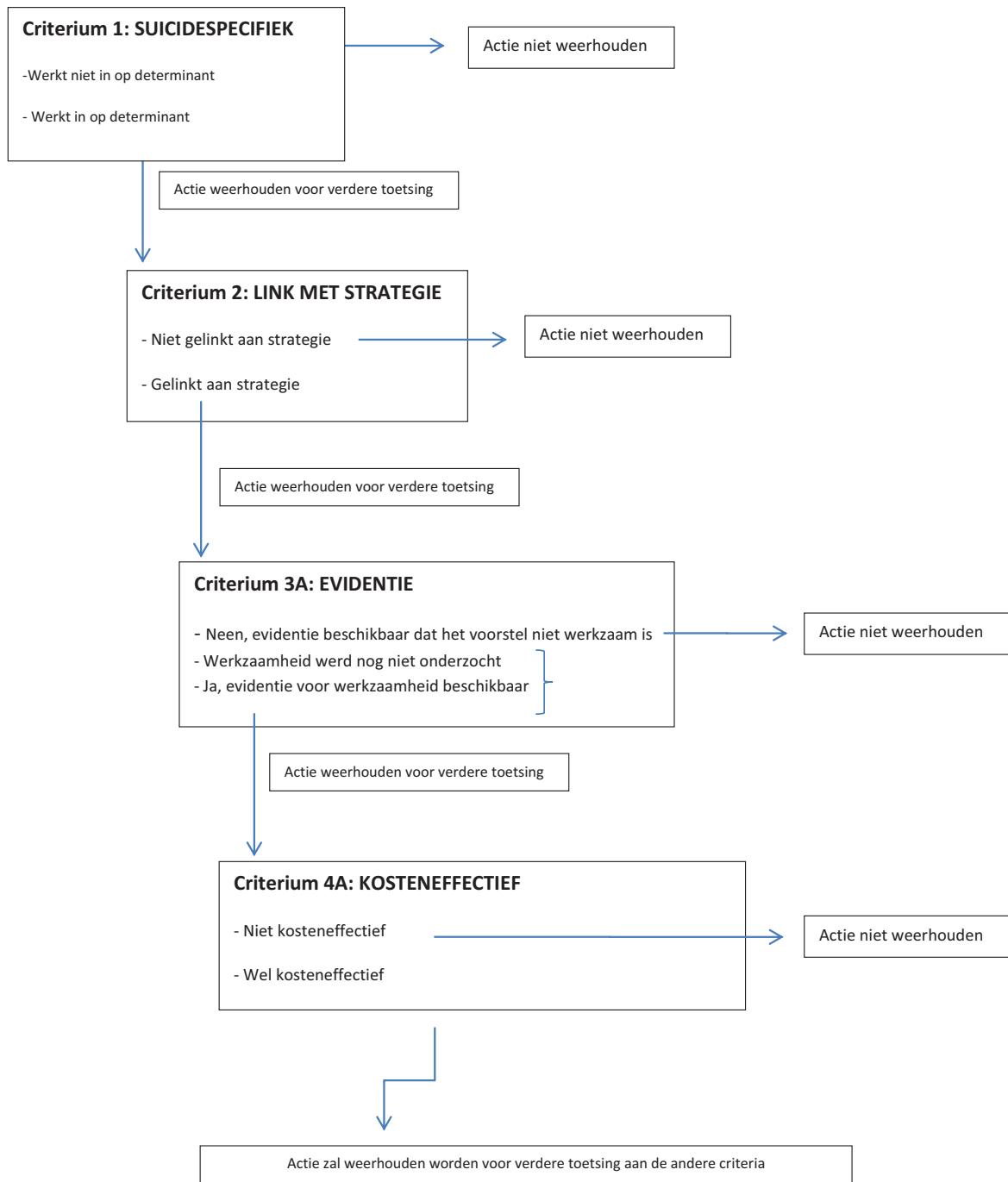
- Ja, de implementatie kan in heel Vlaanderen (1 pt)
- Nee, de implementatie blijft beperkt tot het regionale niveau (0.5 pt)

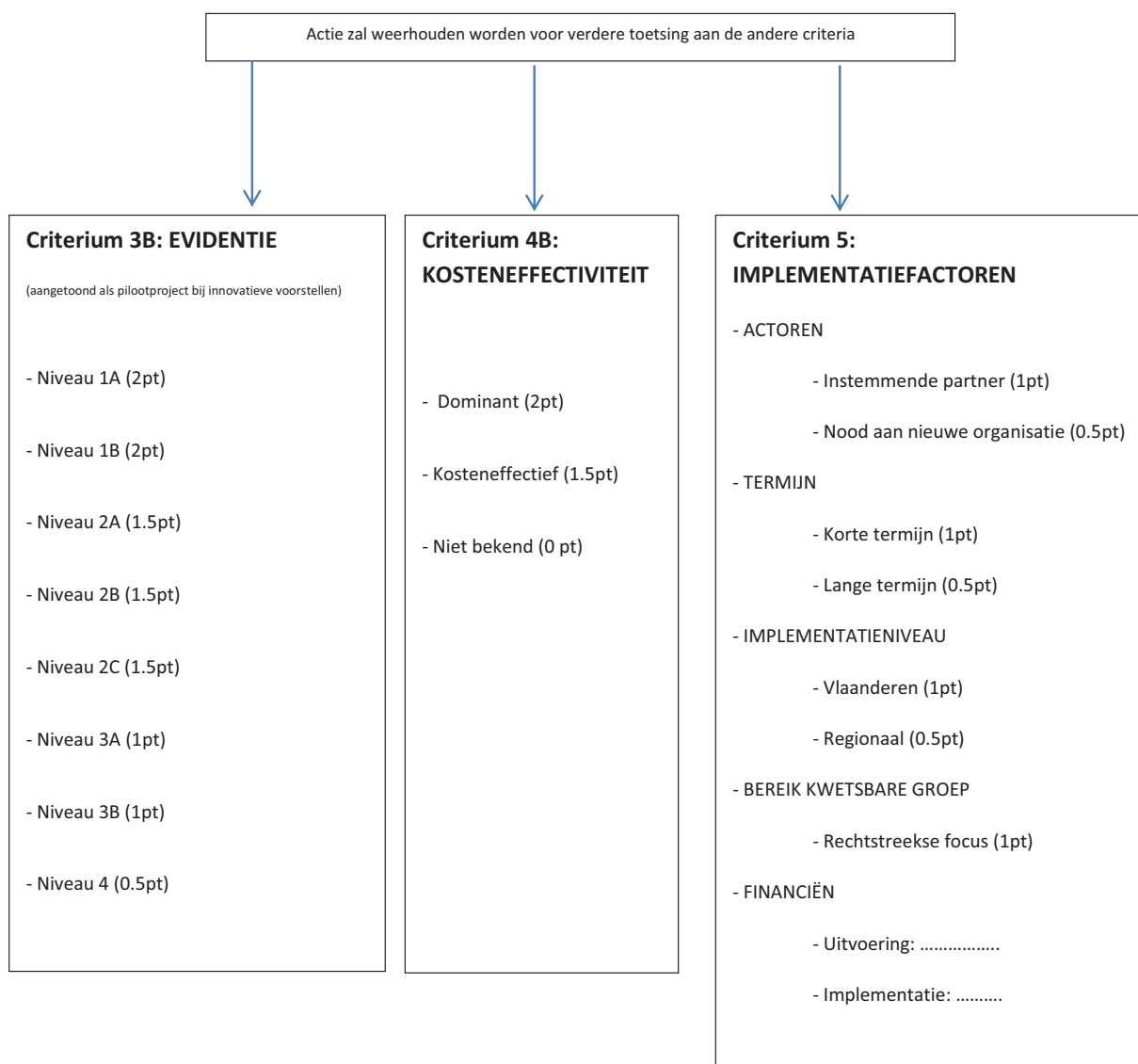
Indicator 4 – BEREIK KWETSBARE GROEP:

- De actie richt zich rechtstreeks tot een kwetsbare groep (zie hoger) (1 pt)

Indicator 5 - FINANCIËN: zijn de kosten gekend, en zo ja, welke middelen zijn nodig?

4.3.3. Beslisboom





Op die manier kan er een totale score worden bekomen op 8 punten:

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie								

5. Strategieën en acties

Hieronder kan men, per strategie, een oplistings vinden van reeds bestaande acties en nieuwe acties. Zoals eerder reeds aangegeven zijn deze nieuwe acties niet limitatief. Het is juist aangewezen om de komende jaren voldoende ruimte te laten voor de ontwikkeling van nieuwe acties en zo een dynamische invulling van het suïcidepreventiebeleid in Vlaanderen te realiseren.

5.1. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij

5.1.1. De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken

Een aantal psychologische factoren zijn in verband gebracht met suïcidaal gedrag. Het betreft een manier van denken, voelen en handelen die mensen kwetsbaar maakt, met name de neiging tot zwart-wit denken, een verminderd probleemoplossend vermogen, gevoelens van hopeloosheid en zichzelf minder de moeite waard vinden (Portzky et al., 2009; McElroy, 2004). Veerkracht versterken en zelfhulp aanmoedigen helpen de invloed van deze risicofactoren te temperen. De strategie wil individuen leren hoe ze zich weerbaarder kunnen opstellen en hoe ze meer grip op hun leven kunnen krijgen. Een goede veerkracht hangt samen met het gebruik van actieve copingstijlen (zoals goede probleemoplossende vaardigheden) en optimisme (Kirkwood et al., 2008). Veerkracht en zelfhulp versterken de vaardigheden om met moeilijkheden om te gaan, en sluiten zo aan bij de determinanten van suïcide.

Een van de meest recente, innovatieve methoden voor preventie is het gebruik van het internet. Het grote bereik en de vele mogelijkheden voor informatie, interactie, feedback en sociale steun maken van e-mental health een zeer krachtig instrument voor hulpverlening en advies (Levrain, 2007). Vooral de mogelijkheid om anoniem informatie op maat te krijgen, verlaagt voor velen de drempel om zich kwetsbaar op te stellen. E-mental health draagt zo bij tot de democratisering van hulpverlening en preventie (Christensen et al., 2002).

Begrippen als zelfzorg en zelfeducatie hebben de laatste jaren aan populariteit gewonnen en verwerven ook in Vlaanderen een prominente plaats. De investering gedurende de voorbije jaren in de zelfbeoordelingstest en de website Fit in je Hoofd hebben veel informatie opgeleverd over het potentieel van e-preventie om mensen aan te moedigen die zelfzorg op te nemen. De ervaringen met Fit in je Hoofd illustreren dat online zelf-educatie tot goede resultaten leidt, zowel qua bereik, opsteken van adviezen als doorverwijzing (ISW Limits, 2011).

BESTAANDE ACTIE: opstarten Fit in je Hoofd

In 2009 werd de Fit in je Hoofd-campagne opnieuw gelanceerd. Deze richt zich op de bevordering van de geestelijke gezondheid en zelfeducatie over problemen met de geestelijke gezondheid. Vertrekpunt zijn de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid, zoals geformuleerd in 10 gemakkelijke stappen. De campagne bestaat uit een online zelfhulpmodule met zelfbeoordelingsinstrument (advies op maat m.b.t. eigen veerkracht en coping) bekend gemaakt via een massamediacampagne en

ondersteund door tal van lokale acties. In de eerste drie maanden van die campagne werd de Fit In Je Hoofd website door 125.000 mensen bezocht.

De Fit in je Hoofd campagne werd uitgebreid met zowel een versie gericht op gebruik door **jongeren** als een versie die bruikbaar is voor mensen die leven in **kansarmoede**. De Fit in je Hoofd campagne, gericht op mensen die leven in kansarmoede, kreeg de naam Goed Gevoel Stoel (GGS). De beschermende factoren die in de Fit in je Hoofd-campagne naar voor werden gebracht in de vorm van 10 tips werden in deze methodiek hertaald naar 4 pijlers. Het programma bestaat uit drie praatsessies en doe-activiteiten. De praatsessies staan steeds onder begeleiding van een lesgever hulpverlener die gevormd is in het gebruik van de GGS door ViGeZ en CEDES. De Goed Gevoel Stoel werd inmiddels in gebruik genomen en de eerste evaluaties tonen het enthousiasme van de welzijnsorganisaties en belangenverenigingen aan.

Voor 12 tot 16jarigen werd het Fit in je Hoofd –gedachtengoed gepresenteerd als website op maat van jongeren. Deze heet NokNok en maakt gebruik van 4 pijlers in plaats van 10 stappen. Daarnaast kunnen jongeren aan de hand van een woordwolk met thema's die aansluiten op hun leefwereld nog meer tips en opdrachten bekijken om hun eigen veerkracht te versterken. ViGeZ werkte voor het ontwikkelen van de site met de diverse jeugd –en welzijnsorganisaties. De verschillende organisaties werden betrokken om enerzijds de inhoud van de website voldoende af te stemmen op de doelgroep en anderzijds voor het creëren van een draagvlak voor de implementatie. Bekendmaking van de site gebeurt voornamelijk via de jeugdorganisaties om jongeren met een positieve boodschap in hun vrije tijd te bereiken

Begunstigde

ViGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie)

Type organisatie of titel project

Fit in je Hoofd en aanverwante producten zoals NokNok en de GoedGevoelStoel

Beleidsthema's, doel

Suïcidepreventie, bevordering van de geestelijke gezondheid in de bevolking (1e strategie Vlaams Actieplan Suïcidepreventie).

Doelgroep en samenwerking

Geestelijke gezondheidsbevordering via Fit in je Hoofd is gericht op de brede bevolking. De Goed Gevoel Stoel is gericht op mensen die leven in kansarmoede en NokNok is gericht op jongeren. ViGeZ werkt samen met de LOGO's en de locoregionale uitvoering van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. ViGeZ werkt voor de verschillende methodieken met projectgroepen, (lokale) experts die op vraag van ViGeZ de methodieken mee vorm geven. ViGeZ werkt samen met de Vlaamse overheid, op vraag en binnen de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie.

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

De opdracht houdt het ontwikkelen, dissemineren, en ondersteunen van de implementatie en evaluatie van de genoemde methodieken in.

Werkingsgebied

Vlaanderen

Periode

15/12/2010-31/12/2012

Toekenningsprocedure

Facultatieve subsidie zonder oproep

Subsidiëeringswijze en bedrag

Forfaitair (249.270 euro), voorschotten en resterende 10% na beëindiging

Belang/motivatie

Uitvoering van de eerste strategie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, de bevordering van de geestelijke gezondheid door het versterken van zelfzorg.

Meer info
<http://www.fitinjehoofd.be/>
<http://www.noknok.be/>
<http://www.fitinjehoofd.be/goedgevoelstoel.aspx>
NIEUWE ACTIE I: Optimaliseren Fit in je Hoofd II

De actie Fit in je Hoofd II wil de individuele veerkracht en het vermogen tot zelfhulp van de algemene bevolking en diverse doelgroepen versterken door hernieuwing van de Fit in je Hoofd website, verder uitwerken van Fit in je Hoofd naar diverse doelgroepen (NokNok voor jongeren, Goed Gevoel Stoel voor kansarmen, ouderen,...) en het onder de aandacht brengen via publiekscampagne en lokale acties. Het doel van de campagne is:

- 1) De algemene bevolking bewustmaken van het belang van een positieve geestelijke gezondheid
- 2) Zelfzorg stimuleren bij alle inwoners van Vlaanderen door tools aan te reiken om de eigen veerkracht te versterken (empowerment en self-efficacy staan hierbij centraal)
- 3) Geestelijke gezondheid bespreekbaar maken en indien nodig doorverwijzen naar hulpverlening

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b	criterium 4b	criterium 5	criterium 5	criterium 5	criterium 5	totaal
		evidentie	kosteneffectief	actoren	termijn	implementatie	kwetsbare groep	(/8)
actie I		0,5	1,5	1	1	1	1	6

Raming van de kostprijs*

uitvoering	implementatie	communicatie
éénmalig	recurrent	
300000	150000	100000
aanmaak nieuwe website	updates, aanpassingen en onderhoud website	publiekscampagne (radio & tv-spots)
aanmaak game	updates, aanpassingen en onderhoud game	drukwerk (X2)
projectcoördinator		persconferentie e.a. persacties
		advies communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Universele preventie, die inwerkt op relevante determinanten van suïcidaal gedrag. Meer bepaald zijn de 10 stappen van Fit in je Hoofd gebaseerd op de protectieve factoren voor geestelijke gezondheid. In deze methodiek worden mensen geïnformeerd over de beschermende factoren van geestelijke gezondheid en krijgen de gebruikers handvatten aangereikt om zelf hun geestelijke gezondheid te bewaken en te versterken.

Link met strategie

Ja.

Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij: de individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken

Evidentie

Indirect

Kosteneffectief

Ja.

Tijdens het voortraject voor de Gezondheidsconferentie Suicidepreventie 2011 werd een Gezondheidseconomische evaluatie van de strategieën uitgevoerd door I-CHER, UGent (D. De Smedt, U. Sbarigia, L. Annemans): Uit de literatuur blijkt er weinig evidence rond het effect van publieke informatiecampagnes te bestaan. Vertrekkende van een suïdecijfer dat hoger lag dan 17,5 per 100.000 voorafgaand aan de campagne is nadien nooit meer een cijfer boven de 16 per 100.000 gerapporteerd. Dat wil zeggen een daling van 1,5 per 100.000. Dit betekent dat men kan veronderstellen dat een goed uitgevoerde campagne die omwille van het laagdrempelige karakter veel mensen bereikt kan bijdragen tot een daling van $1,5/17,5 = 8,6\%$. De Fit in je Hoofd website werd tussen 01/02/2009 en 01/04/2012 door 273699 unieke bezoekers geraadpleegd. Deze worden in de gezondheidseconomische evaluatie beschouwd als de doelgroep. De beoogde leeftijdsgroep zijn de 15-65 jarigen. De interventiekost bedraagt € 138.000 per jaar. Dit komt neer op € 1,6 per bereikte persoon.

Deze cijfers hebben het enkel over de Fit in je Hoofd website. Voor kosteneffectiviteit van de hele actie dient bereik en kost van NokNok (tussen 20/09/2011 en 01/04/2012 12000 unieke bezoekers), en de GGS in rekening gebracht worden alsook kost en potentieel bereik van alle boven vermelde vernieuwingen.

Implementatiefactoren

Er kan verder gewerkt worden op de vroegere ervaringen met FIJH in methodiekontwikkeling, communicatie, website vernieuwing, zelfbeoordelingstest, partners, implementatiekanalen, ...

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.1.2. Ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen

Naast psychologische factoren kunnen ook invloeden uit de sociale omgeving suïcidaal gedrag uitlokken (Portzky et al., 2009). Een belangrijke invloed gaat uit van het gezin, dat als primair netwerk een grote impact heeft op de steun die kinderen of jongeren geboden wordt (Bird, et al., 2011).

Deze strategie wil de beschermende factoren in het gezin versterken door ouders te versterken in hun ondersteunende rol. Doelen zijn hen bewust te maken van deze rol, vaardigheden aan te scherpen en het zelfvertrouwen en de eigen effectiviteit te verhogen, in het bijzonder wanneer zij twijfelen en signalen opvangen van onwelzijn bij hun kind.

Een eerste belangrijke stap in deze actie is **inventariseren welke reeds bestaande initiatieven in Vlaanderen tot doel hebben ondersteuningsvaardigheden bij ouders te bevorderen. Op deze reeds bestaande acties inhaken kan een toegevoegde waarde betekenen.**

5.1.3. Zorgen voor het bevorderen van sociale aansluiting

Suïcide en suïcidepogingen kunnen ook het gevolg zijn van invloeden uit de sociale omgeving. Zowel het persoonlijke netwerk (microniveau) als de kwaliteit van de samenleving (macroniveau) dragen daaraan bij. Onderzoek heeft aangetoond dat suïcide samenhangt met:

- een moeilijke ouder-kind relatie, die doorgaans gepaard gaat met een gebrekkige communicatie in het gezin (Portzky et al., 2009);
- het sociale netwerk van een individu. Het krijgen en geven van steun via informele netwerken, zoals vrienden en familie, werkt drempelverhogend; relationele problemen vormen een risico (Reynders et al, 2009; Portzky et al., 2009);
- het sociaal kapitaal in de lokale gemeenschap. Recent onderzoek heeft de relatie bevestigd tussen suïcide en een gebrekkige sociale integratie (Reynders et al, 2009; Hooghe & Vanhoutte, 2011). Sociaal kapitaal en sociale integratie zijn gedefinieerd als een collectief gebeuren: het gaat hier om vrijwillige gemeenschapsnetwerken en relaties die opgebouwd zijn op vertrouwen en het geloof dat anderen behulpzaam zijn.

De resultaten doen besluiten dat suïcide niet alleen ontstaat door individuele factoren, maar ook direct geworteld is in de leefomgeving van mensen. De doelen in deze substrategie zijn dan ook tweërlei: op het individuele niveau en op dat van de lokale samenleving:

- individuen bekwamen in het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk;
- het sociaal kapitaal (in de betekenis van integratie en betrokkenheid) in de lokale gemeenschap versterken.

Naast het uitwerken van nieuwe acties binnen deze strategie is het belangrijk om gelijktijdig te **inventariseren welke reeds bestaande initiatieven in Vlaanderen tot doel hebben de sociale aansluiting te bevorderen. Op deze reeds bestaande acties inhaken kan een toegevoegde waarde betekenen.**

NIEUWE ACTIE II: Netwerkgroepen voor ouders

Onderzoek heeft aangetoond dat suïcide samenhangt met:

- het sociale netwerk van een individu. Het krijgen en geven van steun via informele netwerken, zoals vrienden en familie, werkt bufferend; relationele problemen vormen een risico.

- het sociale kapitaal in de lokale gemeenschap. Recent onderzoek heeft de relatie bevestigd tussen suïcide en een gebrekkige sociale integratie.

Het doel van deze actie, die eerst in een pilot wordt gerealiseerd, is het sociaal kapitaal (in de betekenis van integratie en betrokkenheid) in de lokale gemeenschap (via lokale besturen, ocmw's,...) te versterken door het vormen van netwerkgroepen rond de oudere als risicopersoon d.m.v. het inzetten van gekwalificeerde vrijwilligers. Er wordt hierbij een methodiek gebruikt van persoonlijke toekomstplanning.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie II	U	2 (1b)	0	1	1	1	1	6

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
225000	350000	15000
pilot (inhoudelijk + onderzoek)	uitrol over Vlaanderen en Brussel	drukwerk
coördinator onderzoek	5 provinciale actoren	aanpassingen website
coördinator inhoudelijk		persconferentie e.a. persacties

Suïcidespecifiek

Indirect.

Link met strategie

Ja. Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij: bevorderen van sociale aansluiting

Evidentie

Persoonlijke Toekomstplanning is een veelbelovende interventie.

Kosteneffectief

Niet bekend.

Implementatiefactoren

Via enkele projecten werd de methodiek in Vlaanderen uitgetest waarbij vrijwilligers, bijgestaan door een professionele medewerker, planningsprocessen opstarten en begeleiden. In het kader van suïcidepreventie is het wenselijk deze methodiek uit te werken naar ouderen, zodat ook voor deze doelgroep een netwerk beschikbaar is.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.1.4. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken

Suïcide hangt ook samen met de neiging om weinig te praten over moeilijkheden en minder snel hulp te zoeken. Suïcidale personen geloven niet dat hulp mogelijk is. Dit is o.m. een gevolg van een slechte bekendheid in de samenleving met het zorgaanbod en een negatieve houding ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg (WHO, 2004; Portzky et al., 2009). Het taboe rond psychisch lijden is groot. Dit leidt bij mensen die het moeilijk hebben tot gevoelens van schuld, schaamte en minderwaardigheid (Henderson & Thornicroft, 2009). Bij mensen met psychiatrische problemen is

aangetoond dat de drempel om hulp te zoeken wordt verhoogd. Patiënten stellen het hulp zoeken langer uit en hebben de neiging een medicamenteuze behandeling te verkiezen boven een psychotherapeutische (Reynders et al., 2009).

Henderson & Thornicroft (2009) wijten stigma aan een gebrekkige kennis over psychische problemen met vooroordelen en discriminatie tot gevolg. Jongeren, volwassenen en ouderen hebben nood aan meer kennis over geestelijke gezondheid(szorg) en aan een attitudeverandering. De doelen binnen deze substrategie zijn hierop gebaseerd. Ze omvatten:

- het taboe m.b.t psychische problemen en hulp zoeken inperken;
- bewustzijn creëren dat geestelijke gezondheidsproblemen geen zeldzaam verschijnsel zijn en dat mensen met psychische problemen een zinvol leven kunnen uitbouwen;
- bewustzijn creëren dat geestelijke gezondheidsproblemen kunnen worden aangepakt en dat suïcide kan worden voorkomen;
- informeren over alle voor- en nadelen van medicatiegebruik bij de behandeling van psychische problemen;
- bewustzijn creëren dat iedereen kan bijdragen aan de nodige verandering in de samenleving door een correcte houding t.o.v. mensen in de nabije omgeving met psychische problemen;
- het hulpaanbod beter bekendmaken;
- het hulp zoeken bevorderen.

We verwezen bij het begin van dit hoofdstuk naar generieke acties die buiten de scope van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie vallen, maar wel voor een belangrijk effect kunnen zorgen inzake suïcidaal gedrag. Zo is er het project **beeldvorming geestelijke gezondheid Vlaanderen** van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg én Te Gek!? van vzw Annendaël Diest die beiden als doel hebben het taboe omtrent psychische problemen te doorbreken en het hulpzoekgedrag te verbeteren.

5.1.5. De leefomgeving meer gezondheidsbevorderend, zorgzaam en suïcideveilig maken via beleid in de lokale gemeenschap, school, werkplek, ... en via de media

Naast psychologische en sociale determinanten van suïcidaliteit schuift de universele suïcidepreventie factoren naar voor in de fysieke, sociale, economische en regelgevende omgeving om suïcide te voorkomen.

In de eerste plaats de blootstelling aan voorbeelden van suïcidaal gedrag (Portzky et al., 2009): mensen met een verhoogde kwetsbaarheid die geconfronteerd worden met suïcidaal gedrag in hun omgeving of via de media, hebben een verhoogd risico om zelf ook een (poging tot) zelfdoding te doen. Men spreekt hier van een drempelverlagend, copy-cat of imitatie-effect.

Verder maken de beschikbaarheid van middelen en de aanwezigheid van risicoplaatsen suïcidaal gedrag meer voor de hand liggend (Portzky et al., 2009). Het beperken van suïcidemiddelen blijkt een bijzonder efficiënte preventiestrategie (Mann et al, 2005). Acties zijn o.m. het beperken van pesticiden en andere giftige producten in agrarische gebieden, campagnes om het bezit van vuurwapens te verminderen of te beveiligen, het beperken van de beschikbaarheid van bepaalde geneesmiddelen en

het beschermen van plaatsen waar mensen voor een trein of van een hoogte kunnen springen (Hawton et al, 2004; Andriessen, 2007). Indien zorgvuldig ontworpen, kunnen dergelijke initiatieven zowel op lokaal als op nationaal vlak effectief zijn, met het voordeel dat ze suïcidale personen bereiken die (nog) niet als dusdanig zijn gedetecteerd.

De veelheid aan factoren die suïcide mogelijk maken, doet het belang van maatregelen op organisatie- en gemeenschapsniveau toenemen (Nordentoft, 2011). Bij het vermijden van suïcide is de hele samenleving betrokken, door de houding tegenover mensen met problemen en door de steun en hulp die een gemeenschap biedt aan mensen in nood. Een zorgzame, gezondheidsbevorderende en suïcideveilige gemeenschap staat dan voor een gemeenschap die gelooft dat een goede geestelijke gezondheidszorg belangrijk is, dat hulp voor psychische problemen kan geboden worden, dat suïcide voorkomen kan worden en begrijpt dat de preventie ervan een verantwoordelijkheid van eenieder is. Ze streeft naar de realisatie van een beleid met volgende doelen:

- de sociale cohesie, integratie en betrokkenheid bevorderen zodat steun en hulp vanuit de omgeving wordt ervaren;
- beeldvorming van psychische problemen en van hulp zoeken aanpakken (anti-stigma), het taboe rond geestelijke gezondheid(sproblemen) doorbreken;
- suïcidespecifiek:
 - de beschikbaarheid van middelen beperken;
 - de toegankelijkheid van risicoplaatsen beperken;
 - blootstelling aan voorbeelden vermijden;
 - participeren aan suïcidepreventieprogramma's;
- responsabiliseren van organisaties en communities.

Het voeren van zo'n beleid in organisaties binnen en buiten de zorg, is een belangrijke interventie om het aantal suïcides terug te dringen. Deze strategie zou dan ook algemeen gedragen moeten zijn. Vandaar dat de strategie zeker ook linken heeft met strategie 5, "Algemene aanbevelingen voor suïcidepreventie en implementatie van een multidisciplinaire richtlijn suïcidaal gedrag met aandacht voor ketenzorg".

Het is nadrukkelijk de bedoeling om aan een gezondheidsbevorderende en suïcideveilige leefomgeving te werken in de school, de werkplek en andere settings. Organisaties en instellingen dragen een verantwoordelijkheid in het voorkomen van suïcide en in het bieden van hulp aan mensen in nood. Het realiseren van de doelstellingen die hoger zijn opgesomd, zoals het beperken van blootstelling aan voorbeelden of toegankelijkheid van risicoplaatsen en het invoeren van suïcidepreventieprogramma's, zijn ook in deze settings zeer waardevol.

BESTAANDE ACTIE: Preventiecoaches geestelijk gezondheidsbeleid in secundaire scholen

Begunstigde

LOGO's

Type organisatie of titel project

Preventiecoaches scholen**Beleidsthema's, doel**

Suïcidepreventie, geestelijke gezondheidsbevordering (strategie 1) en zorg voor risicogroepen (strategie 5). De coaches vormen de reguliere schoolondersteuners in het begeleiden van scholen in de ontwikkeling van een geïntegreerd geestelijk gezondheidsbeleid.

Doelgroep en samenwerking

Voor het uitwerken, uitbreiding of verfijnen van een geestelijk gezondheidsbeleid konden secundaire scholen sinds het schooljaar 2009-2010 een beroep doen op de preventiecoach geestelijk gezondheidsbeleid van hun provincie. Tot augustus van dit jaar werkte de preventiecoach hiervoor samen met het schoolteam, het CLB, de pedagogische begeleidingsdienst en eventueel ouder-, leerkracht en leerling vertegenwoordigers.

Het doel van de nieuwe opzet is om meer scholen te kunnen ondersteunen in het opstellen van een geestelijk gezondheidsbeleid. Het uitgangspunt hierbij is, dat een geïntegreerd geestelijk gezondheidsbeleid binnen scholen een duurzaam effect zal hebben op de sfeer, structuur, aanbod aan educaties en vroege detectie en opvang voor leerlingen die hier nood aan hebben.

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

De kernopdracht is het op vraag van en in samenwerking met scholen uitwerken van een geestelijke gezondheidsbeleid in de scholen. De coaches werken gestructureerd, en aan de hand van een matrix, uit op welke manier elke school een eigen geestelijk gezondheidsbeleid kan voeren.

Werkingsgebied

Vlaanderen

Periode

1/9/2012-31/12/2013

Toekenningsprocedure

Facultatieve subsidie zonder oproep

Subsidiëeringswijze en bedrag

Forfaitair (498.667 euro), voorschotten en resterende 10% na beëindiging

Belang/motivatietoekomst

20 % van de jongeren geeft aan zich niet goed te voelen, 10 % van de jongeren zegt al eens een zelfmoordpoging gedaan te hebben. Dit gaf aanleiding jongeren als risicogroep te beschouwen. Scholen zijn een goede plaats om jongeren te bereiken. Tegelijkertijd is een geïntegreerd beleid op scholen niet gangbaar. Dit project beoogt hier een aanvang mee te maken. Momenteel werden 285 secundaire scholen bereikt. Dit project wordt in nauwe samenwerking met de minister van onderwijs verder gezet. Via een coach-the-coachmodel geven de preventiecoaches hun expertise door aan de CLB's en de pedagogische begeleidingsdiensten. Er wordt ook onderzocht in welke andere settings een geestelijke

gezondheidsbeleid in de toekomst kan geïmplementeerd worden.

Meer info

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Depressie-en-zelfdoding/Preventiecoaches-geestelijke-gezondheid>

5.2. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp

Laagdrempelige telezorg was reeds een strategie in het eerste Vlaams Actieplan. Voor deze strategie bestaat enige evidentie qua effectiviteit, maar de gegevens zijn onvoldoende consistent, waardoor er sprake is van een veelbelovende interventie.

De laagdrempeligheid en toegankelijkheid van crisislijnen wordt algemeen beschouwd als een belangrijke aanvulling ten aanzien van de reguliere hulp. Op bepaalde momenten kan crisisinterventie via de telefoon of het internet cruciaal zijn voor het leven van de suïcidale persoon. Door hun tunnelvisie zijn suïcidale personen bovendien vaak niet meer in staat om te geloven dat hulp mogelijk is. Het taboe, schuldgevoelens, schaamte,... over de zelfdodingsgedachten creëren vaak een extra drempel voor suïcidale personen om de stap te zetten naar hulpverlening. De drempel om toch nog te bellen naar of te chatten met een anonieme lijn is veel minder hoog dan om bij iemand (huisarts, psycholoog,...) langs te gaan. De anonimiteit van de oproeper (en van de beantwoorder) zorgt voor een sfeer van veiligheid en vertrouwen die de laagdrempeligheid bevordert. In het gesprek wordt de persoon dan geadviseerd en aangemoedigd om professionele hulp te zoeken, waardoor een suïcide vermeden kan worden.

De effectiviteit van laagdrempelige telehulp werd slechts in beperkte mate onderzocht en aangetoond. Sommige resultaten suggereren evenwel een positief effect, zoals in Italië, bij een hulplijn voor ouderen (in combinatie met een dienst huisbezoeken). In een quasi-experimentele studie over 11 jaar, werden 71% minder suïcides opgetekend bij 18.641 gebruikers van de hulplijn in vergelijking met een controle groep (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002).

Mishara et al. (2007) vond dat suïcidaliteit tijdens het gesprek aan de Amerikaanse hulplijnen (1-800 Suicide Network) daalt en dat de hopeloosheid en psychische pijn van de oproeper dalen in de week volgend op het gesprek². Het tonen van empathie en respect, het aannemen van een ondersteunende houding, en het samen op zoek gaan naar een oplossing leidden daarbij tot een positieve uitkomst. Actief luisteren bleek echter onvoldoende om tot positieve resultaten te leiden. Eerder publiceerde Lester (1997) een review van de aanwezigheid van suïcidepreventiecentra en suïcidecijfers. De conclusie van het artikel is dat er enig bewijs is voor een preventief effect, weliswaar klein en inconsistent (Lester, 1997). Recent is wel nog positief effect gevonden van telefonische hulpverlening bij suïcidaliteit in de V.S. in de studie van Kalafat et al. (2007).

Richtlijnen voor crisislijnen zijn onder meer ontwikkeld door de American Association of Suicidology (AAS). Zo moeten beantwoorders van crisislijnen sterk ingaan op de doodswens en doodsintentie, op

² Kerkhof, A., Van Luyn, B. (2010) Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum: "Een luisterend oor is misschien wel het effectiefste middel voor suïcidepreventie dat we kennen. Onderzoek onder mensen die op het punt hebben gestaan om suïcide te plegen, laat zien dat de beslissing om het toch niet te doen veelal voortkwam uit een begripvol gesprek met een vrijwilliger, vertrouwenspersoon, familielid of hulpverlener."

het suicideplan, op de mogelijkheden van de persoon om dit plan uit te voeren en op de beschermende factoren en de aanwezige ambivalentie.

Laagdrempelige telehulp is een begrip dat ruimer wordt door de nieuwe toepassingen en mogelijkheden van e-mental health. Het gaat dan niet alleen over chat tussen hulpverlener en hulpvrager, maar ook over fora, groepschat, outreaching op sociale netwerksites, enzovoort. Online hulp verlaagt een aantal structurele en persoonlijke drempels die mensen kunnen ondervinden bij het zoeken naar hulp. Online hulp is anderzijds geen tovermiddel. Het vraagt een grote investering in mensen (deskundigheid, kennis, ...) en middelen (ICT). Bovendien is er op dit moment over al deze e-toepassingen onvoldoende evidentie beschikbaar.

BESTAANDE ACTIE: telezorg

Begunstigde

CPZ (Centrum ter Preventie van Zelfdoding)

Type organisatie of titel project

Organisatie met terreinwerking voor suicidepreventie door laagdrempelige telezorg

Beleidsthema's, doel

Suicidepreventie door opvang van mensen in een suïcidale crisis

Doelgroep en samenwerking

De Vlaamse bevolking

Huisartsen en andere hulpverleners

Andere telefonische hulplijnen, Tele-Onthaal in het bijzonder

Werkgroep Verder, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, CGG Suicidepreventiewerking

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

Het CPZ is een erkende vrijwilligersorganisatie en is verantwoordelijk voor de uitbating van de Zelfmoordlijn, per telefoon en per chat. Het CPZ is ook verantwoordelijk voor ASPHA, de advieslijn voor suicidepreventie gericht op huisartsen en Preventie 2.0, waarbij uitingen van suïcidaliteit op het internet opgespoord worden. Daarnaast beschikt het CPZ over een studiedienst, een documentatiecentrum en geeft het deskundigheidsbevordering.

Periode

1/1/2012 – 31/12/2016

Toekenningsprocedure

Beheersovereenkomst na oproep van december 2010 (Volgens BVR van 5/6/2009).

Subsidiëeringswijze en bedrag

Forfaitair, 290.000 euro + 35.000 € (voor vrijwilligerswerking) per jaar. Bedrag 2012, zonder

eventuele VIA-middelen, jaarlijks te indexeren.

Belang/motivatie

Hoewel slechts 1,2 % van de wetenschappelijke publicaties gaan over telefonische hulpverlening wordt steeds benadrukt dat een laagdrempelige, anonieme hulpverlening een noodzakelijk onderdeel is van elk regionaal of nationaal actieplan suïcidepreventie. Het gaat daarbij niet alleen om de effectiviteit maar ook om de kosteneffectiviteit. Met relatief weinig middelen worden veel mensen bereikt.

NIEUWE ACTIE III: Eén toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit

Uit (het traject naar) de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie bleek een grote nood aan het installeren van "één toegangspoort" voor de preventie suïcidaliteit (één telefoonnummer, één portaalsite), daaraan gekoppeld een geïntegreerd e-mental-health systeem van getrapte (keten)zorg en het betrekken van de omgeving van suïcidale mensen.

Deze toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit in Vlaanderen kan een antwoord bieden op deze geformuleerde noden.

Tot de doelgroep behoren:

- jongeren, volwassenen en ouderen die zich in het suïcidaal proces bevinden.
- de omgeving en mantelzorgers van deze mensen in nood.
- hulpverleners e.a. intermediairen die vanuit een professionele invalshoek werken met suïcidale mensen.

Gezien de omvang van deze actie is een fasering noodzakelijk. In **Fase 1** zal een module infotheek en helpotheek (portaalsite) gerealiseerd worden, samen met een verdere uitbouw van de reeds gerealiseerde actie telegzorg (i.c. verkort noodnummer 113 in samenwerking met Tele-Onthaal).

Andere modules (zelfhulp, lotgenotencontact, kortdurende interventie via e-mail, consultdesk voor professionals, rechtstreekse doorverwijzing), die zich ook situeren binnen andere preventiestrategieën, zullen gefaseerd gerealiseerd worden.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b	criterium 4b	criterium 5	criterium 5	criterium 5	criterium 5	totaal
		evidentie	kosteneffectief	actoren	termijn	implementatie	kwetsbare groep	(/8)
actie III (fase 1)	I	1,5 (2c)	1,5	1	1	1	1	7

Raming van de kostprijs*

uitvoering	implementatie	communicatie
éénmalig	recurrent	
250000	105000	40000
stuurgroep samenstellen + projectcoördinator	continuerende stuurgroep & coördinatie	drukwerk (X2)
aanmaak nieuwe portaalsite & ict platform	updates, aanpassingen en onderhoud portaalsite	persconferentie e.a. persacties
nummer 113 + technische onderbouw	ondersteunen bij implementatie andere modules	studiedag (X2)
	samenwerking back office mbt 113	advies communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.

Evidentie

Ja.

Uit onderzoek (Reynders, 2011) blijkt dat 25,7% van de Vlaamse mannen en 27,6% van de vrouwen bereid is om hulp te zoeken bij een telefonische crisislijn wanneer men psychische of emotionele problemen heeft. Dit is significant meer dan in Nederland. Ook chathulpverlening is populairder bij Vlamingen dan bij Nederlanders.

De effectiviteit van laagdrempelige telehulp werd slechts in beperkte mate onderzocht en aangetoond. Sommige resultaten suggereren evenwel een positief effect, zoals in Italië, bij een hulplijn voor ouderen (in combinatie met een dienst huisbezoeken). In een quasi-experimentele studie over 11 jaar, werden 71% minder suïcides opgetekend bij 18.641 gebruikers van de hulplijn in vergelijking met een controle groep (De Leo, Dello Buono & Dwyer, 2002).

Mishara et al. (2007) vond dat suïcidaliteit tijdens het gesprek aan de Amerikaanse hulplijnen (1-800 Suicide Network) daalt en dat de hopeloosheid en psychische pijn van de oproeper dalen in de week volgend op het gesprek³. Het tonen van empathie en respect, het aannemen van een ondersteunende houding, en het samen op zoek gaan naar een oplossing leidden daarbij tot een positieve uitkomst. Actief luisteren bleek echter onvoldoende om tot positieve resultaten te leiden. Eerder publiceerde Lester (1997) een review van de aanwezigheid van suïcidepreventiecentra en suïdecijfers. De conclusie van het artikel is dat er enig bewijs is voor een preventief effect, weliswaar klein en inconsistent (Lester, 1997). Recent is wel nog positief effect gevonden van telefonische hulpverlening bij suïcidaliteit in de V.S. in de studie van Kalafat et al. (2007).

Kosteneffectief

Ja, gebaseerd op de module laagdrempelige telehulp (FASE 1).

Het betreft hier laagdrempelige suïcidespecifieke telezorg met een gratis nummer en een chat waar mensen in crisismomenten voor zichzelf, voor derden of als nabestaanden terecht kunnen.

Een vrij recente studie (Gould et al., 2007) toont een daling met 41% van het aantal personen met sterke suïcidale gedachten (3 of meer op een schaal van 1 tot 5) na contacten met een (weliswaar niet suïcidespecifieke) crisislijn. Niet alle personen die belden hadden sterke suïcidale gedachten: in genoemde studie was dat 43%. Verder is het ook bekend (Kessler et al., 2009) bij hoeveel mensen met deze sterke gedachten er uiteindelijk een poging zal plaatsvinden (38%). Hiermee rekening houdend berekenden we dat in deze populatie de kans op een poging gelijk is aan 16,3%. Deze kan worden verminderd met 41%.

Het aantal bereikte personen per jaar wordt vastgelegd op 3.800, gebaseerd op het aantal unieke gebruikers, met een leeftijdsrange tussen 12 en 95 jaar.

De interventiekost bedraagt € 380.000 per jaar. Dit betekent een kost per bereikte persoon van € 100.

Implementatiefactoren

De actie is haalbaar en implementeerbaar.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

³ Kerkhof, A., Van Luyn, B. (2010) Suïcidepreventie in de praktijk, Bohn Stafleu van Loghum: "Een luisterend oor is misschien wel het effectiefste middel voor suïcidepreventie dat we kennen. Onderzoek onder mensen die op het punt hebben gestaan om suïcide te plegen, laat zien dat de beslissing om het toch niet te doen veelal voortkwam uit een begripvol gesprek met een vrijwilliger, vertrouwenspersoon, familielid of hulpverlener."

NIEUWE ACTIE IV: Zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren

Onder meer door een tekort aan hulpverleners en het feit dat jongeren vaak onwennig zijn in het zoeken van professionele hulp ontvangen zij niet altijd de nodige behandeling. Computergestuurde therapie kan ertoe bijdragen dat jongeren sneller een effectieve behandeling ontvangen.

Recent werd in Nieuw- Zeeland een zelfhulp computerprogramma ontwikkeld en uitgetest, nl. een zelfhulp computerprogramma voor jongeren (12-19jaar) met depressie. Het spel werd ontwikkeld door een team van de University of Auckland (Nieuw Zeeland), gespecialiseerd in de behandeling van depressie bij jongeren. De tool is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en staat voor 'Smart', 'Positive', 'Active', 'Realistic' en 'X-factor thoughts' (SPARX). Het is een interactief 3D fantasiespel dat jongeren vaardigheden en inzichten bijbrengt om om te gaan met depressieve gedachten en gevoelens. We willen een Vlaamse versie van dit social game realiseren en via een pilot onderzoeken of deze ook in Vlaanderen positief geëvalueerd wordt.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b	criterium 4b	criterium 5	criterium 5	criterium 5	criterium 5	totaal
		evidentie	kosteneffectief	actoren	termijn	implementatie	kwetsbare groep	(/8)
actie IV	S	2 (1b)	0	1	1	1	1	6

Raming van de kostprijs*

uitvoering	implementatie	communicatie
éénmalig	recurrent	
100000	50000	25000
vertalen en vervlaamsen game	updates en aanpassingen game	studiedag x 2
pilot onderzoek	evaluatie	pers
projectcoördinator	bekendmaking	

Suïcidespecifiek

Ja.

Het programma werkt rechtstreeks in op depressie, wat een determinant is voor suïcide. Tijdens het spel worden vaardigheden aangeleerd die een protectieve factor vormen voor het voorkomen van suïcide.

Link met strategie

Ja. Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp.

Evidentie

Ja. In Nieuw-Zeeland is in uitgebreid wetenschappelijk onderzoek (RCT) aangetoond dat deze tool depressieve symptomen bij jongeren met milde depressie reduceert en even werkzaam is als eerstelijns hulp voor deze jongeren.

Kosteneffectief

Ja.

De kosten zijn verbonden aan het aankopen van de game, de gebruiksrechten en het omzetten van de game naar het Nederlands.

Eenmaal ontwikkeld, ligt de interventiekost en verspreidingskost laag, gezien het spel kan dienen als zelfhulptool.

Implementatiefactoren

Termijn: lange termijn.

Implementatie: dit programma zou geïntegreerd kunnen worden als tool binnen de werking van de CAW en CGG, of direct aan de gebruikers beschikbaar gesteld kunnen worden met steun van de mutualiteiten, bijvoorbeeld op voorschrift en met opvolging van de huisarts. Ook moet er een koppeling voorzien worden met de website NokNok.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.3. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs

Het Van Dale woordenboek definieert 'intermediair' als tussenliggend en bemiddelend. In het Engels wordt soms de term 'gatekeepers' (poortwachters) gebruikt. Het gaat dan vooral om mensen die direct toeleiden naar zorg of zelf instaan voor zorg, zoals huisartsen en verpleegkundigen, en eventueel leerkrachten. Een alternatief is 'community facilitators' ('sleutelfiguren in de samenleving'), voor niet-medische professionals, zoals sociaal werkers, pastoraal werkers, politie, cipiers, ... Wij hanteren de term intermediair voor zowel professionelen (gatekeepers) als voor sleutelfiguren (community facilitators).

De deskundigheidsbevordering van deze intermediairs, zoals huisartsen, verpleegkundigen (Eisses et al., 2005), politieagenten (Pinfold et al., 2003; Watson et al., 2004) en apothekers (Bell et al., 2006) behoort tot één van de meest efficiënte strategieën ter preventie van suïcide.

Trainingen betreffende suïcide zijn zinvol (Andriessen et al., 1998; Andriessen & van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg & Wasserman, 2004). Veel gemeenschapswerkers geven zelf ook aan dat dergelijke vormingen noodzakelijk zijn (Ramberg & Wasserman, 2004; Hawgood et al., 2008; Leane & Shute 1998; Palmieri et al., 2008). Onderzoek toont tevens aan dat deze trainingen effectief zijn in het verbeteren van kennis, attitudes en vertrouwen inzake suïcide (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009). Daarnaast zorgen ze bij verpleegkundigen (Appleby et al., 2000; Crawford et al., 1998; Dennis et al., 2001; Morriss et al., 1999; Fenwick et al., 2004), leerkrachten (Chagnon et al., 2007; Davidson & Range, 1999), vrijwilligers op crisishulplijnen (Neimeyer & MacInnes, 1981) en psychologiestudenten (McNiel et al., 2008) voor een verbeterde inschatting van de risico- en zorgbehoeften van suïcidale patiënten en leiden ze tot meer interventies om suïcide te voorkomen. Ook in Vlaanderen werd dit effect gevonden (Scheerder, Reynders, Andriessen & Van Audenhove, 2010). Deskundigheidsbevordering gaat samen met netwerkvorming. Preventie en hulpverlening worden immers meer en meer georganiseerd via netwerken en samenwerkingsverbanden waarbij doelstellingen, strategieën en activiteiten op elkaar worden afgestemd en worden gecoördineerd in functie van de gedetecteerde noden.

BESTAANDE ACTIE: deskundigheidsbevordering

Begunstigde

CGG suïcidepreventiewerking

Type organisatie of titel project

De suïcidepreventiewerkers binnen de CGG hebben een functie die kan beschouwd worden als

die van een organisatie met terreinwerking.

Beleidsthema's, doel

Suïcidepreventie

Doelgroep en samenwerking

De suïcidepreventiewerking van de CGG is gericht op de bevolking voor wat de opvang binnen de CGG betreft, en op hulpverleners, de schoolomgeving, bedrijven en lokale besturen. De CGG suïcidepreventiewerking werkt samen met alle organisaties met terreinwerking en andere relevante partners en projecten, zoals de VDIP werking en de locoregionale uitvoering van het Vlaams Actieplan suïcidepreventie. De CGG suïcidepreventiewerking verenigt de kern van expertise op het terrein in suïcidepreventie. De CGG suïcidepreventiewerking werkt samen met de Vlaamse overheid, op vraag en binnen de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie.

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

De CGG suïcidepreventie staan in voor de bevordering van deskundigheid, zowel binnen de eigen organisatie als daarbuiten, voor de begeleiding van leerlingen, leerkrachten, werknemers en werkgevers na een zelfdoding in een school of een bedrijf en voor advies en begeleiding van hulpverleners bij suïcidaal gedrag van een patiënt of cliënt. Daarnaast ontwikkelen zij suïcidepreventieprotocollen binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, waarbinnen bijzondere aandacht is voor getrapte zorg van suïcidale mensen.

Zoals opgenomen in de beheersovereenkomst zal de suïcidepreventiewerking van de CGG zich qua deskundigheidsbevordering ook richten tot nieuwe doelgroepen die geformuleerd werden op de gezondheidsconferentie:

- Adviseurs van Boeren op een Kruispunt
- Medewerkers en vrijwilligers van Tussenstap vzw
- Medewerkers en vrijwilligers van Çavaria
- Medewerkers van de diensten voor Preventie en Bescherming op het werk (artsen, verpleegkundigen), medewerkers actief binnen de (psycho-)sociale diensten in ondernemingen, in overleg en na afstemming met het CPZ en Werkgroep Verder die hierrond reeds heel wat expertise ontwikkelde.
- Monitoren van Jeugd/jongerenorganisaties

Werkingsgebied

Vlaanderen

Periode

continu

Toekenningsprocedure

Onderdeel binnen reguliere werking via enveloppefinanciering (Decreet van 18/5/1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg) voor 8,5 VTE. Uitbreiding via facultatieve subsidie zonder oproep, vanaf eind 2011 voor 6,5 VTE op jaarbasis.

Subsidiëeringswijze en bedrag

Integratie in enveloppefinanciering van de CGG (8,5 VTE) en de uitbreiding met 6.5 VTE aan een

forfaitair bedrag van 68.000 euro per VTE. 15 VTE (vanaf 2012), geraamd aan 68.000 euro per VTE, vertegenwoordigt dit een bedrag van 1.020.000 euro per jaar (bedrag 2012).

Belang/motivatie

De CGG SP zijn betrokken bij de uitvoering van elke strategie in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Deskundigheidsbevordering van intermediairen is een aangetoond werkzame methode om zelfdoding te voorkomen.

Meer info

<http://www.suicidepreventievlaanderen.be/nl>

NIEUWE ACTIE V: Postercampagne

Ten einde de transfer te maken van het vormingsmoment naar de werkvloer en blijvende aandacht te vragen voor de vroegdetectie van mogelijks suïcidale personen wordt er bijkomend een poster ontwikkeld en geïntroduceerd tijdens bovenstaande vormingsmomenten in het kader van deskundigheidsbevordering. Deze poster is geïnspireerd op de "Is your patient suicidal"-poster, die ontwikkeld is door het Suicide Prevention Resource Center (SPRC).

De poster is een oplistijng van de meest voorkomende en opvallende symptomen van acuut risico op zelfdoding en bevat eenvoudige vragen die de hulpverlener kan stellen om het suïciderisico in te schatten.

De poster bevat (1) signalen van acute suïciditeit (2) de belangrijkste risicofactoren voor suïcidaal gedrag, en (3) vragen die kunnen worden gesteld bij een vermoeden van risico.

De begeleidende gids is een A4 met informatie op de voor- en achterkant. Dit papier geeft informatie over (1) inschatting van het suïciderisico, (2) mogelijke interventies, (3) ontslag protocols, (4), procedures voor wanneer een patiënt uit het ziekenhuis wegloopt.

Belangrijke boodschap: 'vragen stellen kan een leven redden!'

Deze poster kan bvb. uitgehangen worden in staflokalen, vergaderzalen, verpleegposten e.d.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie V	S	2 (1a)	2	1	1	1	0	7

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
25000	50000	10000
realisatie poster(s)	drukwerk poster verspreiding poster aanpassingen poster	persconferentie e.a. persacties advies communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs.

Evidentie

Ja.

De deskundigheidsbevordering van intermediairs, zoals huisartsen, verpleegkundigen (Eisses et al., 2005), politieagenten (Pinfold et al., 2003; Watson et al., 2004) en apothekers (Bell et al., 2006), behoort tot één van de meest efficiënte strategieën ter preventie van depressie en suïcide.

Posters zijn een veelvuldig gebruikte methode in ziekenhuizen om hun staf te sensibiliseren en informeren (cf 'lean posters'). De poster 'Is your Patient Suicidal' is als 'best practice' geregistreerd op www.sprc.be. De poster vergroot de kennis en vaardigheden mbt het inschatten van het suïciderisico en omgaan met suïcidale patiënten (Otto, 2011).

Kosteneffectief

Ja. Dominant.

Pfaff et al. (2001) toonden aan dat na vorming het aantal gedetecteerde personen met suïcidale gedachten steeg met factor 2,3. Indien deze personen dan ook doorverwezen kunnen worden voor hulpverlening (van diverse aard), kan dus een effect op het aantal pogingen bereikt worden. Uit de cijfers leiden we af dat het aantal herkende personen met suïcidale gedachten zou stijgen van 1,3 naar 3 per 100. Hierdoor stijgt het potentieel aantal personen dat kan genieten van hulpverlening en is het effect van deze laatste dus toepasbaar op dat groter aantal.

Gemiddeld kan dit leiden tot een daling van het aantal pogingen met 9.7%.

Aangezien de "Is uw patiënt suïcidaal?"-poster ook een vorm van deskundigheidsbevordering is, werd eenzelfde logica gehanteerd als bij deskundigheidsbevordering. Deze actie vergroot het aantal herkende personen echter iets minder dan de deskundigheidsbevordering. Volgens berekeningen op basis van Otto (2011) stijgt het aantal herkende patiënten met een factor van 1,47. Het totale berekende effect van deze actie op het aantal pogingen is dan ook iets lager, namelijk 6.0%.

Met deze actie zou men per jaar 120.000 personen bereiken, gebaseerd op het jaarlijks aantal bezoekers van de Vlaamse spoeddiensten. De leeftijdsgroep ligt tussen de 12 en 95 jaar.

De interventiekost bedraagt € 93.000 per jaar. Dit betekent een kost per bereikte persoon van € 0,08.

Als absolute kans op een poging werd het basiscijfer $(150 + 90 + 17,5)/100.000 = 0,258\%$ voor Vlaanderen gehanteerd.

Implementatiefactoren

Deskundigheidsbevordering is al vele jaren een vaste waarde inzake suïcidepreventie, deze wordt nu uitgebreid met nieuwe doelgroepen. Daarnaast kan de poster op een eenvoudige en snelle (goedkope) manier een toegevoegde waarde geven aan deze vormingen. Kanalen voor verspreiding zijn mogelijks de organisatie met terreinwerking voor de zorg voor suïcidepogers (DAGG Lommel) in samenwerking met anderen.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.4. Strategieën voor specifieke risicogroepen

Met risicogroepen worden de suïcidepogers en de personen met suïcidale gedachten en/of concrete plannen bedoeld. Bij deze personen is het suïcidaal proces gestart en in ontwikkeling. Wetenschappelijke gegevens tonen aan dat het risico op suïcide het grootst is binnen deze twee risicogroepen. Zo heeft onderzoek meermaals aangetoond dat een eerdere suïcidepoging de grootste risicofactor is voor suïcide en dat er ook een sterk verhoogd risico op suïcidaal gedrag is bij personen met frequente gedachten aan suïcide. Er zijn dan ook preventiestrategieën nodig die zich specifiek richten op personen waarbij het suïcidaal proces aanwezig is met de bedoeling om het suïcidaal proces om te buigen en te stoppen.

5.4.1. Suïcidepogers

Eerdere suïcidepogingen zijn een voorspeller voor toekomstig suïcidaal gedrag en worden beschouwd als de meest robuuste klinische voorspeller van suïcide (Portzky, 2006). Elke suïcidepoging verhoogt het risico op toekomstig suïcidaal gedrag met 30% (Oquendo et al., 2002) en longitudinaal onderzoek toont aan dat 12 tot 28% van jonge suïcidepogers binnen het jaar opnieuw een suïcidepoging onderneemt (Hawton et al., 2000; Vajda & Steinbeck, 2000). Buitenlands onderzoek toont aan dat binnen een follow-up periode van 5 jaar gemiddeld 5% van de suïcidepogers is gestorven als gevolg van een zelfdoding (Owens et al., 2002).

Binnen de groep van medisch ernstige pogingen ligt de herhalingsfrequentie nog veel hoger, waarbij bijna de helft van de patiënten binnen de 5 jaar opnieuw suïcidaal gedrag stelt (37% ten minste 1 suïcidepoging; 6.7% suïcide) (Beautrais, 2004). Eerder onderzoek van Beautrais (et al., 1998; 2001) toonde aan dat personen die medisch ernstige suïcidepogingen ondernemen grote gelijkenissen vertonen met personen die door suïcide overlijden op vlak van psychiatrische diagnose, psychiatrische voorgeschiedenis, socio-economische aspecten en levensgebeurtenissen.

De associatie tussen suïcide en suïcidepogingen wordt ook aangetoond in psychologische autopsieonderzoeken waaruit blijkt dat 25 tot 66% van de suïcideslachtoffers al eerder een suïcidepoging had ondernomen (Philips et al., 2002; Houston et al. 2001).

Een goede systematische nazorg van suïcidepogers met daarbij aandacht voor screening en evaluatie van het verdere suïcidale risico is cruciaal om nieuw suïcidaal gedrag te voorkomen. De zorg voor suïcidepogers door DAGG Lommel voorziet hierin. Verder kan een therapie of training die gericht is op het suïcidaal gedrag en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden hierop een aanvulling vormen.

BESTAANDE ACTIE: Zorg voor suïcidepogers

Begunstigde

CGG-DAGG (Opvang suïcidepogers)

Type organisatie of titel project

Organisatie met terreinwerking voor de zorg voor suïcidepogers

Beleidsthema's, doel

Suïcidepreventie, voorkomen van zelfdoding door verbeterde opvang van en zorg voor

suïcidepogers

Doelgroep en samenwerking

De doelgroep zijn jongeren en volwassenen die een suïcidepoging hebben ondernomen. PIZS (project integrale zorg suïcidepogers) werkt samen met de spoed en PAAZ afdelingen van de algemene ziekenhuizen, met eerstelijns hulpverleners, en met psychiatrische ziekenhuizen. DAGG Lommel werkt ook samen met alle relevante partners binnen suïcidepreventie, met name met de CGG suïcidepreventiewerking. DAGG werkt samen met de Vlaamse overheid, op vraag en binnen de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie.

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

PIZS werkt met het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang (IPEO) en de aangepaste versie hiervan voor jongeren (K-IPEO). De organisatie DAGG staat in voor de implementatie van de instrumenten: informatie, sensibilisering en het motiveren van partners in het werkveld. De ziekenhuizen en eerstelijns –en andere partners worden gevormd in het gebruik van de instrumenten. Zorgtrajecten worden uitgetekend en het opnemen van vervolgzorg wordt gestimuleerd.

Werkingsgebied

Vlaanderen

Periode

1/1/2012 – 31/12/2016

Toekenningsprocedure

Beheersovereenkomst na oproep van december 2010 (Volgens BVR van 5/6/2009)

Subsidiëeringswijze en bedrag

Forfaitair, 140.000 € per jaar. Bedrag 2012, zonder eventuele VIA-middelen en indexatie.

Belang/motivatie

Het risico op overlijden door zelfdoding is bij suïcidepogers het hoogst.

Uit een eerste opvolgstudie door de Eenheid van Zelfmoordonderzoek blijkt dat patiënten die volgens deze gestandaardiseerde methode worden bejegend vaker hulp zoeken en dit vaker ambulant doen. Er is 6 maanden na ontslag tevens een trend naar minder depressieve klachten, minder suïcidale gedachten en minder zelf gerapporteerde hopeloosheid bij patiënten waarbij het IPEO protocol werd gevolgd. Uit verschillende onderzoeken (o.a. Andreoli et al, 2005) blijkt dat het behandelen van een suïcidale crisis door opname leidt tot minder herval en lagere opname – en behandelkosten.

Meer info

<http://www.pizs.be/home.shtml>

5.4.2. Suïcidale personen

Suïcidale gedachten, impulsen en plannen behoren tot de niet-observeerbare componenten van het suïcidaal proces en zijn hierdoor ook moeilijker te onderzoeken. Er is echter duidelijke evidentie die aantoont dat er een sterk verhoogd risico aanwezig is bij personen met suïcidale gedachten en plannen. Zo toonde een onderzoek binnen de algemene bevolking naar het voorkomen van suïcidale gedachten en het risico op suïcidaal gedrag aan dat er een cumulatieve kans van 34% is dat gedachten aan zelfdoding overgaan naar meer concrete plannen tot suïcidaal gedrag. De kans dat er van gedachten wordt overgegaan naar een ongeplande suïcidepoging is 26% terwijl de kans om van concrete plannen over te gaan tot een suïcidepoging 72% is (Kessler et al., 1999). Ander onderzoek ging het proces na van suïcidale gedachten tot suïcidale planning bij geneeskundestudenten. Deze follow-up studie wees uit dat bij 8% van de studenten waar bij de baseline-meting suïcidale gedachten aanwezig waren, deze gedachten waren overgegaan naar concrete suïcidale plannen 1 jaar en 4 jaar later (Tyssen et al., 2004).

Bij deze risicogroep zal preventie voornamelijk gericht moeten zijn op de behandeling van de suïcidaliteit op zich (en minder op de mogelijk geassocieerde psychiatrische stoornis). Gezien het belang van hopeloosheid als risicofactor zullen specifieke behandelingstechnieken die zich richten op suïcidale gedachten, hopeloosheid en toekomst een meerwaarde kunnen betekenen.

NIEUWE ACTIE VI: Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen

Suïcidaliteit vraagt specifieke zorg. Veel strategieën en acties in de suïcidepreventie zijn echter gericht op de behandeling van psychiatrische stoornissen zoals depressie maar zijn niet specifiek gericht op suïcidaliteit. Hulpverleners zijn vaak vertrouwd en hebben kennis van behandelingsmogelijkheden bij aandoeningen zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen of eetstoornissen maar wanneer een depressieve patiënt of een patiënt met anorexia suïcidaal wordt, weten hulpverleners vaak niet hoe specifiek op de suïcidaliteit kan gewerkt worden.

Uit de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie bleek er een grote nood om ook een actie te ontwikkelen voor dit specifieke luik, gecombineerd met een onderzoeksproject gezien dit nieuw en zo goed als onontgonnen terrein is. Er is voor gekozen om twee nieuwe behandelmethodes te onderzoeken op hun effectiviteit, nl. Toekomstgerichte training en Mindfulness based cognitive therapy. In de eerste fase zal door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek de effectiviteit worden onderzocht van de module "Toekomstgerichte training" en de module "MBCT".

Indien na de evaluatie van de pilot voldoende evidentie beschikbaar is aangaande effectiviteit van de behandelvormen kan een uitrol over Vlaanderen plaatsvinden in de CAW, CGG e.a. settings (minimaal één training per provincie aanbieden).

Bij een positieve evaluatie van de pilot zullen de behandelvormen eveneens worden opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn (zie verder).

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie VI	I	2 (1b)	1,5	1	1	1	1	7,5

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
210000	210000	15000
pilot + onderzoeksluik behandeling 1	uitrol over Vlaanderen	drukwerk
pilot + onderzoeksluik behandeling 2	(telkens 1 groep per provincie via de CGG/CAW)	studiedag - 1 dagdeel

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. Strategieën voor specifieke risicogroepen (suïcidale personen).

Evidentie

Neen. Dit zit in pilotfase. Kwantitatieve feedback van de Toekomstgerichte training in Nederland is wel positief, de cursus is er ondertussen 13 keer door gegaan.

Kosteneffectief

Ja.

Behandeling van personen met suïcidale gedachten richt zich vooral op de behandeling van de suïcidaliteit op zich (en minder op de mogelijk geassocieerde psychiatrische stoornis). Omwille van het belang van hopeloosheid als risicofactor, zullen deze specifieke behandelingstechnieken zich vooral richten op "hopeloosheid" en "toekomst zien" door middel van cognitieve gedragstechnieken. Deze specifieke behandeling kan individueel of in groepsverband worden gegeven.

Studies waarin het effect van cognitieve gedragstherapie bij suïcidale personen werd onderzocht, toonden aan dat er een reductie van 42% in herhaling van suïcidaal gedrag kon worden vastgesteld (Brown et al., 2005).

De te bereiken populatie bedraagt 320 personen per jaar (groeps- of individuele behandeling), met een leeftijd tussen 18 en 64 jaar.

De interventiekost bedraagt jaarlijks € 109.000. Dit betekent een kost per bereikte persoon van € 340,63.

Voor de berekening van de absolute kans op een poging werd verondersteld dat de combinatie van een psychische problematiek in combinatie met suïcidaliteit de kans op een suïcidepoging gelijk maakt aan de kans op een poging bij oproepers van de Zelfmoordlijn, dat wil zeggen 16,3%.

Implementatiefactoren

Het verdient aanbeveling om eerst een pilot met randomized controlled trial (RCT) onderzoek te organiseren voor beide behandelvormen.

Naderhand en na positieve evaluatie is implementatie mogelijk binnen de reguliere hulpverlening. Hiertoe is een vorming nodig voor begeleiders van deze groepen en voldoende personeelscapaciteit om uit te rollen over Vlaanderen (minstens 2 groepen per jaar per provincie). De uitrol van deze innovatieve groepstrainingen past inhoudelijk binnen de overeenkomst die de CGG hebben inzake de behandeling van suïcidale personen. Eventueel zijn bijkomende personeelsmiddelen te voorzien.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.4.3. Kwetsbare groepen

Personen met een psychiatrische stoornis

Zoals reeds eerder besproken in het verklarende model voor suïcidaal gedrag, blijkt dat psychiatrische kenmerken een erg belangrijk aspect van de suïcideproblematiek vormen. Epidemiologische studies en psychologische autopsieonderzoeken hebben aangetoond dat psychiatrische factoren zeer frequent aanwezig zijn bij suïcidaal gedrag (Hawton & van Heeringen, 2009). Meer zelfs, suïcidaal gedrag blijkt zeldzaam in afwezigheid van een psychiatrische problematiek. Zo toonde het psychologische autopsieonderzoek van Gustafsson & Jacobsson (2000) aan dat 96 van de 100 suïcideslachtoffers ten minste één psychiatrische stoornis hadden. Psychologisch autopsieonderzoek bij Vlaamse adolescenten gaf zelfs aan dat bij alle jonge suïcideslachtoffers een psychiatrische diagnose kon worden vastgesteld (Portzky et al., 2005).

Stemmingsstoornissen blijken het vaakst voor te komen bij suïcidaal gedrag. Reviewstudies van psychologische autopsieonderzoeken geven aan dat bij de helft tot 75% van de suïcideslachtoffers ook een stemmingsstoornis aanwezig was op het moment van overlijden (Isometsä, 2001; Cavanagh et al., 2003). Stemmingsstoornissen blijken ook frequent gediagnosticeerd te worden bij jonge suïcideslachtoffers. Flisher (1999) concludeert uit een overzicht van zeven psychologische autopsieonderzoeken dat bijna alle jongeren die suïcide pleegden, leden aan een psychiatrische stoornis op het moment van hun overlijden. Stemmingstoornissen kwamen daarbij het meest voor. Ook het psychologisch autopsieonderzoek bij Vlaamse adolescenten geeft aan dat stemmingstoornissen het meest frequent gediagnosticeerd kunnen worden bij jonge suïcideslachtoffers, waar bij 68.5% van de slachtoffers een stemmingsstoornis werd vastgesteld. Een belangrijke bevinding in deze studie was ook dat bij 21% van de jonge suïcideslachtoffers een aanpassingsstoornis met depressieve stemming werd gevonden (Portzky et al., 2005).

Voor wat betreft **schizofrenie** toont onderzoek aan dat het risico op suïcide bij jonge patiënten met schizofrenie veertig keer groter is dan bij de algemene populatie (De Hert & Peuskens, 1997). Suïcide is de voornaamste doodsoorzaak bij patiënten met schizofrenie. 4 tot 13% van de patiënten met schizofrenie plegen suïcide en 25 tot 50% onderneemt een suïcidepoging (Meltzer, 2001).

Er is ook evidentie die aantoont dat er een belangrijke associatie is tussen afhankelijkheid van alcohol en andere middelen en suïcidaal gedrag, zowel bij volwassenen als bij adolescenten (Callahan, 1993). Murphy (2000) concludeerde dat ongeveer 2 tot 5% van de mensen met alcoholafhankelijkheid om het leven komen als gevolg van suïcide. De prevalentie van suïcide zou hierbij hoger liggen bij mannen dan bij vrouwen.

Ook de **borderline persoonlijkheidsstoornissen** worden gekenmerkt door een grote mate van autodestructief gedrag. Meer dan driekwart van de onderzochte borderline patiënten heeft een voorgeschiedenis van suïcidepogingen (van Heeringen & Kerkhof, 2000). Naast suïcidaal gedrag komt ook habituele automutilatie vaak voor bij deze groep van patiënten.

Onderzoek toont ook duidelijk aan dat **eetstoornissen** geassocieerd zijn met een sterk verhoogde mortaliteit. De belangrijkste oorzaak van overlijden bij anorexia nervosa is, naast uithongering, suïcide (Sullivan, 1995). Anorexia nervosa heeft de hoogste gestandaardiseerde mortaliteitsratio voor suïcide van alle psychiatrische stoornissen (Harris & Barraclough, 1997). Vlaams onderzoek heeft aangetoond dat er bij 14,6% van de patiënten met een eetstoornis een voorgeschiedenis van suïcidepogingen is, waarvan 23% bij patiënten met boulimia nervosa en 13,5% bij patiënten met anorexia nervosa (Vervaet, 2005).

Voor al **comorbiditeit** van middelenmisbruik met bijvoorbeeld stemmingsstoornissen blijkt het risico op

suïcidaal gedrag te verhogen (Aharonovich et al., 2002). Ook in de Vlaamse psychologische autopsie-studie bij jongeren bleek bij de helft van de jonge suïcideslachtoffers middelenmisbruik voor te komen, vaak in comorbiditeit met stemmingstoornissen (Portzky et al., 2005).

Samenvattend kan gesteld worden dat voornamelijk de volgende psychiatrische stoornissen geassocieerd zijn met een verhoogd risico op suïcidaal gedrag: stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Vooral het samen voorkomen van meerdere aandoeningen verhoogt het risico op zelfdoding.

BESTAANDE ACTIE: VDIP

Begunstigden

8 werkingsgebieden CGG met in elk werkingsgebied 1 CGG als projecthouder: Antwerpen (2.5 VTE), Vlaams-Brabant West (1.5 VTE), Vlaams-Brabant Oost (1.5 VTE), Noord West-Vlaanderen (1 VTE), Zuid West-Vlaanderen (2 VTE), Waas en Dender (1.25 VTE), Limburg 1 (1 VTE) en Brussel (1 VTE)

Type organisatie of titel project

Vroege detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen

Beleidsthema's, doel

Vroegdetectie, vroeginterventie, voorkomen van suïcidaal gedrag bij personen met psychiatrische (psychotische) stoornissen, deskundigheidsbevordering, psycho-educatie, begeleiden van patiënt en omgeving naar gespecialiseerde hulpverlening.

Doelgroep en samenwerking

De beoogde doelgroep is in eerste instantie (jong) volwassenen die tekenen vertonen van een mogelijke eerste psychose. De VDIP-methodiek werd reeds in voorgaande jaren met succes toegepast op deze doelgroep. Dit wordt verdergezet maar in de loop van 2012 en 2013 wordt deze methodiek ook toegepast op andere psychiatrische stoornissen (al dan niet in comorbiditeit met middelenmisbruik).

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

De 8 projecthouders zorgen voor bekendmaking van het risico op suïcide bij patiënten met psychiatrische (psychotische) stoornissen en comorbiditeit met middelenmisbruik, bekendmaking van het belang van vroegdetectie en van de eigen werking in het netwerk in de omgeving, deskundigheidsbevordering van hulpverleners binnen en buiten de settings van de geestelijke gezondheidszorg, psycho-educatie naar de persoon en zijn omgeving, motivatie voor behandeling en gerichte doorverwijzing binnen het netwerk.

Werkingsgebied

8 werkingsgebieden in Vlaanderen

Periode

1/1/2012 – 31/12/2012

Toekenningsprocedure

Volgens BVR

Subsidiëringswijze en bedrag

753.666 € bedrag 2012.

Belang/motivatie

Uit de evaluatiestudie van het eerste VAS blijkt dat VDIP een project is dat op korte tijd veel verwezenlijkt heeft: meer dan 600 actieve zorgperiodes voor personen met een ultrahoog risico op psychose. Tijdens de gezondheidsconferentie werd geconcludeerd dat er naast mensen met een psychose nog andere groepen zijn waarbij het risico op zelfdoding minstens even hoog is: het gaat dan met name over ernstige psychiatrische aandoeningen zoals borderline persoonlijkheidsstoornis, middelenmisbruik, eetstoornissen, stemmingsstoornissen en het samen voorkomen van één of meerdere aandoeningen. De vroege detectie en interventie bij psychiatrische stoornissen is bedoeld om suïcidaal gedrag bij deze mensen systematisch in te schatten en op te volgen.

Meer info

www.vdip.be

Nabestaanden

Een nabestaande na zelfdoding heeft iemand in zijn omgeving iemand verloren door zelfdoding. Nabestaanden zijn dus in de eerste plaats familieleden, maar ook vrienden, collega's, leerkrachten, medeleerlingen, spoorwegpersoneel en therapeuten (Werkgroep Verder). Nabestaanden die achterblijven na de suïcide van een dierbare kunnen zelf ook risico hebben op psychiatrische problematiek, gecompliceerde rouw, suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag. Het verhoogde risico kan enerzijds gerelateerd zijn aan mogelijke erfelijke invloeden op het familiaal voorkomen van psychiatrische stoornissen en suïcidaal gedrag (de Groot & Andriessen, 2007) en anderzijds kan de confrontatie met plots overlijden op zich bijdragen tot het ontstaan van psychiatrische problematiek (Woof & Carter, 1997). Ook het samenleven met iemand met ernstige psychiatrische problemen en de vaak traumatische omstandigheden rond een suïcide, kunnen het risico op gecompliceerde rouw en suïcidaal gedrag bij nabestaanden verhogen (de Groot & Andriessen, 2007).

Gezien deze risicofactoren is het belangrijk om te vermelden dat nabestaanden na zelfdoding een verhoogd risico hebben om zelf ook door zelfdoding te sterven. Nabestaanden die in hun familiekring iemand verloren hebben lopen tot 8 x meer kans, wie op het werk een collega verliest door zelfdoding loopt 3 x meer kans. Voor wie zijn of haar partner verliest door zelfdoding stijgt voor mannen het risico x 46, voor vrouwen x 16 (Jordan & McIntosh, 2010).

BESTAANDE ACTIE: Zorg voor nabestaanden**Begunstigde**

CGG-Passant (Werkgroep Verder)

Type organisatie of titel project

Organisatie met terreinwerking voor de zorg voor nabestaanden na zelfdoding

Beleidsthema's, doel

Suïcidepreventie, voorkomen van suïcidaal gedrag bij nabestaanden

Doelgroep en samenwerking

De uiteindelijke doelgroep zijn nabestaanden die een dierbare hebben verloren door zelfdoding. In samenwerking met de CGG suicidepreventiewerking worden gespreksgroepen georganiseerd in elke provincie. Werkgroep Verder werkt samen met de Vlaamse overheid, op vraag en binnen de Vlaamse werkgroep suicidepreventie.

Resultaatgebieden, kernactiviteiten, omschrijving

Werkgroep Verder zorgt voor informatie en advies, de ontwikkeling van methodieken voor de zorg voor nabestaanden, de zorg voor nabestaanden via het geven van informatie, het organiseren van gezamenlijke evenementen en gespreksgroepen. Werkgroep Verder zorgt voor de toepassing van de mediatorrichtlijnen door het motiveren en aanspreken van journalisten en relevante opleidingen.

Werkingsgebied

Vlaanderen

Periode

1/1/2012 – 31/12/2016

Toekenningsprocedure

Beheersovereenkomst na oproep van december 2010 (Volgens BVR van 5/6/2009)

Subsidiëeringswijze en bedrag

Forfaitair, 107.500 € per jaar. Bedrag 2012, zonder eventuele VIA-middelen en indexatie.

Belang/motivatie

De zorg voor nabestaanden, of postventie, is de preventie van zelfdoding voor nabestaanden. Het risico op zelfdoding door nabestaanden valt te begrijpen als een kwetsbaarheid voor (risicofactoren voor) zelfdoding en als een reactie op de gecompliceerde rouw als gevolg van zelfdoding door een naaste. Uit onderzoek (de Groot, 2005) blijkt dat vooral lotgenotencontact effectief is voor nabestaanden van zelfdoding.

Meer info

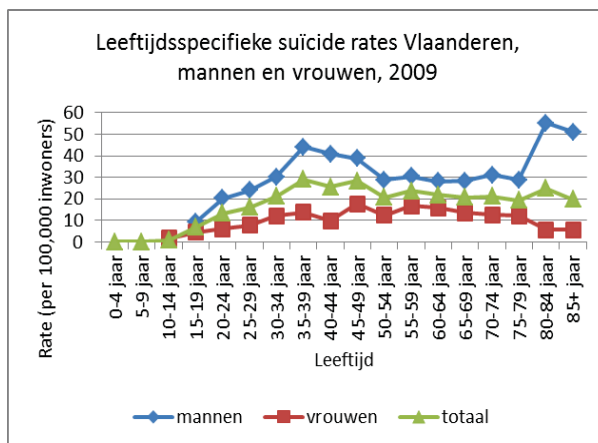
www.werkgroepverder.be

Leeftijdscategorieën (ouderen (75-plussers), mannen 34-45 jaar, jongeren (15-24 jaar))

Zoals reeds aangegeven in de inleiding, tonen de epidemiologische gegevens omtrent de prevalentie van suïcidepogingen en suïcide in Vlaanderen aan dat binnen bepaalde leeftijdscategorieën een verhoogd risico voor suïcidaal gedrag aanwezig is. Hieronder wordt ter verduidelijking nogmaals de grafiek weergegeven met daarin de meest recente suïcide cijfers (= uitgedrukt per 100.000 inwoners)

voor Vlaanderen voor 2009. Hieruit blijkt duidelijk dat mannen een hogere suïcide rate hebben dan vrouwen en dat voornamelijk ouderen (75-plussers) een verhoogd risico hebben. Tevens zijn de suïcidecijfers hoger voor mannen tussen 34-45 jaar. Binnen deze leeftijdsgroep is zelfdoding ook de voornaamste doodsoorzaak. Bij jongeren is zelfdoding de 2^{de} belangrijkste doodsoorzaak.

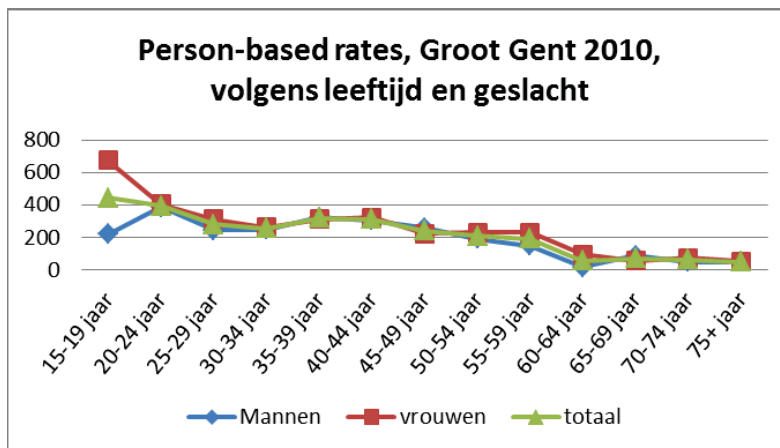
Figuur 5. Leeftijdsspecifieke suïcide rates Vlaanderen, mannen en vrouwen (2009)



Bron: Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

Figuur 6 toont de meest recente gegevens voor suïcidepogingen. Het betreft de gegevens voor het jaar 2010. Voor wat pogingen betreft kan worden gesteld dat vrouwen een iets hogere incidentie vertonen dan mannen. Met betrekking tot de leeftijd valt op dat voornamelijk de jongere leeftijdsgroepen een verhoogd risico vertonen op suïcidepogingen; bij de vrouwen is het duidelijk dat de jongste leeftijdsgroep, van 15-19 jaar, de hoogste incidentiecijfers vertoont en bij mannen de 20-24 jarigen een verhoogd risico hebben. Aangezien een eerdere suïcidepoging de sterkste risicofactor is voor suïcide, is het aangewezen om deze groep van jongeren als een kwetsbare groep te beschouwen en aandacht te hebben voor preventieve maatregelen.

Figuur 6. Person-based rates, Groot Gent, volgens leeftijd en geslacht (2010)



Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent

Gedetineerden

Uit epidemiologische gegevens en literatuur blijkt een sterk verhoogd risico voor suïcidaal gedrag te bestaan bij gedetineerden. De suïcidecijfers van Vlaamse gevangenen leren ons dat de gedetineerden in vergelijking met de prevalentie binnen de algemene Vlaamse bevolking een hoger risico te hebben (voor 2004 noteren we na extrapolatie 86,5 suïcides op 100.000 bij gedetineerden, dat is 4,7x hoger in vergelijking met de Vlaamse suïcidecijfers).

Preventieve maatregelen zoals een degelijke opvang en evaluatie van suïcidepogers binnen de gevangenis, screening en behandeling van psychiatrische stoornissen binnen deze populatie, zijn dan ook aangewezen.

Kansarmen

Onderzoek heeft een positieve relatie aangetoond tussen suïcide en een lagere socio-economische status: inkomensongelijkheid, opleiding, werkloosheid (Reynders et al, 2009). De prevalentie is het hoogst bij mensen die sociaal, qua opleiding en economisch minder bedeeld zijn. Ook het aantal pogingen tot zelfdoding ligt significant hoger bij laagopgeleiden. Bij adolescenten blijken een laag inkomen bij de ouders en armoede binnen het gezin een risicofactor voor suïcidaal gedrag te zijn (Beautrais et al., 1996). Internationaal onderzoek vond dat de suïcidecijfers het hoogst liggen bij het deel van de bevolking met de laagste socio-economische status. Zowel persoonsgebonden als omgevingsfactoren spelen hierbij een rol (Platt, 2011).

Holebi's en transgenders

Onderzoeksgegevens hebben aangetoond dat homoseksuelen een verhoogd risico hebben op suïcidaal gedrag. Onderzoek toont aan dat 33 tot 45% van de holebi-jongeren tijdens het opgroeien zelfmoordgedachten heeft (van Heeringen & Vincke, 2000). Verder onderneemt 12,4% van de homojongens effectief een zelfmoordpoging, wat meer dan het dubbele is van heterojongens. Bij lesbische meisjes ligt dat cijfer zelfs vijf maal zo hoog: 25% onderneemt een zelfmoordpoging tegenover 5,4% van de heteromeisjes. Dit verhoogde risico zou geassocieerd zijn met negatieve psychosociale ervaringen door het effect van sociale vergelijking. Ook andere factoren zoals interpersoonlijke conflicten door seksuele oriëntatie, middelenmisbruik, weglopen van huis en zichzelf identificeren als homoseksueel op jonge leeftijd zouden een rol spelen (van Heeringen & Vincke, 2000). Uit het Welebi-onderzoek (Schoonacker, 2009) bleek dat 56,6% van de lesbische en bi-meisjes er minstens één keer ernstig aan dacht een einde te maken aan haar leven. 14,4% had minstens één suïcidepoging achter de rug.

Voor de groep van transseksuelen (mensen wiens geslacht juridisch en operatief wordt aangepast)

had maar liefst 62,3% ooit gespeeld met de gedachte aan zelfmoord. 22% ondernam ten minste één zelfmoordpoging (Motmans, 2009).

Andere

Bijzondere aandacht dient gegeven te worden aan de sociale omgeving van suïcidale personen welke een belangrijke factor vormt die enerzijds beschermend kan werken in het geval van positieve, ondersteunende relaties maar anderzijds ook het risico kan verhogen wanneer er weinig ondersteuning en negatieve relaties zijn. Het is echter ook belangrijk om aandacht te hebben voor het interactie-effect en aan te geven dat suïcidaliteit zelf ook een negatief effect kan hebben op de omgeving en het gezin van de suïcidale persoon. Zo toont bijvoorbeeld onderzoek naar de ervaringen van ouders na een suïcidepoging van hun kind aan dat ouders zich uitermate hulpeloos, overstuurd en angstig voelden, vooral dan over de mogelijkheid dat het suïcidaal gedrag zich zou herhalen. Hierbij werd ook aangegeven dat deze bezorgdheid toenam wanneer een gebrek aan steun en informatie door de hulpverlening werd ervaren (Raphael et al., 2006).

Vooral vanuit het forum, maar ook vanuit het werkveld werd een sterke nood aangegeven omtrent het meer betrekken van de omgeving van de suïcidale persoon. Er is nog niet veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van het betrekken van de omgeving, maar de eerste pilootstudies die het effect meten van een ondersteuningsprogramma voor ouders van jongeren die een suïcidepoging hebben ondernomen, tonen positieve resultaten zowel bij de ouders alsook bij de jongere zelf, ook na 6 maand follow-up (Power et al., 2009).

Daarnaast zijn er een aantal groepen waarvan wordt verondersteld dat ook bij hen sprake is van een verhoogde kwetsbaarheid, zoals land- en tuinbouwers, mensen met een beperking, vluchtelingen en asielzoekers,... Voor deze groepen zijn geen Vlaamse cijfers beschikbaar, maar ervaringsdeskundigen en experts vragen om bij de uitwerking van de acties ook rekening te houden met deze groepen.

5.5. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

In deze strategie zitten 3 acties vervat die samen een geheel vormen: **een multidisciplinaire richtlijn** voor suïcidepreventie. De acties zijn (1) aanbevelingen voor de preventie van suïcidaal gedrag, (2) een richtlijn voor de risico-inschatting en behandeling van suïcidaal gedrag en (3) bijzondere aandacht voor ketenzorg.

Literatuuronderzoek wijst aan dat er voor bepaalde preventiestrategieën- en methodieken reeds duidelijke evidentie is aangetoond. Door de veelheid aan informatie enerzijds en de weinig concrete uitwerking van bepaalde methodieken anderzijds is het echter niet altijd duidelijk op welke wijze bepaalde preventiestrategieën in de praktijk kunnen uitgewerkt worden en moeten toegepast worden. Er wordt dan ook voorgesteld om algemene aanbevelingen te ontwikkelen waarin de verschillende mogelijkheden, strategieën en methodieken voor de preventie van suïcidaal gedrag worden verduidelijkt en geconcretiseerd. Binnen deze aanbevelingen zal ook aandacht worden besteed aan de verschillende risicogroepen (jongeren, ouderen, kansarmen, personen die in het verleden een suïcidepoging hebben ondernomen,...). Deze aanbevelingen hebben als doelstelling om binnen verschillende settings (school, de werkplek, lokale besturen,...) handvaten aan te bieden voor preventie zoals bijvoorbeeld:

- Wat kan er op de werkplek, in de school, ... gedaan worden naar sociale integratie toe?
- Wat zijn mogelijkheden naar het verhogen van de veerkracht en het versterken van de zelfhulp?

- Wat kan er op de werkplek gedaan worden indien een medewerker psychische klachten ervaart?
- Op welke elementen moet men letten om de omgeving suïcideveilig te maken (mediarichtlijnen, toegang tot middelen beperken,...)?
- Wat zijn mogelijkheden op vlak van vroegdetectie en screening?
- Wat kan men doen wanneer een medewerker/een leerling suïcidaal is?...

De doelgroep voor algemene aanbevelingen is ruim en verspreid over verschillende settings zoals de school, de werkplek, lokale besturen, gevangenissen, ...

NIEUWE ACTIE VII: Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide

Het doel is handvatten en toolkits voor suïcidepreventie aanbieden aan intermediairen en beleidsmakers binnen verschillende settings (de school, de werkplek, lokale besturen,...) zodat zij de kennis en vaardigheden ontwikkelen om binnen hun domein een suïcidepreventie- en postventiebeleid te kunnen opstellen, optimaliseren, implementeren, en evalueren.

Deze actie zal kaderen in het Europese project 'EUREGENAS', wat staat voor 'EUropean REGions ENforcing Actions against Suicide'.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie VII	U	0,5 (4)	0	1	1	1	1	4,5

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
Financiering via Euregenas	Financiering via Euregenas	Financiering via Euregenas
databank samenstellen	richtlijn evalueren en updaten	drukwerk
richtlijn ontwikkelen + toolkits	toolkits evalueren en updaten (ev. uitbreiden)	studiedag
projectcoördinator		pers
		communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Evidentie

Neen, veelbelovende interventie.

Kosteneffectief

Geen gegevens ter beschikking

Implementatiefactoren

Vlaanderen en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek zijn trekker van dit werkpakket WP6 binnen het Europese project Euregenas (EUROpean REGions enforcing Actions against Suicide), als dusdanig kan deze actie perfect in Vlaanderen geïmplementeerd worden.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

In de wetenschappelijke literatuur bestaat duidelijke consensus betreffende het cruciale belang van een goede opvang en behandeling van suïcidale patiënten (Kapur et al., 2003; Mann et al., 2005). Ondanks de hoge prevalentie van suïcidaal gedrag in de algemene Vlaamse bevolking en in de klinische populatie bestaat er tot op heden in Vlaanderen geen richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Er is ook weinig duidelijkheid over de kwaliteit van de zorg bij de opvang en behandeling van suïcidepogers en personen met suïcidale gedachten.

NIEUWE ACTIE VIII: Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag

Er bestaat een grote behoefte aan de ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire evidence based richtlijn voor de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag. Deze actie houdt de ontwikkeling en implementatie in van een richtlijn met concrete aanbevelingen voor vroegdetectie en behandeling van suïcidaal gedrag op basis van het best beschikbare bewijs vanuit wetenschappelijk onderzoek.

De richtlijn is bedoeld voor hulpverleners (psychiaters, psychologen, huisartsen, spoedartsen,...).

In de richtlijn wordt aandacht besteed aan:

- de psychotherapeutische behandeling van psychische problemen en specifiek suïcidaliteit;
- de medicamenteuze behandeling van deze personen;
- vroegdetectie en screening bij hoog-risicopersonen;
- risico-inschatting bij suïcidaliteit;
- het opvolgen en monitoren van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b	criterium 4b	criterium 5	criterium 5	criterium 5	criterium 5	totaal
		evidentie	kosteneffectief	actoren	termijn	implementatie	kwetsbare groep	(/8)
actie VIII	I	2 (1a)	2	1	1	1	0	7

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
75000	75000	25000
premeting	bekendmaking en verspreiding richtlijn	drukwerk
ontwikkeling richtlijn	evaluatie richtlijn	studiedag
projectcoördinator	deskundigheidsbevordering	pers
		communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suicide

Evidentie

Neen, veelbelovende interventie.

Over het algemeen kunnen we stellen dat kwalitatief betere gezondheidszorg en een integrale aanpak van suïcidaal gedrag het aantal (pogingen tot) zelfdodingen kan doen dalen.

Wat de verwachte vermindering van de kans op een suïcidepoging of op suicide betreft kan er uitgegaan worden van 2 mogelijke uitkomsten van de richtlijn:

-1^{ste} uitkomst: de implementatie van de richtlijn die in combinatie met deskundigheidsbevordering zal gebeuren heeft enkel de effecten van deskundigheidsbevordering: conform de gegevens van de gezondheidseconomische evaluatie van De Smedt, Sbarigia en Annemans (2011) kan dit leiden tot een daling van 9% minder suïcidepogingen

-2^{de} uitkomst: de implementatie van de richtlijn die in combinatie met deskundigheidsbevordering zal gebeuren leidt bij hulpverleners tot een gebruik van (of een doorverwijzing naar) therapeutische interventies bij suïcidale personen die een bewezen effectiviteit hebben zoals cognitieve gedragstherapie waarbij o.a. onderzoek van Brown et al. (2005) en Slee et al. (2008) (ref zie verder) aangaf dat dit kon leiden tot 42- 50% minder suïcidepogingen

-Samenvattend: een range van 9-50% kan vooropgesteld worden

Kosteneffectief

Ja, dominant.

De doeltreffendheid van een dergelijke actie is niet beschreven in de literatuur. Men kan ervan uitgaan dat minstens het resultaat van deskundigheidsbevordering behaald moet worden en wellicht meer omwille van de extra bijzondere aandacht voor suïcidepogers. De reductie wordt geschat op 9,7%.

De beoogde doelgroep bedraagt 69.671 personen per jaar. Dit cijfer is gebaseerd op het aantal Vlamingen met ernstige suïcidale gedachten, namelijk volgens de Gezondheidsenquête van 2008 rapporteert 3% van de Vlamingen suïcidale gedachten. 42% van de personen met suïcidale gedachten zou sterke suïcidale gedachten hebben (Gould et al., 2007). De leeftijd van de doelgroep is 12 tot 95 jaar.

De interventiekost bedraagt € 64.000 per jaar. Dit betekent een kost per bereikte persoon van € 0,92. Als absolute kans op een poging werd het basiscijfer voor Vlaanderen verhoogd met een factor voor suïcidale ideatie (=6,481%) (Owens et al., 2002).

Implementatiefactoren

De multidisciplinaire richtlijn richt zich op het inhoudelijk professioneel (be)handelen. Samen met het kwalitatief model voor ketenzorg vormen ze samen een tweeluik voor kwalitatief goede zorg. De richtlijn kan op korte termijn uitgeschreven worden (naar het voorbeeld uit Nederland), waarna deze geïmplementeerd kan worden in Vlaanderen binnen verschillende sectoren.

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

Bijkomend wordt vanuit het werkveld aangegeven dat de continuïteit van zorg één van de belangrijkste knelpunten blijkt te zijn in de huidige organisatie van de hulpverlening. Door een gebrek aan sluitende (regionale) afspraken in de keten krijgen suïcidale patiënten niet altijd de juiste (na)zorg. De transfermomenten tussen en binnen zorgorganisaties kunnen gezien worden als risicovolle momenten. Een kwalitatief model waarin aanbevelingen worden gedaan voor zorgvuldig samenwerking in de keten bij mensen met suïcidaal gedrag kan de basis vormen voor het maken van lokale samenwerkingsafspraken waardoor algemeen de (na)zorg van de suïcidale patiënt kan verbeteren alsook de regionale samenwerking naar suïcidale patiënten toe.

NIEUWE ACTIE IX: Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen

De continuïteit van zorg blijkt één van de belangrijkste knelpunten te zijn in de huidige organisatie van de hulpverlening. Door een gebrek aan sluitende afspraken in de keten krijgen suïcidale patiënten niet altijd de juiste (na) zorg. De transfermomenten tussen en binnen zorginstanties kunnen gezien worden als risicovolle momenten.

Doel is de ontwikkeling, verspreiding en implementatie van een kwalitatief model van ketenzorg bij suïcidaliteit waardoor de zorgprocessen voor suïcidale personen naadloos op elkaar aansluiten.

We beogen een kwalitatief model waarin aanbevelingen worden gedaan voor een zorgvuldige samenwerking in de keten bij mensen met suïcidaal gedrag. Voor het uitwerken van een kwalitatief model voor ketenzorg baseren we ons op het Nederlandse voorbeeld van [Trimbos](#).

Bij de uitwerking van deze ketenzorg moet er rekening gehouden worden met de ontwikkelingen en ervaringen die we in Vlaanderen hebben opgedaan binnen het Project Integrale Zorg Suïcidepogers. Bij voorkeur wordt ketenzorg geënt op deze reeds bestaande werking en uitgebreid. Anderzijds dient er ook aansluiting gezocht worden bij de evoluties en projecten binnen het artikel 107.

Resultaat beslisboom

	USI	criterium 3b evidentie	criterium 4b kosteneffectief	criterium 5 actoren	criterium 5 termijn	criterium 5 implementatie	criterium 5 kwetsbare groep	totaal (/8)
actie IX	I	1,5 (2b)	0	1	1	1	0	4,5

Raming van de kostprijs*

uitvoering éénmalig	implementatie recurrent	communicatie
75000	75000	25000
samenstelling stuurgroep + coördinator	bekendmaking en verspreiding model	drukwerk
literatuurstudie	evaluatie model	studiedag
projectcoördinator	deskundigheidsbevordering	pers
		communicatiebureau

Suïcidespecifiek

Ja.

Link met strategie

Ja. De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Evidentie

Neen, er is geen duidelijke evidentie beschikbaar wegens een ontbreken van wetenschappelijk onderzoek.

Kosteneffectief

Niet beschikbaar.

Implementatiefactoren

Gezien de richtlijn voor heel veel professionele actoren relevant en richting gevend is, dienen al deze actoren (en hun koepelorganisaties) betrokken te worden bij de opmaak van deze richtlijn. Daarnaast kunnen we ons wat de inhoud betreft beroepen op de Nederlandse versie. Eens de richtlijn er is kan deze via de reeds bestaande kanalen van deskundigheidsbevordering geïmplementeerd worden en naderhand via de beleidsplannen van de organisaties ingeschreven en opgevolgd worden (via audits).

**De kostprijs is louter indicatief. Elke nieuwe actie zal als te behandelen dossier voorgelegd worden aan de Vlaamse regering.*

5.6. Overzicht van de acties

In onderstaande tabel zetten we *reeds bestaande acties*, samen met de *nieuwe acties* (in groen gemarkeerd) nog even samen.

Tabel 1. Overzicht van de acties, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Strategie 1: De individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken	
Fit in je Hoofd en zelfbeoordelingstest, Goed-Gevoel-Stoel & NokNok	Zie § 5.1.1.
Preventiecoaches in secundaire scholen	Zie § 5.1.5.
Mediarichtlijnen m.b.t. berichtgeving over zelfdoding	Zie § 5.4.3. organisatie met terreinwerking zorg voor nabestaanden
Actie I. Optimaliseren Fit in je Hoofd	Zie § 5.1.1.
Actie II. Netwerkgroepen voor ouderen	Zie § 5.1.3.
Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en online hulp	
Telefonische en anonieme hulpverlening	Zie § 5.2. organisatie met terreinwerking telezorg
Preventie 2.0	Zie § 5.2. organisatie met terreinwerking telezorg
Actie III. Eén toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit	Zie § 5.2.
Actie IV. Zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren	Zie § 5.2.
Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs	
Advies suïcidepreventie voor huisartsen (ASPHA)	Zie § 5.2.
Deskundigheidsbevordering van andere professionelen via vorming	Zie § 5.3.
Getrapte zorg in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	Zie § 5.3.
Het suïcidepreventieprotocol van de CGG	Zie § 5.3.
Actie V. Postercampagne	Zie § 5.3.

Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen	
Het Project Integrale Zorg voor Suïcidepogers (PIZS)	Zie § 5.4.1. organisatie met terreinwerking zorg voor suïcidepogers
Zorg voor nabestaanden na zelfdoding	Zie § 5.4.3. organisatie met terreinwerking zorg voor nabestaanden
Vroegdetectie en –interventie bij psychose (VDIP)	Zie § 5.4.3.
Actie VI. Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen	Zie § 5.4.2.
Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide	
Actie VII. Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide	Zie § 5.5.
Actie VIII. Aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag	Zie § 5.5.
Actie IX. Aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen	Zie § 5.5.

6. Randvoorwaarden

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie biedt een wetenschappelijk onderbouwd kader om op een verantwoorde manier aan suïcidepreventie te doen. Het is belangrijk dat dit kader goed wordt gevolgd door alle actoren.

Daarnaast vraagt een optimale implementatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie ook een investering in onderstaande randvoorwaarden.

6.1. Vermaatschappelijking van de zorg

Vermaatschappelijking van de zorg betekent dat de zorg deel uitmaakt van de samenleving waarbij in de mate van het mogelijke wordt vermeden dat die zorg van de maatschappij wordt afgezonderd. De maatschappij wordt daarbij een duidelijke partner in de zorg. De zorg voor personen met ernstige en langdurige psychische problemen wordt gekenmerkt door deze toenemende vermaatschappelijking. Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg verwijst dan ook naar een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de persoon met psychische problemen (Vandeuren, Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, 2010, p.11).

In Vlaanderen zijn reeds een aantal initiatieven opgestart om mensen met “beperkingen” een zinvolle plaats te geven, en hen daarbij te ondersteunen, in onze samenleving. Het gaat hier o.a. om het

-**buddyproject Vlaanderen** waarbij één vrijwilliger ('buddy') wordt gekoppeld aan één persoon met psychische moeilijkheden ('deelnemer'). Ze ontmoeten elkaar voor een babbel, gaan wandelen, eens fietsen of naar de film,...

-de **eerstelijns psychologische functie** ontwikkelt een laagdrempelig en nabij GGZaanbod. Door de aanwezigheid in een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum of, dicht bij de eerstelijnszorg, in de diverse thuiszorgdiensten draagt de eerstelijns psychologische functie bij tot preventie. Het maakt een vroege detectie en een vroege interventie haalbaar.

-**functie 1 in Artikel 107-projecten** heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Dat impliceert: ingaan op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling, eerste interventies en dit, bij voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig, wordt de therapeutische continuïteit op lange termijn verzekerd.

Vanuit de ambulante sector, in casu de CGG, wordt **outreaching** voorzien naar belendende sectoren om deze eerste functie mogelijk te maken.

-Het **concept W²** omvat breed ondersteunde processen van trajectbegeleiding, zowel op het vlak van werk, sociale economie als van welzijn. Deze trajectbegeleiding gebeurt op maat en is vanuit een langetermijnperspectief, gericht op actieve (arbeids)participatie van personen met medische, mentale, psychische en psychiatrische moeilijkheden. Dit concept is gefundeerd op zes basisprincipes. Het gaat om inclusieve, integrale, krachtgerichte, participatieve, gestructureerde en gecoördineerde trajectbegeleiding.

Door specifiek in het VAS II in te zetten op acties die zich situeren binnen strategie 1, nl. Geestelijke gezondheidsbevordering m.b.t. individu en maatschappij brengen we het niveau van “preventie” en “zorg” terug bij de individuele Vlaming en zijn of haar omgeving en ruimer, in onze samenleving. Dit kan o.m. ook door het inzetten van vrijwilligers en door meer beroep te doen op de zelfhulpvaardigheden van mensen. Op deze manier empoweren we onze samenleving om aan zelfzorg te doen en voor elkaar te zorgen.

6.2. Locoregionale verankering en implementatie

Om het Vlaams Actieplan ook op locoregionaal niveau te verankeren en op elkaar af te stemmen, is het belangrijk dat er een locoregionale samenwerking is:

- Met duidelijke afspraken tussen de locoregionale partners;
- Waarbij er een systematische samenwerking is op locoregionaal vlak tussen welzijns- en gezondheidspartners en met andere actoren die niet noodzakelijk gelinkt zijn aan het Vlaams Actieplan.

De locoregionale samenwerking die de voorbije jaren werd ontwikkeld wordt gecontinueerd. Deze locoregionale werking moeten er blijvend voor zorgen dat de acties uit het actieplan lokaal geïmplementeerd kunnen worden.

BESTAANDE ACTIE: locoregionale uitvoering van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie

Begunstigde

CGG en LOGO's

Type organisatie of titel project

Locoregionale uitvoering van het Vlaamse actieplan

Beleidsthema's, doel, resultaatgebieden

Locoregionale samenwerking suïcidepreventie en netwerking in elke provincie en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, promotie en disseminatie van methodieken en meewerken aan de uitvoering van geestelijke gezondheidsbevordering (strategie 1), bevordering van laagdrempelige telegeneeskunde (strategie 2), deskundigheidsbevordering van intermediairen (strategie 3), zorg voor risicogroepen (nabestaanden, suïcidepogers, VDIP, strategie 4).

Werkingsterrein

Vlaanderen

Periode

1/1/2012-31/12/2013

Toekenningprocedure

Facultatieve subsidie zonder oproep

Subsidieringswijze en bedrag

Forfaitair, voorschotten en resterende 10% na beëindiging

Belang/motivatie/toekomst

Om het Vlaams Actieplan ook op locoregionaal niveau te verankeren en op elkaar af te stemmen, is het belangrijk dat er een locoregionale samenwerking is met duidelijke afspraken tussen de locoregionale partners. Een systematische samenwerking op locoregionaal vlak tussen welzijns- en gezondheidspartners en met andere actoren die niet noodzakelijk gelinkt zijn aan het Vlaams Actieplan, is een belangrijke randvoorwaarde. De locoregionale samenwerking die de voorbije jaren werd ontwikkeld wordt gecontinueerd. Deze locoregionale samenwerking moeten er blijvend voor zorgen dat de acties uit het actieplan lokaal geïmplementeerd kunnen worden.

6.3. Wetenschappelijke onderbouw, methodiekontwikkeling en evaluatie

Wetenschappelijk onderzoek is net zoals bij het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie een belangrijke randvoorwaarde. Behalve epidemiologisch onderzoek, is er nood aan psychologisch autopsyonderzoek naar de oorzaken, de omstandigheden en de risicofactoren van suïcide in Vlaanderen; onderzoek naar het effect van campagnes op het hulpzoekgedrag; onderzoek m.b.t. signaalherkenning. Er is bovendien nood aan evaluatieonderzoek en methodiekontwikkeling. Bij de realisatie van acties uit het VAS II is reeds uit gegaan van een wetenschappelijke onderbouw en evidentie. Echter, deze is, ook wereldwijd, schaars te noemen.

“... research of effective suicide prevention, a seemingly obvious task, has been until now a heavily neglected and under-resourced area around the world, which calls for attention” (Wasserman & Durkee, 2009).

Het is belangrijk te voorzien dat de projecthouders van elke actie ook dienen te participeren aan de evaluatie van het globale actieplan, uiteraard met inbegrip van de actie waar men zelf verantwoordelijke voor was.

De taken zouden heel goed verenigd kunnen worden in een partnerorganisatie voor informatie, advies, methodiekwontwikkeling en effectevaluaties, analoog aan andere partnerorganisaties van de Vlaamse Overheid.

6.4. Duurzaamheid in beleid en geïntegreerd werken

Behalve de nood aan regelmatige herhaling van campagnes, trainingen, posters, programma's, ... zal een engagement van het werkveld én de politiek nodig zijn om de continuïteit en de duurzaamheid te verzekeren. Ook een zorgvuldige implementatie van de voorgestelde acties, zal, zoals bij het eerste Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, bij voorkeur leiden tot duurzame verankering van organisaties met terreinwerking in het suïcidepreventiebeleid.

Zowel wat input als output betreft, worden verschillende actoren betrokken: de huidige partners inzake suïcidepreventie en de verschillende voorzieningen en zorgnetwerken op de eerste, tweede en derde lijn. Het gaat dan niet enkel over onderlinge afspraken, maar er dient ook te worden gekeken naar een integratie van de initiatieven ten behoeve van de gebruiker.

Bij het uitwerken van verschillende acties is steeds uitgegaan van het “netwerk” principe. Verschillende actoren bij elkaar brengen in een platform om van daaruit samen acties te realiseren, bekend te maken, evalueren,.... De actie “één toegangspoort voor de preventie van suïcidaliteit” is daar een uitstekend voorbeeld van. Daarnaast is getracht om reeds lopende initiatieven te integreren of aansluiting te doen vinden bij nieuwe acties.

6.5. Aandacht voor innovatieve technologieën

Het is belangrijk om bij de uitwerking van concrete acties de mogelijkheden te bekijken die vanuit de informatie- en communicatietechnologie aanwezig zijn of gerealiseerd kunnen worden. Er kan hiervoor bij voorbeeld aansluiting gezocht worden bij de innovatiecentra en/of de demonstratieprojecten van Flanders Care. Het zou goed zijn als dit thema in de volgende oproepen voor demonstratieprojecten blijft aan de orde kan komen.

Op die manier kan de implementatie geoptimaliseerd worden, (kosten)efficiënter gemaakt of kan een specifieke groep bereikt worden. Het gaat dan onder meer om toepassingen en applicaties die gelinkt zijn aan e-health en mobile health.

In heel wat acties wordt de kaart van e-health getrokken. Denk maar aan de actie m.b.t. de toegangspoort en het unieke platform (e-help module) of een *serious / social game* en een nieuwe website van Fit in je Hoofd. Het is belangrijk om bij de uitwerking van deze acties ook met innovatieve ICT-partners in zee te gaan die applicaties en toepassingen realiseren die ook mobiel te gebruiken zijn. Overkoepelend is het noodzakelijk om de evoluties in Vlaanderen (Vitalink) en Europa te volgen (Euregenas, e-mental health programma). Een eventuele technologische link (gemeenschappelijke

informatiesystemen) met een gecentraliseerd digitaal patiëntendossier dient ook voor ogen gehouden te worden.

6.6. Facettenbeleid

Een facettenbeleid is dat deel van het preventieve gezondheidsbeleid dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt en bijdraagt tot het bevorderen, beschermen of behouden van gezondheid. Ook voor suïcidepreventie is een degelijk facettenbeleid een voorwaarde. Voorbeelden van het facettenbeleid zijn samenwerking met Onderwijs en met Werk. Sommige topics in het tweede Vlaams Actieplan zullen moeten worden afgetoetst binnen verschillende beleidsdomeinen van zowel Vlaamse als federale bevoegdheden. De samenwerking met beleidssectoren buiten de gezondheidszorg en met de federale instanties is nodig om een brede implementatie van het Vlaams Actieplan te kunnen realiseren.

6.7. Partnerorganisatie

Doorheen het voortraject van en op de Gezondheidsconferentie is herhaaldelijk de nood geformuleerd tot het oprichten van een expertisecentrum suïcidepreventie. Dit o.a. om de verschillende actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van het Vlaams Actieplan op elkaar af te stemmen, voor de nodige complementariteit te zorgen, het ontwikkelen van materialen en methodieken die wetenschappelijk onderbouwd zijn en voor het uitwerken van een communicatieplan (zie verder § 7).

De partnerorganisatie kan i.s.m. het agentschap en kabinet bijdragen aan de coördinatie, afstemming, continuïteit, wetenschappelijke onderbouw én evaluatie van acties inzake suïcidepreventie in Vlaanderen.

De verdere concretisering van de opdracht van deze partnerorganisatie suïcidepreventie zal later ingevuld worden.

7. Communicatieplan

Het Vlaams actieplan suïcidepreventie omvat een veelheid aan acties die er samen toe moeten leiden dat de gezondheidsdoelstelling inzake suïcidepreventie gerealiseerd wordt. Om te vermijden dat er versnippering ontstaat en dat voor het publiek en het werkveld duidelijk is welke acties bij het Vlaams actieplan horen, is het belangrijk dat er op een eenduidige manier wordt gecommuniceerd door de betrokkenen.

Het doel van dit communicatieplan binnen het nieuwe VAS II is op een gestructureerde, transparante manier de juiste personen bereiken, zodat de implementatie van de acties vergemakkelijkt wordt.

7.1. Inhoudelijke communicaties m.b.t. zelfdoding en de resp. acties

7.1.1. Doelgroepenmapping

Doelgroepenmapping betreft het identificeren van relevante doelgroepen voor communicaties inzake het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Bij de indeling van doelgroepen wordt uitgegaan van twee categorieën: publieksgroepen en professionelen.. Deze laatste groep moet zelf informatie krijgen en speelt een belangrijke rol in het bereiken van de publieksgroepen.

Doelgroepen publiekscommunicatie:

- jongeren/adolescenten (< 25 jaar)
- ouderen/senioren
- mannen (35-50j)
- volwassenen (26-64 jaar)
- mensen met psychische problemen
- de omgeving, mantelzorgers van mensen met psychische problemen
- mensen met suïcidale ideaties
- mensen die een suïcidepoging hebben gedaan
- de omgeving van mensen die suïcidaal zijn
- zorgverleners (eerste, tweede, derde lijn – ambulant & residentieel)
- allochtonen
- werkgevers

Professionelen/intermediairen

- LOGO's
- scholen
- CLB
- steden en gemeenten / lokale besturen
- centra voor algemeen welzijnswerk
- centra voor morele dienstverlening
- huisartsen
- centra voor geestelijke gezondheidszorg
- algemene ziekenhuizen

- psychiatrische ziekenhuizen
- projecten 107
- VIGeZ
- suicidepreventiewerking van de CGG
- Centrum ter Preventie van Zelfdoding
- Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
- Werkgroep Verder
- Telefonische hulplijnen
- zelfhulpgroepen
- arbeidsgeneeskundige diensten
- woonzorgcentra
- dienstencentra
- thuiszorg
- apothekers
- mutualiteiten
- media

7.1.2. Taskforce communicatie

Het is wenselijk om vanuit de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie een **taskforce communicatie** te installeren die de specifieke communicaties en boodschappen aan bovenstaande doelgroepen (doelgroepencommunicatie) kan bepalen, stroomlijnen en opvolgen. Per doelgroep kan bepaald worden :

- a) waar ze vandaag staan en waar ze naar toe willen (doelstelling)
- b) welke barrières en motivatoren er zijn om daartoe te komen
- c) wat de informatiebehoefte is / wat de boodschappen zijn
- d) welke kanalen en instrumenten (bijkomend) nodig zijn

Wat betreft het communicatie plan naar de doelgroep jongeren (<25j) is het aangewezen om aansluiting te zoeken bij het initiatief dat nu vanuit Zorg voor Pogers wordt ontwikkeld en als doel heeft om direct naar jongeren te communiceren die een suïcidepoging hebben gedaan.

7.2. Communicaties over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

7.2.1. Creatie van een gemeenschappelijke database van perscontacten

De perscontacten van de verschillende organisaties worden gecentraliseerd in een gemeenschappelijke database, die op geregelde basis geactualiseerd wordt.

7.2.2. Creatie van een algemene infofiche rond het Vlaams actieplan suïcidepreventie

Er wordt een algemene informatiefiche opgemaakt rond het Vlaams actieplan suïcidepreventie. In deze fiche staat volgende informatie:

- Algemene informatie rond zelfdoding in Vlaanderen (link naar de cijfers, ...)
- De gezondheidsdoelstelling
- De strategieën van het VAS

Deze fiche dient als achtergrond en wordt meegestuurd met elk persbericht dat kadert in één van de acties binnen het VAS.

7.2.3. Promoten van acties binnen het VAS II

Communicatie naar het grote publiek via de pers.

Agentschap en kabinet nemen het initiatief, samen met de op te richten Partnerorganisatie en de resp. projecthouder van de actie om:

1. Een persbericht op te maken en rond te sturen. Dit persbericht omvat volgende informatie:
 - a) Wat, waarom, hoe, wie van de actie zelf
 - b) Verwijzing naar contactpersoon voor vragen van media (woordvoerder van de minister). De woordvoerder verwijst op zijn beurt door naar de best geplaatste persoon om te reageren. Dit persbericht wordt getekend door Agentschap, kabinet en resp. projecthouder van de actie.
 - c) Verwijzing naar de media-richtlijnen rond berichtgeving inzake zelfdoding en naar de hulpverlening.
 - d) Vermelding dat deze actie een onderdeel is van het Vlaams actieplan suïcidepreventie
2. De leden van de Vlaamse Werkgroep SP voorafgaand aan de persmededeling te informeren. De projecthouder en andere actoren binnen de Vlaamse Werkgroep SP verwijzen naar de woordvoerder van de minister als contactpersoon inzake communicatie naar media.
3. Indien gewenst een persontmoeting te regelen. Op deze persontmoeting kunnen Agentschap, kabinet en de betrokken projecthouder aanwezig zijn. Naargelang de actie kan de woordvoerder van de minister iemand aanduiden om samen de media te woord te staan.

Communicatie naar de actoren in het werkveld via de organisaties.

1. Voorafgaand aan de communicatie in de pers worden de actoren betrokken bij de uitvoering van het VAS (organisaties met terreinwerking, locoregionale werkingen, CGG suïcidepreventiewerking, leden Vlaamse werkgroep) geïnformeerd over de aankomende start van een actie. Zij worden verzocht de communicatie mee op te nemen in hun nieuwsbrieven, op websites en fora.
2. De woordvoerder van de minister stelt in samenspraak met het Agentschap Zorg & Gezondheid en de respectievelijke projecthouder van de actie een tekst op die in de nieuwsbrieven van de organisaties opgenomen kan worden. Op deze manier wordt de informatie gecontroleerd en uniform verspreid.

3. De tekst bevat ongeveer dezelfde inhoud als het persbericht, ook met verwijzing naar een contactpersoon/organisatie voor verdere opvolging van vragen. Bij voorkeur de projecthouder van de actie zelf.

7.2.4. Stappen in de communicatie van lopende acties binnen het VAS

Communicatie naar het grote publiek via pers

De projecthouder neemt initiatief om samen met Agentschap & kabinet:

1. Een persbericht op te maken en rond te sturen. Dit persbericht omvat volgende informatie:
 - a) Wat, waarom, hoe, wie van de actie,
 - b) Verwijzing naar aanspreekpunt voor vragen van media (projecthouder)
 - c) Verwijzing naar de media-richtlijnen rond berichtgeving inzake zelfdoding en de hulpverlening.
 - d) Vermelding dat deze actie een onderdeel is van de uitvoering van het VAS.
 - e) Dit persbericht wordt getekend door kabinet en resp. projecthouder van de actie.
2. De leden van de Vlaamse Werkgroep SP ontvangen voor het rondsturen naar de media ook het persbericht (ter kennisgeving). Andere actoren binnen de Vlaamse Werkgroep SP verwijzen naar de projecthouder als aanspreekpunt voor de media. De projecthouder stelt op zijn beurt agentschap/kabinet op de hoogte van communicatie met de media.
3. Eventueel een persontmoeting regelen. Op deze persontmoeting kan de projecthouder aanwezig zijn. Dit dient afgestemd te worden met kabinet en agentschap.

Communicatie naar de actoren in het werkveld via de organisaties.

1. Voorafgaand aan de communicatie in de pers worden de actoren betrokken bij de uitvoering van het VAS (organisaties met terreinwerking, locoregionale werkingen, CGG suïcidepreventiewerking, leden Vlaamse werkgroep) geïnformeerd over de aankomende start van een actie. Zij worden verzocht de communicatie mee op te nemen in hun nieuwsbrieven, op websites en fora.
2. Projecthouder van de actie stelt een tekst op die in de nieuwsbrieven van de organisaties opgenomen kan worden. Op deze manier wordt de informatie gecontroleerd en uniform verspreid.

De tekst bevat ongeveer dezelfde inhoud als het persbericht, ook met verwijzing naar het aanspreekpunt (projecthouder) voor verdere opvolging van vragen.

7.2.5. Communicatie op vraag van de media

De media spelen een belangrijke rol in de beeldvorming van zelfdoding in onze maatschappij. Vaak worden de actoren binnen de Vlaamse Werkgroep SP gecontacteerd voor interviews, waarbij achteraf blijkt dat informatie niet altijd correct wordt weergegeven. Citaten worden uit de context getrokken of

gepubliceerd zonder toestemming van de geïnterviewde zelf, kader ontbreekt, verwijzing naar hulpverlening ontbreekt. Citaten van actoren worden soms tegen elkaar uit gespeeld.

Hierna volgen enkele interne afspraken rond omgaan met vragen van media.

Als een vraag van media gesteld wordt, kan de desbetreffende organisatie volgende afspraken met journalist maken:

1. Aftoetsen van de inbreng van de organisatie (gaat het om deskundigheid, om cijfers of zoeken naar een getuigenis,...)
2. Verwijzen naar de media-richtlijnen rond berichtgeving inzake zelfdoding (sensatie gerichte informatie, foto's, anonimiteit, woordgebruik,...)
3. Vraag tot nalezen van artikel en wijzigingen aanbrengen voor publicatie
4. Vraag tot verwijzing naar hulpverleningsadressen en plaatsen van kadertekst (éénzelfde kadertekst voor alle actoren).
5. Overwegen om bij niet naleven van deze afspraken, de medewerking te weigeren.
6. Op de hoogte stellen van de andere actoren over de vraag die gesteld werd. Het komt immers vaak voor dat ze iedereen uit het werkveld opbellen voor een interview. Via mail/telefonisch kan afgesproken worden wat gezegd kan worden.

7.3. Reactie n.a.v. het schenden van de media-richtlijnen

Dit deel wordt reeds opgenomen door Werkgroep Verder.

1. Werkgroep Verder neemt als "media-watcher" het initiatief om Agentschap en kabinet te contacteren/ alarmeren bij flagrante schendingen van de media-richtlijnen.
2. Na overleg (telefonisch, mail) met bovenstaande actoren én eventueel actoren uit het werkveld (bv. CPZ, EZO, PIZS,...) kan beslist worden om:
 - a) een persbericht rond te sturen met aandacht voor de media-richtlijnen en kaderen waarom het belangrijk is dit na te leven (copy-cat fenomeen,...), getekend door bovenstaande actoren + aangevuld met actoren uit Vlaamse Werkgroep SP. Dit persbericht kan verstuurd worden naar de perslijst van alle actoren (= gemeenschappelijke database).
 - b) een persontmoeting te organiseren (agentschap, kabinet en de betrokken actoren).
 - c) aan de media te vragen een persstop aan te kondigen (in de vorm van een oproep)
 - d) een klacht in te dienen bij de deontologische raad voor de journalistiek en dit te communiceren naar de pers. Op deze manier ondervinden zij de gevolgen van hun berichtgeving.

8. Budgetontwikkeling 2012 – 2020

Het globale budgettaire kader suïcidepreventie zoals het werd opgenomen in het voorstel voor het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie bedraagt 2.750.000 euro voor het jaar 2013 en 3.100.000 euro voor het jaar 2014 en de volgende jaren tot 2020. In dit voorstel werd uitgegaan van de indicatieve bedragen van de verschillende acties. Hierin werden nog geen definitieve keuzes gemaakt omdat bij voorkeur uitgegaan wordt van een goedgekeurd actieplan voor de periode 2012-2020. Wel werd uitgegaan van een verdere verankering van bestaande initiatieven.

Budgetontwikkeling Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012 - 2020							
Actie	Begunstigde	Preventiestrategie(ën) actieplan	status vanaf 2013	2012	2013	2014	2015 -2020
Fit in je hoofd (en varianten)	VIGEZ	1a	continuerend	zie 2010	119.650	119.650	119.650
Telezorg en helpline zorgverleners	CPZ (beheersovereenkomst)	2 3	continuerend	325.000	325.000	325.000	325.000
Zorg voor nabestaanden en mediarichtlijn	Werkgroep Verder CGG Passant (beheersovereenkomst)	1e 4c	continuerend	107.500	107.500	107.500	107.500
Opvang en nazorg suïcidepogers	DAGG CGG Lommel (beheersovereenkomst)	4a	continuerend	140.000	140.000	140.000	140.000
VDIPVroege detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen	CGG	4c	continuerend	753.666	800.000	800.000	800.000
Locoregionale werking	CGG	randvoorwaarde	continuerend	374.000	zie 2012	187.000	187.000
Locoregionale werking	Logo's	randvoorwaarde	continuerend	390.000	zie 2012	195.000	195.000
Preventiecoaches		1e 3	continuerend	498.667	zie 2012	374.000	374.000
Euregenas (EU: e-health)		randvoorwaarde	continuerend tijdelijk project	zie 2010	zie 2010	zie 2010	-
Nieuwe acties en consolideren positief geëvalueerde acties	nog onbekend		nieuw beleid	161.167	1.257.850	409.850	409.850
CGG-preventiewerkers: uitbreiding 6,5 VTE	CGG	3	continuerend	zie 2011	zie 2011	442.000	442.000
Subtotaal (GD 330)				2.750.000	2.750.000	3.100.000	3.100.000
CGG-preventiewerkers (8,5 VTE, enveloppe GE0 1GD331 3432)		3		578.000	578.000	578.000	578.000
Totaal				3.328.000	3.328.000	3.678.000	3.678.000

Bijlagen

Bijlage 1. Omschrijving voorgestelde acties

1.1. Fit in je Hoofd II

Relevantie

Wanneer mensen in onze samenleving beschikken over voldoende basisvaardigheden en competenties (basiscondities) dan zijn ze beter gewapend (veerkracht) om met tegenslagen en hoge niveaus van stress om te gaan. Op die manier lopen ze minder risico om psychische problemen te ontwikkelen en suïcidaal gedrag te vertonen. Deze basiscondities verbeteren is dan ook een belangrijke preventieve actie op populatieniveau: veerkracht versterken en zelfhulp aanmoedigen (empowerment). Veerkracht en empowerment versterken de vaardigheden om met moeilijkheden om te gaan, en sluiten zo aan bij de determinanten van suïcide. Beide behoren tot de kernkwaliteiten van geestelijke fitheid (Levrau, 2007).

Uit de gezondheidsconferentie suïcidepreventie kwam de vraag om verder in te zetten op “zelfzorg”. Via interventies als Fit in je Hoofd worden individuen aangemoedigd om de eigen gezondheid te bewaken en zelf actie te ondernemen.

Achtergrond Fit in je Hoofd:

De publiekscampagne „Fit in je Hoofd, Goed in je Vel” werd een eerste keer gelanceerd in 2006 door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (via advertenties in kranten en weekbladen, tv-spots, een affichecampagne en een begeleidende website). De rode draad doorheen de campagne zijn de ‘10 steps to happiness’ (oorspronkelijk Engelse campagne, die ook in Canada en IJsland werd gevoerd). De hoofddoelstelling is de geestelijke gezondheid van de bevolking te verbeteren. De tien stappen zijn gebaseerd op de beschermende factoren voor geestelijke gezondheid en bieden handvaten om zelf aan de slag te gaan met de geestelijke gezondheid. Daarvoor wordt een online zelfhulpmodule aangeboden, bestaande uit tien positieve stappen, filmpjes, en opdrachten waarmee de gebruiker zelf zijn of haar veerkracht kan verhogen. Het doel is de gebruiker leren buffers in te bouwen in het dagelijkse leven om zo het welbevinden te bewaken. De tien stappen kunnen in willekeurige volgorde worden doorlopen, of er kan een keuze gemaakt worden zich slechts op één of enkele stappen toe te leggen.

In 2009 volgde een tweede lancering (via een massamediacampagne ondersteund door tal van lokale acties) waarbij de website aangevuld werd met een zelfbeoordelingsinstrument (web-based vragenlijst ontwikkeld door VIGeZ in samenwerking met ISW Limits). De test geeft op een interactieve wijze gepersonaliseerde feedback over de geestelijke gezondheid van bezoekers van de FIJH-website: De gebruikers kunnen nagaan of ze last hebben van psychische klachten, of ze over voldoende veerkracht beschikken, en of ze op een goede manier omgaan met hun problemen. Aan de hand van een advies op maat, worden gebruikers gemotiveerd om iets aan hun eigen situatie te veranderen. De test helpt hen bij het maken van een keuze uit de tips en opdrachten die op de website terug te vinden zijn. Op die manier krijgen gebruikers meer inzicht in hun geestelijke gezondheid en hebben ze een leidraad bij het doorlopen van de verschillende stappen.

De doelgroep van de website en het zelfbeoordelingsinstrument zijn de mensen die last hebben van een dipje. Personen met een ernstige psychiatrische problematiek of psychische stoornis worden doorverwezen naar de hulpverlening. Fit in je Hoofd – goed in je vel is met andere woorden een actie die de geestelijke gezondheid van een doorsneeburger of van nog gezonde individuen bevordert.

Uit evaluatieonderzoek bleek dat de ‘Fit in je Hoofd’ campagne bepaalde doelgroepen onvoldoende bereikte. Voor kansarme groepen werd de Goed-Gevoel-Stoel ontwikkeld. Voor 12-16jarigen werd een eigen website ontwikkeld, www.noknok.be. Ook voor 60plussers wordt aan een specifieke methodiek, gebaseerd op dezelfde protectieve factoren voor geestelijke gezondheid, gewerkt.

Gezien de positieve evaluatie (LUCAS, 2011) is het belangrijk om deze actie verder te zetten, maar vooral verder te optimaliseren, verbeteren en actualiseren.

Doel:

Zelfzorg/ individuele veerkracht en vermogen tot zelfhulp van de algemene bevolking en diverse doelgroepen versterken door hernieuwing van de Fit in je Hoofd website, verder uitwerken van Fit in je

Hoofd naar diverse doelgroepen, en onder de aandacht brengen via publiekscampagne en lokale acties. Het doel van de campagne is:

- 1) De algemene bevolking bewustmaken van het belang van een positieve geestelijke gezondheid
- 2) Zelfzorg stimuleren bij alle inwoners van Vlaanderen door tools aan te reiken om de eigen veerkracht te versterken (empowerment en self-efficacy staan hierbij centraal)
- 3) Geestelijke gezondheid bespreekbaar maken en indien nodig doorverwijzen naar hulpverlening

Doelgroep:

Elke inwoner van Vlaanderen. Om iedereen te kunnen bereiken dient de bestaande methodiek echter verder uitgebreid te worden naar doelgroepen die minder goed bereikt worden en moet de implementatie van bestaande methodieken onder de Fit in je Hoofd campagne verdergezet worden.

Verwachte resultaten:

1. Hernieuwing Fit in je Hoofd site en tools

Uit de bezoekersaantallen van de FIJH site blijkt dat het aanbieden van Vlaamse campagnes en regelmatige publieksacties naar diverse doelgroepen telkens een verhoogde toeleiding naar de site teweeg brengt. Om een duurzaam effect te creëren zijn herhaalde lokale acties en vernieuwingen aan de site noodzakelijk.

-Fit in je Hoofd site up to date houden + Herwerking/ update zelfbeoordelingstest: Een nieuw aanbod (nieuwe info of nieuwe tools) is essentieel om mensen te lokken naar de site of terug te krijgen op de website. Deze herwerking dient onder de aandacht gebracht te worden via een publiekscampagne.

-Portaalsite GGB/ Universele preventie: De Fit in je Hoofd site wordt aangeboden als deel van een portaalsite voor Universele Preventie/ Geestelijke Gezondheidsbevordering waarop de methodieken naar diverse doelgroepen overzichtelijk terug te vinden zijn (NokNok, Goed Gevoel Stoel, Ouderen). Er wordt tevens een plaats geboden aan nieuwe methodieken, aan methodieken die ontwikkeld worden voor andere sub strategieën binnen strategie 1 (bv een module voor Ouderschapsondersteuningsvaardigheden), alsook een overzicht van reeds bestaande initiatieven (bv. beeldvorming VVGG/ Te Gek), ...

-Aanbod publieksacties voor betere disseminatie: Uit de evaluatiestudie van LUCAS blijkt dat 18,4% van de volwassenen bekend is met het FIJH gedachtengoed, dus hier is zeker nog ruimte voor verbetering. De blijvende verspreiding van bestaande of nieuwe promotiematerialen en lokale acties kan hierbij ondersteunend werken. Er werden door de Logo's, in samenwerking met de lokale partners, diverse lokale aanpassingen ontwikkeld zoals bv. Sportzak! Beter dan stressbal. Dit is een variant die zich richt op mannen en hen via sportclubs aanspreekt (Logo's Oost-Vlaanderen; Pauwels, 2010). Of de Fit in je Hoofd Academie, een samenwerking tussen Logo's Limburg, provincie Limburg en Vormingplus Limburg. Via lezingen en cursussen leren deelnemers van verschillende doelgroepen over de 10 stappen van Fit in je Hoofd. De Academie voorziet ook een laagdrempelig aanbod voor kansengroepen en senioren. Het pilootproject Fit in je Hoofd, opgestart door logo Antwerpen, legt het accent op de lokale gemeenschap. Hier worden lokale besturen aangemoedigd om acties te ontwikkelen om de mentale fitheid van inwoners te verbeteren (Vermeulen et al, 2009). In Zenneland gaat deze interventie door onder de naam de Fit in je Hoofd-carroussel. Een variant daarvan werd uitgewerkt voor scholen. West-Vlaanderen hertaalde de campagne naar Fit in je Hoofd. Deze Logo methodieken dienen geëvalueerd te worden met oog op vervlaamsing, en kunnen gebundeld worden in een inspiratiegids of in een campagneconcept/sensibiliseringsproject.

2. Verderzetting implementatie FIJH naar diverse doelgroepen + uitbreiding naar andere doelgroepen

-De **Goed-gevoel-stoel** is een groepsmethodiek om met maatschappelijk kwetsbare mensen aan de slag te gaan rond geestelijke gezondheidsbevordering. De methodiek bestaat uit drie intensieve praatsessies, waar gewerkt wordt rond draaglast en draagkracht. Het is een adaptatie van de Vlaamse campagne Fit in je Hoofd aan de behoeften van maatschappelijk kwetsbare groepen. De doelstellingen van de Goed-gevoel-stoel zijn tweërlei van aard, namelijk enerzijds de deelnemers handvaten aanreiken om hun eigen geestelijke gezondheid te versterken, alsook geestelijke gezondheidsbevordering structureel inbouwen in de werking van organisaties. Uit onderzoek blijkt een positieve relatie tussen suïcide en een gebrekkige economische integratie (inkomensongelijkheid, opleiding, werkloosheid) (Reynders et al, 2009; Marc D'Hooge). De prevalentie van zelfdoding is het hoogst bij mensen die sociaal, qua opleiding en economisch minder bedeeld zijn. Ook het aantal pogingen tot zelfdoding ligt significant hoger bij laagopgeleiden. De leefsituatie van mensen in armoede maakt hen uiterst kwetsbaar. Extra aandacht voor hun geestelijke gezondheid is onontbeerlijk. De ontwikkeling van de groepsmethodiek was nodig omdat e-health en e-preventie niet voor iedereen de best passende strategie is. Velen beschikken niet over de nodige digitale vaardigheden of verkiezen een andere vorm van leren. Bij de ontwikkeling van de Goed-gevoelstoel werden zowel de methodiek, inhoud en kanalen voor de verspreiding afgestemd op de doelgroep. De Goed Gevoel Stoel dient na evaluatie verder uitgebreid te worden door **vertalingen** te maken (ism CEDES) **naar andere doelgroepen** (bv allochtonen).

-**NokNok.be** is een site voor 12-16-jarigen die aanzet tot zelfzorg, het equivalent van Fit in je Hoofd voor jongeren. De site biedt een leidraad aan de hand van 4 basistips, diverse thema's die jongeren aanspreken, een hoop opdrachten en aanbevelingen waarmee jongeren zelf aan de slag kunnen. Centraal staan de beschermende factoren voor welbevinden. In 2012 werd een inspiratiegids uitgewerkt voor jeugdorganisaties en lokale besturen waardoor in 2013 het accent op lokale acties komt te liggen. De NokNok site werd gelanceerd eind 2011 en dient actueel gehouden en uitgebreid te worden met een interactieve manier om met eigen veerkracht aan de slag te gaan. Dit kan door één of meerdere van de beschermende factoren aan te bieden in de vorm van een **serious game** of door een zelftest met advies op maat (cfr. Fit in je Hoofd).

-**Fit in je Hoofd voor ouderen:** Ouderen zijn een risicogroep voor het ontwikkelen van depressie en suïcidaliteit. Met stijgende leeftijd staan mensen meer bloot aan risicofactoren die hun welbevinden kunnen beïnvloeden, denk daarbij aan het omgaan met verlies en beperkingen, met andere rol(len) in de samenleving, transportproblemen en de behoefte aan zorg en steun. De wijsheid, kennis en vaardigheden die zij hebben verworven staan nu tegenover een verhoogde kwetsbaarheid door eenzaamheid, minder sociale steun en gewijzigde leefomstandigheden. Een positief zelfbeeld, flexibel blijven en goede copingvaardigheden bieden hier bescherming (Cattan & Tilford, 2006). Op basis van de 10 stappen/ beschermende factoren wordt een **methodiek voor geestelijke gezondheidsbevordering bij ouderen** (60+) ontwikkeld die verder **op punt gesteld en geïmplementeerd** dient te worden.

1.2. Netwerkgroepen voor ouderen

Relevantie

Suïcide en suïcidepogingen kunnen het gevolg zijn van invloeden uit de sociale omgeving. Zowel het persoonlijke netwerk (microniveau) als de kwaliteit van de samenleving (macroniveau) dragen daaraan bij. Onderzoek heeft aangetoond dat suïcide samenhangt met:

- Het sociale netwerk van een individu. Het krijgen en geven van steun via informele netwerken, zoals vrienden en familie, werkt bufferend; relationele problemen vormen een risico.

- Het sociaal kapitaal in de lokale gemeenschap. Recent onderzoek heeft de relatie bevestigd tussen suïcide en een gebrekkige sociale integratie.

Sociaal kapitaal en sociale integratie zijn gedefinieerd als een collectief gebeuren: het gaat hier om vrijwillige gemeenschapsnetwerken en relaties die opgebouwd zijn op vertrouwen en geloof dat anderen behulpzaam zijn.

De resultaten doen besluiten dat suïcide niet alleen ontstaat door individuele factoren, maar ook direct geworteld is in de leefomgeving van mensen. Het is een uitdaging om die omgeving zo in te richten dat suïcide kan vermeden worden.

Doel

Het doel van deze actie is het sociaal kapitaal (in de betekenis van integratie en betrokkenheid) in de lokale gemeenschap te versterken door het vormen van netwerkgroepen rond de risico persoon en d.m.v. het inzetten van gekwalificeerde vrijwilligers. Er wordt hierbij een methodiek gebruikt van persoonlijke toekomstplanning.

Persoonlijke toekomstplanning is een proces waarin een persoon met een ondersteuningsnood en zijn of haar familie en/of vrienden de lijnen uitzetten van hoe hij of zij wil leven en dit op alle levensdomeinen.

De kracht van persoonlijke toekomstplanning ligt vooral in het feit dat de centrale persoon nooit alleen komt te staan met zijn dromen en verwachtingen maar ten allen tijden kan terugvallen op een groep betrokken mensen die er mee voor gaan en actief mee denken en zoeken.

Persoonlijke toekomstplanning gaat over veel meer dan alleen zorg of ondersteuning. Het gaat voor de centrale persoon over bewust worden, zelfbepaling, sterker worden, zoeken naar wat een betekenisvol leven is en in actie komen. Voor steungroepleden gaat het over leren luisteren, ontdekken wie de centrale persoon echt is en wat hij of zij wil, over creatieve oplossingen zoeken, over er samen voor gaan en op lange termijn een engagement aangaan.

De kwaliteit van leven bij ouderen wordt heel vlug bedreigd: Ouderen zijn bang om hun vrienden en familie te verliezen; ze ervaren dat, van zodra ze zorg nodig hebben, al vlug alles voor hen beslist wordt; ze voelen dat hun ziekte hun 'zijn' overschaduwde en meteen ook hun talenten, vaardigheden, capaciteiten; dat ze status en respect verliezen en er niet meer 'bij' horen.

Daarnaast kunnen we ook niet voorbij gaan aan het belang van de vrijwilligers in deze actie, die door zich in te zetten voor anderen ook zelf een doel krijgen en ingezet worden in de zorg voor anderen (vermaatschappelijking van de zorg).

Doelgroep

Alleenstaande mannen (en vrouwen) van 75+.

Geografische afbakening

Vlaanderen, eventueel een pilot in een zorgregio of provincie.

Verwachte resultaten

Er zijn netwerkgroepen voor ouderen in Vlaanderen

Wat zijn netwerkgroepen?

Netwerkgroepen zijn groepen mensen die vanuit een vrijwillig engagement mee 'zorg' dragen voor iemand uit hun buurt die in slechte papieren zit.

Deze groepen werken via de strategie van persoonlijke toekomstplanning, een strategie die probeert (terug) bruggen te slaan naar het gewone leven. Dit in de eerste plaats door op zoek te gaan naar familie, vrienden, kennissen, e.d. Kortom, mensen uit de buurt die betrokken willen zijn en blijven op het leven van iemand die voor korte of langere tijd 'in slechte papieren' zit.

Het gaat hier niet over een betrokkenheid die zich uit in bemoeizucht, het willen overnemen of sturen, maar betrokkenheid in de vorm van 'er willen zijn voor elkaar'. Dit door te luisteren naar wat de centrale persoon zelf aangeeft, door regelmatig samen te overleggen, door samen iets te doen of ergens naar toe te gaan, door mee na te denken en te zoeken naar hoe contacten te leggen met de buurt, de wijk, de samenleving.

Het is in se een strategie die voor een grote groep mensen 'inzetbaar' is, zeker niet louter voor ouderen.

Elk proces is uniek, maar toch zijn er een aantal 'vaste waarden' :

- het samenstellen van een netwerkgroep :

Elk proces gaat van start met een zoektocht naar mensen die bewust willen deel uitmaken van iemands achterban. Gelukkig zijn er vaak enkele mensen uit de bestaande familie- en vriendenkring die dit engagement willen opnemen, maar daarnaast gaat men indien nodig ook op zoek naar (oude) vrienden of kennissen, of nieuwe mensen uit de buurt bijvoorbeeld.

Het samenstellen van een groep mensen kan vlot gaan, maar kan ook een langzaam proces zijn. Wanneer mensen nog ingebed zijn in een familie- of vriendenkring en/of buurt kan er als het ware gekozen worden. Wanneer dit niet (meer) het geval is, is het een hele uitdaging om mensen aan te spreken, te motiveren en te interesseren om mee op weg te gaan. Men vertrekt hierbij van mogelijke gedeelde interesses en capaciteiten, waardoor er als het ware een wederzijdse 'aantrekkingskracht' is. Anderzijds is nabijheid ook een belangrijke 'toegangspoort' om nieuwe mensen aan te trekken : de buurt waar iemand woont, zijn of haar gemeenschap.

- regelmatig én langdurig:

De gevormde groep komt regelmatig samen, meestal ergens in de gezelligheid van een huiskamer. In eerste instantie wordt tijd genomen om de centrale persoon beter te leren kennen. De bedoeling van deze gesprekken is niet om een chronologisch overzicht van het leven van iemand te krijgen, noch een inventaris van wat allemaal moeilijk of fout liep, het is vooral de bedoeling om positieve verhalen met elkaar te delen, de centrale persoon beter te leren kennen en aanknopingspunten te zoeken om in actie te schieten rond vrije tijd, wonen, werken, relaties,...

Tegelijk komt er een groepsproces op gang waarbij iedereen die rond de tafel zit mee betrokken wordt, elkaar beter leert kennen en naar elkaar toegroeit.

Maar men gaat ook buiten de veiligheid van die huiskamer. Op een bepaald moment is het ook goed dat de groep uit die huiskamer 'breekt' en dat er in actie geschoten wordt. Dit kan zijn door iets samen te doen, te zoeken naar een andere plek om te wonen of te werken, nieuwe contacten te leggen,...

De professionele medewerkers / begeleiders/ facilitatoren worden getraind inzake suïcidepreventie om zodoende aan vroegdetectie te kunnen doen bij deze kwetsbare groep van ouderen.

Om voor voldoende instroom van vrijwilligers te zorgen kan men beroep doen op reeds bestaande initiatieven van bv. de mutualiteiten, steunpunt vrijwilligerswerk,...en deze te engageren binnen de specifieke methodiek van toekomstgerichte planning voor ouderen.

Onderzoek

Onderzoek van de effectiviteit van de interventie, in vergelijking met een controlegroep (RCT)

1.3. "één toegangspoort" voor de preventie van suïcidaliteit

Relevantie

Uit (het traject naar) de *Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie* bleek een grote nood aan het installeren van "één toegangspoort" voor suïcidaliteit (één telefoonnummer, één portaalsite), daaraan gekoppeld een geïntegreerd e-mental-health systeem van getrapte (keten)zorg en het betrekken van de omgeving van suïcidale mensen.

Uit het *evaluatierapport van Lucas* werd de nood geformuleerd om te investeren in een goede portaalsite en in een betere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

Dit unieke platform kan een antwoord bieden op deze geformuleerde noden. Daarnaast kunnen verschillende (kwetsbare) leeftijdsgroepen van dit aanbod gebruik maken en worden ook enkele randvoorwaarden ingevuld met deze actie, nl. de locoregionale verankering, de wetenschappelijke onderbouw, methodiek ontwikkeling en evaluatie, integratie van bestaande acties en aandacht voor innovatieve technologieën.

Doel

- Zelfdoding en zelfbeschadigend gedrag voorkomen.
- Het taboe op praten over zelfdoding doorbreken.
- De zelfredzaamheid en individuele veerkracht van mensen met suïcidale gedachten, hun naasten en nabestaanden vergroten.
- Drempels bij het zoeken en vinden van hulp verlagen.
- Hulpverleners e.a. intermediairen ondersteunen bij de hulp aan suïcidale mensen.
- Zorgen voor een naadloze overgang van een crisisoproep (via telefoon of chat) of een informatie vraag via een portaalsite naar begeleide zelfhulp en professionele hulp (getrapte zorg / ketenzorg)

Doelgroep

- Jongeren, volwassenen en ouderen die zich in het suïcidaal proces bevinden.
- De omgeving en mantelzorgers van deze mensen in nood.
- Hulpverleners e.a. intermediairen die vanuit een professionele invalshoek werken met suïcidale mensen.

Geografische afbakening

Vlaanderen

Verwachte resultaten

Gezien de omvang van deze voorgestelde actie is een fasering nodig voor de implementatie. Er kan voor gekozen worden om de verschillende modules (naargelang de prioriteit, nl. wat hebben we nog niet in Vlaanderen) stapsgewijs te realiseren in een meerjarenplanning.

STUURGROEP

Er dient een stuurgroep samengesteld te worden van alle actoren die een bijdrage kunnen leveren aan de realisatie, implementatie en evaluatie van dit unieke platform. Het is aangewezen om, gezien het hier om een nieuw en grootschalig project gaat, ook minstens een coördinator voor aan te werven. Deze stuurgroep heeft als eerste opdracht het realiseren van de modules uit fase 1 en het opstellen van een meerjarenplan voor het ontwikkelen van de andere modules.

FASE 1

MODULE INFOTHEEK en HELPOTHEEK (Portaalsite)

Er is een portaalsite met gevalideerde informatie (**infotheek**) over suïcidaal gedrag, risicofactoren, signalen, drempelverlagende –en verhogende factoren, wat men kan doen als betrokkene, als nabestaande. Ook is er een **help-o-theek** met nummers, adressen en websites waar men terecht kan). Er dienen uiteraard ook linken gemaakt te worden met de actoren uit het VAS I en II, met Fit in je Hoofd én met de in ontwikkeling zijnde website van de VVGG mbt geestelijke gezondheid en psychische problemen.

MODULE: CRISISOPVANG (anonieme hulp)

-er is één (verkort) **telefoonnummer (113)** onder de noemer van de “Zelfmoordlijn” (naam te behouden omwille van de naamsbekendheid en gerealiseerd door het Centrum ter Preventie van Zelfdoding), waar men 24/24 – 7/7, anoniem terecht kan voor telefonische hulp bemenst door vrijwilligers. Er wordt hiervoor een samenwerkingsakkoord gesloten met Tele-Onthaal.

-er is één portaalsite waar men tussen 8.00 uur 's ochtends en 23.00 uur 's nachts terecht kan voor **crisischat**, ook bemenst door vrijwilligers.

-eenmalige e-mail: in aanvulling op chat en telefoon kan men ook mailen, deze e-mails worden door vrijwilligers opgevolgd en beantwoord.

⇒ Deze staan open voor zowel suïcidale mensen, hun omgeving als nabestaanden.

VERDERE FASERING VAN DE MODULES IS NOG VAST TE LEGGEN EN ZAL ZICH OOK SITUEREN BINNEN ANDERE PREVENTIESTRATEGIEËN

MODULE: ZELFHULP

-er is een **e-zelfhulpcursus “leven onder controle”** voor iedereen die aan zelfdoding denkt en iets aan deze gedachten wil doen. Het is geen vervanging voor professionele hulp. Bij ernstige suïcidedreiging is het belangrijk (ook) andere vormen van hulp te zoeken. Dit kan binnen dit platform, maar ook de huisarts kan doorverwijzen naar geschikte hulp. Voor deelname aan de cursus maakt het niet uit of men al hulp heeft..

-er is een **zelftest** om gevoelens van **angst en depressie** te screenen.

MODULE: KORTDURENDE INTERVENTIE via E-mail

E-mailtherapie houdt in dat men acht keer kan e-mailen met een deskundige. Over bijvoorbeeld gedachten aan zelfdoding. Maar ook als men bang is dat iemand anders zijn of haar leven wil beëindigen, of als je nabestaande bent en je gevoelens wilt delen.

MODULE LOTGENOTENCONTACT

Er zijn twee interactieve **fora**, begeleid door moderatoren (professionele hulpverleners), deze zijn toegankelijk via de portaalsite (zie hoger).

-voor **de omgeving en mantelzorgers**

-voor **nabestaanden** (deze is reeds actief binnen Werkgroep Verder), de andere bovenstaande fora kunnen hier verder op geënt worden.

Verder onderzoek is nodig om na te gaan of een afzonderlijk forum voor **suïcidale mensen** kan opgestart worden. Er zijn immers een aantal eigenschappen die gepaard gaan met suïcidaliteit (hopeloosheid, tunnelzicht, bespreking van methodes) die eventueel voor een drempelverlagend kunnen zorgen.

MODULE CONSULTDESK VOOR PROFESIONELLEN

Er is een **consultdesk** die zowel telefonisch als via mail te bereiken is (tussen 8u en 24u) en waar professionele hulpverleners terecht kunnen voor informatie en advies inzake de screening en begeleiding van suïcidale mensen.

⇒ In de praktijk komt dit neer op een uitbreiding van Aspha naar alle hulpverleners.

MODULE RECHTSTREEKSE DOORVERWIJZING (cfr. Actie Ketenzorg)

Omdat het niet altijd evident is voor suïcidale mensen de gepaste face-to-face hulp te vinden en hen te motiveren tot professionele hulp is het belangrijk om voor een naadloze en laagdrempelige overgang te zorgen naar deze verdergezette professionele hulpverlening.

Daarom kunnen er vanuit de crisisopvang (zie lager) en kortdurende therapie (zie hoger) van **rechtstreeks afspraken ingepland worden** in de agenda 's:

-van de EersteLijnsPsycholoog (ELP)

-van het CAW en CGG (bvb. Per afdeling van het CAW/CGG wordt er wekelijks minstens één moment vrijgehouden). Afhankelijk van de inschatting en motivatie van de suïcidale cliënt wordt er naar het CAW/CGG doorverwezen

-van zelfstandig gevestigde psychologen (die gerechtigd zijn om de titel van psycholoog dragen).

Onderzoek en Evaluatie

Binnen dit unieke platform suïcidepreventie Vlaanderen zullen onderzoekers deel uit maken van de begeleidende stuurgroep zodat met name de innovatieve interventies ook op effectiviteit kunnen worden onderzocht.

1.4. Zelfhulp computerprogramma voor depressieve jongeren

Relevantie

Onder meer door een tekort aan hulpverleners en het feit dat jongeren vaak onwennig zijn in het zoeken van professionele hulp ontvangen zij niet altijd de nodige behandeling. Computergestuurde therapie kan ertoe bijdragen dat jongeren sneller een effectieve behandeling ontvangen.

Recent werd in Nieuw- Zeeland een zelfhulp computerprogramma ontwikkeld en uitgetest. Dit is een zelfhulp computerprogramma voor jongeren met depressie. Het spel werd ontwikkeld door een team van de University of Auckland (Nieuw Zeeland), gespecialiseerd in de behandeling van depressie bij jongeren. Het programma is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en staat voor 'Smart', 'Positive', 'Active', 'Realistic' en 'X-factor thoughts (SPARX)'. Het is een interactief 3D fantasiespel dat jongeren vaardigheden en inzichten bijbrengt om om te gaan met depressieve gedachten en gevoelens.

Computergestuurde therapie bleek eerder al effectief bij het behandelen van volwassenen met een depressie (Andrews et al, 2010). Recent heeft gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) aangetoond dat het programma even effectief is in de aanpak van depressie bij jongeren als de gebruikelijke therapie (Merry et al, 2012).

Deze tool spreekt jongeren aan. Uit onderzoek blijkt dat 80 % van de jongeren het spel zou aanbevelen bij vrienden. Het kan een oplossing bieden voor jongeren die weigerachtig staan tegenover therapie en kan drempelverlagend werken voor jongeren voor wie verdere doorverwijzing nodig is. Daarnaast kan deze tool ook tegemoet komen aan het probleem van wachtlijsten door meerdere jongeren direct, laagdrempelig en op niveau van de Eerstelijns te helpen.

Doel

Deze game heeft als doel om jongeren beter te helpen omgaan met depressieve gedachten en gevoelens. Tijdens de verschillende levels van het spel leren jongeren via zelfhulp diverse vaardigheden en inzichten die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie.

Doelgroep

Jongeren tussen 12 en 19 jaar

Geografische afbakening

Vlaanderen, eventueel een pilot in een regio of provincie.

Verwachte resultaten

Fase 1: Afspraken met de ontwikkelaars van dit programma

Fase 2: Vertaling naar Vlaanderen

Fase 3: Via een gerandomiseerde gecontroleerde studie effectiviteit nagaan bij Vlaamse jongeren.

Fase 4: Indien aangetoonde evidentie, implementatie in de werking van de eerste- en tweedelijns hulp

Onderzoek

Onderzoek naar de effectiviteit van de game, in vergelijking met een controlegroep (RCT).

1.5. Postercampagne

Relevantie

De deskundigheidsbevordering van intermediairs behoort tot één van de meest efficiënte strategieën ter preventie van depressie en suïcide.

Verder blijken trainingen die gebruik maken van patiëntenparticipatie en waarin professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg worden betrokken, uitzonderlijk effectief te zijn. Deze versterken namelijk de samenwerking met diensten in de geestelijke gezondheidszorg. Uit de gezondheidsconferentie formuleerden heel wat “nieuwe” intermediairen een grote nood aan deskundigheidsbevordering, niet éénmalig maar wel verankerd op lange termijn.

Doel:

Het verbeteren van het vermogen om risico- en zorgbehoeften van suïcidale patiënten in te schatten en het verhogen van het aantal interventies om suïcide te voorkomen.

Deskundigheidsbevordering omvat inhoudelijke thema's als:

- epidemiologie
- misvattingen
- risicofactoren (bijzondere aandacht hierbij dient te gaan naar deskundigheidsbevordering van professionele actoren die werken met hoog risicogroepen zoals mensen met depressie, alcohol –en middelengebruik, eetstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornissen).
- signaalherkenning en vroegdetectie
- risico-inschatting
- vroeginterventie
- omgaan met suïcidaal gedrag
- doorverwijzing & netwerking
- wat na een suïcide
- eigen houding en attitude

Geografische afbakening:

Vlaanderen

Verwachte resultaten:

POSTER “IS YOUR PATIENT SUICIDAL”

Ten einde de transfer te maken van het vormingsmoment naar de werkvloer en blijvende aandacht te vragen voor de vroegdetectie van mogelijks suïcidale personen wordt er bijkomend een poster ontwikkeld en geïntroduceerd tijdens bovenstaande vormingsmomenten. Deze poster is geïnspireerd op de “Is your patient suicidal”-poster, die ontwikkeld is door SPRC uit Amerika.

De poster is een oplistijng van de meest voorkomende en opvallende symptomen van acuut risico op zelfdoding en bevat eenvoudige vragen die de hulpverlener kan stellen om het suïciderisico in te schatten.

De poster bevat (1) signalen van acute suïcidaliteit (2) de belangrijkste risicofactoren voor suïcidaal gedrag, en (3) vragen die kunnen worden gesteld bij een vermoeden van risico.

De begeleidende gids is een A4 met informatie op de voor- en achterkant. Dit papier geeft informatie over (1) inschatting van het suïciderisico, (2) mogelijke interventies, (3) ontslag protocols, (4), procedures voor wanneer een patiënt uit het ziekenhuis wegloopt.

Belangrijke boodschap: ‘vragen stellen kan een leven redden!’

Deze poster kan bvb. uitgehangen worden in staflokalen, vergaderzalen, verpleegposten e.d.

Er dient bij de uitwerking van een Vlaamse versie voor ogen gehouden te worden dat deze op diverse settings zal worden gebruikt (ziekenhuis, onderneming, gemeente,...) waardoor er misschien verschillende versies van de poster zullen nodig zijn.

Is Your Patient Suicidal?

1 in 10 suicides are by people seen in an ED within 2 months of dying. Many were never assessed for suicide risk. Look for evidence of risk in all patients.

Signs of Acute Suicide Risk

- ❖ Talking about suicide
- ❖ Seeking lethal means
- ❖ Purposeless
- ❖ Anxiety or agitation
- ❖ Insomnia
- ❖ Substance abuse
- ❖ Hopelessness
- ❖ Social withdrawal
- ❖ Anger
- ❖ Recklessness
- ❖ Mood changes

Other factors:

- ❖ Past suicide attempt increases risk for a subsequent attempt or suicide; multiple prior attempts dramatically increase risk.
- ❖ Triggering events leading to humiliation, shame, or despair elevate risk. These may include loss of relationship, financial or health status—real or anticipated.
- ❖ Firearms accessible to a person in acute risk magnifies that risk. Inquire and act to reduce access.

Patients may not spontaneously report suicidal ideation, but 70% communicate their intentions to significant others. Ask patients directly and seek collateral information from family members, friends, EMS personnel, police, and others.

Ask if You See Signs or Suspect Acute Risk—Regardless of Chief Complaint

1. Have you ever thought about death or dying?
2. Have you ever thought that life was not worth living?
3. Have you ever thought about ending your life?
4. Have you ever attempted suicide?
5. Are you currently thinking about ending your life?
6. What are your reasons for wanting to die and your reasons for wanting to live?

How you ask the questions affects the likelihood of getting a truthful response. Use a non-judgmental, non-condescending, matter-of-fact approach.

These questions represent an effective approach to discussing suicidal ideation and attempt history. They are not a formalized screening protocol.

National Suicide Prevention Lifeline: 1-800-273-TALK (8255)

This 24-hour, toll-free hotline is available to those in suicidal crisis. The Lifeline is not a resource for practitioners in providing care.

10% of all ED patients are thinking of suicide, but most don't tell you. Ask questions—save a life.

This publication is available from the Suicide Prevention Resource Project, which is supported by the National Institute of Mental Health (NIMH) under contract number 13-00000001. It is a product of the National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) and is available for use by healthcare providers and the public. It is not to be used for commercial purposes. For more information, visit www.suicidepreventionlifeline.org.

Onderzoek en Evaluatie

Evaluatie van het vormingsaanbod door de cursisten (gestandaardiseerd evaluatieformulier, bvb. De VROS – Vragenlijst Reacties op Suïcidaliteit).

1.6. Nieuwe behandelvormen voor suïcidale personen

Doel:

Minder last te hebben van gedachten over zelfdoding door aan de slag te gaan met de toekomst, dus door aan de slag te gaan met het kenmerkende gevoel van “hopeloosheid” bij suïcidale personen. Wanneer mensen zich een positievere toekomst kunnen voorstellen, bieden deze meer tegenwicht aan de negatieve ideeën die horen bij gedachten over zelfdoding. Deze behandeling noemt ‘Toekomstgerichte training’, omdat het gaat over toekomstdoelen die het leven voldoende de moeite waard maken. Het is met name erg belangrijk om bezig te kunnen zijn met wat je kunt en wat je belangrijk genoeg vindt.

Doelgroep: Vlamingen die suïcidaal zijn

Geografische afbakening: Vlaanderen, een pilot in een zorgregio of provincie.

Verwachte resultaten

GROEPSTRaining VOOR SUICIDALE MENSEN OP BASIS VAN EEN WERKBOEK

MODULE: TOEKOMSTGERICHTE TRAINING

De behandeling maakt gebruik van verschillende methoden, waaronder motivatietechnieken, oplossingsgerichte therapieën cognitieve gedragstherapie. Het is hierbij belangrijk terug te vinden wat mensen motiveert in het leven: Wat vinden mensen belangrijk en hoe staat het daar nu mee? Wat zouden mensen willen bereiken in het leven? En op welke manier belemmeren bepaalde gedachten mensen in het bereiken van resultaten?

De behandeling bestaat uit het deelnemen aan de groepsbijeenkomsten. In die bijeenkomsten wordt aan de hand van een werkboek (protocol) stapsgewijs gewerkt aan het vormgeven van een voor de patiënt belangrijke toekomst. In totaal zijn er tien wekelijkse zittingen van elk anderhalf uur. Die zittingen zijn géén praatgroep.

In de sessies wordt er uitleg gegeven over gedachten aan zelfdoding en over depressie, maar het gaat vooral over bezig zijn met een positievere toekomst.

De groep bestaat uit maximaal acht deelnemers.

MODULE: MINDFULNESS BASED COGNITIVE THERAPY

Onderzoek heeft reeds duidelijk aangetoond dat MBCT doeltreffend is voor de behandeling en preventie van depressie. Inmiddels werd deze aanpak ook bij suïcidaliteit onderzocht. Binnen deze groepsbijeenkomsten MBCT leren mensen tijdens 8 weken wetenschappelijk onderzochte strategieën aan om suïcidaliteit te verminderen.

Groepsbijeenkomsten met volwassen suïcidale personen (laag tot gemiddeld suïciderisico/geen zeer ernstige depressie).

Deze methode bestaat uit een combinatie van meditatie, cognitieve therapie en inzicht en wordt ook de 'Training van Aandacht en Bewustwording' genoemd.

Onderzoek en Evaluatie

In de eerste fase zal door middel van een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek de effectiviteit worden onderzocht van de module "Toekomstgerichte training" en de module "MBCT".

Indien na de evaluatie van de pilot voldoende evidentie beschikbaar is aangaande effectiviteit van de behandelvormen kan een uitrol over Vlaanderen plaatsvinden in de CAW, CGG e.a. settings (minimaal één training per provincie aanbieden).

Bij een positieve evaluatie van de pilot zullen de behandelvormen eveneens worden opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn (zie verder).

1.7. Algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide

Relevantie

Literatuuronderzoek wijst aan dat er voor bepaalde suïcidepreventiestrategieën reeds duidelijke evidentie is aangetoond. Door de veelheid aan informatie enerzijds en de weinig concrete uitwerking van bepaalde methodieken anderzijds is het echter niet altijd duidelijk op welke wijze bepaalde preventiestrategieën in de praktijk kunnen uitgewerkt worden en moeten toegepast worden. Het is dan ook van belang om algemene aanbevelingen te ontwikkelen waarin de verschillende mogelijkheden, strategieën en methodieken voor de preventie van suïcidaal gedrag worden verduidelijkt en geconcretiseerd. Binnen deze aanbevelingen zal ook aandacht worden besteed aan de verschillende

risicogroepen (jongeren, ouderen, kansarmen, personen die in het verleden een suïcidepoging hebben ondernomen,...).

Doel

Handvaten voor suïcidepreventie aanbieden aan intermediairen en beleidsmakers binnen verschillende settings (de school, de werkplek, lokale besturen,...) zodat zij de kennis en vaardigheden ontwikkelen om binnen hun domein een suïcidepreventie- en postventiebeleid te kunnen opstellen, optimaliseren, implementeren, en evalueren.

Doelgroep

De doelgroep voor algemene aanbevelingen is heel ruim, namelijk intermediairen en beleidsmakers verspreid over verschillende settings, met specifieke aandacht voor de settings school, werkvloer en gemeenten (communities).

Geografische afbakening

Gezien deze actie zal kaderen in een Europees project (zie verder), zullen de aanbevelingen niet enkel in Vlaanderen, maar ook in andere Europese regio's bekendgemaakt en geïmplementeerd worden.

Verwachte resultaten

ONTWIKKELING ALGEMENE AANBEVELINGEN EN SPECIFIEKE TOOLKITS

Deze actie zal kaderen in het Europese project 'EUREGENAS', wat staat voor 'EUropean REGions ENforcing Actions against Suicide'. De algemene doelstelling van het project houdt in: bijdragen aan zelfmoordpreventie in Europa via het ontwikkelen en implementeren van preventiestrategieën op regionaal vlak, die als good practice kunnen dienen voor de 'Europese Community'.

De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) is partner in het project en bevoegd voor 'werkpakket 6' namelijk 'Awareness Raising Activities', wat het ontwikkelen van algemene aanbevelingen en enkele specifieke toolkits m.b.t. suïcidepreventie omvat.

Daarnaast wordt in het project ook een databank aangelegd en een behoeftepeiling georganiseerd.

Op de website van het Euregenas project zal een **internationale databank** aangemaakt worden van relevant onderzoek en effectieve strategieën m.b.t. suïcidepreventie, zowel op Europees als op Vlaams niveau.

Vooraleer over te gaan tot de ontwikkeling van de richtlijnen, wordt een **behoeftepeiling** georganiseerd voor alle relevante stakeholders. Deze survey zal polsen naar de kennis en de noden die intermediairen hebben m.b.t. suïcidepreventiestrategieën.

Finaliteit is de ontwikkeling van algemene aanbevelingen en specifieke toolkits

1. Ontwikkelen van een algemene richtlijn met daarin do's en don'ts met betrekking tot het ontwikkelen en implementeren van een suïcidepreventie- en postventiebeleid. In samenwerking met CPZ, suïcidepreventiewerking van de CGG's, PIZS, Werkgroep Verder,...
2. Ontwikkelen van een toolkit specifiek voor intermediairen binnen het onderwijs. Afstemming met onder andere: CPZ, suïcidepreventiewerking van de CGG's, Werkgroep Verder, PIZS, ministerie van Onderwijs, Centra voor Leerlingen Begeleiding, Vigez,...
3. Ontwikkelen van een toolkit specifiek voor intermediairen op de werkvloer. Afstemming met onder andere: CPZ, suïcidepreventiewerking van de CGG's, Werkgroep Verder, PIZS, ministerie van Werk, preventie-adviseurs, vakbonden, VIGeZ,....

Inhoudelijk zullen de richtlijn en de toolkits aanbevelingen omvatten over onder meer volgende aspecten:

- Hoe kan men op de werkplek, in de school,... werken aan sociale integratie?
- Hoe kan men veerkracht van medewerkers/leerlingen verhogen en zelfhulp versterken?

- Wat kan er op de werkplek/school gedaan worden indien een medewerker/leerling psychische klachten ervaart?
- Op welke elementen moet men letten om de omgeving suïcideveilig te maken?
- Wat zijn mogelijkheden op vlak van vroegdetectie en screening
- Wat kan men doen wanneer een medewerker/leerling suïcidaal is?
- Wat kan men doen als een medewerker/leerling een zelfmoordpoging heeft ondernomen?
- Wat kan men doen na zelfdoding van een medewerker/leerling?

=> Deze algemene aanbevelingen en toolkits zullen voorgesteld worden op regionale **overlegmomenten** met betrokken stakeholders.

Onderzoek en Evaluatie

Onderzoek: Literatuurstudie en behoeftenpeiling

Evaluatie: Niet voorzien.

Timing

2012: Aanmaak databank; behoeftenpeiling

2013: Ontwikkeling algemene richtlijn + toolkits onderwijs en werkvloer

2014: Bekendmaking en disseminatie richtlijn en toolkits

1.8. Algemene aanbevelingen voor voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag

Relevantie

In de wetenschappelijke literatuur bestaat duidelijke consensus betreffende het cruciale belang van een goede opvang en behandeling van suïcidale patiënten (Kapur et al., 2003; Mann et al., 2005). Ondanks de hoge prevalentie van suïcidaal gedrag in de algemene Vlaamse bevolking en in de klinische populatie bestaat er tot op heden in Vlaanderen geen richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Er is ook weinig duidelijkheid over de kwaliteit van de zorg bij de opvang en behandeling van suïcidepogers en personen met suïcidale gedachten. Er bestaat dan ook een grote behoefte aan de ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire evidence based richtlijn voor de beoordeling en behandeling van suïcidaal gedrag. Deze behoefte kwam duidelijk naar voor tijdens de terugkoppelingsmomenten die werden georganiseerd in aanloop naar de Gezondheidsconferentie 2011.

Doel

-Hulpverleners en andere intermediären richtlijnen bieden om de opvang, diagnostiek, én behandeling van suïcidaliteit te verbeteren.

-Organisaties, voorzieningen, instellingen,... ondersteunen bij het opstellen, optimaliseren, implementeren en evalueren van een suïcidepreventie- en postventiebeleid.

-Zorg voor suïcidale personen meer transparant en toetsbaar maken.

Doelgroep

Hulpverleners die regelmatig in contact komen met suïcidale personen waaronder psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, artsen op spoedafdelingen en verpleegkundigen. Binnen de tweedelijns en derdelijns is er bijzondere aandacht voor die settings die met hoogrisicogroepen worden geconfronteerd.

Geografische afbakening

--

Vlaanderen

Verwachte resultaten

ONDERZOEK

Premeting van de kennis van hulpverleners over diagnose en behandeling van suïcidale personen.

ONTWIKKELING RICHTLIJN

Wat?

Er wordt op basis van de richtlijn van Trimbos (Nederland) een richtlijn ontwikkeld die onder meer volgende zaken omvat:

- Visie op suïcidaal gedrag
- Diagnostiek van suïcidaal gedrag, met bijzondere aandacht voor:
 - *Vroegdetectie en screening bij hoog-risicopersonen
 - *Risico-inschatting bij suïcidaliteit
- Behandeling van suïcidaliteit
 - *Medicamenteuze behandeling
 - *Psychotherapeutische behandeling (eerste interventies en lange termijn behandeling)
- Zorg, opvang, behandeling en monitoring van personen die een suïcidepoging hebben ondernomen
- Zorg en opvang voor nabestaanden

Wie?

Samenwerking tussen een **coördinator**, **'stuurgroep'** en **'klankbordgroep'**

- Aanstelling van een coördinator die de multidisciplinaire richtlijn zal schrijven en het proces kan coördineren.
- Samenstelling van een stuurgroep van deskundigen die de coördinator voorzien van inhoudelijke input, advies en feedback tijdens de ontwikkeling en disseminatie van de richtlijn.
Min. 4 bijeenkomsten.
- Samenstelling van een klankbordgroep bestaande uit (vertegenwoordigers van) de primaire doelgroep: hulpverleners die regelmatig in contact komen met suïcidale personen. De klankbordgroep geeft de mogelijkheid om diverse actoren te betrekken bij de ontwikkeling en disseminatie (zowel 1^{ste}, 2^{de} als 3^{de} lijn, beroepsverenigingen, eventuele patiëntenverenigingen,...). De rol van deze 'klankbordgroep' is voornamelijk praktijkgerichte feedback geven.
Min. 2 bijeenkomsten.

Proces

FASE 1: INPUT

- Overleg met Trimbos
- Kick-off meeting met stuurgroep
- Doornemen van de literatuurstudie en screening van de richtlijn van Trimbos met oog op de Vlaamse situatie.
- Inputmeeting met stuurgroep

FASE 2: DRAFT

- Draft opmaken
- 2 Feedbackmeetings met stuurgroep en klankbordgroep

FASE 3: FINALISERING

- Definitieve tekst opmaken
- Vormgeving papieren versie: handboek?
- Vormgeving online versie: opgedeeld in hoofdstukken / online cursus?
- Slotmeeting met stuurgroep en klankbordgroep

DISSEMINATIE EN IMPLEMENTATIE RICHTLIJN

-Organisatie van een **congres** (1 dag) voor de lancering en uitgebreide voorstelling van de richtlijn. Primair doelpubliek: hulpverleners die in contact komen met suïcidale personen. Aansluitend kan een **persconferentie** georganiseerd worden.

-**Bekendmaking en verspreiding** van de richtlijn (papieren én elektronische versie) via huidige netwerken en overlegstructuren, partnerorganisaties met suïcidespecifieke werking, terreinorganisaties... Vraag aan alle betrokken overlegstructuren, organisaties en partners om de richtlijn (of een link) op hun site te plaatsen.

-**Deskundigheidsbevordering**: Organisatie van lokale trainingen voor hulpverleners, georganiseerd door de CGG's. Starten met een pilotsessie in 1 regio waarop deelnemers feedback kunnen geven. De trainingen kunnen mogelijks gedifferentieerd worden naar verschillende doelgroepen (vb. aparte training voor artsen, psychologen, verpleegkundigen,...).

-Specifieke promotie van de training voor die settings die met hoogrisicogroepen worden geconfronteerd.

Onderzoek en Evaluatie

Op dit moment bestaat er (nog) geen wetenschappelijke evidentie voor het effect van een multidisciplinaire richtlijn. Daarom is het uitermate belangrijk en nuttig hiernaar een onderzoek op te zetten.

Idealiter omvat dit onderzoek een pre- en postmeting van de kennis en vaardigheden van de hulpverleners die met de richtlijn zullen werken, alsook een controlegroep, zodat een grondige analyse kan gebeuren.

EZO / Lucas kunnen instaan voor dit onderzoeks- en evaluatieluw.

Timing

Onderzoek: Premeting	Okt. 2012 – Maart 2013
Ontwikkeling Richtlijn	Okt. 2012 – Eind 2013
Organisatie Congres	Begin 2014
Bekendmaking en Verspreiding Richtlijn	Vanaf congres (begin 2014)
Deskundigheidsbevordering:	2014 – 2015 (kan mogelijks op regelmatige basis herhaald worden tot 2020)
Onderzoek:	
Postmeting - Analyse – Eindrapport	2014 – 2015

1.9. Algemene aanbevelingen voor ketenzorg

Relevantie

De continuïteit van zorg blijkt één van de belangrijkste knelpunten te zijn in de huidige organisatie van de hulpverlening. Onderzoek in Nederland toonde aan dat patiënten na een suïcidepoging geen goede nazorg krijgen in de klinische of ambulante setting en dat het ontbreekt aan duidelijke afspraken hierover met instanties in de regio (Verwey, 2006). Door een gebrek aan sluitende afspraken in de keten krijgen suïcidale patiënten niet altijd de juiste (na) zorg. De transfermomenten tussen en binnen zorginstanties kunnen gezien worden als risicovolle momenten.

Doel

Ontwikkeling, verspreiding en implementatie van een kwalitatief model van ketenzorg bij suïcidaliteit waardoor de zorgprocessen voor suïcidale personen naadloos op elkaar aansluiten.

De doelstelling is te komen tot een kwalitatief model waarin aanbevelingen worden gedaan voor een zorgvuldige samenwerking in de keten bij mensen met suïcidaal gedrag. Voor het uitwerken van een kwalitatief model voor ketenzorg baseren we ons op het Nederlandse voorbeeld van [Trimbos](#).

Conform het Nederlandse kwaliteitsdocument Ketenzorg zijn de aanbevelingen gebaseerd op goede praktijkvoorbeelden en opvattingen van experts over hoe de organisatie van zorg voor patiënten met suïcidaal gedrag er uit zou moeten zien. Deze aanbevelingen vormen de basis voor het maken van lokale samenwerkingsafspraken.

Het is belangrijk om bij de uitwerking van deze ketenzorg enerzijds rekening te houden met de ontwikkelingen en ervaringen die we in Vlaanderen hebben opgedaan binnen het Project Integrale Zorg Suïcidepogers. Bij voorkeur wordt ketenzorg geënt op deze reeds bestaande werking en uitgebreid. Anderzijds dient er ook aansluiting gezocht worden bij de evoluties en projecten binnen het 107.

Onderscheid met de strategie 'Multidisciplinaire richtlijn': Het kwalitatief model voor Ketenzorg richt zich specifiek op de organisatie van de zorg, terwijl de 'Multidisciplinaire richtlijn' zich richt tot het inhoudelijk professioneel (be)handelen.

Samen vormen deze strategieën een tweeluik voor kwalitatief goede zorg.

Doelgroep

Spoeddiensten, eerste, tweede en derde lijn

Geografische afbakening

Vlaanderen

Verwachte resultaten

ONDERZOEK

-Literatuuronderzoek

Welke kennis reeds voorhanden?

Nederlands voorbeeld + onderzoek naar de methodieken uit andere landen

-Inventarisatie knel- en verbeterpunten

Inventarisatie kan gezien worden als premetering (waar loopt het nu fout) om vervolgens de postmetering te kunnen uitvoeren (is er een verbeterde continuïteit van zorg door het kwalitatief model voor ketenzorg)

-Bundelen van praktijkvoorbeelden, ervaringen en opvattingen van experts uit het veld

ONTWIKKELING VAN HET MODEL

Wat?

Conform het Nederlandse voorbeeld een kwalitatief model voor ketenzorg ontwikkelen, bestaande uit verschillende luiken die moeten leiden tot continuïteitsafspraken over de zorg voor mensen met suïcidaal gedrag.

Een mogelijk drieluik zou kunnen bestaan uit:

-Stappenplan om te komen tot continuïteitsafspraken

-Bouwstenen die inhoud bieden voor de te maken afspraken

-Checklist ter evaluatie van het daadwerkelijk nakomen van de afspraken

Wie?

Samenwerking tussen een coördinator, stuurgroep en een klankbordgroep (met als doel dat deze laatst genoemde het document onderschrijven en zo aangeven het actief te zullen uitdragen)

De coördinator overziet het gehele project en kan hiervoor bijgestaan worden door een medewerker. De coördinator heeft een evaluerende en bijsturende rol.

De stuurgroep staat in hoofdzaak in voor de inhoudelijke input en verricht een groot deel van het onderzoek, nodig om het project te lanceren. Op basis van de input uit de klankbordgroep kan de stuurgroep conceptteksten opstellen die vervolgens ter toetsing voorgelegd kunnen worden aan de klankbordgroep.

De stuurgroep kan bestaan uit de verantwoordelijken van belanghebbende organisaties.

De klankbordgroep heeft de mogelijkheid om actoren uit zowel de eerste, tweede en derde lijn, alsook beroepsverenigingen en eventueel patiëntenorganisaties bij de ontwikkeling te betrekken, zodoende ieders stem gehoord kan worden. Wat onder andere van belang kan zijn bij de implementatie op lokaal niveau.

Proces

FASE 1: INPUT

- Aanstelling coördinator en samenstelling stuurgroep
- Overleg met Trimbos
- Overleg tussen coördinator en stuurgroep + samenstelling klankbordgroep
- Doornemen van de literatuur met oog op de Vlaamse situatie en rekening houden met eventuele input uit andere praktijkvoorbeelden
- Inputmeeting met stuurgroep
- Meeting met de klankbordgroep

FASE 2: DRAFT

- Draft opmaken
- Overleg met klankbordgroep

FASE 3: FINALISERING

- Definitieve tekst opmaken
- Vormgeving papieren versie: handboek
- Vormgeving online versie: opgedeeld in hoofdstukken / online cursus
- Slotmeeting met coördinator, stuurgroep en klankbordgroep

DISSEMINATIE EN IMPLEMENTATIE

-Organisatie van een **congres** (1 dag) voor de lancering en uitgebreide voorstelling van het model. Primair doelpubliek: hulpverleners die in contact komen met suïcidale personen. Aansluitend kan een **persconferentie** georganiseerd worden.

-**Bekendmaking en verspreiding** van het model (papieren én elektronische versie) via huidige netwerken en overlegstructuren, partnerorganisaties met suïcidespecifieke werking, terreinorganisaties... Vraag aan alle betrokken overlegstructuren, organisaties en partners om de richtlijn (of een link) op hun site te plaatsen.

-**Deskundigheidsbevordering**: Voorstelling van het model voor ketenzorg binnen belanghebbende organisaties, nadruk op de concrete toepassing van dit model.

Onderzoek en Evaluatie

Er is nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar de specifieke hiaten in de nazorg van personen met suïcidaal gedrag. Het is dan ook van belang, dat alvorens dit project van start gaat, een premeting te voorzien, die dit kan verduidelijken. Vervolgens kan het project zich richten op deze tekortkomingen en dient er na afsluiting een postmeting uitgevoerd te worden om na te gaan in welke mate het project de bestaande hiaten heeft kunnen oplossen. Deze postmeting voorziet het project meteen ook van een grondige evaluatie en indien nodig bijstelling.

Bijlage 2: Overzicht figuren en tabellen

Figuur 1. Leeftijdsspecifieke sterftecijfers voor zelfdoding, mannen en vrouwen (2009)

Figuur 2. Leeftijdsspecifieke cijfers voor suïcidepogingen, mannen en vrouwen, regio Gent (2010)

Figuur 3. Verklarend model suïcidaal gedrag

Figuur 4. Het suïcidaal proces (Retterstol, 1993)

Figuur 5. Leeftijdsspecifieke suicide rates Vlaanderen, mannen en vrouwen (2009)

Figuur 6. Person-based rates, volgens leeftijd en geslacht, regio Gent (2010)

Tabel 1. Overzicht van de acties, Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Bijlage 3: Bibliografie

- Aharonovich A., Liu X., Nunes E., Hasin D. (2002). Suicide attempts in substance abusers; Effects of major depression in relation to substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 169; 1600-1602.
- Andriessen, K. (2006). On 'intention' in the definition of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 533-538.
- Andriessen, K. (2007). Kan suicide worden voorkomen? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37(1), 5-13.
- Balfour K (2007). Evidence Review: Mental Health Promotion. British Columbia: Population Health and Wellness, BC Ministry of Health. BC Partners for Mental Health and Addictions Information (s.d.). Positive mental health. www.heretohelp.bc.ca/publications/factsheets/positivementalhealth.shtml.
- Barr, A. en Hashagen, S., ABCD Handbook : A framework for evaluating community development, CDF Publications, Londen, 2000
- Barry, M. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice, *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4-17.
- Beautrais, A., Joyce, P.R., & Mulder, R. (1998). Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *New Zealand Medical Journal*, 111, 44-48.
- Bell, J.S., Johns, R., & Chen, T.F. (2006a), Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70,77.
- Brent, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B. et al. (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1486-1493.
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Brown, K. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts. A Randomised Controlled Trial. *JAMA*, 294, 563-567.
- Cattan, M. & Tilford, S. (2006). Mental Health Promotion. A lifespan approach. Open University Press, Mc Graw-Hill Education.
- Callahan J. (1993), Blueprint for an adolescent suicidal crisis. *Psychiatric Annals*, 23, 263-270.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, & Lawrie S. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Christensen, H., Griffiths, KM., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.
- Coppens, E., Scheerder, G., & Van Audenhove, C. (2011). Evaluatie van het Vlaams Actieplan suïcidepreventie (2006-2010). K.U. Leuven, LUCAS.
- de Groot, M., & Andriessen, K. (2007). Nabestaanden. In: van Heeringen C. (red). *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp. 297-314). Utrecht: De Tijdstroom.
- De Hert, M, Peuskens, J. (1997). Suïcide en schizofrenie, risicofactoren en implicaties voor behandeling. *Suicide and schizophrenia, risk factors and implications for treatment. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 462-474.
- De Jaegere, E., Wittouck, C., Portzky, G., & van Heeringen, C. (2010). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2009. Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent.
- De Leo, D., Dello Buono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 17-39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

- De Smedt, D., Sbarigia, U., Annemans, L. (2011). Gezondheidseconomische evaluatie van de strategieën VAS I. I-CHER, UGentD'Hooze, M. & Van Houtte, B. (2011). An ecological study of community level correlates of suicide mortality rates in the Flemish region of Belgium, 1996-2005. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 41.
- Eisses, A., Kluiter, H., Jongenelis, K., Pot, A., Beekman, A., & Ormel, J. (2005). Care staff training in detection of depression in residential homes for the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 186, 404-409.
- Engels, N., Aelterman, A., Schepens, A. en Petegem, K. (2003). Het welbevinden van leerlingen in het secundair onderwijs in Vlaanderen. *Pedagogische Studiën* 80(3), 192-209.
- Flisher, A.J. (1999) Annotation: mood disorder in suicidal children and adolescents: recent developments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 315-324.
- Friedli G (2003). Making it effective: A guide to evidence based mental health promotion. London: Mentality.
- Gould, M., Kalafat, J., Harris, Munfakh, J., Kleiman, M. (2007). An evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 37(3):338-352.
- Gustafsson, L., Jacobsson, L. (2000). On mental disorder and somatic disease in suicide: A psychological autopsy study of 100 suiciders in Northern Sweden. *Nord J Psychiatry*, 54: 383-395.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harting, J., & van Assema, P. (2007). Community-projecten in Nederland: De eeuwige belofte? Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Hasley, J., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M., Adler, L., & Shroyer, A. (2008). A review of "suicidal intent" within the existing literature. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 38, 576-591.
- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K., Arundel, M., Bernal, W., Gunson, B., Hudson, M., Suri, D., & Simpson, K. (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *British Medical Journal*, 329, 1076-1079.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Henderson, C., & Thornicroft (2009). Stigma and discrimination in mental illness: time to change. *Lancet*, 373, 6.
- Henderson, P., Summer S., Thara R. (2004). Developing healthier communities, NHS health development agency, London, 261 p.
- Hodgson R, Abbasi T & Clarkson J (1996) Effective mental health promotion: A literature review. *Health Education Journal*, 55, 55-74.
- Hooghe, M., & Vanhoutte, B. (2011). An ecological study of community level correlates of suicide mortality rates in the Flemish region of Belgium, 1996-2005. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41, 453-464.
- Isometsä, ET (2001) Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry*, 16, 379-85.
- ISW Limits (2011). Evaluatiestudie van de online zelftest over mentale gezondheid op de Fit in je hoofd website van de Vlaamse Overheid www.fitinjehoofd.be. Leuven: ISW Limits.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works. A review. *IUPHE Promotion & Education*, Suppl. 2, 9-25.
- Jordan, J., & McIntosh, J. (2011). *Grief after Suicide. Understanding the consequences and caring for the bereaved*. New York: Routledge.
- Kalafat, J. (2003). School approaches to youth suicide prevention. *American Behavioral Scientist*, 46, 9, 1211-1233.
- King, C., & Merchant, C. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12, 181-196.
- Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I., & Teh, MM. (2008). *Mental capital through life: Future challenges*. London: Foresight Mental Capital and Wellbeing Project.

- Lau, R., Morse, C., & Macfarlane S. (2010). Psychological factors among elderly women with suicidal intentions or attempts to suicide: a controlled comparison. *Journal of Women & Aging*, 22, 3-14.
- Lehfeld, H., Althaus, D.A., Hegerl, U., Ziervogel, A., Niklewski, G.(2004). Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. *Adv Psychosom Med*, 26:137-143.
- Lester, D. (1997). The effectiveness of suicide prevention centers: a review. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(3), 304-310.
- Levrau F (2007). Theoretische onderbouwing van het gebruik van zelfeducatie aan de hand van een zelfbeoordelingstest en van advies op maat als verdieping van de Vlaamse campagne 'Fit in je hoofd - Goed in je vel'. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. London: Health Technology Assessment no 22.
- Luo F., Florence C., Quispe-Agnoli M., Ouyang L., Crosby A. (2011). Impact of Business cycles on US Suicide Rates 1928-2007. *American Journal of Public Health*, 101 ; 1139-1146.
- Mann, J., Waterneux, C., Haas, G., & Malone K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005) Suicide Prevention Strategies. A Systemic Review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Maslow A. (1943). A preface to motivation theory. *Psychosomatic Medicine*, 5; 85-92.
- McDaid D (2008). Mental health in workplace settings: Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- McElroy A (2004). Suicide prevention and the broad-spectrum approach to health promotion. *Health Education Research*, 19, 4.
- Meltzer H. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. In H. Hendin & J. Mann (Eds.). *The clinical science of suicide prevention*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932 (pp. 44-60), New York: Academy of Sciences.
- Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B. Raymond, S. Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., Berman, A. (2007), Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network, *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37(3), 291-307
- Möller-Leimkühler A. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 1-8.
- Motmans, J. (2009). 'Leven als transgender in België. De sociale en juridische situatie van transgenderpersonen in kaart gebracht.' Steunpunt Gelijkekansenbeleid in opdracht van het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen.
- Murphy G. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behavior: substance abuse. In K. Hawton & K. van Heeringen (Red). *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(4), 848-853.
- Orbach, I., Bar-Joseph, H., & Dror, N. (1990). Styles of problem-solving in suicidal individuals. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 20, 56-64.
- Otto, M.A. (2011). Suicide Prevention Poster Improves ED Recognition, Management. Elsevier Global Medical News.
- Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002). Fatal and non- fatal repetition of self- harm – Systematic Review: *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pauwels, K. (2010). Sportzak! Beter dan stressbal. Projectvoorstel.
- Pfaff, J., Acres, J., McKelcey, R.(2001). Training general practitioners to recognize and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med.J.Aust.*, 517(5):222-6.
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337-344.

Platt S., O'Connor, RC., Gordon, J. (2011). Inequalities and Suicidal Behaviour. In *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* John Wiley & Sons, Ltd, 211-237.

Pollett H (2007). *Mental Health Promotion: A literature review*. Report prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council, Ottawa, Canada.

Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personne, F., Lester, D. , Di Vittorio, C., Tatarelli, R., Girardi, P., & More, M., (2008). Suicide in the elderly : A psychological autopsy in a North Italy area (1994-2004). *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 727-735.

Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2005). Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (11), 922-930.

Portzky, G. (2006). *Suicidal behaviour among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention*. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of doctor in Medical Sciences. UGent: Vakgroep Psychiatrie en Medische Psychologie.

Portzky, G., Audenaert, K., & van Heeringen, K. (2009) Psychosocial and psychiatric factors associated with adolescent suicide: A case-control psychological autopsy study. *Journal of Adolescence*, 32, 849- 862

Portzky, G., Van Autreve, S., & van Heeringen, C. (2010). Suïcidaal gedrag. *Epidemiologie en risicofactoren*. *Huisarts Nu*, 39, 12-34.

Power, L., Morgan, S., Byrne, S., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Fitzpatrick, C., & Guerin S. (2009). A pilot study evaluating a support programme for parents of young people with suicidal behavior. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 1-8.

Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education Journal*, 106, 9-20.

Retterstøl, N. (1993). The suicidal process. In N. Retterstøl, *Suicide: A European Perspective* (pp. 135- 141). Cambridge: Cambridge University Press.

Reynders, A., van Heeringen, C., De Maeseneer, J., & Van Audenhove, C. (2009). Onderzoek naar verklarende factoren voor verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. Leuven: Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin.

Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1), 5-14.

Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., & Fritze J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 17-27.

Schoonakker, M., Dumon, E. & Louckx, F. (2009). 'Welebi. Onderzoek naar het mentaal en sociaal welbevinden van lesbische en biseksuele meisjes.' VUB in opdracht van Gelijke Kansen Vlaanderen.

Schutters K & Stevens V (2009). Fit in je hoofd, goed in je vel: Gebruikerstest zelfbeoordelingsinstrument. Brussel: Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie.

Slee, N., Ganevski, N., van der Leeden, R., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2008). Cognitive- behavioral intervention for self-harm: randomised controlled trial: *British Journal of Psychiatry*, 192,202-211.

Speckens A.E.M., Hawton K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35: 365-387.

Struckcinskiene B., Andersson R., Janson R., (2011). Suicide mortality trends in young people aged 15 to 19 years in Luthiania. *Acta Paediatrica*, 100; 1476-1480.

Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.

Triantafyllou K., Angeletopoulou C. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*, 37; 1459.

Van Assema, P., Ronda, G. & Brug, J. (2006). *Hartslag Limburg: integrale gezondheidsbevordering in buurten, gemeenten, bij huisartsen en in het ziekenhuis*. De effecten van het community project binnen Hartslag Limburg in de periode 1998-2001 op organisatieniveau en individueel gedrag en gedragsintenties. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84, 278-280.

- van Heeringen, C., & Vincke, J. (2000). Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 494-499.
- van Heeringen, C., Kerkhof, AJFM. (2000). Richtlijnen voor de behandelingen van suïcidaliteit. In C. van Heeringen & A. Kerkhof (Red.). *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit*. Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- van Heeringen, C. (2001b). The suicidal process and related concepts. In C. van Heeringen (Red.). *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley.
- van Heeringen, C. (2001a). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*; 16, S1- S6.
- van Heeringen, C. (2007). Biologische en genetische oorzaken van suïcidaal gedrag. In C. van Heeringen (Red.). *Handboek Suïcidaal Gedrag* (pp.65-76). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vermeulen T, Sillis F & Van Dooren V (2009). Mentaal fit of psychisch gestoord? Over geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen. Antwerpen: Logo Antwerpen.
- Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicide in late life. *Current Psychiatry Reports*, 13, 234-241.
- Vervaeke, M. (2005). Traits and eating disorders: associations with cognitive and behavioural characteristics. Doctoraatsthesis, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent.
- Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness, *Psychiatric Services*, 55 49--53.
- WHO (2004), *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options. Summary Report: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*, Geneva.
- Williams, M. (1997). *A cry of pain. Understanding suicide and self-harm*. Harmondsworth: Penguin.
- Woof, W., & Carter, Y. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 1). *British Journal of General Practice* 1997; 47, 443-448.

--

ADVIES VAN DE STRATEGISCHE ADVIESRAAD
VOOR HET WELZIJNS-,
GEZONDHEIDS- EN GEZINSBELEID



Aan de heer Jo Vandeuren
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koolstraat 35
1000 Brussel

contactpersoon
Gunter Naets
gnaets@serv.be

ons kenmerk
SARWGG_BR_20121026_preventie_zelfdoding

Brussel
26 oktober 2012

Advies over de gezondheidsdoelstelling “preventie van zelfdoding” en Vlaams Actieplan 2012-2020

Geachte minister Vandeuren,

U vroeg de SAR WGG om advies over de gezondheidsdoelstelling ‘preventie van zelfdoding’ en het Vlaams Actieplan 2012-2020.

De raad wenst vooraf te onderstrepen dat werken met gezondheidsdoelstellingen een goed voorbeeld is van een modern beleid dat de resultaten van zijn acties wenst te meten. De raad kan deze aanpak dan ook volmondig ondersteunen.

De raad vindt het goed dat de Vlaamse Regering zich inschrijft in de ambitie van de Wereldgezondheidsorganisatie om de prevalentie en de negatieve gezondheidsimpact van geestelijke gezondheidsproblemen aanzienlijk te reduceren. Cijfers tonen aan dat Vlaanderen op dit vlak niet goed scoort.

De SAR WGG wenst daarom de geformuleerde gezondheidsdoelstelling en het bijhorende actieplan te onderschrijven. De raad meent dat de grondige voorbereiding van de conferentie waarbij heel wat partners betrokken werden zeker lof verdient.

Maar er ligt nog heel wat werk op de plank om dat in de Vlaamse Gemeenschap te vertalen in een goed gecoördineerde en integrale aanpak van het probleem. Zoals in het plan terecht wordt aangegeven, is een integrale aanpak belangrijk om aansluiting te vinden bij de sociale leefwereld van kwetsbare burgers. Want preventie omvat alle initiatieven die doelbewust een probleem voorkomen. Vooral bij preventie van zelfdoding moeten de betrokken personen daarom via de sociale dienstverlening op de eerste lijn gemakkelijk toegang tot de nodige zorg krijgen. Ze mogen niet (meer) aan hun lot overgelaten worden eens hun zorgbehoefte werd vastgesteld. Het actieplan geeft aan dat hieraan zal gewerkt worden.

Toch wenst de raad een belangrijke opmerking te maken. De raad ondersteunt de keuze voor een integrale benadering, die waar mogelijk onderbouwd wordt door wetenschappelijke

Strategische Adviesraad • Welzijn • Gezondheid • Gezin

Wetstraat 34-36 • 1040 Brussel • T +32 2 209 01 11 • F +32 2 217 70 08 • info@sarwgg.be • www.sarwgg.be

'evidentie'¹, maar ook stoelt op praktijkkennis opgebouwd via proeftuinen, experimenten,... op het terrein. Hoewel in de huidige aanpak aandacht wordt geschonken aan gemeenschapswerkers, wordt het begrip gemeenschapswerker te eng opgevat. Zo blijft de valorisatie beperkt tot slechts enkele types van gemeenschapswerkers, terwijl sociale werkers op de eerste lijn (in OCMW, CAW, sociale werkplaatsen, begeleid wonen, e.a.) onvoldoende deel uitmaken van dit preventiebeleid. Toch zijn zij direct betrokken bij de leefwereld van kwetsbare burgers. De ondersteuning van daklozen, mensen met schulden en ernstige relationele of opvoedingsproblemen confronteert hulpverleners met verliesprocessen waarvan we weten dat ze een risicofactor zijn voor depressie en zelfdoding. Al deze (reeds aanwezige) expertise moet een meer expliciete plaats krijgen in dit preventiebeleid.

De raad vindt het ook aangewezen om een ruimere visie in het preventiebeleid rond zelfdoding te hanteren waarbij men niet enkel vertrekt bij de zorg- en welzijnssectoren. Alle beleidsdomeinen (ook onderwijs, wonen, werken, mobiliteit, milieu,...) kunnen bijdragen tot een meer leefbare samenleving waarin het welzijn, participatie en inclusie van iedere burger bevorderd wordt. De **intersectorale inzet** van mensen en middelen is essentieel om de beoogde gezondheidsdoelstelling te realiseren tegen 2020 en komt te weinig tot uiting in het voorliggende actieplan.

Met de meeste hoogachting

Gunter Naets
secretaris

Jan De Maeseneer
voorzitter

¹ 'evidentie' wordt hier gezien als een ruim begrip: het gaat niet louter over medische evidentie, maar ook over contextgebonden evidentie en beleidsevidentie