

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2006-2007

15 december 2006

**GEZONDHEIDSDOELSTELLING ‘PREVENTIE VAN ZELFDODING’
EN VLAAMS ACTIEPLAN 2006-2010**

ingediend door mevrouw Inge Vervotte
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Gezondheidsdoelstelling
‘Preventie van zelfdoding’ en Vlaams actieplan 2006-2010
*“De sterfte door zelfdoding moet tegen 2010
verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000”*

1	INLEIDING	3
1.1	ZELFDODING	3
1.1.1	<i>Wereldwijd</i>	3
1.1.2	<i>Vlaanderen</i>	3
1.2	HET SUÏCIDAAL PROCES	5
1.2.1	<i>Suïcidale ideatie</i>	5
1.2.2	<i>Psychiatrische stoornissen</i>	6
1.2.3	<i>Specifieke doelgroepen</i>	9
1.2.4	<i>Externe factoren die zelfdoding kunnen uitlokken</i>	10
1.3	SUÏCIDEPREVENTIEPROGRAMMA’S UIT HET BUITENLAND	10
1.3.1	<i>WGO</i>	10
1.3.2	<i>Europa</i>	11
1.3.3	<i>EAAD</i>	14
1.3.4	<i>Nationale aanbevelingen</i>	14
2	DE ZESDE GEZONDHEIDSDOELSTELLING	16
2.1	GEZONDHEIDSCONFERENTIE	16
2.2	DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING	16
2.3	VERFIJNING VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING ‘PREVENTIE VAN ZELFDODING’	17
2.3.1	<i>Hoofddoelstelling</i>	18
2.3.2	<i>Subdoelstellingen</i>	18
3	ACTIEPLAN	20
3.1	BEVORDEREN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID	20
3.1.1	<i>Fit in je hoofd, goed in je vel</i>	20
3.1.2	<i>Zelfzorg</i>	22
3.1.3	<i>Collectieve gezondheidsovereenkomst</i>	23
3.1.4	<i>Publieksinformatiecampagne rond dit actieplan</i>	23
3.2	BEVORDEREN VAN DE LAAGDREMPELIGE TELEZORG	25
3.3	BEVORDEREN VAN DE DESKUNDIGHEID VAN PROFESSIONELEN EN OPTIMALISEREN VAN DE NETWERKING	27
3.3.1	<i>Deskundigheidsbevordering van de huisarts via E-learning</i>	27
3.3.2	<i>Deskundigheidsbevordering van andere professionelen via E-learning</i>	28
3.3.3	<i>Deskundigheidsbevordering van professionelen via andere vorming</i>	29
3.3.4	<i>Zorg voor personen met depressie binnen de CGG</i>	30
3.3.5	<i>Zorg voor suïcidale patiënten binnen de CGG</i>	31
3.3.6	<i>De samenwerking tussen hulpverleners met betrekking tot suïcidale patiënten</i>	31

3.4	HET UITLOKKEN VAN ZELFDODING TEGENGAAN.....	33
3.4.1	<i>Aanbevelingen voor de media met betrekking tot berichtgeving over zelfdoding</i>	33
3.4.2	<i>Beschikbaarheid van middelen verminderen</i>	34
3.5	AANDACHT VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN	35
3.5.1	<i>Zorg voor suïcidepogers via de spoedgevallendienst</i>	35
3.5.2	<i>Vroegdetectie en diagnose van psychiatrische aandoeningen zoals schizofrene psychose</i>	37
3.5.3	<i>Mindfulness-based cognitive therapy bij personen met recidiverende depressies</i>	38
3.5.4	<i>Jongeren</i>	39
3.5.5	<i>Zorg voor Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (kopp)</i>	40
3.5.6	<i>Zorg voor nabestaanden na zelfdoding</i>	41
3.5.7	<i>Homoseksuelen en lesbiennes</i>	42
3.6	BELANGRIJKE RANDVOORWAARDEN VOOR EFFICIËNTIE EN DOELMATIGHEID	43
3.6.1	<i>Facettenbeleid: afstemming binnen het Vlaamse en met het federaal beleid</i>	43
3.6.2	<i>Afstemming binnen het gezondheidsbeleid</i>	44
3.6.3	<i>Afstemming loco-regionale initiatieven</i>	45
3.6.4	<i>Registratie</i>	45
3.6.5	<i>Opvolging en evaluatie</i>	46
3.6.6	<i>Aansturing van het actieplan</i>	47
3.7	AFSTEMMING VAN SUÏCIDEPREVENTIE MET VISIES OP PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ...	48
4	CONCLUSIE	50
5	BIJLAGEN	55
	BIJLAGE 1: EPIDEMIOLOGIE ZELFDODING IN VLAANDEREN	55
	BIJLAGE 2: GEESTELIJKE GEZONDHEID IN VLAANDEREN	65

1 INLEIDING

1.1 ZELFDODING

1.1.1 WERELDWIJD

Zelfdoding is een **belangrijk gezondheidsprobleem**. Van 1950 tot 1995 is het aantal zelfdodingen wereldwijd met **60% gestegen**. In het jaar 2000, stierven 815.000 mensen door zelfdoding, met een leeftijdsgestandaardiseerd sterftecijfer van **14.5 per 100.000**. Voor Europa alleen bedroeg het sterftecijfer **19.1 per 100.000**. Op wereldniveau staat zelfdoding op de 13^{de} plaats van de doodsoorzaken, opvallend staat het al op de 7^{de} plaats in Europa. Daar komt nog bij dat in een aantal geïndustrialiseerde landen het aantal zelfdodingen bij tieners en jong- volwassenen bijna verdubbeld is de laatste 10 jaar. De ernst van het probleem wordt nog meer duidelijk wanneer het aantal **pogingen** tot zelfdodingen - 10 tot 20 keer meer - aan dit getal wordt toegevoegd.¹

1.1.2 VLAANDEREN

De gegevens voor Vlaanderen zijn **nog zorgwekkender** dan de internationale cijfers. In de periode 2001-2003 stierven jaarlijks gemiddeld 1104 personen door zelfdoding, waarvan 296 vrouwen en 808 mannen. In vergelijking met het globale EU cijfer, lag het gemiddelde sterftecijfer over deze periode in Vlaanderen bijna 50% (47%) hoger, **17 per 100.000 ten opzichte van 11.5 per 100.000**.² Zelfdoding is bij mannen uitgegroeid tot de belangrijkste oorzaak van verloren potentiële levensjaren door voortijdig overlijden (voor de leeftijd van 75 jaar). Per 1000 persoonsjaren gaan bij mannen bijna 10 en bij vrouwen 3 jaren verloren door zelfdoding. In de loop van de voorbije decennia is **het aandeel van de min-dertigers in de zelfdodingssterfte ongeveer verdubbeld** (van 8 naar 18% bij mannen en van 5 naar 10% bij vrouwen) en ook het aandeel van de middengroep (30-59 jaar) is groter geworden (voor beide geslachten +6%). **Zelfdoding is in Vlaanderen thans de belangrijkste doodsoorzaak bij twintigers, dertigers en bij mannen ook bij veertigers**.³

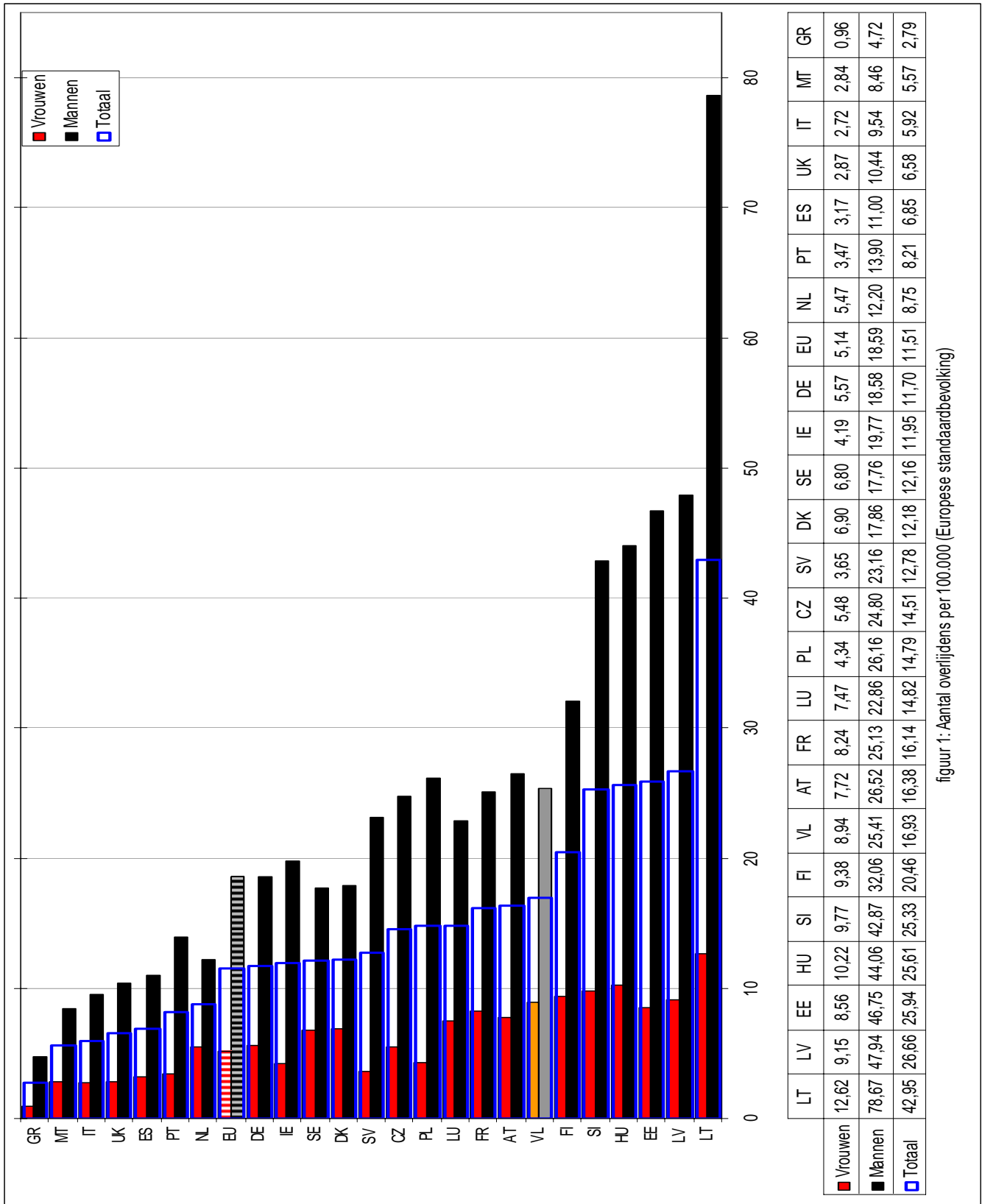
Vlaanderen scoort zeer zwak in de Europese rangorde. Enkel Finland, Slovenië, Hongarije en de Baltische staten scoren slechter. **Op West-Europees niveau staan we voorlaatste**. (figuur 1) De incidentie in Vlaanderen ligt bij mannen **37%** en bij vrouwen zelfs **74%** hoger dan het globale EU-cijfer.

Zie ook bijlage 1: epidemiologie van zelfdodingen in Vlaanderen

¹ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?, WHO-Europe, Health evidence network, juli 2004

² Cijfermateriaal van Agentschap Zorg en Gezondheid, team beleidsondersteuning

³ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003



1.2 HET SUÏCIDAAL PROCES

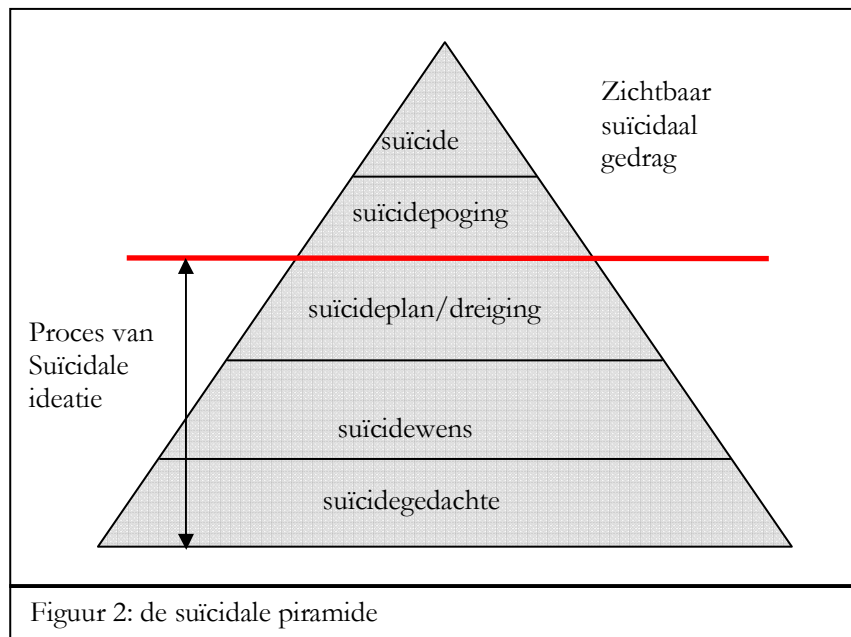
1.2.1 SUÏCIDALE IDEATIE

Vooraleer een persoon overgaat tot zelfdoding, heeft hij al een lange (lijdens)weg afgelegd. Men spreekt van **suïcidale ideatie** bij het hebben van actieve gedachten over zelfdestructief gedrag, waarbij al dan niet de dood wordt beoogd. Deze gedachten kunnen variëren van vage ideeën over de mogelijkheid om een einde te maken aan zijn leven ergens in de toekomst tot concrete plannen om suïcide te plegen. (zie figuur 2: de suïcidale piramide) Betreffende de duur van dit proces is er nog niet zoveel duidelijkheid. Cornelisse et al (1999) onderzochten bij 419 suïcidale patiënten de **duur van de suïcidale ideatie**. Deze is sterk uiteenlopend, gaande van een kortdurend proces tot een proces dat meer dan 20 jaar beslaat. Bij de meerderheid van de betrokkenen is er sprake van een proces dat 1 tot 2 jaar duurt. Een onderzoek bij Vlaamse jonge suïcideslachtoffers (15 – 19 jaar) gaf een gemiddelde duur van **29 maanden** aan tussen de eerste suïcidale ideatie en de uiteindelijke suïcide. Afhankelijk van de eventuele voorgeschiedenis van suïcidepogingen en de aanwezige psychiatrische stoornis waren er echter ook ruime variaties in de duur van het suïcidale proces.⁴

Helaas komt een dergelijk proces van suïcidale ideatie zelden aan de oppervlakte en is het slechts het topje van de ijsberg dat we te zien krijgen⁵. In de suïcidale piramide beschrijft de onderste laag dat deel van de algemene bevolking dat ooit wel eens aan suïcide denkt. Vele mensen zullen ooit in hun leven, als reactie op een bepaalde gebeurtenis, wel eens gewenst hebben er niet meer te willen zijn. Deze onderste laag komt dus overeen met een groot deel van de hele bevolking.

⁴ The suicidal process in adolescent suicide victims: onset, duration and effect of attempted suicide. In: Suicidal behaviour among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention. Portzky G., van Heeringen C, 2006

⁵ Het stillen van de pijn – over preventie van suïcide, Gwendolyn Portzky, Prof. Dr. K van Heeringen, 2001



Toch zijn er kenmerken, risicofactoren en situaties die het suïcidaal proces kunnen starten of versnellen. Suïcidaal gedrag kan gezien worden als het resultaat van gelijktijdig voorkomende, onderliggende, permanent aanwezige factoren en onmiddellijke, toestandsgebonden risicofactoren, in afwezigheid van beschermende factoren⁴. Er zijn **endogene risicofactoren en determinanten van gezondheid**⁶ die een rol spelen, zoals leeftijd, geslacht, seksuele voorkeur, genetische aanleg (neurobiologische factoren) en cognitieve en persoonlijkheidskenmerken. Daarnaast zijn er **exogene risicofactoren en determinanten van gezondheid**, zoals socio-economische status, de leefsituatie, dramatische levenservaringen, chronische ziekten die een invloed kunnen hebben op suïcidaal gedrag en invloed hebben op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis, die op zijn buurt invloed kan hebben op het ontstaan van een suïcidale ideatie (zie figuur 3). Voorbeelden van beschermende factoren kunnen zijn: adequate opvang in crisissituaties, algemene kennis over de geestelijke gezondheid, houding ten aanzien van de geestelijke gezondheid en sociale ondersteuning.

1.2.2 PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN

Uit wetenschappelijke retrospectieve studies blijkt dat **meer dan 90%** van de personen overleden aan zelfdoding, leden aan een **psychiatrische stoornis** en dat een aantal psychiatrische stoornissen zoals **depressie, schizofrenie, middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen** gepaard gaan met een beduidend hoger zelfdodingsrisico.⁷ De meest voorkomende diagnose die wordt vastgesteld bij een psychologisch autopsieonderzoek⁸ van Henriksson is stemmingsstoornissen (60%) (majeure depressie,

⁶ Met determinant van gezondheid wordt hier bedoeld, zoals in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, een beschermende factor, dit in tegenstelling tot een risicofactor.

⁷ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

⁸ Psychologisch autopsieonderzoek = gedetailleerd onderzoek naar oorzaken in series van individuele gevallen. Het doel is de verzameling van informatie betreffende de omstandigheden van het overlijden om

bipolaire stoornis en dysthymie). In 40% van de gevallen wordt alcoholmisbruik gediagnosticeerd. Persoonlijkheidsstoornissen komen ook frequent voor (30%). Schizofrenie wordt in 7% van de betrokkenen vastgesteld.⁹ (figuur 3) De psychologische autopsie studie van Portzky et al. (2005) bij Vlaamse jonge suïcideslachtoffers geeft aan dat bij alle slachtoffers een psychiatrische stoornis kon worden gediagnosticeerd waarbij stemmingsstoornissen (69%) en middelenmisbruik (52%) het meest frequent werden vastgesteld.¹⁰

Het risico dat iemand die **depressief** is ooit zelfdoding zal plegen, bedraagt 6 tot 15%. Omgekeerd vindt men bij suïcidale patiënten heel vaak een depressief beeld en meer bepaald een hoge mate van **hopeloosheid**. Een belangrijke factor die de suïcidale depressieve patiënten onderscheidt van de niet-suïcidale depressieve patiënten is precies deze hopeloosheid. Belangrijk is eveneens de vaststelling dat de **kans op herval** bij depressie zeer hoog is: deze bedraagt 50 tot 70 %. Dit betekent dat depressie vaak een **chronische recidiverende aandoening** wordt.

Ook middelengebruik is duidelijk gerelateerd aan een verhoogd risico op zelfdoding: het risico bij mensen die afhankelijk zijn van alcohol wordt geraamd op 5 à 10%. Zelfdoding is in Vlaanderen de belangrijkste oorzaak van sterfte door drugs (70 tot 80% van de druggerelateerde sterfte door drugs bij vrouwen; 50-55% bij mannen)¹¹

Elke psychiatrische stoornis heeft zijn eigen risicoprofiel (RP) tot suïcidale ideatie. De belangrijkste voorspellende factor binnen het proces is een **zelfdodingspoging in de voorgeschiedenis**: van degenen die een zelfdodingspoging ondernemen, gaat jaar na jaar ongeveer 1% vervolgens daadwerkelijk over tot het plegen van zelfdoding.¹² (figuur 3)

Wanneer men dieper ingaat op de co-morbiditeit van **het suïcidale proces in Vlaanderen**, is het opvallend dat we over weinig exacte en volledige gegevens beschikken. Uit het nieuwe overlijdenscertificaat is het wel mogelijk om naast de onmiddellijke en de oorspronkelijke doodsoorzaak ook nog de geassocieerde aandoeningen te weten te komen. Net zoals in 2001-2002 werd ook in 2003 slechts **voor een kwart** van de overlijdenscertificaten voor suïcide **een bijkomende aandoening** ingevuld. Omdat dit niet bijzonder hoog is, kunnen geen echte conclusies getrokken worden. Toch is het opvallend dat **wanneer er een bijkomende aandoening** werd opgegeven, dit in **61% van de gevallen een depressieve aandoening** betrof. Andere

de redenen en motieven voor de zelfdoding te begrijpen. Om dit doel te bereiken kunnen verschillende bronnen van informatie worden gebruikt waaronder familie, vrienden en kennissen, huisartsen en andere vroegere hulpverleners.

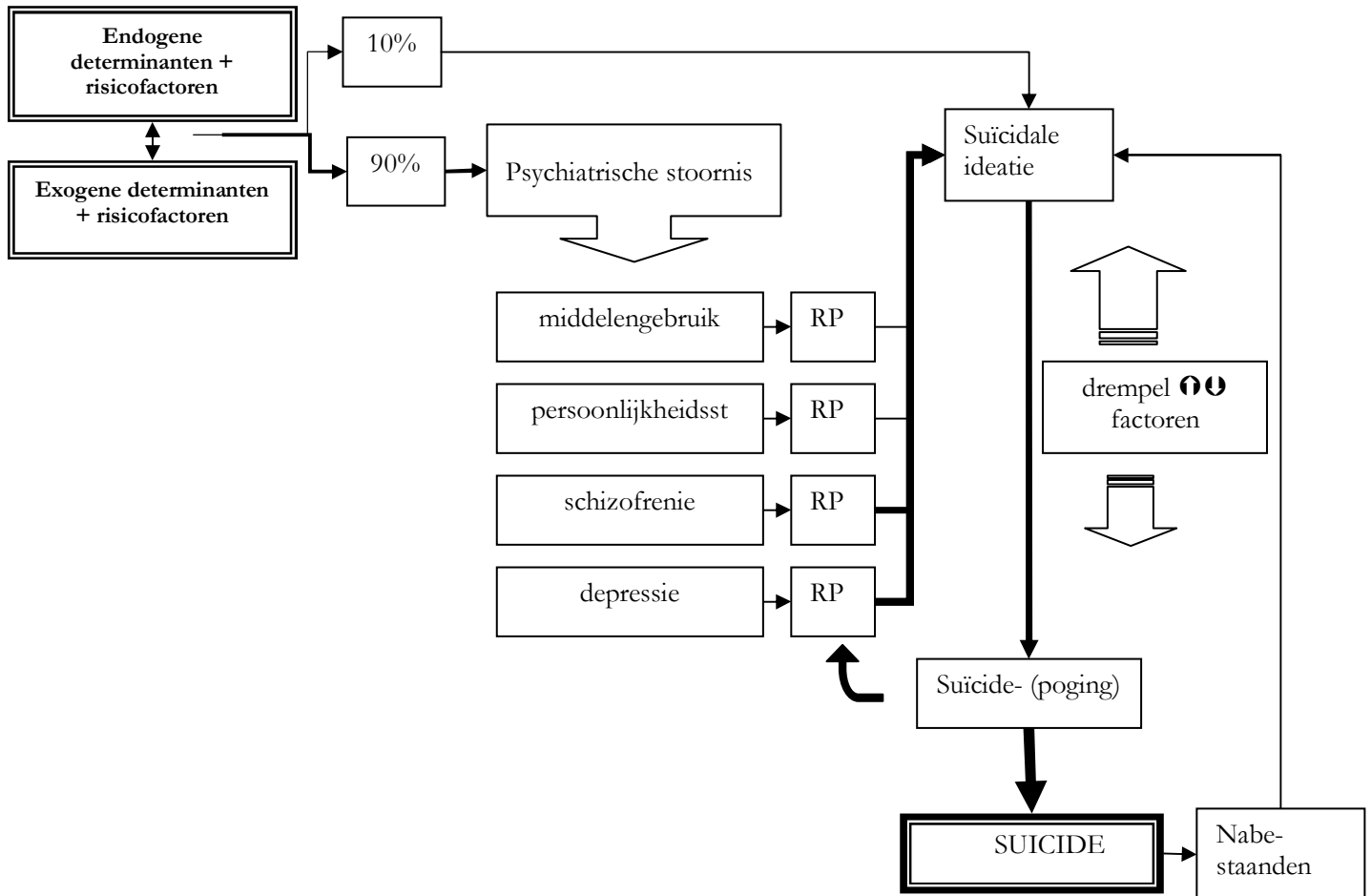
⁹ Autopsieonderzoek van Henriksson et al, 1993

¹⁰ Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40: 922-930.- Portzky G., Audenaert K., van Heeringen C. (2005)

¹¹ Vlaamse gezondheidsindicatoren

¹² Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

psychische aandoeningen en middelengebruik zijn respectievelijk tweede en derde grootste bijkomende oorzaak. (bijlage 1, tabel 3: co-morbiditeit bij zelfdoding)



figuur 3: het suïcidale proces

De gegevens van de **Gezondheidsenquête van 2004** tonen aan dat **mentale gezondheidsproblemen** ongeveer **één Belg op vier** treffen. Bovendien rapporteert 6% van de personen dat ze in het jaar voorafgaand aan de enquête **een ernstige depressie** doormaakten. De gegevens van de gezondheidsenquête geven aan dat 12% van de bevolking ooit al ernstig aan suïcide heeft gedacht en dat 4% ooit geprobeerd heeft om suïcide te plegen. Vier op de duizend personen geeft aan dat ze in het afgelopen jaar geprobeerd hebben om een einde te maken aan hun leven. Bij het vergelijken van een aantal indicatoren **in de tijd**, zien we dat de prevalentie van psychologisch ongemak, van alle psychische problemen (somatische, depressies, angst en slaapproblemen) en zelfgerapporteerde depressie **geen evolutie kent in de tijd** (van 1997 tot 2004), indien de vergelijking gebeurt op basis van populaties met eenzelfde samenstelling qua leeftijd en geslacht. De **zorgvraag** kent echter een toename. Bij de personen die een depressie gerapporteerd hebben, zijn er **in 2004**

meer personen die een zorgverstreker geraadpleegd hebben en die voor dat probleem geneesmiddelen genomen hebben dan in 2001.¹³

1.2.3 SPECIFIEKE DOELGROEPEN

Naast de groep met de psychiatrische stoornissen, zijn nog specifieke doelgroepen te onderscheiden die een groter risico lopen op suïcidaal gedrag. Hoewel de leeftijdscategorie 65+ nog steeds een grote groep is, is er een opvallende toename te zien in **de jongere leeftijdscategorieën**. In de loop van de voorbije 45 jaar is het aandeel van de min-dertigers in de zelfdodingssterfte ongeveer verdubbeld (van 8 naar 18% bij mannen en van 5 naar 10% bij vrouwen).¹⁴ Uit de evolutie van de Vlaamse suïdecijfers bij 15 tot 24 jarigen van 1990 tot 2003 blijkt dat de suïciderates bij jonge mannen zijn verdubbeld van 1990 tot 2000 (11.2/100.000 in 1990; 25.5/100.000 in 2000) waarbij in 2000 de hoogste rates ooit werden gevonden. Bij jonge Vlaamse vrouwen werden minder sterke fluctuaties in de cijfers gevonden maar de suïciderates voor 2003 tonen de hoogste cijfers ooit.¹⁵ In 2003 was voor het eerst in de leeftijdsgroep 10-14 jarige suïcide de belangrijkste doodoorzaak en kwamen de overlijdens door verkeersongevallen pas op de 2^{de} plaats. (bijlage 1 tabel 2).

Binnen deze jongerengroep vormen de kinderen van ouders met een psychische probleem (KOPP) een belangrijke risicogroep voor het ontwikkelen van een psychische stoornis. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat **30 à 70%** van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem zelf een psychische stoornis ontwikkelt, wat op zijn beurt aanleiding kan geven tot suïcidale ideatie. Deze zijn voornamelijk het resultaat van spanningsvolle opvoedingssituaties en niet op de eerste plaats erfelijk bepaald.¹⁶

Bij elke suïcide zijn volgens onderzoekers minstens zes **nabestaanden** direct betrokken. Afhankelijk van de (hechtheid van de) relatie die men had met de overledene, de draagkracht en de voorgeschiedenis, zal die suïcide het denken, doen en voelen van nabestaanden beïnvloeden. Nabestaanden na zelfdoding lopen een groter risico om depressieve gevoelens en suïcidale ideaties te ontwikkelen, niet alleen omdat ze een zelfdoding ervaren hebben, maar ook omdat het vaak een kwetsbare groep betreft. Deze nabestaanden krijgen immers niet altijd de verdiende en noodzakelijke aandacht, noch van hulpverleners, noch door de ruimere maatschappelijke context die bestaat uit vrienden en familie.¹²

Significant meer **homoseksuele en biseksuele jongeren** (37.7%) dan heteroseksuele jongeren (21.5%) rapporteren suïcidale ideatie. Ook een voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag wordt meer door holebi-jongeren (17.2%) aangegeven dan door hetero-jongeren (5.6%), waarbij vooral homo- en biseksuele meisjes

¹³ Gezondheidsenquête 2004

¹⁴ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

¹⁵ Vlaamse gezondheidsindicatoren

¹⁶ Beardslee, Versage & Gladstone, 1998

een significant verhoogd risico op suïcidepogingen vertonen dat 6 keer hoger ligt dan bij heteroseksuele meisjes.¹⁷

1.2.4 EXTERNE FACTOREN DIE ZELFDODING KUNNEN UITLOKKEN

Tot slot heeft de **beschikbaarheid van middelen als vuurwapens, dodelijke medicatie en giftige stoffen** een onmiskenbare invloed. De meest gebruikte methode bij zelfdoding, zowel bij mannen als bij vrouwen, in 2003 was ophanging, wurging en verstikking. Vergiftiging staat bij mannen en vrouwen respectievelijk op de 3^{de} en 2^{de} plaats. Binnen de groep vergiftiging nemen de geneesmiddelen de grootste plaats in. De 2^{de} groep bij de mannen zijn vuurwapens. (bijlage 1, figuur 10-11)

Ook de berichtgeving in de media kan aanzetten tot suïcidaliteit. Eind de jaren '90 heeft men in Engeland een onderzoek gedaan naar het effect van een suïcidepoging. Eén van de personages van een bekende TV-reeks deed een suïcidepoging door middel van een overdosis paracetamol. Men heeft daarna significant meer meldingen van overdosis, en vooral door middel van paracetamol vastgesteld.¹⁸ Anderzijds kunnen de media ook een beschermende factor zijn voor zelfdoding, bijvoorbeeld door een correcte manier over zelfdoding te rapporteren, suïcidale ideatie te voorkomen, zelfzorg, mantelzorg en toeleiding tot zorg aan te moedigen en het taboe rond psychische problemen in het algemeen te doorbreken.

1.3 SUÏCIDEPREVENTIEPROGRAMMA'S UIT HET BUITENLAND

1.3.1 WGO

Op wereldvlak lanceerde de WGO in 1999 een initiatief voor suïcidepreventie onder de naam: SUPRE. Suicide prevention.¹⁹

De algemene doelstelling van het SUPRE- project is de reductie van de mortaliteit en morbiditeit veroorzaakt door suïcidaal gedrag, de taboe omtrent zelfdoding te doorbreken en nationale autoriteiten en het publiek op een geïntegreerde manier samen te brengen om deze uitdagingen te overwinnen.

De specifieke doelstellingen zijn:

- Om een duurzame vermindering van het aantal zelfdodingen en pogingen tot zelfdoding, met de nadruk op ontwikkelingslanden en landen in sociale en economische overgang te bewerkstelligen.

¹⁷ John Vincke: Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors, 2000

¹⁸ Effect of a drug overdose in a television drama on presentation to hospital for self poisoning. Time series and questionnaire study. Hawton K., Simkin S., Deeks J., O'Connor S., Keen A., Altman D., Philo G., Bulstrode C. (1999). British Medical Journal, 318: 972-992.

¹⁹ http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/information/en/index.html

- Om in zo vroeg mogelijke stadia factoren te identificeren, te analyseren en te elimineren die bij jonge mensen kunnen resulteren zelfdoding.
- Om de algemene bewustwording over zelfdoding te verhogen en psychosociale steun te voorzien aan mensen met zelfdodingsgedachten of -ervaringen en personen die een poging tot zelfdoding ondernomen hebben en aan hun verwanten en dichte vrienden, evenals aan nabestaanden van mensen die suïcide begingen.

De strategie die de WGO hiervoor wil gebruiken, bevatten de volgende basiselementen:

- Organisatie van globale, regionale en nationale activiteiten in meerdere sectoren om de kennis en vooroordelen over suïcidaal gedrag en de efficiënte van preventie te verhogen.
- Het versterken van het vermogen van landen om een nationaal beleid voor suïcidepreventie te ontwikkelen en te evalueren. De volgende activiteiten, die aan de bijzondere behoeften van landen worden aangepast, zullen worden ontplooid:
 - Ondersteuning en behandeling van personen met een hoger risico (bv. mensen met depressie, bejaarden, de jeugd);
 - Vermindering van beschikbaarheid van en toegang tot middelen van zelfdoding (bv. giftige substanties, wapens);
 - het versterken en ondersteunen van netwerken van nabestaanden;
 - deskundigheidsbevordering en opleiding van primaire gezondheidswerkers en binnen andere (relevante) sectoren.
- Landen waarin: (i) de totale suïcideratio bijzonder hoog zijn (bv. China, Cuba, Litouwen, Mauritius, Russische Federatie, Sri Lanka), (ii) de leeftijdsdistributie vermeerderd naar jonge mensen of vrouwen of (iii) de preventie van zelfdoding reeds van speciaal belang is, zal prioritair activiteiten lanceren.
- Het SUPRE- project zal in nauwe samenwerking met regionale betrokken bureaus en overheden worden beheerd en worden geëvalueerd, en zal bijgestaan worden door een Werkgroep.

1.3.2 EUROPA

In Europa hebben een groot aantal landen gereageerd op deze oproep van de Wereldgezondheidsorganisatie en suïcidepreventieprogramma's ontwikkeld. Het **oudste preventieprogramma** functioneert in **Finland**, waar het ook voortdurend wetenschappelijk wordt geëvalueerd (1986-1996). Het programma bestond uit 4 fases:

1. onderzoek (1986-1991)
2. realisatie van een actieplan (1992)
3. implementatie van het actieplan (1992-1996)
4. de evaluatie (1997-1998)

De doelstelling was een **daling van de incidentie van zelfdoding met 20%**. Het resultaat was een daling met 9% over de hele duur van het project (1987-1996) en een daling met 18% in 1996 t.o.v. het (piek)jaar 1990. De belangrijkste aandachtspunten in hun programma was een verbetering in de opvang van suïcidepogers, herkenning en behandeling van depressie, aanpak van het alcoholprobleem, het integreren van de mentale gezondheid bij de behandeling van lichamelijke problemen, crisisopvang, preventie van marginalisatie bij jonge mannen en inspanningen om het taboe rond zelfdoding te doorbreken.

Naar analogie met Finland hoopt ook **Schotland** een daling te zien van **het aantal zelfdodingen met 20%** tegen het jaar 2013 ten opzichte van het jaar 2002 met het actieprogramma: **Choose life**. Het programma steunt op 3 objectieven:²⁰

1. ontwikkelen van multiprofessionele trainingsprogramma's ter bevordering van deskundigheid;
2. het realiseren van een gecoördineerde actie binnen de gezondheids- en welzijnssector, het onderwijs, politie, en de bedrijfssector;
3. financiële ondersteuning van lokale initiatieven.

In **Nederland** hoopt men het aantal suïcides met maar **liefst 25%** terug te dringen vóór het jaar 2010. Om dit te bereiken werden **6 subdoelstellingen** geformuleerd.²¹

1. reduceren van het aantal suïcides in hoge risicogroepen (borderline, depressie en middelengebruik);
2. bevorderen van de geestelijke gezondheid en welbevinden in de gehele populatie en bij specifieke doelgroepen (asielzoekers, scholieren, militairen, gedetineerden);
3. reduceren van de beschikbaarheid en dodelijkheid van middelen om suïcide te plegen (spoorwegen, geneesmiddelen);
4. bevorderen van adequate journalistiek rond het suïcidevraagstuk;
5. bevorderen van wetenschappelijk onderzoek naar suïcide en suïcidepreventie;
6. bevorderen van de epidemiologische registratie van suïcide en suïcidepogingen teneinde de voortgang van suïcidepreventie in de praktijk in kaart te brengen.

In **Engeland** werd in 1998 als reactie op het hoge aantal zelfdodingen en pogingen tot zelfdoding met medicatie een **wet** goedgekeurd die de verkoop van grote hoeveelheden pijnstillers verbied. De apotheker mag maximaal 16 pijnstillende tabletten per keer verkopen en enkel in de vorm van doordrukstrips. Dit om enige tijd te winnen in een impulsieve opwelling. De effectiviteit van deze maatregel was groot. Er werd een **statistisch significante daling** gezien van het aantal intoxicaties door medicijnen, van het aantal opnames in

²⁰ Choose Life, A national Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland, dec 2002

²¹ Suïcide en Suïcidepreventie in Nederland. Achtergronddocument bij het Nationaal Actieplan Suïcidepreventie, Ivonne van de Ven Stichting en de Depressiestichting, A.J.F.M.Kerkhof, E. Arensman, J. Neeleman, E.J.de Wilde, 1 december 2003.

het ziekenhuis, van het aantal levertransplantaties ten gevolge van geneesmiddelenintoxicaties.²² Net zoals in Vlaanderen is de geneesmiddelenintoxicatie in Engeland de meest gebruikte methode bij een poging tot zelfdoding.

Het aantal **zelfdodingen in metro's** in Wenen (**Oostenrijk**) steeg dramatisch tussen 1984 en begin 1987. In de tweede helft van 1987 was er een **drastische daling met 80%**, tijdens de 5 volgende jaren. Deze daling kwam naar aanleiding van de ontwikkeling van **mediarichtlijnen** geschreven door een werkgroep van de Austrian Association for Suicide Prevention. Er ontstond een dialoog met de media waarbij ze tot een overeenkomst kwamen om minder frekvent te rapporteren over suïcide en op een minder sensationele manier.²³

Welke strategieën zijn efficiënt? Is een terechte vraag die vaak gesteld wordt, maar waar nog zelden een eenduidig antwoord op kwam.

De **Wereldgezondheidsorganisatie** (juli 2004), die een 30-tal strategieën heeft onderzocht en geëvalueerd, concludeert dat geen **enkel initiatief** op zichzelf voldoende effect heeft op de daling van het zelfdodingscijfer. Projecten die zich focussen op **risicogroepen** scoren goed. Preventieprojecten binnen het **onderwijs**, die zich focussen op gedragsverandering en stimuleren van het probleemoplossend vermogen bij **jongeren**, met specifieke vaardigheidstraining en sociale steun naar **risicjongeren**, blijken efficiënt te zijn. Cognitieve gedragstherapie kan voor volwassen **suïcidepogers** en bij gevallen van automutilatie nuttig zijn. Ook bij deze groep blijkt het werken aan probleemoplossend vermogen, het gebruik van crisiskaarten, dialectische gedragstherapie²⁴ en het medicijn flupenthixol nuttig te zijn²⁵.

In augustus 2004 kwamen experts uit 15 verschillende landen bijeen in Salzburg, Oostenrijk, om de efficaciteit van suïcidepreventieprogramma's te bespreken. Deze 5 daagse workshop resulteerde in de volgende 5 grote strategieën²⁶:

²² United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm, Hawton K, *Suicide Life Threat Behav.* 2002 Fall;32(3):223-9

²³ Imitative suicide on the Viennese subway. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S, *Soc Sci Med.* 1994 Feb;38(3):453-7

²⁴ Dialectische gedragstherapie is een cognitieve gedragsbehandeling die oorspronkelijk ontwikkeld was voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze gedragstherapeutische interventie is ontwikkeld door Linehan, gebaseerd op de principes van de cognitieve gedragstherapie.

²⁵ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO, Health Evidence Network, July 2004

²⁶ Suicide Prevention Strategies, A systematic review, *JAMA*, 2005 Oct 26; 294 (16):2064-74

1. vorming en bewustmaking van het algemene publiek en professionelen;
2. ontwikkeling van screeningsprogramma's bij jongeren *en* in de 1^{ste} lijnsgezondheidszorg naar hoog risicogroepen;
3. behandeling van psychiatrische stoornissen;
4. vermindering van de toegang tot dodelijke middelen;
5. correcte rapportering van zelfdoding in de media.

In oktober 2005 verscheen in het tijdschrift "The Journal of the American Medical Association" een systematische review van alle artikels gepubliceerd tussen 1966 en juni 2005.⁽²²⁾ Van de 5 strategieën besproken in Salzburg, besluiten zij dat **deskundigheidsbevordering van de artsen en vermindering van de toegang tot dodelijke middelen de meeste efficiënte strategieën** in de preventie van zelfdoding.

1.3.3 EAAD

In het kader van Europese programma's betreffende depressie, werd, op basis van significante resultaten onder meer in Nuremberg (2000-2002), Duitsland, het **European Alliance Against depression** project (EAAD) opgestart. Het EAAD-project, gefinancierd door de Europese Unie, loopt momenteel in 16 regio's van 15 Europese landen, waaronder ook Vlaanderen. Het bestaat uit interventies op vier verschillende niveaus:

Niveau 1: Deskundigheidsbevordering van huisartsen

Niveau 2: Deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren in de samenleving

Niveau 3: Publieke informatie over depressie en suïcide

Niveau 4: Verbetering van de zorg voor patiënten en hun omgeving

1.3.4 NATIONALE AANBEVELINGEN:

Op vraag van de federale overheid adviseerde de Hoge Gezondheidsraad (HGR) de volgende tien aanbevelingen:

1. Nood aan verdere uitbouw van de promotie van geestelijke gezondheid
2. Implementatie acties door lokale actoren gecoördineerd vanuit het federale beleidsniveau
3. Creatie van netwerken die de praktische samenwerking tussen de betrokken actoren stimuleren, evenals de coördinatie van hun acties
4. Vroegtijdige identificatie van risicosituaties

5. Crisis-interventie : opname van een suïdepoger laat toe een gepaste begeleiding op te starten
6. Acties ter ondersteuning van de entourage
7. Vorming van de hulpverleners: ontwikkeling en verdere intensifiëring van het vormingsaanbod
8. Professionele ondersteuning van de hulpverleners
9. Aanbeveling voor de media inzake berichtgeving
10. Epidemiologisch en wetenschappelijk onderzoek alsook systematische evaluaties van beschikbare data, gevoerd onderzoek en ondernomen acties

2 DE ZESDE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

2.1 GEZONDHEIDSCONFERENTIE

In navolging van de ‘Gezondheid voor Allen’ – strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie werkt de Vlaamse Gemeenschap voor haar preventief gezondheidsbeleid met **gezondheidsdoelstellingen**.

Door het organiseren van een gezondheidsconferentie wordt een wetenschappelijke onderbouwde en maatschappelijk gedragen ontwikkeling van een **nieuwe gezondheidsdoelstelling** gegarandeerd, zoals beschreven in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. De **gezondheidsconferentie** over preventie van depressie en zelfdoding vond, als voorloper van dit decreet, plaats op 3 en 4 december 2002.

2.2 DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In 1999 pakte de **Wereldgezondheidsorganisatie** uit met een vernieuwde strategie ‘Gezondheid 21 – gezondheid voor iedereen, 21 doelstellingen voor de 21^{ste} eeuw’. In doelstelling zes ‘verbetering van de geestelijke gezondheid’ staat:

“Tegen het jaar 2020 moet het psychosociale welzijn van de mensen verbeterd worden en moeten ruimere diensten beschikbaar en toegankelijk zijn voor mensen met problemen qua geestelijke gezondheid. Meer bepaald:

6.1. de prevalentie en de negatieve gezondheidsimpact van problemen qua geestelijke gezondheid moeten aanzienlijk gereduceerd worden en de mensen moeten beter in staat zijn het hoofd te bieden aan stresserende gebeurtenissen in het leven;

6.2. de zelfdodingscijfers moeten met ten minste één derde verminderd worden en de belangrijkste daling moet verwezenlijkt worden in landen en bevolkingsgroepen met actueel hoge cijfers”.

Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd na de gezondheidsconferentie de 6^{de} **Vlaamse gezondheidsdoelstelling** als volgt voorgesteld:

‘De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000’.

Deze doelstelling is gebaseerd op een **voorspelling** van het aantal zelfdodingen in 2010 bij ongewijzigd beleid enerzijds en op een effectiviteitsberekening van het preventief programma anderzijds.

Op basis van de sterftestatistieken van het jaar 2000 en de daaruit afleidbare trends kan men voorspellen dat er in 2010 in absolute aantallen jaarlijks 1200 zelfdodingen zullen voorkomen in Vlaanderen in plaats van de 1174 zelfdodingen in 2000. Dit betekent dat er bij mannen ten minste 4% en bij vrouwen 6% méér zelfdodingen zullen zijn. Rekening houdend met de bevolkingspredicties bedraagt de zelfdodingssterfte dan 20 per 100.000 tegenover 19,6 per 100.000 in het jaar 2000.

Een preventief programma, bestaande uit een beperkt aantal betaalbare initiatieven met wetenschappelijke onderbouw en maatschappelijk draagvlak zou - op basis van de geraamde effectiviteit – zou **een reductie van het aantal sterfgevallen met 8% ten opzichte van 2000 mogelijk maken**. Dit betekent in 2010 94 zelfdodingen minder dan de 1174 overlijdens door zelfdoding in 2000. Met de veronderstelling dat er zonder een actieplan het aantal zelfdodingen in 2010 zou toegenomen zijn tot 1200 zelfdodingen (26 extra gevallen van zelfdoding), betekent dit het vermijden van 120 (94 + 26) zelfdodingen in 2010. Dit betekent een daling van het aantal zelfdodingen met **10% ten opzichte van het verwachte aantal zelfdodingen in 2010**. Dit betekent een sterfte door zelfdoding van 18 per 100.000.

2.3 VERFIJNING VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLING ‘PREVENTIE VAN ZELFDODING’

Ondertussen zijn we al 2006. Het wordt duidelijk dat, voor de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstelling, het uiteraard belangrijk is de incidentie van suïcide op te volgen. Deze parameters worden echter in de positieve en negatieve zin beïnvloed door multiple factoren, waarover de Vlaamse overheid weinig of geen impact heeft. Om alleen op basis hiervan het effect (resultaat) van het Vlaamse beleid te meten en op te volgen, is deze outcome-indicator een te ruwe maatstaf. Daarom is het zinvol om subdoelstellingen aan de gezondheidsdoelstelling toe te voegen.

Subdoelstellingen met indicatoren die in een meer rechtstreekse relatie staan tot de geleverde inspanningen binnen het Vlaamse beleid, zullen een beter beeld geven van de bereikte resultaten op voorwaarde dat de gebruikte indicatoren²⁷ een maat zijn voor het te bereiken hoofddoel, met name de reductie aan sterfte door zelfdoding.

Toch is ook deze invalshoek een weinig volmaakt opvolgingsinstrument om verschillende redenen. Suïcidaliteit is een erg complex en multifactorieel bepaald probleem. Deze complexiteit brengt mee dat ook een brede waaier aan interventies gericht op verschillende risicofactoren op verschillende niveaus vereist is om een reductie van het aantal suïcides te bekomen op populatieniveau²⁸. Hieruit zou dan een waaier aan soms erg zwakke of moeilijk te meten indicatoren volgen, hetgeen ook geen valabele piste lijkt.

Een andere beperking van de voorgestelde indicatoren is dat op dit moment slechts gewerkt wordt met een beperkt aantal pilootprojecten die regionaal verspreid zijn zodat hun effect op de globale sterfte door zelfdoding in heel Vlaanderen moeilijk te visualiseren is.

Tevens moet er rekening mee gehouden worden (zie figuur 1: suïcidale piramide) dat er meer gezondheidswinst geboekt wordt dan enkel het vermijden van zelfdodingen (het topje van de ijsberg). Veel

²⁷ In dergelijk geval spreekt men ook van ‘surrogaat indicatoren’

²⁸ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO, Health Evidence Network, July 2004

meer personen zullen tijdens hun proces van suïcidale ideatie beter geholpen worden. Deze gezondheidswinst is echter niet eenvoudig te meten.

Toch worden hierna enkele doelstellingen en indicatoren weergegeven, wetende dat ze hun beperkingen hebben.

2.3.1 HOOFDDOELSTELLING:

Daling aantal zelfdodingen tegen het jaar 2010 met 8% t.o.v. het jaar 2000

Indicator	incidentie suïcide (per 100.000 inwoners)
Teller:	aantal suïcides
Noemer:	aantal Vlamingen
Databestand	Agentschap Zorg en Gezondheid van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (gezondheidsindicatoren)

2.3.2 SUBDOELSTELLINGEN:

Subdoelstelling 1: reductie van het aantal suïcidepogingen

Indicator	Incidentie aantal suïcidepogers
Teller:	suïcidepogers die zich aangemeld hebben op de spoed van de (deelnemende) ziekenhuizen
Noemer:	omvang van de bevolking waaruit de betreffende spoedopnamediensten hun patiënten rekruteert door middel van extrapolaties
Databestand	Databestand uit Eenheid voor Zelfmoordonderzoek in Vlaanderen – Ugent

Subdoelstelling 2: reductie van suïcidale ideatie

Indicator	Incidentie suïcidale ideatie
Teller:	aantal Vlamingen ondervraagd in het kader van de gezondheidsenquête die zelf zeggen er ooit ernstig aan gedacht te om een einde aan hun leven te maken.
Noemer:	aantal bevraagde personen in Vlaanderen in het kader van de gezondheidsenquête geëxtrapolerd naar de algemene bevolking
Databestand:	WIV: in het kader van de gezondheidsenquête.

Subdoelstelling 3: reductie van het aantal depressies

Indicator 1	incidentie zelfgerapporteerde depressie
Teller:	aantal Vlamingen ondervraagd in het kader van de gezondheidsenquête die zelf zeggen een depressieve periode van minstens 2 weken te hebben doorgemaakt het afgelopen jaar.
Noemer:	aantal bevroegde personen in Vlaanderen in het kader van de gezondheidsenquête geëxtrapoleerd naar de algemene bevolking
Databestand	WIV: in het kader van de gezondheidsenquête.

3 ACTIEPLAN

Om de strategieën uit de gezondheidsconferentie te verfijnen en te actualiseren en de implementatie ervan te bevorderen, werd een **expertengroep** opgericht. Dit leidde tot een **actieplan** dat een pakket van initiatieven omvat, die de verwezenlijking van de zesde gezondheidsdoelstelling moeten mogelijk maken. Daarnaast werden deze strategieën geactualiseerd op basis van recente literatuurgegevens en is gezocht naar een afstemming met lopende initiatieven binnen de sector.

Met dit actieplan stemmen we af op **de strategieën** die internationaal en ook door het **European Alliance Against depression project** (EAAD) naar voor worden geschoven

Het **Vlaamse actieplan suicidepreventie** bestaat uit de volgende **5 strategieën**:

1. bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. het bevorderen van de laagdrempelige teleshoud
3. bevorderen van deskundigheid van professionelen en optimaliseren van de netwerking
4. het uitlokken van zelfdoding tegengaan
5. aandacht voor specifieke doelgroepen

Elk op hun beurt bestaat een strategie uit **verschillende initiatieven**.

Tevens worden enkele **randvoorwaarden** beschreven.

Dit programma heeft niet de ambitie alle mogelijke preventieve initiatieven met betrekking tot zelfdoding te omvatten. Er is bewust gefocust op een beperkt aantal initiatieven, waarvoor zowel een wetenschappelijke onderbouw als een maatschappelijk draagvlak bestaat en die budgettair haalbaar zijn. Tegelijk wordt zoveel mogelijk een beroep gedaan op de bestaande deskundigheid en de samenwerking tussen verschillende actoren (sectoren).

Dit actieplan bouwt verder op wat al bestaat in de sector en op enkele pilootprojecten die al werden opgestart na de gezondheidsconferentie. Verdere uitbreiding van elk initiatief zal slechts gebeuren na positieve evaluatie.

3.1 BEVORDEREN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

3.1.1 FIT IN JE HOOFD, GOED IN JE VEL

1. omschrijving:

Deze campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel', gericht naar de algemene bevolking, leunt aan bij het concept van geestelijke **gezondheidsbevordering** en is in eerste instantie gericht op de **stimulering van zelfzorg**. Meer concreet wordt een bevordering beoogd van individuele beschermende factoren (determinanten van gezondheid) voor de geestelijke gezondheid. Met betrekking

tot tien domeinen in het leven worden adviezen gegeven over welke positieve stappen men kan ondernemen om mogelijke verbeteringen aan te brengen. De 10 positieve stappen worden als volgt omschreven:

1. Vind jezelf oké.

Iedereen is uniek en verdient respect. Ook al heb je het lastig met een deel van jezelf, veranderen doe je niet zomaar. Blijf voor ogen houden dat je veel meer bent dan dit lastig deel.

2. Praat erover.

Ga op zoek naar iemand met wie je wat je bezighoudt kan delen. Je zwakte tonen vraagt moed, maar geeft ook kracht. Als je niemand vindt, ga dan naar je huisarts of bel 106, dit is het nummer van Tele-Onthaal.

3. Beweeg.

Ook al heb je er geen zin in, geef jezelf een duwtje en beweeg. Een meer voldaan gevoel en meer energie is een haast zekere uitkomst. Kies voor een lichaamsactiviteit die je leuk vindt: fietsen, stappen, sporten, ...

4. Probeer iets nieuws uit.

Doorbreek de alledaagsheid. Verlaat de gebaande wegen, leer wat je steeds had willen leren of bedenk dat antwoord dat alleen jij kan verzinnen. Zowel leren als creëren verhoogt je zelfvertrouwen en maakt onvermoede krachten in je los.

5. Reken op je vrienden.

In een moeilijke periode zijn vrienden van levensbelang, maar mis je de kracht om naar hen toe te stappen. Hoe kunnen zij weten dat jij het moeilijk hebt? Zoek hen op. Er is niets dat meer kracht geeft dan je door anderen opgenomen weten.

6. Durf 'neen' te zeggen.

Of het nu tegen jezelf is of tegen anderen, op lange termijn loont een 'neen'. 'Neen' tegen dat glas teveel, 'neen' tegen een collega die iets vraagt waar je geen zin in hebt. Pas als 'neen' kan, wordt 'ja' een woord waar je plezier aan beleeft.

7. Ga ervoor.

Piekeren maakt de dingen alleen maar slechter. Opgaan in een activiteit, alleen of met anderen, maakt dat je de rest van de wereld even vergeet en dit geeft je het gevoel dat je leeft.

8. Durf hulp te vragen.

Het is onmogelijk om alles te kunnen, alles te weten. Hulp vragen is dus OK. Ook al is het een hele opgave, zeker als je het moeilijk hebt. Iemand

die meedenkt, iemand die iets voor je doet, het kan een wereld van verschil zijn.

9. **Gun jezelf rust.**

Velen voelen zich overvraagd. Er is niet enkel het werk, ook de partner, de kinderen, de ouders, ... Probeer tijd te maken enkel voor jezelf en las dingen in die je helpen om tot rust te komen: lezen, naar muziek luisteren, gebed, meditatie, ...

10. **Hou je hoofd boven water.**

In moeilijke tijden is soms het enige wat je kan doen: een dag met een keer nemen en niet te hard voor jezelf zijn. Misschien ondervond je het reeds vroeger: ooit komen er beter tijden. Ga er even tussenuit als je dat nodig hebt.

- | | |
|--|---|
| 2. effect: | De zelfredzaamheid van de personen ten aanzien van bedreigingen van hun geestelijke gezondheid verhoogt. |
| 3. planning: | De voorbereidingen zijn gestart eind 2005

De eigenlijke start van de campagne was op 3 mei 2006.

Verdiepen in het concept “zelfzorg/zelfeducatie” van de 10 stappen (zie 3.1.2) |
| 4. gezondheids-
economische
impact | Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur. |

3.1.2 ZELFZORG

- | | |
|------------------|---|
| 1. omschrijving: | Via de website van fit in je hoofd kan een zelfbeoordelingstest worden ingevuld. Via E-mail ontvangt de gebruiker na het invullen van de test een persoonlijk advies over zijn profiel en hoe ermee kan worden omgegaan binnen het concept van de 10 stappen. Deze zelfeducatie stimuleert de zelfzorg. Tevens kunnen fora worden opgestart, waar persoonlijke ervaringen met betrekking tot geestelijke gezondheidsbevordering kunnen worden uitgewisseld. De fora worden ondersteund door psychologen. |
| 2. effect: | De zelfredzaamheid van de personen ten aanzien van bedreigingen van hun geestelijke gezondheid verhoogt. |
| 3. planning: | Het voorbereiden en pretesten van zelfeducatie wordt voorzien in het najaar 2006.

Verder verdiepen naar specifieke doelgroepen (jongeren, senioren, holebi's) |

	Promotie van de zelfeducatie via Logo's
4. gezondheids-economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur.

3.1.3 COLLECTIEVE GEZONDHEIDSOVEREENKOMST

1. omschrijving:	<p>Een collectieve gezondheidsovereenkomst is een overeenkomst tussen de Vlaamse regering (minister) en één of meerdere organisaties buiten de zorgverlening in de strikte zin, die een bijdrage kunnen leveren aan het preventieve gezondheidsbeleid. De organisatie onderschrijft een inspanningsverbintenis om één of meer Vlaamse gezondheidsdoelstellingen of andere aspecten van het preventieve gezondheidsbeleid mee te helpen nastreven door haar leden of de doelgroep tot wie ze zich gewoonlijk richt hierover te informeren, te sensibiliseren en aan te zetten tot gezond gedrag.</p> <p>Voorbeelden van organisaties: bedrijven, reclamesector, socioculturele verenigingen, sportverenigingen, ziekenfondsen, onderwijs, holebiverenigingen ...</p>
2. effect:	<p>Verbreden van het maatschappelijke draagvlak. Het thema blijft zo op de publieke agenda.</p> <p>Verhogen van de zelfredzaamheid</p>
3. planning:	Dit project wordt gekoppeld aan de publiekscampagne die gepland is tegen 2009 en zal er aan voorafgaan.
4. gezondheids-economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.1.4 PUBLIEKSINFORMATIECAMPAGNE ROND DIT ACTIEPLAN

1. omschrijving:	<p>De campagne streeft verschillende doelen na.</p> <p>Ze wil het bewustzijn van de bevolking over zelfdoding, depressie en geestelijke gezondheidsproblemen verhogen.</p> <p>Het publiek moet risicofactoren en beschermende factoren (determinanten) van deze problemen kennen en moet weten welke preventiemogelijkheden er zijn en waar men terecht kan voor begeleiding. Er zullen extra inspanningen gedaan worden om de meest kwetsbare groepen (jongeren, senioren, holebi's, kansarmen,</p>
------------------	---

	<p>...) te bereiken.</p> <p>De symptoomherkenning van depressie en andere geestelijke gezondheidsproblemen moet verbeteren, net zoals de kennis van de mogelijke behandelingen en mogelijke verwijzingen naar bestaande hulpverlening.</p> <p>Tot slot is het belangrijk het stigma te verminderen, zonder dat taboedoorbreking mag leiden tot normalisering van zelfdoding als copingstrategie.</p>
2. effect:	<p>De omgeving van een persoon is meer ondersteunend op vlak van de geestelijke gezondheid dan nu het geval is en bevordert de vroegtijdige detectie van problemen. De zelfredzaamheid en mantelzorg wordt versterkt.</p>
3. planning:	<p>In een eerste fase worden gegevens die beschikbaar worden gesteld door het werkveld gebruikt om de inhoud van de campagne af te stemmen op de behoeften van het publiek met aandacht voor de meest kwetsbare groepen (jongeren, senioren, holebi's, kansarmen, ...). Vooraleer boodschappen naar het algemene publiek te sturen in 2009, zal eerst het professioneel landschap hiervoor voldoende voorbereid moeten zijn om de reacties van de bevolking te kunnen opvangen. Dit veronderstelt dat de overige strategieën al opgestart zijn (zie overige strategieën). . Deze campagne zal ook verwijzen naar eerdere campagnes, o.a. met betrekking tot de 'fit in je hoofd' campagne.</p>
4. gezondheids- economische impact	<p>Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur</p>

3.2 BEVORDEREN VAN DE LAAGDREMPELIGE TELEZORG

1. omschrijving:

momenteel beschikken we in Vlaanderen over **telefonische hulpverlening** door verschillende diensten:

- De zelfmoordlijn van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord;
- Tele-onthaal;
- Kinderen en jongerentelefoon;
- Holebifoon;
- De druglijn.

Hulpverlening via **Internet** is op gang gekomen door middel van chatten en via forums.

- De zelfmoordlijn is 2x per week online bereikbaar
- Kinder- en Jongerentelefoon: 1 avond in de week online
- tele-onthaal: dagelijks 's avonds en op woensdagnamiddag online, behalve in het weekend.
- de website van Klasse heeft sinds 2004 een forum rond zelfdoding gestart.
- Specifiek voor nabestaande is recent een forum gestart door de Werkgroep Verder (zie 3.4.6)
- Druglijn: emailbeantwoording

Binnen deze strategie is het van belang **de kwaliteit van de zorg te verhogen**, en **afstemming** te realiseren **tussen de diensten** voor telezorg onderling (telefonisch hulpverlening en hulpverlening via Internet) (uitwisselen van ervaringen en good practices) en **met het reguliere zorgaanbod** en de **op internet gebaseerde telezorg uit te breiden zodanig**

2. effect:

- De hulpvrager wordt meer zelfredzaam.
- De toegankelijkheid van het zorgaanbod wordt verhoogd. Voor steeds meer mensen vervangt het Internet de functie van de telefoon. De drempel voor hulpverlening online ligt erg laag, vooral voor jongeren en mensen met een auditieve handicap. Zware thema's zoals zelfdoding worden gemakkelijker in online communicatie ter sprake gebracht.
- In een vroeg stadium van een crisis kan door middel van tele-onthaal een

- escalatie, met zelfdoding tot gevolg, voorkomen worden.
3. planning:
- Adequate toeleiding tot de reguliere hulpverlening
 - Structurele subsidie van CPZ
 - Een protocol tussen de diensten met richtlijnen betreffende inhoudelijke afstemming met de hulpverlening enerzijds en praktische afstemming anderzijds, waarbij een ‘beslisboom’ ontwikkeld dient te worden.
 - Een protocol met de reguliere zorg.
 - Afstemming en doelgroepgerichte uitbreiding van telezorg
 - uitbreiding online-hulpverlening. Een project werd recent gestart bij het Centrum ter preventie van zelfdoding.
4. gezondheids-
economische
impact
- Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.3 BEVORDEREN VAN DE DESKUNDIGHEID VAN PROFESSIONELEN EN OPTIMALISEREN VAN DE NETWERKING

3.3.1 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN DE HUISARTS VIA E-LEARNING

- | | |
|------------------|---|
| 1. omschrijving: | <p>Dit programma, binnen het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) bestaat uit een elektronisch interactief leerpakket zelfdodingspreventie en een webgebaseerde ‘infocel zelfdodingspreventie’. (www.gachet.be)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leerpakket: Het gaat hier om de aanpassing van een interuniversitair ontwikkeld leerpakket uit de specialisatie-opleiding huisartsgeneeskunde. Via interactief afstandsonderwijs wordt een programma doorlopen, waarbij gedurende drie weken intensieve studie drie essentiële leermodules door de ingeschreven huisarts worden afgewerkt, inge oefend en aan de persoonlijke begeleidingsstijl getoetst. Het programma mengt casuïstiek, literatuur, elektronische discussieforums, eigen werkstukken en progressietoetsen. ▪ Website: Deze infocel suïcidepreventie is een website, met informatie op maat uit betrouwbare bronnen. De huisarts kan er met al zijn vragen terecht en vindt er praktisch toepasbare antwoorden. |
| 2. effect: | <p>Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de mensen die suïcide plegen of een suïcide poging doen nog een huisarts consulteren in de maand voor de feiten. Experts vermoeden dat deze consultatie gerelateerd is aan de suïcidale crisis, hoewel die niet altijd expliciet ter sprake komt. Als vertrouwenspersoon en veelzijdig professional kan een huisarts wezenlijk bijdragen tot de preventie van suïcides, onder meer door verziekte situaties snel te detecteren en er met verstand van zaken op in te grijpen.</p> |
| 3. planning: | <p>Dit project werd al opgestart in 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ondertussen hebben al 350 huisartsen deelgenomen aan de cursus via een elektronisch leerpakket. ▪ Tegen 31 december 2006 moeten de middelen van de Cera Foundation samen met de lopende subsidie van de Vlaamse overheid het mogelijk maken 600 huisartsen te bereiken. ▪ Het is de optie om daarna gedurende 3 jaar een uitbreiding met telkens 135 opgeleide huisartsen te realiseren zodat tegen 2009 zeker 1000 huisartsen de cursus hebben gevolgd. ▪ Mogelijkheid tot uitbreiding van leerpakketten zoals diagnose en aanpak bij depressie en aanpak van de meest kwetsbare groepen (jongeren, senioren, |

4. gezondheids-economische impact	<p>holebi's, kansarmen, ...).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Continue promotie blijft noodzakelijk <p>Volgens gezondheidseconomische berekeningen in het kader van de Vlaamse gezondheidsconferentie in 2002 zou met het voorgestelde programma een risicoreductie van 20% bereikt worden, wat zou neerkomen op 480 (2.400 x 0,2) vermeden pogingen en 48 (240 x 0,2) vermeden zelfdodingen. Indien men ervan uitgaat dat men 31 levensjaren wint per zelfdoding brengt deze preventiestrategie per 1000 opgeleide huisartsen 1.488 gewonnen levensjaren op of <i>744 gewonnen levensjaren</i> op jaarbasis.</p>
-----------------------------------	---

3.3.2 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN ANDERE PROFESSIONELEN VIA E- LEARNING

1. omschrijving:	<p>Het ontwikkelen van E-learning pakketten samen met een webgebaseerde 'infocel zelfdodingspreventie', naar analogie met deskundigheidsbevordering bij huisartsen, voor professionelen zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ jongerenbegeleiders ▪ begeleiders van volwassenen ▪ begeleiders van ouderen ▪ Wellicht is het ook zinvol deze E-learning pakketten open te stellen voor niet professionelen zoals ouders, jeugdbewegingen, mantelzorgers en andere vrijwilligers.
2. effect:	<p>Studies tonen het ontbreken aan van kennis en vaardigheden betreffende suïcidaliteit en de positieve effecten van vorming.^{29,30} Dit moet het effect van strategie 3.3.1. helpen versterken. In vele situaties zijn niet-huisartsen nauwer betrokken bij de persoon met suïcideproblematiek.</p>
3. planning:	<p>Fase 1: ontwikkelen en pretesten van pakket per doelgroep</p> <p>Fase 2: implementeren, jaarlijkse vorming van 135 cursisten per doelgroep</p> <p>Voor dit aanbod zal onder andere een beroep worden gedaan op de huidige actoren die bezig zijn met deskundigheidsbevordering van andere professionelen dan de huisartsen.</p> <p>Het is noodzakelijk dat professionelen ook over deskundigheid beschikken om</p>

²⁹ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

³⁰ Suicide Prevention Strategies, A systematic review, JAMA, 2005 Oct 26; 294 (16):2064-74

4. gezondheids-economische impact	specifieke doelgroepen op een adequate manier te helpen. Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur
-----------------------------------	--

3.3.3 DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING VAN PROFESSIONELEN VIA ANDERE VORMING

1. omschrijving:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integreren in basisopleiding (facettenbeleid onderwijs) ▪ Naschoolse vorming op maat organiseren voor professionelen uit bepaalde sectoren, in de vorm van groepsdiscussies, oefeningen, rollenspel en video-observaties. Dit gebeurt al door het project “zelfmoordpreventie van de CGG” en zal verder ontwikkeld worden in samenwerking met de sectorspecifieke vormingsinstituten. Dit aanbod is een aanvulling op de E-learning pakketten, enerzijds voor personen die niet kiezen voor e-learning, anderzijds om de deskundigheidsbevordering echt te kunnen aanpassen aan de specifieke noden, rekening houdend met de werksituatie en de voorkennis. ▪ Doelgroepen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politie ▪ Huisartsen ▪ thuisverpleegkundigen ▪ CLB medewerkers ▪ Ziekenhuispersoneel (oa spoedpersoneel: strategie 3.4.1) ▪ Rust en verzorgingstehuizen ▪ Welzijnswerkers
2. effect:	Studies tonen het ontbreken aan van kennis en vaardigheden betreffende suïcidaliteit en de positieve effecten van vorming. ^{31,32} Dit moet het effect van strategie 3.3.1. helpen versterken. Dit geldt ook voor vaardigheden en kennis met betrekking tot de meest kwetsbare groepen (jongeren, senioren, holebi's, kansarmen ...).
3. planning:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screenen van basisopleidingen en formuleren van aanbevelingen voor basisopleidingen in overleg met het beleidsdomein onderwijs. Bij het formuleren van de aanbevelingen zal men rekening houden met de gangbare

³¹ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

³² Suicide Prevention Strategies, A systematic review, JAMA, 2005 Oct 26; 294 (16):2064-74

4. gezondheids-economische impact	<p>praktijken in en regelgeving voor het hoger onderwijs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Starten met volgende doelgroepen: ziekenhuispersoneel, huisartsen, jongerenbegeleiders en politie, personeel rustoorden en RVT. ▪ In dit kader kan gebruikt gemaakt worden van reeds ontwikkelde instrumenten, onder meer als gevolg van het onderzoek naar de operationalisering van holebivriendelijkheid in de zorgsector. <p>Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur</p>
-----------------------------------	--

3.3.4 ZORG VOOR PERSONEN MET DEPRESSIE BINNEN DE CGG

1. omschrijving:	<p>Dit project sluit aan bij het EAAD project, specifiek voor Vlaanderen wordt bijkomend gewerkt rond optimalisatie van methodisch werken en netwerkvorming tussen verschillende hulpverleners. Het project bestaat uit twee onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase 1: Evaluatie van de sterke en zwakke aspecten van de huidige werkwijze binnen de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) met betrekking tot patiënten met depressie. ▪ Fase 2: Optimalisering van de zorg met betrekking tot depressie in de CGG. <p><u>Projecthouder:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ het interfacultair onderzoekscentrum LUCAS ▪ onderdeel van Europees project: European Alliance against depression
2. effect:	<p>De hulpverlening voor personen met depressie wordt efficiënter binnen de CGG. (optimaliseren van de behandelingen)</p>
3. planning:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ pilootproject: regio West-Vlaanderen ▪ Fase 1 is op dit ogenblik zo goed als afgerond ▪ Informeren van de andere CGG's ▪ Fase 2 loopt tot 30/06/2007 ▪ Implementatie op grote schaal: vanaf juli 2007.
4. gezondheids-economische impact	<p>Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur</p>

3.3.5 ZORG VOOR SUÏCIDALE PATIËNTEN BINNEN DE CGG

1. omschrijving:	Het promoten en implementeren van een reeds ontwikkeld suïcidepreventieprotocol waarin de activiteiten en verantwoordelijkheden van de CGG t.a.v. suïcidale patiënten en risicopatiënten op suïcide duidelijk omschreven worden met aandacht voor de meest kwetsbare groepen zoals jongeren, senioren, holebi's.
2. effect:	Voor personen met suïcidale ideatie en suïcidepogingen zal de hulpverlening binnen de CGG verbeteren.
3. planning:	Kadert binnen het beleidsplan 2006-2008 van het project "zelfmoordpreventieproject van de CGG".
4. gezondheids- economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.3.6 DE SAMENWERKING TUSSEN HULPVERLENERS MET BETREKKING TOT SUÏCIDALE PATIËNTEN

1. omschrijving:	Het realiseren van samenwerkingsverbanden voor de opvolging van suïcidepogers en patiënten met risico op suïcide. Er worden afspraken gemaakt tussen de verschillende gezondheidsvoorzieningen i.v.m. doorverwijzing, samenwerking en opvolging van suïcidale patiënten, zowel binnen de gespecialiseerde hulpverlening als erbuiten.
2. effect:	Een optimaal uitgewerkt netwerk van zorgverlening voor de suïcidale patiënt komt de doelmatigheid van de hulpverlening ten goede en vermijdt dat personen uit de boot vallen.
3. planning:	Kadert binnen het beleidsplan 2006-2008 van het project "zelfmoordpreventieproject van de CGG". Het veralgemenen van de volgende 3 strategieën: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>opvang en nazorg</u>: Het zelfmoordpreventieproject van de CGG werkt samen met het project 'optimaliseren van de opvang en nazorg van suïcidepogers' (3.5.1) aan een optimalisering van de communicatie tussen huisartsen, algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. ▪ <u>consultatief overleg</u>: Naast het betrekken van de huisarts in de nazorg van de patiënt wordt ook consultatief overleg aangeboden met medewerkers uit de CGG.

4. gezondheids-
economische
impact

- samenwerking CLB: Er worden afspraken gemaakt met de CLB's i.v.m. samenwerking rond suïcidale leerlingen en leerlingen met suïcidale ideatie. (zie strategie jongeren 3.5.4)

Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.4 HET UITLOKKEN VAN ZELFDODING TEGENGAAN

3.4.1 AANBEVELINGEN VOOR DE MEDIA MET BETREKKING TOT BERICHTGEVING OVER ZELFDODING

1. omschrijving:	Het ontwikkelen van richtlijnen voor de media . Deze richtlijnen beschrijven hoe de media kunnen berichten over suïcide en zelfbeschadigend gedrag en hoe ze de preventieve mogelijkheden onder de aandacht kunnen brengen, zonder de kans op imitatie de hoogte in te jagen.
2. effect:	<p>Het vermijden van imitatiegedrag.</p> <p>Wetenschappelijke literatuur heeft de effectiviteit van aanbevelingen voor de media aangetoond. Het behoort tot de top 5 van de efficiëntste strategieën. Deze strategie is een katalysator voor het slagen van de andere preventiestrategieën.</p>
3. planning:	<p>In 2003 werd een folder ontwikkeld die in 2004 via ‘de journalist’ werd verspreid onder journalisten. Uit de analyse van een licentiaatsverhandeling: ‘Zelfmoord in de Vlaamse pers voor en na de invoering van de richtlijnen van de raad voor deontologie’, wordt geconcludeerd dat er weinig verschil bestaat tussen ‘voor’ en ‘na’ het invoeren van de richtlijnen.³³ Conclusies uit de verhandeling zijn de volgende:</p> <p>Er is nood aan een herlancering van de richtlijnen, de vele journalisten hebben namelijk geen weet van het bestaan ervan.</p> <p>Er is nood aan opvolging van deze richtlijnen.</p> <p>Dit kan via collectieve gezondheidsovereenkomst met de perssector zelf of via zelfmoordpreventieproject van de CGG, de VVGG of Werkgroep Verder.</p> <p>Elke organisatie die de pers in verband met suïcidaliteit te woord staat, wordt gevraagd om de aanbevelingen voor de media telkens opnieuw te communiceren</p>
4. gezondheids-economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

³³ Zelfmoord in de Vlaamse pers voor en na de invoering van de richtlijnen van de raad voor deontologie: een inhoudsanalyse. Marie Swinnen, KU Leuven, academiejaar 2005-2006.

3.4.2 BESCHIKBAARHEID VAN MIDDELEN VERMINDEREN

1. omschrijving:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beveiliging toegang spoorwegen, voornamelijk in de omgeving van psychiatrische ziekenhuizen. ▪ Bruggen en hoge gebouwen beveiligen ▪ CO verklikkingssystemen in wagens ▪ medicatie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ aanpassingen van de grootte van de verpakkingen. ▪ Aanpassing van de vorm van de verpakking. Doordruktabletten in plaats van losse tabletten. ▪ Vuurwapens: inleveren van niet geregistreerde wapens
2. effect:	Vermindering van de beschikbaarheid en dodelijkheid van middelen om suïcide te plegen. Recente literatuur toont efficiëntie van deze strategie aan.
3. planning:	<p><u>Infrastructuur:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ inventaris opstellen van de risicoplaatsen en daar eventueel beschermingsmaatregelen treffen. ▪ Om dit initiatief te kunnen verwezenlijken is het belangrijk zicht te hebben op de zwakke plaatsen in het Vlaamse Gewest. Deze strategie vereist samenwerking met de ministeries van mobiliteit en vervoer en van openbare werken. (facettenbeleid) <p><u>Geneesmiddelen/NMBS:</u> Omwille van federale materie is hier ook samenwerking vereist.</p>
4. gezondheids- economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.5 AANDACHT VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN

3.5.1 ZORG VOOR SUÏCIDEPOGERS VIA DE SPOEDGEVALLENDIENST

a) het pilootproject:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Omschrijving: | <p>Het project bestaat uit 2 onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Een optimalisering van de opvang binnen de spoedgevallendienst: via psychosociale diagnostiek van elke suïcidepogers kunnen de achterliggende problematiek, de aanwezige risicofactoren, de actuele suïcidaliteit en de motivatie voor behandeling in kaart gebracht worden en kan op deze manier de opvang en de behandeling op maat van de suïcidepogers verbeteren. ▪ Een optimalisering van de samenwerking van de spoedgevallendienst met vooral de eerste lijn, maar ook de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen (PAAZ), psychiatrische ziekenhuizen, ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals CGG en andere relevante erkende initiatieven. |
| 2. effect: | <p>De suïcidepoging is de duidelijkste klinische risicofactor voor suïcide: het risico van suïcide is 150 maal hoger dan in de algemene bevolking. Na een suïcidepoging overlijdt één procent na één jaar door suïcide, na tien jaar is dit tien procent.</p> |
| 3. planning: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilootproject regio Limburg loopt in twee fasen. De fase ‘optimalisering van de samenwerking met de huisarts’ werd eind december 2005 afgerond en Momenteel wordt de fase ‘optimalisering van de opvang op de spoedgevallendienst’ afgerond ▪ In geval van positieve evaluatie worden beide pilootprojecten geïntegreerd en progressief geïmplementeerd in alle ziekenhuizen in Vlaanderen. (3.5.1.b) |
| 4. gezondheids-economische impact | <p>Volgens berekeningen van professor Annemans in het kader van de Vlaamse gezondheidsconferentie in 2002 zijn er in Vlaanderen jaarlijks 10.000 suïcidepogingen, waarvan men schat 80% te bereiken via de spoedgevallendiensten, wat dus neerkomt op jaarlijks 8.000 suïcidepogers.</p> <p>De incidentie van zelfdoding bij suïcidepogers bedraagt 1% per jaar. Dit maakt 80 (8.000 x 0,01) zelfdodingen per jaar en 800 (8.000 x 0,01 x10) pogingen per jaar. Met het voorgestelde programma wordt geschat een risicoreductie van 20% te bereiken.</p> <p>Men kan dus 16 (80 x 0,2) zelfdodingen en 160 (800 x 0,2) pogingen vermijden, indien deze strategie op kruissnelheid toegepast wordt.</p> |

Indien men uitgaat van 31 gewonnen levensjaren per zelfdoding, kan men het *aantal gewonnen levensjaren* dat men jaarlijks met deze strategie wint, schatten op (16 x 31) 496.

b) Implementatie opvang suïcidepogers in heel Vlaanderen gekoppeld aan dataregistratie

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Omschrijving: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integratie van de twee eerdere projecten (optimalisatie van de opvang binnen de spoedgevallendienst en van de samenwerking van de spoedgevallendienst met de andere zorgniveau's) en progressieve implementatie in heel Vlaanderen. ▪ Integratie met dataregistratie van Eenheid van zelfmoordonderzoek Gent |
| 2. planning
2006-2007-2008 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ fase van integratie van de projecten
september 2006-december 2006 <ol style="list-style-type: none"> 1 Uitwerken van strategieën voor implementatie opvang en vervolgzorg . Met inbegrip van een elektronisch evaluatie-instrument dat gelijktijdig ondersteuning biedt voor het zorgproces en registratiegegevens aanlevert. 2 Maken van een draaiboek voor implementatie 3 implementatie voorbereiden door in overleg te gaan met locoregionale (provinciale) overleggroepen suïcidepreventie binnen de provinciale overlegplatforms of waar deze bij betrokken zijn, te gaan, met afspraken met tijdsplan over vorming ziekenhuispersoneel, opvang suïcidepogers (gebruik van instrument) en registratie. ▪ fase van implementatie (vorming en gebruik van instrument)
Vanaf december 2006, maximaal 25 maanden.
Op basis van een door het project uitgewerkt tijdsplan.
Implementatie volgens zorgregio's. ▪ dataregistratie met betrekking tot suïcidepogingen met evaluatie (vanaf 2007- ...)
Dataregistratie door middel van PEOSAZ van kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken van suïcidepogingen (leeftijd en geslacht)
Hierbij zal de prevalentie van suïcidepogingen in Vlaanderen worden geanalyseerd en zullen een aantal kenmerken van de suïcidepogingen die |

relevant zijn voor preventiemogelijkheden worden geanalyseerd zoals de **methode** van de suïcidepogingen, een eerste inschatting van de **ernst** van de suïcidepoging en **recidive frequentie**.

3.5.2 VROEGDETECTIE EN DIAGNOSE VAN PSYCHIATRISCHE AANDOENINGEN ZOALS SCHIZOFRENE PSYCHOSE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Omschrijving: | <p>Schizofrenie is een vrij frequente ernstige geestelijke stoornis met een sterk verhoogd suïciderisico. Concreet bestaat het project uit drie trappen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De basis wordt gevormd door een informatiecampaagne met betrekking tot schizofrene psychose, gericht naar de gehele bevolking. 2. De tweede trap bestaat uit het creëren van de nodige alertheid en deskundigheid bij de eerste lijn met betrekking tot vroegopsporing van schizofrenie bij jong volwassenen. 3. De derde trap ten slotte bestaat uit vroegdiagnoseteams, waarnaar begeleiders uit de omgeving van een jongere die een psychiatrische aandoening vermoeden, kunnen verwijzen. Dit team zal de problematiek van de jongere vervolgens in een niet-stigmatiserende omgeving evalueren en zonodig toeleiden tot zorg. |
| 2. effect: | <p>Tenminste 10% van de schizofrene patiënten overlijdt door suïcide. Men veronderstelt dat 50% van de schizofrene patiënten een suïcidepoging onderneemt. Daarenboven is aangetoond dat vroegdetectie en behandeling de morbiditeit fel vermindert, met name bij schizofrenie.</p> |
| 3. planning: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Haalbaarheidsonderzoek met implementatiestrategie in een pilootproject (november 2006-2007) ▪ Onderzoeken of uitbreiding naar andere psychiatrische stoornissen, zoals borderline-problematiek, nuttig is ▪ Na positieve evaluatie progressieve uitbreiding ▪ De infocampaagne zal samen gebeuren met de globale publiekscampaagne (3.1.2). |
| 4. gezondheids-
economische impact | <p>Men meent (zie Vlaamse gezondheidsconferentie 2002) met deze strategie een reductie van het risico met 20% te kunnen bereiken, wat 27 vroeggedetecteerde of vermeden herval van schizofreniegevallen (135 x 0,2), 2,16 (10,8 x 0,2) vermeden pogingen en 0,216 vermeden zelfdodingen (1,08 x 0,2) per jaar betekent. Indien men ervan uitgaat dat per suïcide 31 levensjaren worden gewonnen, bekomt men</p> |

met deze strategie voor de *zorgregio Leuven* een winst van 6,7 *gewonnen levensjaren* per jaar.

Voor geheel *Vlaanderen* betekent dit het vermijden van 4,32 (0,216 x 20) zelfdodingen per jaar, wat in het totaal een *winst* van 134 *levensjaren* betekent.

3.5.3 MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY BIJ PERSONEN MET RECIDIVERENDE DEPRESSIES

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. omschrijving: | <p>MBCT is een vorm van cognitieve groepstherapie, waarbij de patiënt leert mediteren en die meditatietechnieken aan te wenden om meer afstand te nemen van negatieve stemmingen en cognities. Deze therapie wordt aangeboden aan personen met minstens drie perioden van depressie in de voorgeschiedenis ter preventie van recidief depressie.</p> <p>Projecthouders: universitair ziekenhuis Gent</p> |
| 2. effect: | Er bestaat wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van MBCT. |
| 3. planning: | <p>Pilootproject regio Gent</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorbereiding is gestart in 2004. De eerste MBCT trainingen zijn gestart in maart 2006 ▪ Na positieve evaluatie: uitbreiding en afstemming aanbod.
Werken met erkende settings? Of incorporeren in de huidige CGG? Labelen? ▪ Opnemen in de informatiecampagne naar het brede publiek |
| 4. gezondheids-
economische impact | <p>Wat doelmatigheid betreft berekende professor Annemans het volgende naar aanleiding van de Vlaamse gezondheidsconferentie in 2002: uit de literatuur blijkt dat het aantal relapsen van depressie zonder een dergelijke strategie 66% bedraagt terwijl dit mét de MBCT slechts 37% is (Teasdale et al, 2000). Het aantal vermeden relapsen met deze strategie bedraagt dus 6.960 ((24.000 x 0.66)-(24.000 x 0.37)). Een gemiddelde depressieve episode is geassocieerd met een incidentie van zelfdoding van 0.5%. Het aantal zelfdodingspogingen geassocieerd met een dergelijke episode is tienmaal hoger en bedraagt dus 5%. Men kan dus (0.05 x 6.960 =) 348 pogingen en (0.005 x 6.960 =) 35 zelfdodingen vermijden indien deze strategie op kruissnelheid toegepast wordt. Indien men uitgaat van de winst van 31 gewonnen levensjaren voor één vermeden zelfdoding, kan men het aantal levensjaren dat men jaarlijks met deze strategie kan winnen, berekenen op (31 x 35 =) 1.085.</p> |

3.5.4 JONGEREN

1. Omschrijving:

- Een **collectieve gezondheidsovereenkomst tussen** de scholen, jeugdverenigingen en jeugdhuizen waarin concreet preventieve maatregelen in het kader van suïcidepreventie worden beschreven en in tijd zijn vastgelegd. Het zijn initiatieven (wetenschappelijk onderbouwd) die maximaal zullen aansluiten bij bestaande praktijken. De focus van de overeenkomst zal erop gericht zijn om de processen aan te sturen die kunnen leiden tot een grotere preventie van suïcide. Dit zal voor onderwijs vallen onder de bestaande regelgeving.
- **Voor scholen bestaat deze collectieve gezondheidsovereenkomst uit een geïntegreerd schoolactieplan** gericht op: schooldirectie, onderwijzend personeel, ouders en jongeren (zowel primair als secundair onderwijs) concreet zal het volgende onderdelen bevatten:
 1. protocollen met betrekking tot drugsbeleid, pestbeleid (cyberpesten) en geweld op school
 2. deskundigheidsbevorderingspakketten voor **onderwijzend personeel** (zie 3.3.2 en 3.3.3) met extra aandacht voor de situatie voor holebi-jongeren. In dit kader kan onder meer een beroep gedaan worden op de Dienst Maatschappelijke Vorming van de Holebifederatie om dergelijke vormingen te geven.
 3. voorlichtingsavonden en/of E-learning pakketten voor **ouders**: vb: opvoeden zo
 4. een **interventiedraaiboek** suïcidepreventie (crisis en postventie) in samenwerking tussen school-CLB-CGG
 5. een vroegdetectie en verwijfsprotocol bij risicoleerlingen in samenwerking met CLB en CGG
 6. activiteiten die kunnen bijdragen tot **geestelijke gezondheidsbevordering** aan leerlingen.
 7. het aanbieden van begeleiding aan **jongeren** die signalen van somberheid en hopeloosheid vertonen en die kaderen binnen de reguliere werking van CLB.

2. effect:

- onderwijzend personeel: studies tonen het ontbreken aan van kennis en

3. planning:	<p>vaardigheden betreffende suïcidaliteit en de positieve effecten van vorming.^{34,35}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ jongeren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ De effectiviteit werd recent aangetoond in de literatuur.³⁶ ▪ De (risico)jongeren die een belangrijke risicogroep vormen, krijgen zoveel mogelijk kansen om mechanismen te ontwikkelen om tegenslagen te verwerken en zich voor te bereiden op maatschappelijke problemen. (beschermende factoren (determinanten voor gezondheid) verbeteren) ▪ Start van de voorbereiding van implementatie zal gebeuren in overleg met vertegenwoordigers van het beleidsdomein onderwijs en zal kaderen binnen de intentieverklaring ‘gezondheidsbevordering’ en de eerder gemaakte afspraken in de commissie gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijsraad.
4. gezondheids-economische impact	Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur

3.5.5 ZORG VOOR KINDEREN VAN OUDERS MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN (KOPP)

1. omschrijving:	<p>In de internationale literatuur hebben vooral gezinsgerichte interventies hun effectiviteit aangetoond. Ze richten zich zowel op ouders als op hun kinderen, wat de aanpak van verschillende bronnen van risico en bescherming mogelijk maakt. De enige meermaals onderzochte KOPP-interventie is deze ontwikkeld door Beardslee.</p> <p>Deze gezinsinterventie is sterk cognitief georiënteerd. De nadruk wordt meer op de beleving van de situatie gelegd dan op de situatie an sich. Er wordt ingespeeld op de bronnen van veerkracht bij kinderen. Aan de ouders wordt uitgelegd hoe zij hun kinderen hierin kunnen aanmoedigen. Hierdoor wordt de angst die bij de ouders aanwezig is voor het effect van hun ziekte op hun kinderen, in een context gebracht die de nadruk legt op de veerkracht van de kinderen en de capaciteit van de ouders om beschermend op te treden in het voordeel van het kind.</p> <p>De effectiviteit van de Beardslee-interventie wordt in de Vlaamse context nagegaan door een interventiestudie door het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg.</p>
2. effect:	De effectiviteit werd aangetoond in de wetenschappelijke literatuur.

³⁴ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

³⁵ Suicide Prevention Strategies, A systematic review, JAMA, 2005 Oct 26; 294 (16):2064-74

³⁶ For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?, WHO-Europe, juli 2004

	<p>Professionele ondersteuning van de kinderen van ouders met psychiatrische problemen vermijdt dat zij later zelf depressies en andere psychische problemen ontwikkelen. (primaire preventie)</p>
3. planning:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilotproject met betrekking tot de 'Beardslee-interventie' is in uitvoering en zal lopen tot en met 14 december 2007.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afstemming met andere initiatieven voor KOPP- kinderen in Vlaanderen (Vlaamse stuurgroep KOPP)
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Na positieve evaluatie stapsgewijze uitbreiding in geheel Vlaanderen
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opnemen in de informatiecampagne naar het brede publiek
4.gezondheids-economische impact	<p>Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur</p>

3.5.6 ZORG VOOR NABESTAANDEN NA ZELFDODING

1. omschrijving:	<p>Nabestaanden na zelfdoding lopen een groter risico om depressieve gevoelens en suïcidale ideaties te ontwikkelen, niet alleen omdat ze een zelfdoding ervaren hebben, maar ook omdat het vaak een al kwetsbare groep treft.</p> <p>De Werkgroep Verder coördineert, organiseert en ondersteunt initiatieven, waaronder gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding, in Vlaanderen.</p>
2. effect:	<p>Verbetering van de opvang van en hulpverlening aan nabestaanden waardoor het risico op depressie of andere psychosociale complicaties en suïcidale ideatie wordt verminderd.</p>
3. planning:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verspreid over Vlaanderen en Brussel-Hoofdstad organiseren en ondersteunen van gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding, waarbij het belangrijk is te streven naar professionalisering en uniformisering. ▪ Organiseren van een jaarlijkse dag voor nabestaanden na zelfdoding ▪ Ontwikkelen en onderhouden van een informatieve website die ook interactief gericht is naar kinderen en jongeren en waarlangs betrokkenen contacten kunnen leggen. ▪ Overall in Vlaanderen zijn begeleide zelfhulp en gespreksgroepen die op methodische wijze (met behulp van een draaiboek) zijn opgestart. ▪ Erkenning en structurele subsidiëring van de Werkgroep Verder
5. gezondheids-economische impact	<p>Het aantal nabestaanden in de Vlaamse populatie wordt geraamd op 110.000, waarvan 8% lijdt aan een depressie. Een gemiddelde depressieve episode is</p>

geassocieerd met een incidentie van zelfdoding van 0.5%. Het aantal zelfdodingspogingen geassocieerd met een dergelijke episode is tienmaal hoger en bedraagt dus 5%.

Met het voorgestelde programma wordt geschat dat men een risicoreductie van 10% kan bereiken. Men kan dus $(0.005 \times 8.800 =)$ 44 pogingen, $(0.0005 \times 8.800 =)$ 4,4 zelfdodingen en $(8.800 \times 0,1 =)$ 880 depressies vermijden indien deze strategie op kruissnelheid toegepast wordt.

3.5.7 HOMOSEKSUELEN EN LESBIENNES

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1.omschrijving: | <p>1. ter beschikking stellen van een module voor de deskundigheidsbevorderingspakketten voor hulpverleners specifiek gericht op de problematiek van homoseksuelen en lesbiennes in relatie tot depressie en zelfdoding. (zie ook strategie: deskundigheidsbevordering)</p> <p>2. Het geven van vormingen aan holebihulpdiensten betreffende thematiek zelfdoding.</p> <p>Dit project wordt uitgevoerd door de Holebifederatie</p> |
| 2. effect: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risicoreductie en vroegdetectie van zelfdodinggedachten bij holebi's. ▪ Versterken van mantelzorg. |
| 3. planning: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dit project loopt in 2006 ▪ Module zal ter beschikking gesteld worden aan de sectoren van de hulpverlening |
| 4. gezondheids-
economische impact | <p>Geen gegevens bekend uit de gezondheidsconferentie, noch uit de literatuur</p> |

3.6 BELANGRIJKE RANDVOORWAARDEN VOOR EFFICIËNTIE EN DOELMATIGHEID

3.6.1 FACETTENBELEID: AFSTEMMING BINNEN HET VLAAMSE EN MET HET FEDERAAL BELEID

Preventie van depressie en suïcide kan **niet** worden verengd tot een louter **psychologische of medische** aanpak. Ook factoren **buiten de gezondheidszorg** hebben een zeer belangrijke invloed op suïcide. Zelfdoding is het resultaat van complexe interacties van verscheidene risicofactoren en protectieve factoren. Het kan gaan om zowel risicoverhogende factoren als beschermende factoren (determinanten voor gezondheid). Het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid voorziet reeds in een facettenbeleid waar initiatieven worden genomen buiten de gezondheidszorg met een aantoonbaar effect op preventie. Ook buiten de Vlaamse bevoegdheden kan deze aanpak nodig zijn (facettenbeleid in een ruime betekenis van het vernoemde decreet). Deze brede aanpak van preventieve maatregelen op verschillende niveaus, zal de meest succesvolle manier zijn om een daling van het aantal zelfdodingen op lange termijn te bewerkstelligen.

Onderwijs

Op 27 januari 2006 werd door de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid, de Vlaamse minister bevoegd voor Onderwijs, de Vlaamse minister bevoegd voor landbouwbeleid en zeevisserij en de Vlaamse minister bevoegd voor sport een gezamenlijke intentieverklaring ‘Gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren in de setting school’ ondertekend. Deze intentieverklaring kan een kader bieden om gezamenlijk acties te ondernemen in functie van de geestelijke gezondheid van jongeren in Vlaamse scholen. Binnen de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) werd ook een **gezondheidscoördinator** aangesteld die in samenwerking met de commissie Gezondheidsbevordering binnen de VLOR een strategisch plan **gezondheidsbevordering op school**, heeft uitgewerkt. De commissie gezondheidbevordering kan als forum fungeren om relevante acties in functie van suïcidepreventie bij schoolgaande jongeren te verkennen, te bespreken, aanzetten tot uitvoering te geven en aanbevelingen aan de Vlaamse minister bevoegd voor onderwijs te formuleren.

Kansarmoedebestrijding en werkgelegenheid

Personen die in armoede leven, hebben onder invloed van de uitsluitingsprocessen waarmee ze geconfronteerd worden, niet enkel vaker te maken met gezondheidsproblemen, ze blijken ook een minder adequaat gedrag te kunnen ontwikkelen bij het omgaan met gezondheidsproblemen of bij het gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen.

In de laatste 50 jaar is er duidelijk een verband te zien tussen werkloosheid en het sterftecijfer door zelfdoding. Tijdens **de economische crisis van de jaren 70**, die zich met de loskoppeling van de dollar van de goudstandaard in 1971 en de eerste oliecrisis in 1973 had aangekondigd en waarbij onder meer het aantal

werklozen in ons land verachtvoudigde, kwam de curve van de zelfdodingscijfers in veel woeliger vaarwater terecht en bovenop de opwaartse basislijn ontstonden schommelingen met hogere zelfdodingscijfers. (zie bijlage 5.1.1) Zowel kansarmoedebestrijding als een daling van het werkloosheidscijfer zijn belangrijke onderdelen van het facettenbeleid ter preventie van zelfdoding.

Federale materie

Zoals al duidelijk is gebleken is het verminderen van de beschikbaarheid van de middelen voor zelfdoding (zie 3.5.2) een belangrijke en zeer efficiënte aanpak.

3.6.2 AFSTEMMING BINNEN HET GEZONDHEIDSBELEID

Er bestaat een onlosmakelijk verband tussen preventie en curatie, ook op vlak van geestelijke gezondheidszorg. Een goede organisatie van de **eerste lijn en de thuiszorg met aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg op de 1^{ste} lijn** is een kritische succesfactor. Naast deskundigheidsbevordering bij hulpverleners, kan via de toekomstige SEL's (huidige SIT's) ook een **zorgplan** toegepast worden voor personen met **psychiatrische problemen**. Voordelen kunnen dan bijvoorbeeld zijn: een ambulante begeleiding in plaats van opname (een van de aanbevelingen van de WGO), toezicht op therapietrouw (belangrijke preventieve waarde, onder andere bij schizofrene psychose),....

Promotie van geestelijke gezondheid door **gezondheidsbevordering** is even belangrijk als gezonde voeding, niet roken en bewegen. Initiatieven van dit actieplan zoals de 10 positieve stappen, een aantal initiatieven naar jongeren en de publiekscampagne met betrekking tot geestelijke gezondheid in het algemeen en zelfdoding in het bijzonder hebben hierop betrekking. Ook het thema preventie van middelengebruik en de gezondheidsconferentie van november 2006 sluit hierbij aan.

De middelen voor en de capaciteit van **de psychiatrische hulpverlening** is beperkt. Daarom is het nodig **om de methodieken op elkaar af te stemmen** en alle hulpverleners uit de sector bij dit actieplan te betrekken, ook de psychiaters en psychotherapeuten met een privé-praktijk. De provinciale (locoregionale) overleggroepen suïcidepreventie binnen de provinciale overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg of waar deze bij betrokken zijn (= subwerkgroepen suïcidepreventie), kunnen hiervoor een **draaischijf** zijn en de netwerking realiseren tussen alle hulpverleners die met psychische problematiek te maken hebben. Zo zullen ook de algemene en psychiatrische ziekenhuizen de efficiëntie van hun werking bij het behandelen van patiënten met psychiatrische problemen, kunnen verbeteren door goede samenwerking met elkaar en met de ambulante sector. Het gebeurt nog te vaak dat doorverwijzing en nazorg ontoereikend is.

Zoals uit de besproken strategieën blijkt is de **psychiatrische hulpverlening** een belangrijk onderdeel van dit actieplan. Daarom is het ook aangewezen dat de **federale reglementering en financiering** dit actieplan ondersteunen en dat de federale pilootprojecten afgestemd zijn op dit Vlaamse actieplan. De financiën van de liaisonpsychiatrie en de PAAZ bij de opvang van suïcidepogers is hierbij een belangrijk aandachtspunt. **De interministeriële conferenties volksgezondheid** bieden hiertoe een geschikt kader. Hiervoor is al een subwerkgroep “zelfdoding” opgericht binnen de werkgroep ‘taskforce geestelijke gezondheidszorg’.

3.6.3 AFSTEMMING LOCO-REGIONALE INITIATIEVEN

Het is ons bekend dat rond het thema preventie van zelfdoding op loco-regionaal niveau reeds vele initiatieven lopen. Er is vooral nood aan **inventarisatie, coördinatie en zonodig uitbreiding** van de bestaande initiatieven.

Hiertoe zal binnen de nieuwe **website** van het Agentschap Zorg en Gezondheid, een **specifieke locatie** ontwikkeld worden rond het thema: **suïcidepreventie in Vlaanderen**. Deze website is eerst en vooral gericht naar de burger en de plaatselijke actoren. De website zal o.a. **een inventaris** bevatten **van alle initiatieven** die lopen in Vlaanderen. Hierdoor kunnen ervaringen uitgewisseld worden zodat de verschillende initiatieven elkaar kunnen aanvullen en versterken.

Een locoregionale werking is belangrijk en vergt ondersteuning. De **subwerkgroepen** suïcidepreventie van de samen met de Logopartners spelen hierin een voortrekkersrol. Al enkele jaren vóór de gezondheidsconferentie, is in Vlaanderen een preventieproject rond de thematiek “zelfdoding” binnen de CGG van start gegaan waar 8 VTE preventiewerkers zijn tewerkgesteld. Deze opdracht en expertise mogen zeker niet verloren gaan.

3.6.4 REGISTRATIE

Een goede registratie is onlosmakelijk verbonden met het behalen van de gezondheidsdoelstelling. In het kader van het **decreet betreffende gezondheidsinformatiesysteem** is het belangrijk om werk te maken van de operationele gegevensuitwisseling op het niveau van de zorgverstrekking. Door een goede gegevensuitwisseling zal de resultaatgerichtheid van de zorg kunnen verhogen. Hieruit zal een dataregistratie voortvloeien die ons ook meer informatie zal verschaffen over de epidemiologie van de zelfdodingsproblematiek en het effect van de initiatieven. Elementen uit Arcade, minimaal psychiatrische/klinische gegevens dienen te worden aangevuld met gegevens uit de spoedgevallendiensten, CLB's, huisartsen, integrale jeugdzorg en andere hulpverleners. Dit samenbrengen van data vormt het epidemiologische luik van het gezondheidsinformatiesysteem met betrekking tot suïcidepreventie.

3.6.5 OPVOLGING EN EVALUATIE

Uit de literatuur is het duidelijk gebleken dat er een dringende behoefte is aan goede evaluaties van eigen programma's en strategieën. Regelmatig tussentijds overleg tussen het Agentschap Zorg en Gezondheid en de projecthouders, onder andere op basis van de registratiegegevens, zal ons toelaten het actieplan te evalueren op haar resultaatgerichtheid en het zonodig bij te sturen. Ook de toets met ervaringen uit het buitenland, bijvoorbeeld Nederland, zal nuttige informatie opleveren.

De opvolging en evaluatie bestaat uit 2 luiken. Ten eerste is er de opvolging van de gezondheidsdoelstelling 'preventie van zelfdoding' en haar subdoelstelling. (zie 2.3) Ten tweede is er nood aan opvolging en evaluatie van het actieplan zelf en is er nood aan evaluatie binnen de strategieën en/of binnen elk initiatief. Bijkomende evaluatiecriteria met bijhorende indicatoren hierbij kunnen onder andere zijn:

- de mate waarin de opvang suïcidepogers in spoedgevallendiensten adequaat gebeurt

Indicator	proportie suïcidepogers met adequate opvang
Teller:	suïcidepogers met opvang volgens standaardprotocol
Noemer:	aantal suïcidepogers
Databestand:	Nog niet beschikbaar, enkel beschikbaar binnen pilootproject in Limburg

- de mate waarin de detectie en opvang van personen suïcidale ideatie adequaat kan gebeuren

Indicator	% van de bevolking dat een huisarts heeft die het deskundigheidsbevorderingspakket heeft gevolgd.
Teller:	Aantal personen dat een huisarts heeft die het deskundigheidsbevorderingspakket heeft gevolgd
Noemer:	Totale bevolking in huisartsenbestand
Databestand:	Deskundigheidsbevordering van de huisartsen, randvoorwaarde de praktijkgrootte van de deelnemende artsen moeten gekend zijn.

- de mate waarin de opvang en behandeling van depressie in de CGG adequaat gebeurt

Indicator	proportie personen met depressie met adequate opvang in de CGG
Teller:	Aantal patiënten met depressie met opvang volgens standaardprotocol in de CGG
Noemer:	Aantal depressieve patiënten in de CGG

Databestand: EAAD project/arcade systeem

3.6.6 AANSTURING VAN HET ACTIEPLAN

Sinds 1999 bestaat een “Vlaamse preventieproject inzake zelfdoding van de CGG”. Dit project wordt aangestuurd door een **stuurgroep** en bestaat zelf uit een coördinatieteam en een zelfdodingspreventieteam. Na de gezondheidsconferentie van 2002 werd een **expertengroep** opgericht voor de verdere uitwerking en concretisering van de gezondheidsdoelstelling ‘preventie van zelfdoding’.

Om dit actieplan op een geïntegreerde wijze en met succes te kunnen realiseren wil ik één **‘Vlaamse werkgroep suïcidepreventie’** belasten met het opvolgen en coördineren van de realisatie van de zesde gezondheidsdoelstelling, zoals voorzien in art 15 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid.

3.7 AFSTEMMING VAN SUÏCIDEPREVENTIE MET VISIES OP PREVENTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Suïcidepreventie kan worden ingebed in een breder kader van verschillende soorten interventies. Het onderscheid ligt in het moment waarop je met je interventie gaat ingrijpen. Zo kun je ingrijpen op het moment dat er nog geen suïcidaal risico is. (geestelijke gezondheidsbevordering en risicoreductie, **primaire preventie**, *bijvoorbeeld richtlijnen in de journalistiek met betrekking tot berichtgeving over suïcide, publieksinformatiecampagne en de 'fit in je hoofd' campagne*). Je kunt ook kiezen om in te grijpen als er tekens zijn van suïcidaliteit door vroegopsporing en vroegdetectie zichtbaar worden (**secundaire preventie**, *bijvoorbeeld: opvang van suïcidepogers, deskundigheidsbevordering van de CGG met betrekking tot suïcidaal gedrag, jongeren met gedragsstoornissen*). **Tertiaire preventie** omvat normaal gezien de behandeling en hervalpreventie. In geval van suïcidepreventie is dit een onbestaand gegeven.

Wat betreft **preventie van geestelijke gezondheid**, kan er eveneens onderscheid gemaakt worden tussen deze 3 types van preventie. Je kunt ingrijpen op het moment dat er nog geen psychiatrisch probleem is (geestelijke gezondheidsbevordering, primaire preventie, *bijvoorbeeld: 'fit in je hoofd' campagne*). Je kunt ingrijpen als een psychiatrische stoornis zich aan het ontwikkelen is (secundaire preventie *bijvoorbeeld jongeren met gedragsstoornissen, vroegdetectie van schizofrenie*). En tot slot kun je ingrijpen als een psychiatrische stoornis al zichtbaar aanwezig is (tertiaire preventie, behandeling en nazorg) In geval van een *suïcidepoging* kun je hier spreken over tertiaire preventie.

Binnen de preventieve geestelijke gezondheidszorg wordt in een ander denkkader vaak ook nog onderscheid gemaakt op basis van de doelgroep die men via preventie wil bereiken.

- Zo wordt er vaak gesproken over **universele preventie** die gericht is op de **algemene bevolking** die **geen verhoogd risico** heeft om een psychiatrische stoornis te ontwikkelen. *Bijvoorbeeld: de 'fit in je hoofd campagne', zelfeducatie.*
- **Selectieve preventie** is gericht op een **subpopulatie** waarvan wetenschappelijk werd aangetoond dat zij een **verhoogd risico** lopen op psychiatrische stoornissen (en ook suïcidaliteit) aan de hand van psychologische, biologische en sociale risicofactoren. *Bijvoorbeeld: initiatieven met betrekking tot nabestaanden na zelfdoding, kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen en homo's en lesbiennes.*
- **Tot slot is een geïndiceerde preventie** een preventie die gericht is op personen die minimale maar detecteerbare signalen vertonen die kunnen predisponeren voor psychiatrische stoornissen of in het kader van suïcidepreventie kunnen predisponeren tot suïcide. *Bijvoorbeeld jongeren met gedragsstoornissen, suïcidepogers*

Tot slot kun je in de preventie nog onderscheid maken tussen **rechtstreekse preventie**, die rechtstreeks invloed heeft op de persoon en **onrechtstreekse preventie**, die zich focust op intermediairen, netwerking en infrastructuur. In de volgende tabel (tabel 1) werden alle preventieve initiatieven van het actieplan opgelijst.

Het uitgangspunt is **preventie van geestelijke gezondheid**, waarbij alle vormen van **tertiaire preventie** gezien kunnen worden als **primaire of secundaire vormen** van **suïcidepreventie**. Zowel bij de onrechtstreekse preventie, als bij de rechtstreekse preventie kan het gaan om primaire, secundaire of tertiaire preventie.

NIVEAU PREVENTIE				
	primaire preventie	secundaire preventie	tertiaire preventie	
DOELGROEP	UNIVERSELE PREVENTIE	<ul style="list-style-type: none"> • 10 stappen • Publieksinformatiecampagne • Zelfeducatie • collectieve gezondheidsovereenkomst • risicoreductie door middel van : richtlijnen in de journalistiek en opvolging, • risicoreductie door middel van aanpassing van wapenbeleid, geneesmiddelenbeleid, en infrastructuur (NMBS) 	<i>Algemene screening op psychiatrische aandoeningen is niet zinvol</i>	
	SELECTIEVE PREVENTIE	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en Jongeren: Een geïntegreerd schoolactieplan met focus op geestelijke gezondheidsbevordering en postventie • Senioren: zelfeducatie • Nabestaanden: website en fora, zelfhulpgroep • KOPP kinderen: Beardslee interventie 	<ul style="list-style-type: none"> • deskundigheidsbevordering huisartsen, andere professionelen (o.a. jongerenbegeleiders, bejaardenverzorgers, holebihulpdiensten, politie) • optimaliseren van de netwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • deskundigheidsbevordering huisartsen en andere professionelen • optimaliseren van de netwerking
	GEÏNDICEERDE PREVENTIE		<ul style="list-style-type: none"> • online hulpverlening • Kinderen en Jongeren: Geïntegreerd schoolactieplan met focus op secundaire preventie bij jongeren met gedragsstoornissen. • Deskundigheidsbevordering van de CGG m.b.t suïcidaal gedrag • Schizofrenie: deskundigheidsbevordering van de 1^{ste} lijn, vroegdetectie en toeleiden tot zorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • suïcidepogers: tertiaire preventie = opvang en nazorg van suïcidepogers, als secundaire preventie van suïcide • Depressie: MBCT tertiaire preventie (herval) en secundaire preventie van suïcide • Optimaliseren van de zorg voor patiënten met depressie in de CGG • Deskundigheidsbevordering van huisartsen en andere professionelen

Tabel 1: afstemming van het actieplan suïcidepreventie met preventie in de geestelijke gezondheid en suïcidepreventie in het bijzonder.

4 CONCLUSIE

Met dit actieplan beseffen we dat het **onmogelijk** is **alle** zelfdodingen te voorkómen. Maar argumenten dat de overheid **niets** moet doen omdat zelfdoding tot het individuele beslissingsrecht behoort, worden in de literatuur **tegensproken**. Het is immers duidelijk dat suïcidale ideatie in 90% van de gevallen voorkomt uit de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. **Vooral depressie, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik hebben een hoog risico op suïcidale ideatie.** Naast deze specifieke doelgroepen zijn er nog **andere risicogroepen** waar de kans op suïcide hoog is. Bij **jongeren** is er de laatste jaren een stijgende trend te zien. Ook **kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen** hebben een hoger risico op psychiatrische stoornissen en dus ook suïcidale ideatie. Tevens lopen **nabestaanden** na zelfdoding een groter risico om depressieve gevoelens en suïcidale ideaties te ontwikkelen, niet alleen omdat ze een zelfdoding ervaren hebben, maar ook omdat het vaak een al kwetsbare groep treft. Uit internationaal onderzoek blijkt dat homo's en lesbiennes een hoger risico lopen op het ontwikkelen van een psychische stoornis en suïcidale ideatie. Tot slot is de **suïcidepoging** de duidelijkste klinische risicofactor voor suïcide: het risico van suïcide is 150 maal hoger dan in de algemene bevolking. Na een suïcidepoging overlijdt één procent na één jaar door suïcide, na tien jaar is dit tien procent

Uit onderzoek blijkt ook dat meer dan de helft van de mensen die suïcide plegen of een suïcidepoging doen, nog een **huisarts consulteren in de maand voor de feiten**. Experts vermoeden dat deze consultatie gerelateerd is aan de suïcidale crisis, hoewel die niet altijd expliciet ter sprake komt. Als vertrouwenspersoon en veelzijdig professional kan een huisarts wezenlijk bijdragen tot de preventie van suïcides, onder meer door verziende situaties snel te detecteren en er met verstand van zaken op in te grijpen. Niet alleen voor de huisarts maar ook voor **andere professionelen** tonen studies het ontbreken aan van kennis en vaardigheden betreffende suïcidaliteit en de positieve effecten van vorming.^{37,38}

In oktober 2005 verscheen in het tijdschrift "The Journal of the American Medical Association" een systematische review van alle artikels gepubliceerd tussen 1966 en juni 2005.⁽²²⁾ Zij komen hier tot het besluit dat **deskundigheidsbevordering van de artsen en vermindering van de toegang tot dodelijke middelen de meeste efficiënte strategieën** in de preventie van zelfdoding, waardoor we deze laatste strategie zeker niet mogen onderschatten.

Tot slot is er nood aan een **maatschappelijk antwoord** op het fenomeen zelfdoding dat breder gaat dan de gezondheidszorg. In Vlaanderen is er nog altijd dat **taboe** rond geestelijke gezondheid en zelfdoding. Misschien is dit een verklaring voor de lagere incidentie van zelfdoding bij onze noorderburen.

Om die reden is het ook belangrijk om door zelfeducatie en informatie, de **zelfzorg** en **mantelzorg** voor personen met psychische problemen en zelfdodingsgedachten te versterken.

³⁷ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003

³⁸ Suicide Prevention Strategies, A systematic review, JAMA, 2005 Oct 26; 294 (16):2064-74

In dit actieplan werden strategieën opgebouwd rekening houdend met **2 belangrijke invalshoeken**. Eerst en vooral vormen de wetenschappelijk onderbouwde strategieën die uitgeselecteerd werden op de gezondheidsconferentie van 2002 een basis. Daarnaast werden deze strategieën geactualiseerd op basis van recente literatuurgegevens en is gezocht naar een afstemming met lopende initiatieven binnen de sector.

De zesde **gezondheidsdoelstelling** zal als volgt geformuleerd worden:

“De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000 mede dankzij:

- een daling van het aantal suïcidepogers
- een daling van het aantal personen met een suïcidale ideatie
- een daling van het aantal personen met een depressie

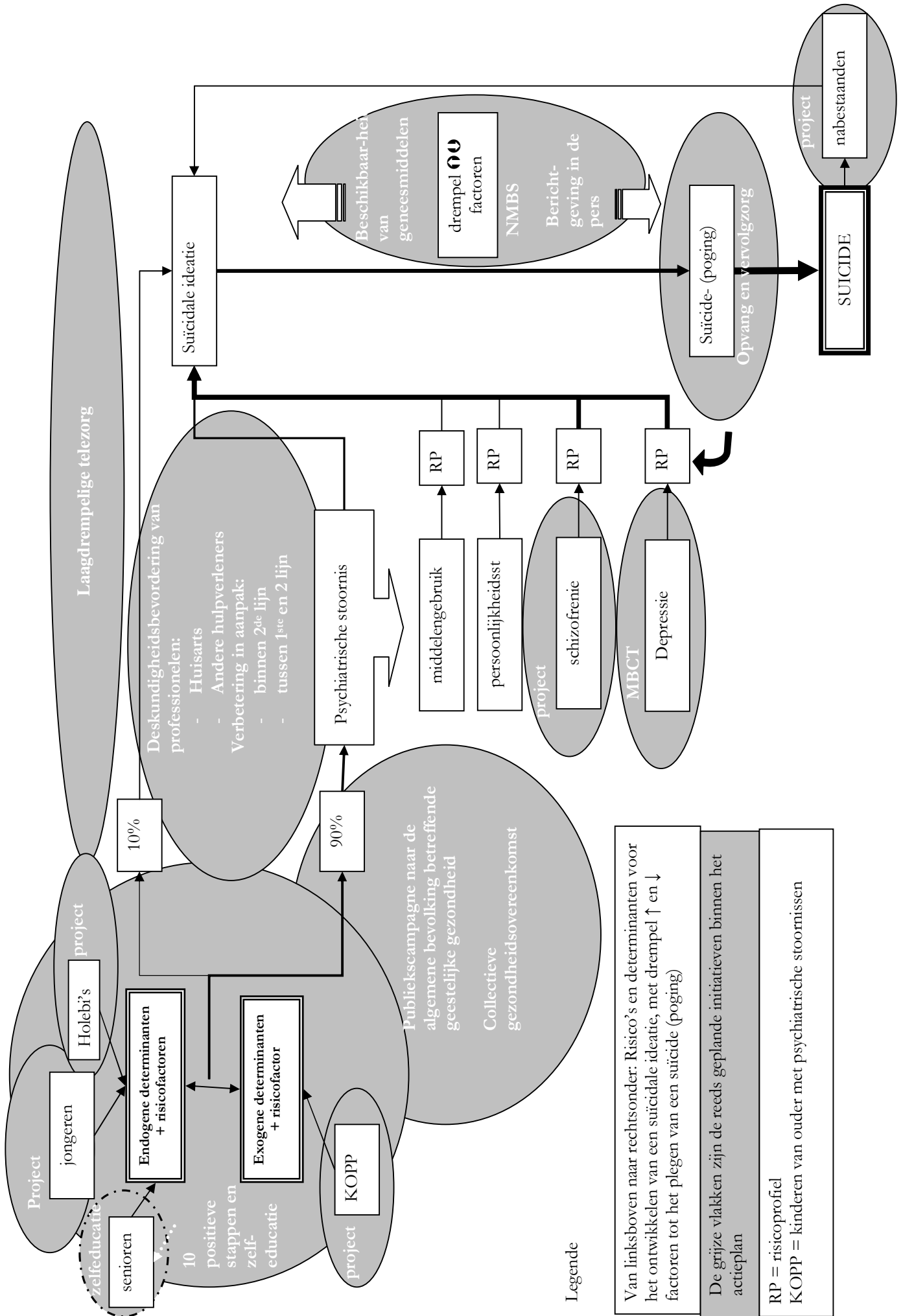
De gezondheidsdoelstelling zal gerealiseerd kunnen worden door middel van dit **actieplan** dat steunt op de volgende **5 strategieën**

1. bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu en de maatschappij.
2. het bevorderen van de laagdrempelige teleshulp
3. bevorderen van deskundigheid van professionelen en optimaliseren van de netwerking
4. het uitlokken van zelfdoding tegengaan
5. aandacht voor specifieke doelgroepen

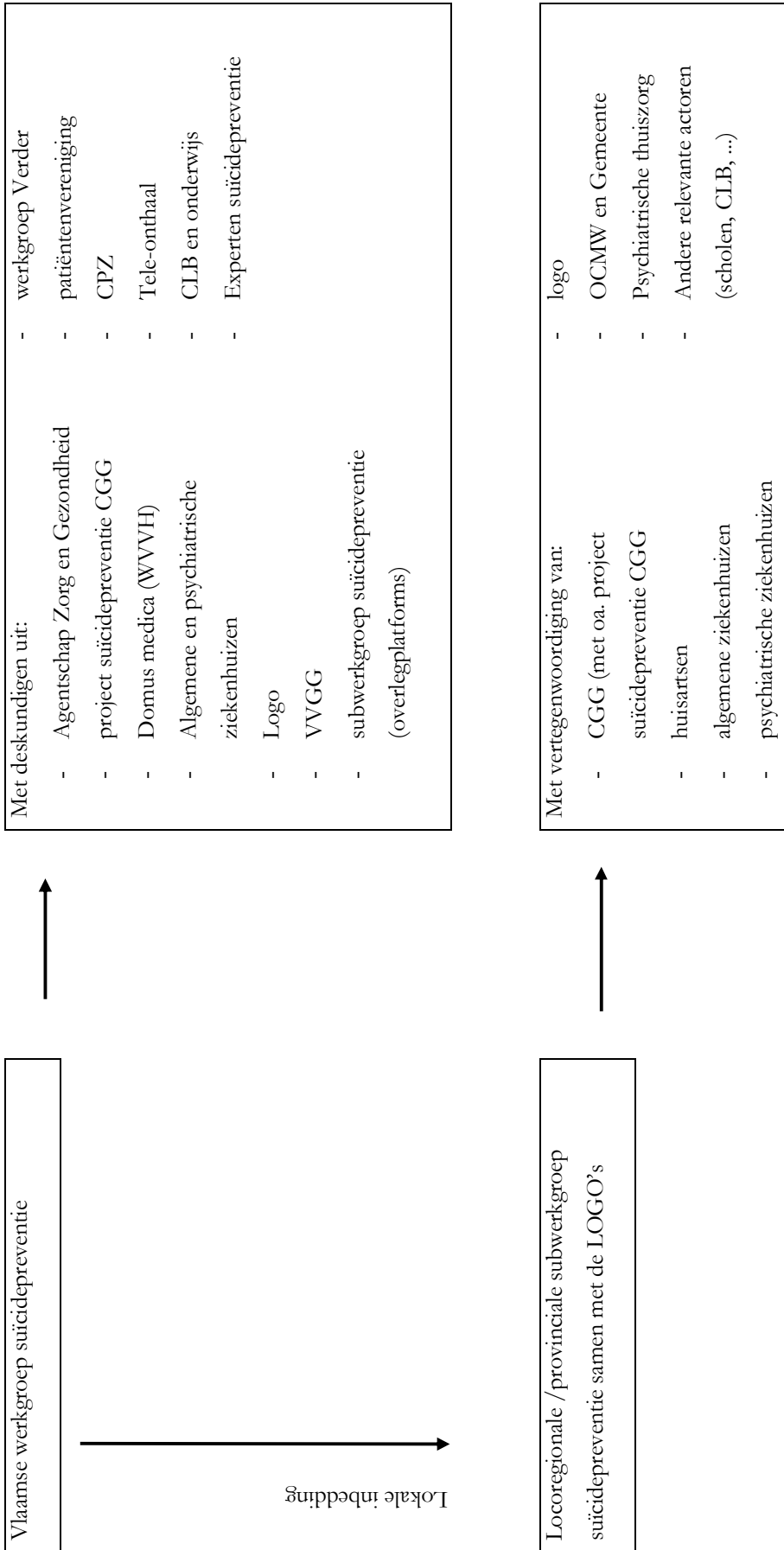
De doelstelling kan enkel gerealiseerd worden dankzij een **geïntegreerde** aanpak van de verschillende initiatieven en een goede **samenwerking** zowel op beleidsniveau door middel van een **facettenbeleid** (zowel binnen de Vlaamse Gemeenschap als met de federale regering), als op **locoregionaal niveau** (provinciale (locoregionale) overleggroepen suïcidepreventie waarbij de overlegplatforms geestelijke gezondheid bij betrokken zijn). Ook een goede **dataregistratie en opvolging** van het actieplan zijn onlosmakelijk verbonden met de realisatie van de gezondheidsdoelstelling. Tot slot zal het hele actieplan aangestuurd worden door **één werkgroep**, ontstaan uit de expertengroep van de gezondheidsconferentie en de stuurgroep van het Vlaamse zelfmoordpreventieproject van de CGG.

Op volgende bladzijden:

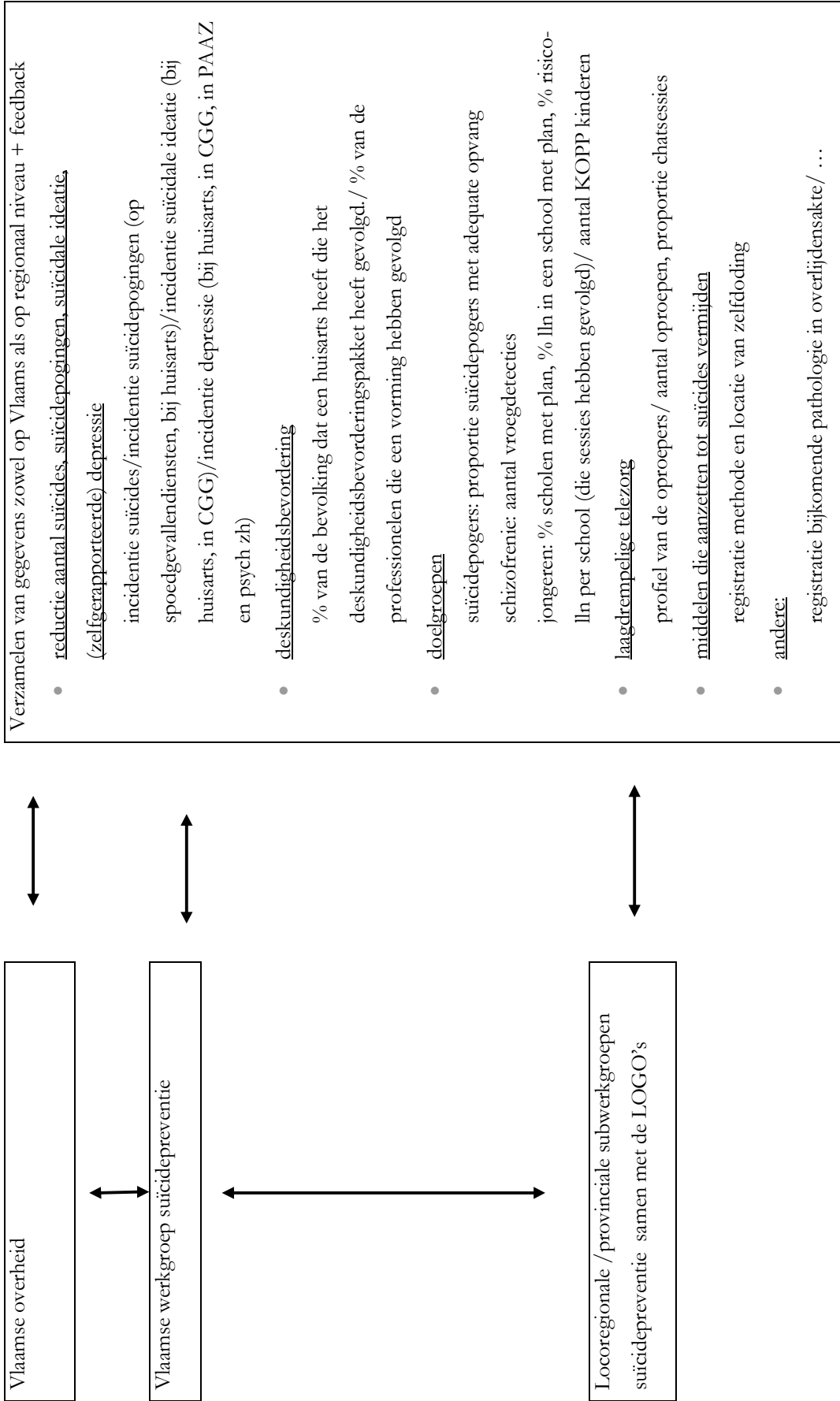
- Samenvatting van de initiatieven bekeken vanuit het suïcidale proces.
- Samenvatting opvolging en evaluatie



Afstemming loco-regionaal



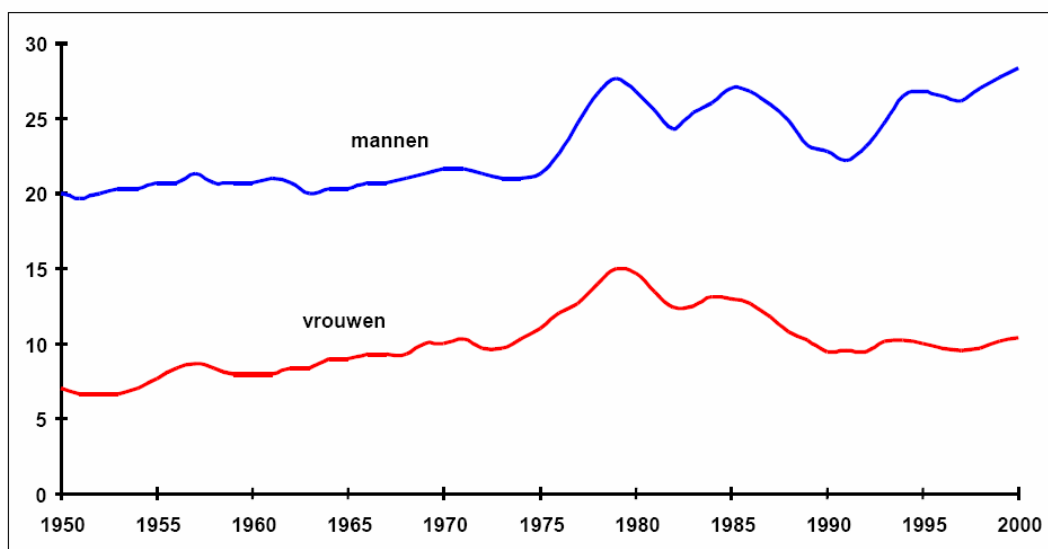
Opvolging en evaluatie



5 BIJLAGEN

BIJLAGE 1: EPIDEMIOLOGIE ZELFDODING IN VLAANDEREN

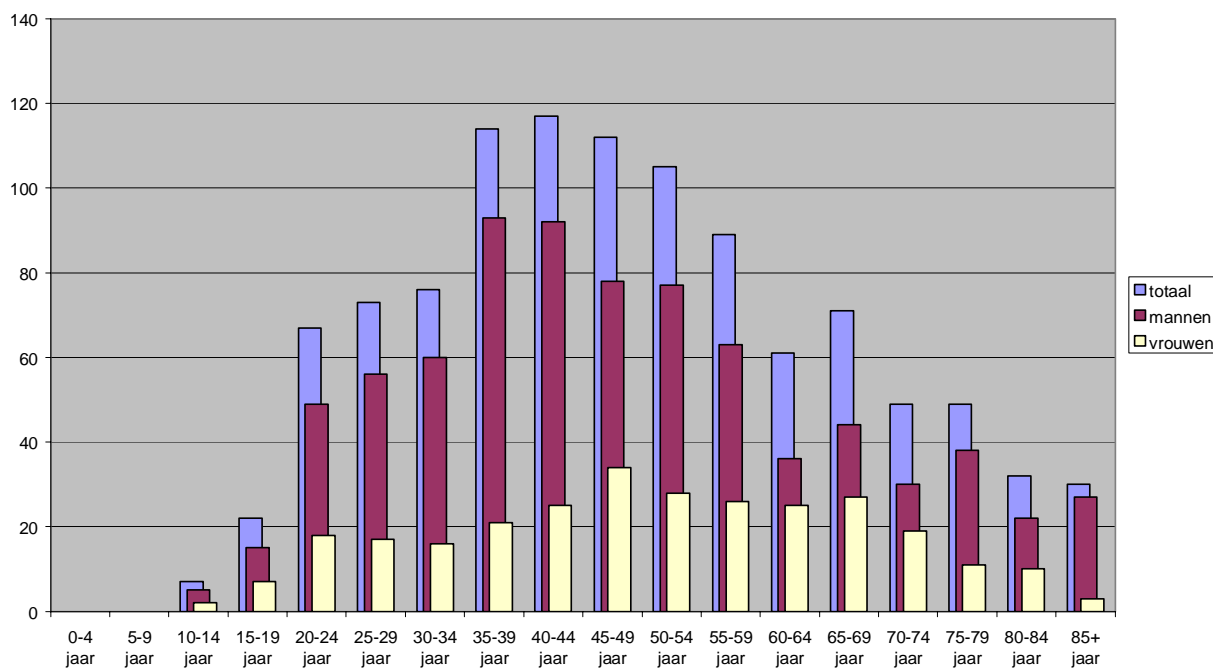
5.1.1 ZELFDODINGEN ALGEMEEN



Figuur 4: Evolutie van de sterfte door zelfdoding in het Vlaamse Gewest (per 100.000 inwoners)

Wanneer men met betrekking tot zelfdoding de evolutie van de **voorbije 50 jaar** in Vlaanderen bekijkt (zie figuur 4), valt meteen het verschil op tussen de eerste, pakweg, 25 jaar en de daaropvolgende periode. Tijdens de ‘gouden’ jaren ’50 en ’60 evolueerden de curven van de zelfdodingscijfers bij mannen en vrouwen vrij rustig en zonder echt merkbare schokken. De trend was niettemin licht opwaarts gericht en bij vrouwen iets steiler dan bij mannen. Aan de “trentes glorieuses” zoals ze in de economie worden genoemd, kwam een einde in het begin van de jaren ’70. **De economische crisis**, die zich met de loskoppeling van de dollar van de goudstandaard in 1971 en de eerste oliecrisis in 1973 had aangekondigd, gaf aanleiding tot een periode van zeer gespannen sociale en economische verhoudingen, waarbij onder meer het aantal werklozen in ons land verachtvoudigde. Ook de curven van zelfdodingscijfers kwamen in veel woeliger water terecht en bovenop de opwaartse basislijn ontstonden schommelingen met hogere zelfdodingscijfers.³⁹

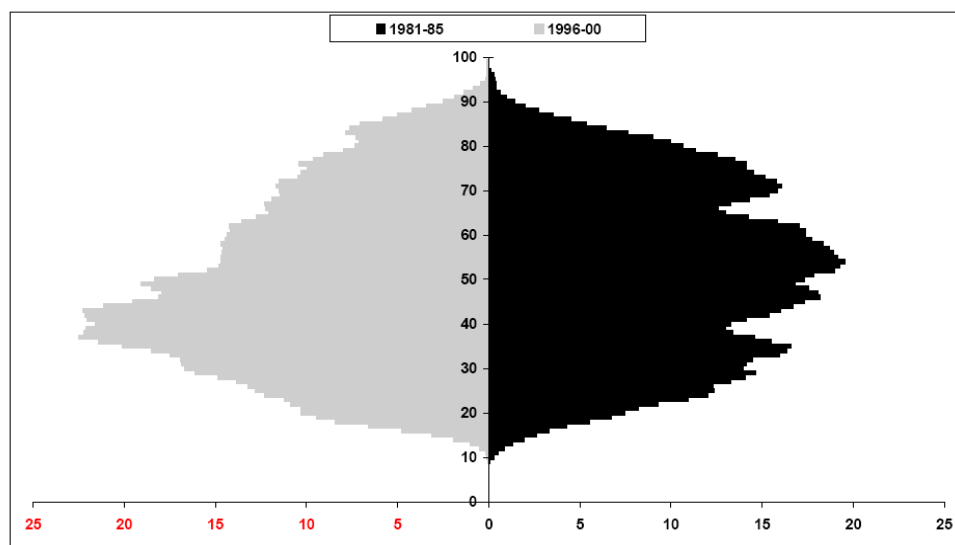
³⁹ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003



Figuur 5: absolute sterfte door zelfdoding in 2003 volgens leeftijd, Vlaams Gewest.

In figuur 5 en tabel 3 is duidelijk te zien dat het hoogste aantal zelfdodingen zich voordoen tussen de 35 en de 55 jaar. Wanneer we enkel naar de vrouwen kijken, is deze grote piek eerder afgeplat en zijn er 2 kleine piekjes in de leeftijdscategorie 45 tot 50 jarigen en de leeftijdscategorie 65 tot 70 jarigen. Het totale aantal zelfdodingen over de laatste drie jaar ligt gemiddeld rond de 1104 zelfdodingen per jaar.

Tabel 3: absolute sterfte door zelfdoding over de periode 2001-2003						
leeftijdscategorie	Absolute sterfte door zelfdoding			Procentueel aandeel		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
0-4	0	0	0	0%	0%	0%
5-9	0	0	0	0%	0%	0%
10-14	7	1	7	1%	0%	1%
15-19	32	25	22	3%	2%	2%
20-24	56	51	67	5%	5%	6%
25-29	70	72	73	6%	7%	7%
30-34	85	76	76	7%	7%	7%
35-39	118	112	114	10%	10%	11%
40-44	135	120	117	12%	11%	11%
45-49	130	119	112	11%	11%	10%
50-54	110	105	105	10%	10%	10%
55-59	82	89	89	7%	8%	8%
60-64	69	68	61	6%	6%	6%
65-69	65	79	71	6%	7%	7%
70-74	56	58	49	5%	5%	5%
75-79	55	53	49	5%	5%	5%
80-84	33	45	32	3%	4%	3%
85+	36	27	30	3%	2%	3%
totaal	1139	1100	1074	100 %	100%	100%

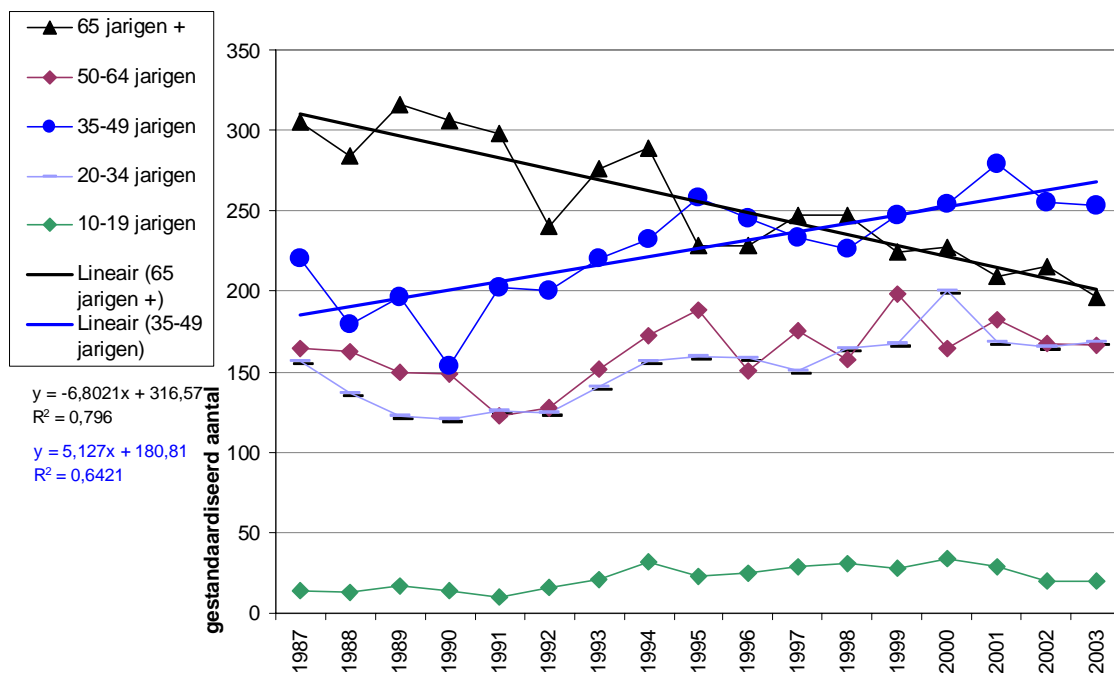
5.1.2 VERJONGING VAN DE STERFTE DOOR ZELFDODING

Figuur 6: leeftijdsverdeling (per 100.000 gevallen) van de sterfte door zelfdoding 1981-1985 en 1996-2000.

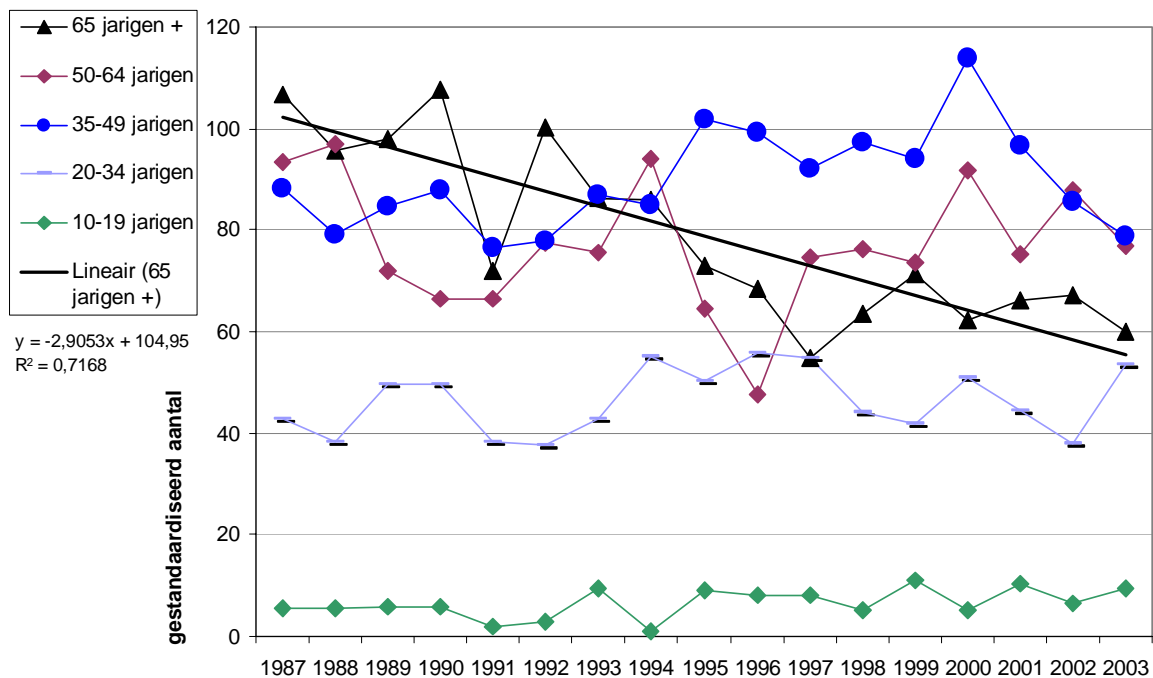
Net zoals op wereldvlak is er ook in Vlaanderen een **verjonging van de sterfte door zelfdoding** terug te vinden. Waar de buik van de leeftijds piramide 20 jaar geleden bij de vijftigers lag en er twee secundaire pieken waren tussen 30 en 35 jaar enerzijds en tussen 70 en 75 jaar anderzijds, ligt de piek nu duidelijk in de leeftijdsgroep 35 tot 45 jaar. In 20 jaar tijd is het aandeel van deze leeftijdsgroep toegenomen van 16% tot bijna 25% en eigenlijk is de hele piramide aan de basis zwaarder geworden. In de loop van de voorbije 45 jaar is het aandeel van de min-dertigers in de zelfdodingssterfte ongeveer verdubbeld (van 8 naar 18% bij mannen en van 5 naar 10% bij vrouwen) en ook het aandeel van de middengroep (30-59 jaar) is groter geworden (voor beide geslachten +6%). Daartegenover staat een duidelijke afname van het aandeel van de senioren: van 44% naar 28% bij mannen en van 43 naar 32% bij vrouwen (figuur 6) ⁴⁰

In figuur 7 en 8 op de volgende bladzijde valt op te merken dat zowel bij mannen als bij vrouwen bij de 65+ ers **een dalende trend** te zien is sinds 1987. Bij de mannen tussen de 35 en 49 jaar was er over de laatste 15 jaar een **stijging**.

⁴⁰ Verslagboek gezondheidsconferentie - preventie van depressie en zelfdoding, 2003



Figuur 7-8: Evolutie direct gestandaardiseerde aantallen sterfgevallen door suicide, Vlaams Gewest, 1987-2003 (mannen tabel boven) (vrouwen tabel onder), gestandaardiseerd naar de Vlaamse bevolking 2000.



5.1.3 BELANGRIJKSTE DOODSOORZAAK IN VLAANDEREN PER LEEFTIJDGROEP IN 2003

	Mannen	Vrouwen
<1 jaar	Aangeboren afwijkingen (43/29%)	Aangeboren afwijkingen (39/35%)
1-4 jaar	Ongevallen privé-sfeer (5 / 10%)	Ongevallen privé-sfeer (5 / 10%)
5-9 jaar	Vervoersongevallen op land (3 / 16%)	Vervoersongevallen op land (4 / 27%)
10-14 jaar	Suicide (5 / 18%)	Vervoersongevallen op land (3 / 17%)
15-19 jaar	Vervoersongevallen op land (34 / 44%)	Vervoersongevallen op land (11 / 29%)
20-24 jaar	Vervoersongevallen op land (77 / 45%)	Suicide (18 / 30%)
25-29 jaar	Suicide (56 / 32%)	Suicide (17 / 25%)
30-34 jaar	Suicide (60 / 36%)	Suicide (16 / 20%)
35-39 jaar	Suicide (93 / 31%)	Suicide/Borstkanker (21 / 18%)
40-44 jaar	Suicide (92 / 23%)	Borstkanker (34 / 14%)
45-49 jaar	Suicide (78 / 12%)	Borstkanker (67 / 17%)
50-54 jaar	Longkanker (131 / 14%)	Borstkanker (92 / 17%)
55-59 jaar	Longkanker (249 / 17%)	Borstkanker (130 / 17%)
60-64 jaar	Longkanker (308 / 18%)	Borstkanker (128 / 14%)
65-69 jaar	Longkanker (460 / 17%)	Borstkanker (152 / 10%)
70-74 jaar	Longkanker (614 / 15%)	Ischemische hartziekten (316 / 12%)
75-79 jaar	Ischemische hartziekten (710 / 14%)	Ischemische hartziekten (511 / 13%)
80-84 jaar	Ischemische hartziekten (741 / 14%)	Ischemische hartziekten (738 / 13%)
>85 jaar	Ischemische hartziekten (659 / 12%)	Hartinsufficiëntie (1448 / 12%)

Tabel 4: Belangrijkste doodsoorzaken per leeftijdscategorie, mannen en vrouwen, Vlaamse gewest, 2003

Bij mannen tussen de 25-49 is zelfdoding de belangrijkste doodsoorzaak. Daarnaast waren er in 2003 in de groep 10-14 jarige jongens meer zelfdodingen dan verkeersongevallen, waardoor zelfdodingen in deze leeftijdsgroep de frequentste oorzaak is van overlijden. Het gaat hier wel om zeer kleine aantallen. Bij vrouwen is zelfdoding de frequentste doodsoorzaak bij de 20 tot 34 jarigen. (zie tabel 4)

5.1.4 ZELFDODINGSGOINGEN

Het aantal pogingen tot zelfdoding is niet exact gekend. Er zijn cijfers bekend uit de huisartsenpeilpraktijken en van de Eenheid voor zelfmoordonderzoek van de Universiteit te Gent. Door hun verschillende invalshoek leiden de diverse studies en registraties tot **uiteenlopende cijfers**: de huisartsenpeilpraktijken kwamen over de periode 2001-2002 voor Vlaanderen uit op een raming van 77 suïcidepogingen per 100.000 inwoners, de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Gentse universiteit op een **drie keer hoger cijfer** (2002). Men moet echter voor ogen houden dat al deze registraties slechts zicht geven op de pogingen die onder de medische aandacht komen. Volgens ramingen van de Wereldgezondheidsorganisatie staan er tegenover elke zelfdoding 10 tot zelfs 20 pogingen. **Uitgaande daarvan, kan de incidentie voor Vlaanderen geraamd worden op 200 tot 400 per 100.000 inwoners, hetzij 12.000 tot 24.000 pogingen per jaar.**

Uit het onderzoek van de huisartsenpeilpraktijken, waar zowel suïcide als suïcidepogingen met elkaar vergeleken kunnen worden, blijkt dat **mediane leeftijd** van de patiënten met een **suïcidepoging 36 jaar** was, terwijl patiënten die **suïcide pleegden een mediane leeftijd van 44 jaar** hadden. Dat verschil in mediane leeftijd was, net als in 1993-1995, statistisch significant ($p < 0,001$).

5.1.5 COMORBIDITEIT BIJ ZELFDODING

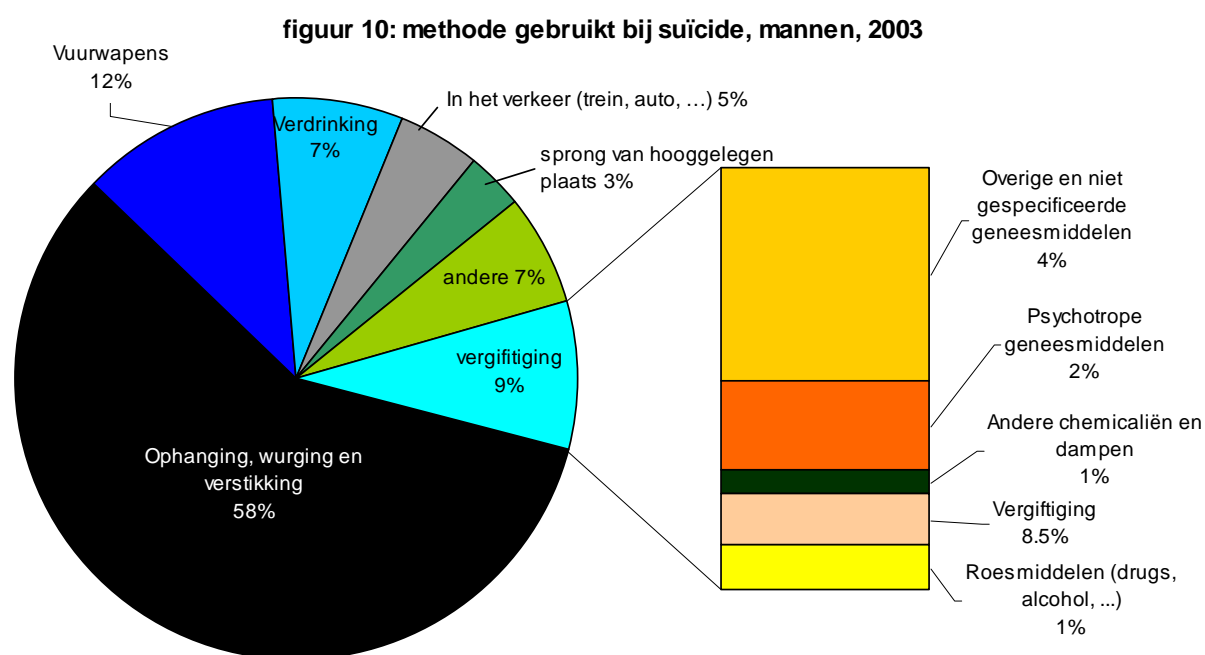
	Bijkomende Doodsoorzaak				som	%	% tov alle zelfdodingen
	1ste		2de	3de			
	N	%					
Geen bijkomende doodsoorzaak opgegeven	825		1031	1069			
Nieuwvormingen	9	3,6%	3	0	12	4,04%	1%
Dementie	4	1,6%	0	0	4	1,35%	0%
Middelen gerelateerd (drugs, alcohol, tabak, ...)	20	8,0%	5	1	26	8,75%	2%
Depressie	152	61,0%	8	0	160	53,87%	15%
Andere psychische aandoeningen	23	9,2%	5	1	29	9,76%	3%
Ander lichamelijke aandoeningen							
Ziekten van het zenuwstelsel	1	0,4%	1	0	2	0,67%	0%
Ziekten van het hart-en vaatstelsel	6	2,4%	3	0	9	3,03%	1%
Ziekten van het ademhalingsstelsel (excl. acute infecties)	9	3,6%	0	0	9	3,03%	1%
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	0	0,0%	0	0	0	0,00%	0%
Ziekten van het bewegingsstelsel	0	0,0%	2	1	3	1,01%	0%
Urogenitale aandoeningen	0	0,0%	0	0	0	0,00%	0%
Lichamelijke letsels (incl. brandwonden)	2	0,8%	0	0	2	0,67%	0%
Poly-intoxicatie	5	2,0%	4	0	9	3,03%	1%
Hulpvraag	5	2,0%	4	2	11	3,70%	1%
Andere	13	5,2%	8	0	21	7,07%	2%
Totaal (bijkomende doodsoorzaken)	249		43	5	297		
Totaal aantal zelfdodingen	1074						
% van ingevulde bijkomende doodsoorzaken	23,18%						

Tabel 5: belangrijkste doodsoorzaak in Vlaanderen per leeftijdsgroep in 2003

Uit het nieuwe overlijdenscertificaat is het mogelijk om naast de onmiddellijke en de oorspronkelijke doodsoorzaak ook nog de geassocieerde aandoeningen te weten te komen. Net zoals in 2001-2002 werd in 2003 slechts **voor een kwart** van de overlijdenscertificaten voor suïcide **een bijkomende aandoening** ingevuld. Aangezien dit niet bijzonder hoog is, kunnen geen echte conclusies getrokken worden. Toch is het opvallend dat **wanneer er een bijkomende aandoening** werd opgegeven, dit in **61 % van de gevallen het een depressieve aandoening** betrof. Andere psychische aandoeningen en middelengebruik zijn respectievelijk tweede en derde grootste bijkomende oorzaken.⁴¹ (tabel 5)

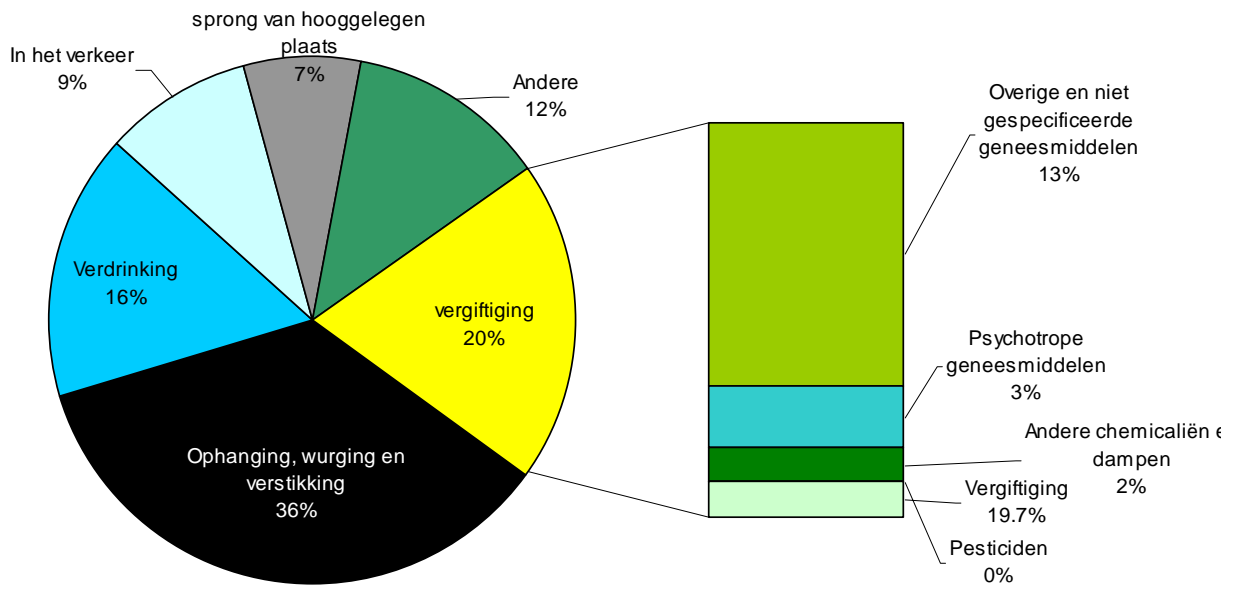
5.1.6 GEBRUIKTE METHODE BIJ ZELFDODING

De meest gebruikte methode bij zelfdoding, zowel bij mannen als bij vrouwen, in 2003 was ophanging, wurging en verstikking. Vergiftiging staat bij mannen en vrouwen respectievelijk op de 3^{de} en 2^{de} plaats. Bij mannen komen vuurwapens op de 2^{de} plaats.



⁴¹ Vlaamse gezondheidsindicatoren

figuur 11: methode gebruikt bij suïcide, vrouwen, 2003

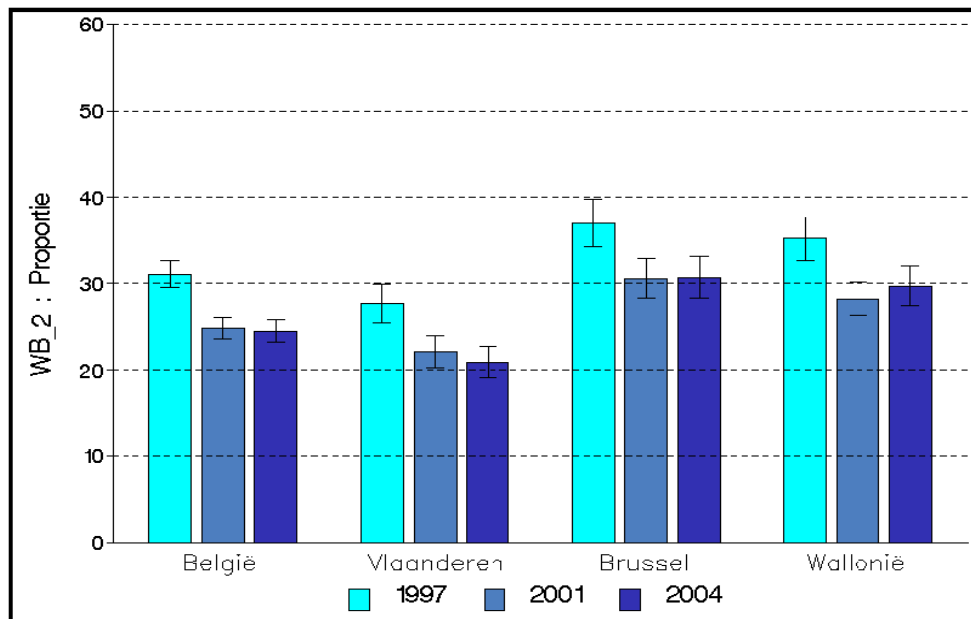


BIJLAGE 2: GEESTELIJKE GEZONDHEID IN VLAANDEREN

5.1.7 GEVEVENS UIT DE GEZONDHEIDSENQUÊTE 2004

PSYCHOLOGISCH WELZIJN

In het Vlaamse Gewest zijn de **scores voor psychologisch welzijn de beste** van de 3 gewesten. Er is geen verschil in functie van de verstedelijkingsgraad van de leefomgeving, noch in functie van opleidingsgraad. De evolutie van **psychologische problemen in de tijd is lineair dalend** (28% in 1997, 22% in 2001 en 21% in 2004, Figuur 12). Deze verschillen zijn aanzienlijk na standaardisatie voor leeftijd en geslacht.



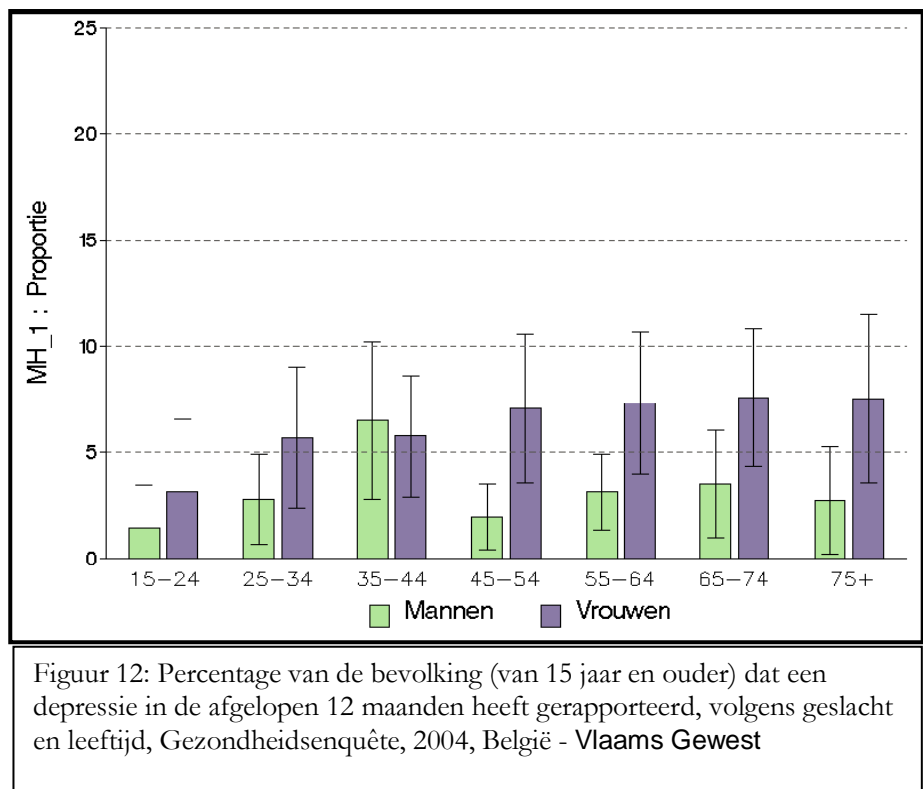
Figuur 11: Percentage van de bevolking (15 jaar of ouder) met recente psychologische problemen, per jaar en per gewest (gezondheidsenquête 2004)

DEPRESSIEVE GEVOELENS

Depressieve gevoelens hebben een prevalentie van 7% in het Vlaams Gewest, ofwel **8% bij de vrouwelijke bevolking en 5% bij de mannelijke bevolking**. Dit verschil is **significant** na standaardisering voor de leeftijd. De percentages voor depressie variëren met de leeftijd en gaan van 4% bij de jongeren tot 11% bij de ouderen. De verdeling in functie van het geslacht en de leeftijd is in Vlaanderen gelijklopend aan die van heel België, maar wel met lagere cijfers. De prevalentie van depressieve gevoelens was minder hoog in 2004 in vergelijking met 2001 (-0,9%), maar dit verschil is niet significant na correctie voor geslacht en leeftijd.

ZELFGERAPPORTEERDE DEPRESSIE

In het Vlaams Gewest heeft **5%** van de bevolking van 15 jaar en ouder te kampen met een **depressie**. Binnen deze groep heeft 55% contact opgenomen met zijn huisarts, 40% heeft een specialist geraadpleegd 22% heeft psychotherapie gevolgd. 86% van de personen die een depressie gerapporteerd hebben heeft een behandeling met geneesmiddelen gevolgd, en 12% ten slotte, onderging geen enkele vorm van behandeling.



Bij de **vrouwen** varieert de prevalentie tussen 3% bij de jongsten en 7% tot 8% **vanaf 45 jaar** (Figuur 12). Bij **mannen** schommelt de prevalentie tussen 2% en 4% voor alle leeftijden, **met echter een piek van 6% tussen 35 en 44 jaar**. **Het verschil op het gebied van prevalentie tussen de mannen en de vrouwen is significant na correctie voor leeftijd en geslacht**. Depressies hebben geen verband met de urbanisatiegraad van de leefomgeving, na correctie voor leeftijd en geslacht. De prevalentie evolueert niet in de tijd.

5.1.8 PREVALENTIE VAN MENTALE STOORNISSEN IN DE BELGISCHE BEVOLKING

Volgens de European Study on Epidemiology of Mental Disorders komen mentale stoornissen veelvuldig voor in België, periode 2001-2002. In een representatieve steekproef werd met behulp van de meest recente versie van het Composite International Diagnostic Interview de aanwezigheid van mentale stoornissen volgens de Diagnostic Manual of Mental Disorders, 4^{de} versie, nagegaan. Meer dan **27% van de respondenten vermeldde de aanwezigheid van minstens 1 mentale stoornis** ooit in zijn leven. Een op 9 had een mentale stoornis in de laatste 12 maanden. **Depressie en alcoholmisbruik** kwamen het vaakst voor op lifetimebasis, terwijl **depressie en specifieke fobie** het meest voorkwamen in de 12 maanden vóór het interview.⁴²

5.1.9 PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN IN VLAANDEREN

In 2002 werden volgens de 'Minimale Psychiatrische Gegevens' 65.034 Vlamingen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (59%) of in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ, 41%). Problemen gerelateerd aan **alcohol- en middelengebruik** vormen de meest voorkomende hoofddiagnose bij opname (28%) gevolgd door **stemmingsstoornissen** (22%) en **schizofrenie en andere psychotische stoornissen** (15%). Deze drie diagnosegroepen staan samen voor ongeveer twee derden van de opnamen.

⁴² Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking, resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), Tijdschrift voor geneeskunde, 60, nr 2, 2004