

Eindevaluatie VAS II: 2012- 2020

Saskia Aerts
Ine Rotsaert
Kim Van den Berghe
Kirsten Pauwels
Gwendolyn Portzky

Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II 2012-2020

GD: 20% minder suïcides tegen 2020 (tov 2000)

1. GGB en suïcideveilig maken

- Fit in je Hoofd,...
- Tool voor ouders
- Te Gek!?
- Mediarichtlijnen
- ...

2. Laagdrempelige telefonische en online hulp

- www.Zelfmoord1813.be
- Zelfmoordlijn 1813
- Think Life
- BackUp
- OnTrackAgain
- Forum
-

3. Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming

- Artsen, ziekenhuizen, HV
- Hulplijnen
- Jongeren-organisaties
- Politie
-

4. Programma's gericht naar hoogrisico-groepen

- Suïcidepogers
- Suïcidale gedachten
- Nabestaanden, LGBT, jongeren, ouderen,...

5. Multidisciplinaire richtlijnen

- Richtlijn voor detectie en behandeling
- Algemene richtlijnen
- Richtlijn Ketenzorg

Methodologie – Indicatoren?

- Gezondheidsdoelstelling
- Strategieën VASII vs evidence-based internationale strategieën
- Vooropgestelde acties VAS II
 - Welke gerealiseerd? Welke niet?
 - Evaluatie gerealiseerde acties:
 - Onderbouwing
 - Bereik
 - Tevredenheid
 - Effectiviteit
- Nieuwe/bijkomende acties, opvolging noden



Aanbevelingen/noden voor VAS III

1. Gezondheidsdoelstelling

- Gezondheidsdoelstelling **gehaald**: 26% minder suïcides op basis van cijfers 2018 tov referentiejaar 2000 (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)
- Weinig verschil mannen-vrouwen
 - Mannen: daling van 26%
 - Vrouwen: daling van 31%

Direct gestandaardiseerd sterftecijfer (ASR-E) door zelfdoding (per 100.000 inwoners), Vlaams Gewest, 2000, 2005, 2010, 2015 , 2017 en 2018 (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)

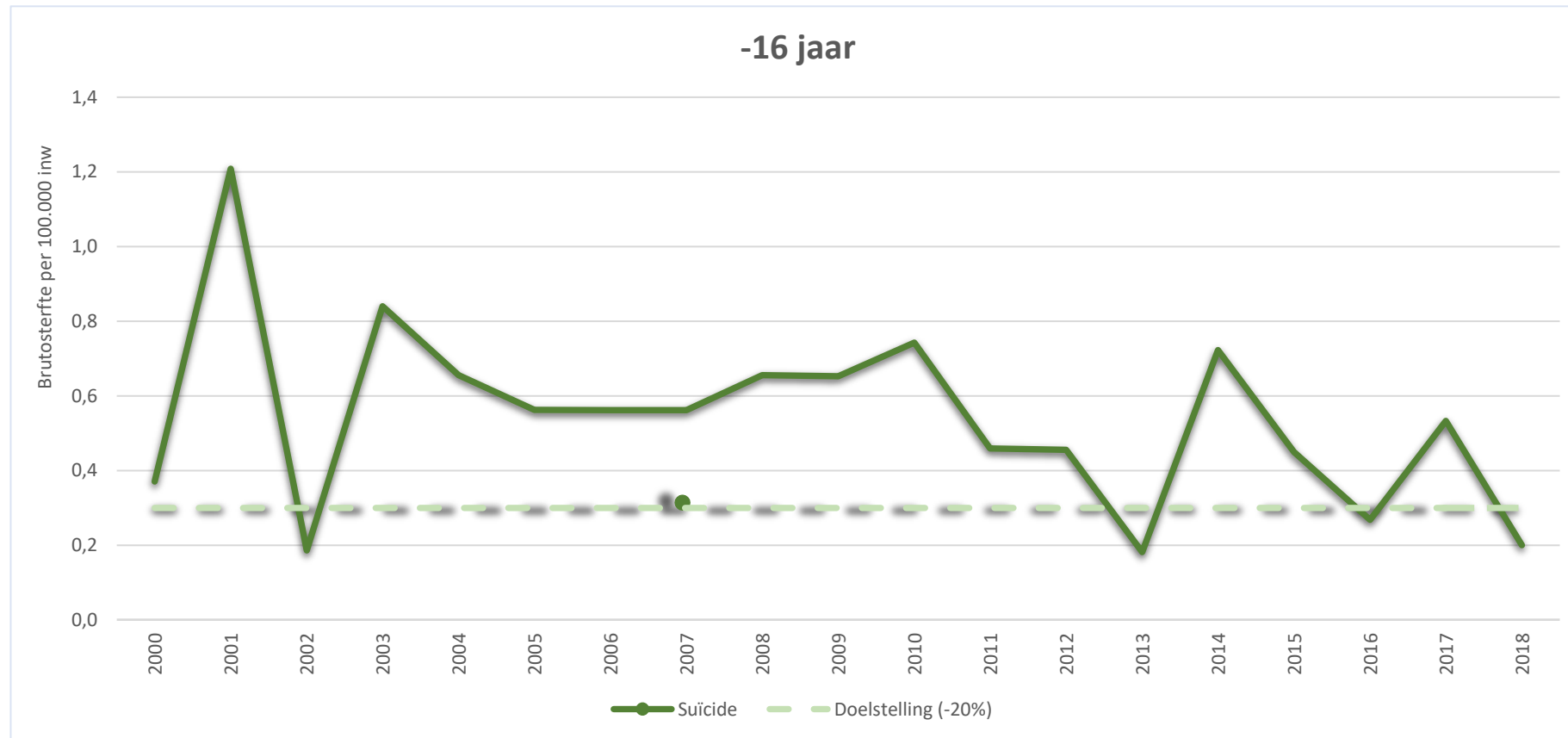
geslacht	2000	2005	2010	2015	2017	2018
totaal	20,2	18,6	17,2	16,3	14,9	14,9
Mannen	30,6	28,7	25,8	23,9	22,2	22,6
Vrouwen	11,2	9,8	9,3	9,1	8,3	7,71

- Gezondheidsdoelstelling gehaald
 - Vrouwen 30-44 (-46%);
 - Mannen 16-29 jaar (- 41%);
 - Mannen 75+ (-37%);
 - Vrouwen 75+ (-30%)
- Gezondheidsdoelstelling niet gehaald:
 - Mannen en vrouwen 45-59jr; bij vrouwen daling van 18% en mannen 11% (→ Psychologische autopsie-studie EZO, 2020)
 - Vrouwen 16-29 jaar: daling van 16%
 - Mannen 60-74 jaar: daling 19%

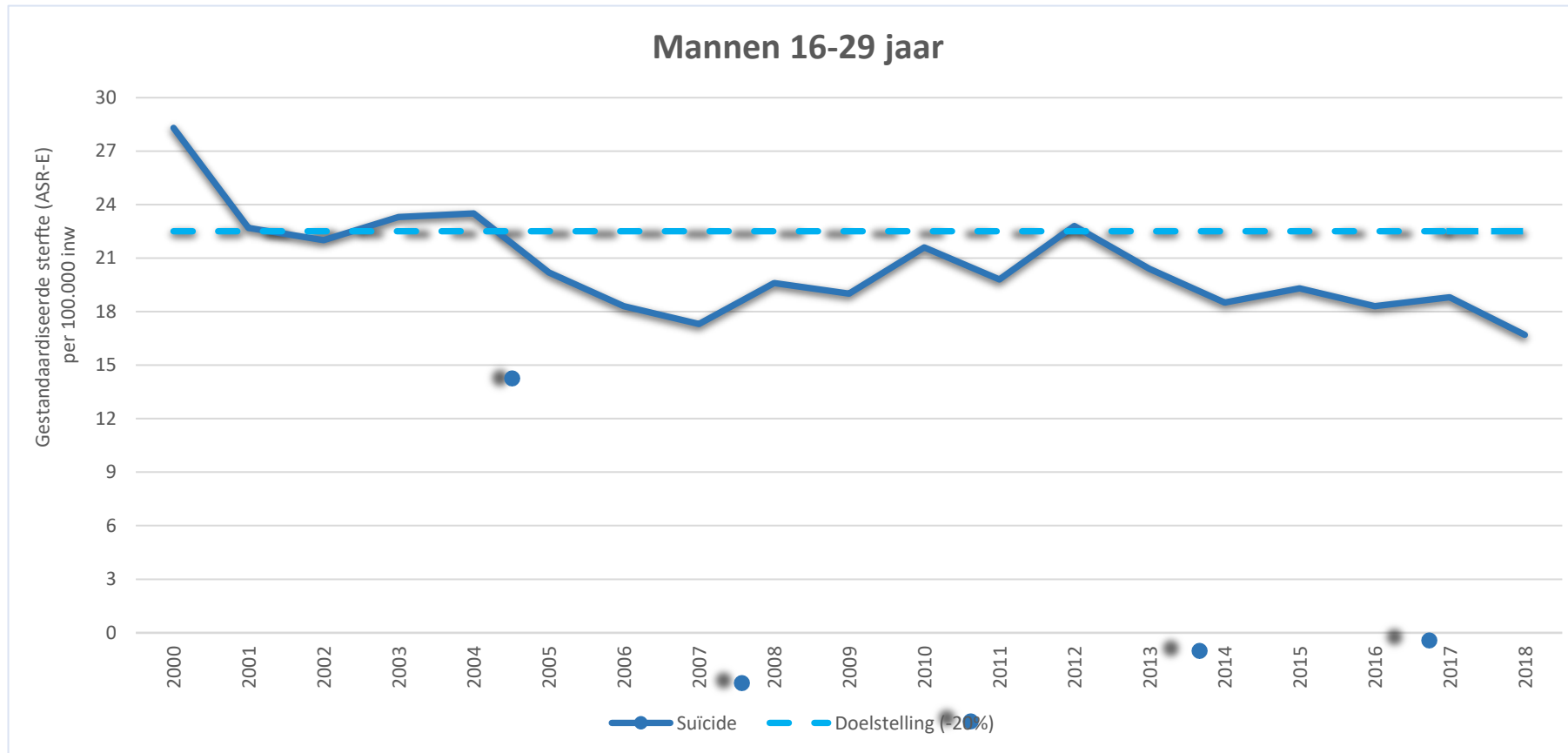
- Suïcidepogingen: significante daling van 20% in 2019 tov referentiejaar 2000 (Bron: Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent)
- Conclusie: Gezondheidsdoelstelling gehaald, wel rekening houden met bepaalde leeftijdsgroepen
 - Eerder uitzonderlijk in vergelijking met andere landen; meeste halen target niet (enkel Japan en VS in de jaren '90; Fox et al, 2020)
 - Vergelijking internationaal:
 - VS 2000-2018 stijging suïciderate met 37,6%;
 - Nederland tss 2008-2017 stijging met 40%;
 - UK hoogste suïcidecijfers in 2018 en 2019 sinds 2000;

MAAR nog steeds bijna 3 zelfdodingen en 27 pogingen per dag in Vlaanderen. Suïcidepreventie blijft zeer nodig!

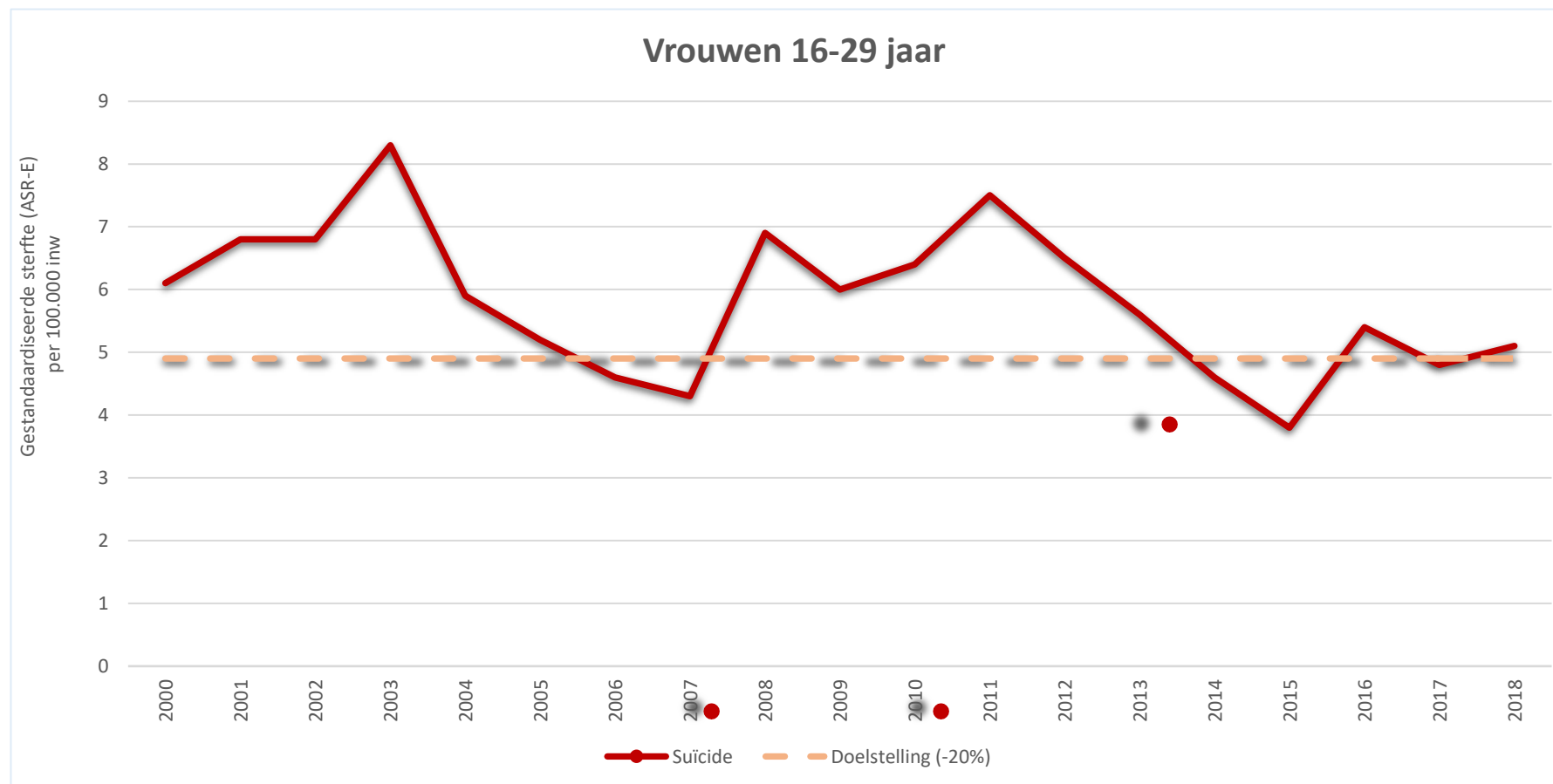
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij -16 jr in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



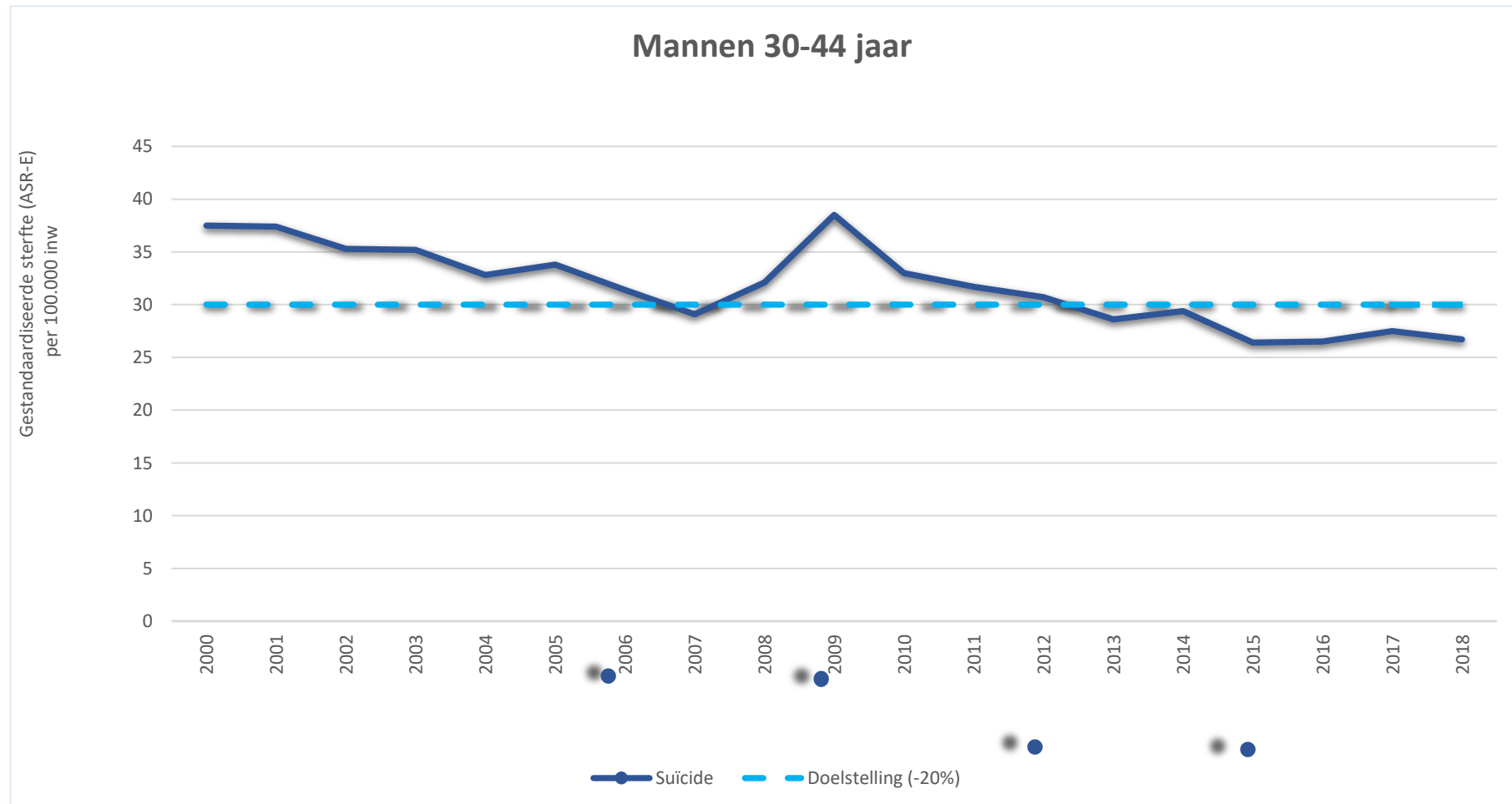
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Mannen 16-29 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



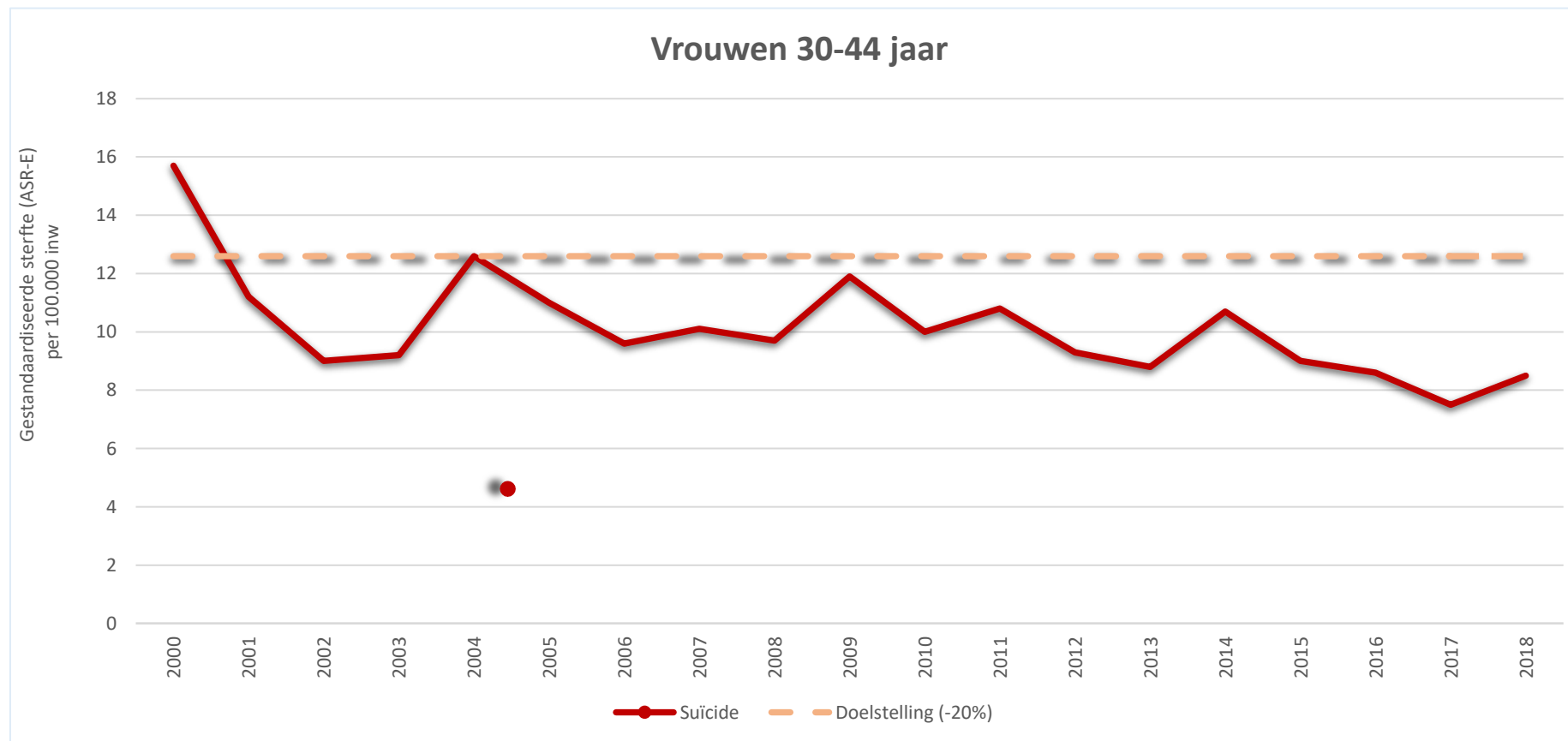
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Vrouwen 16-29 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



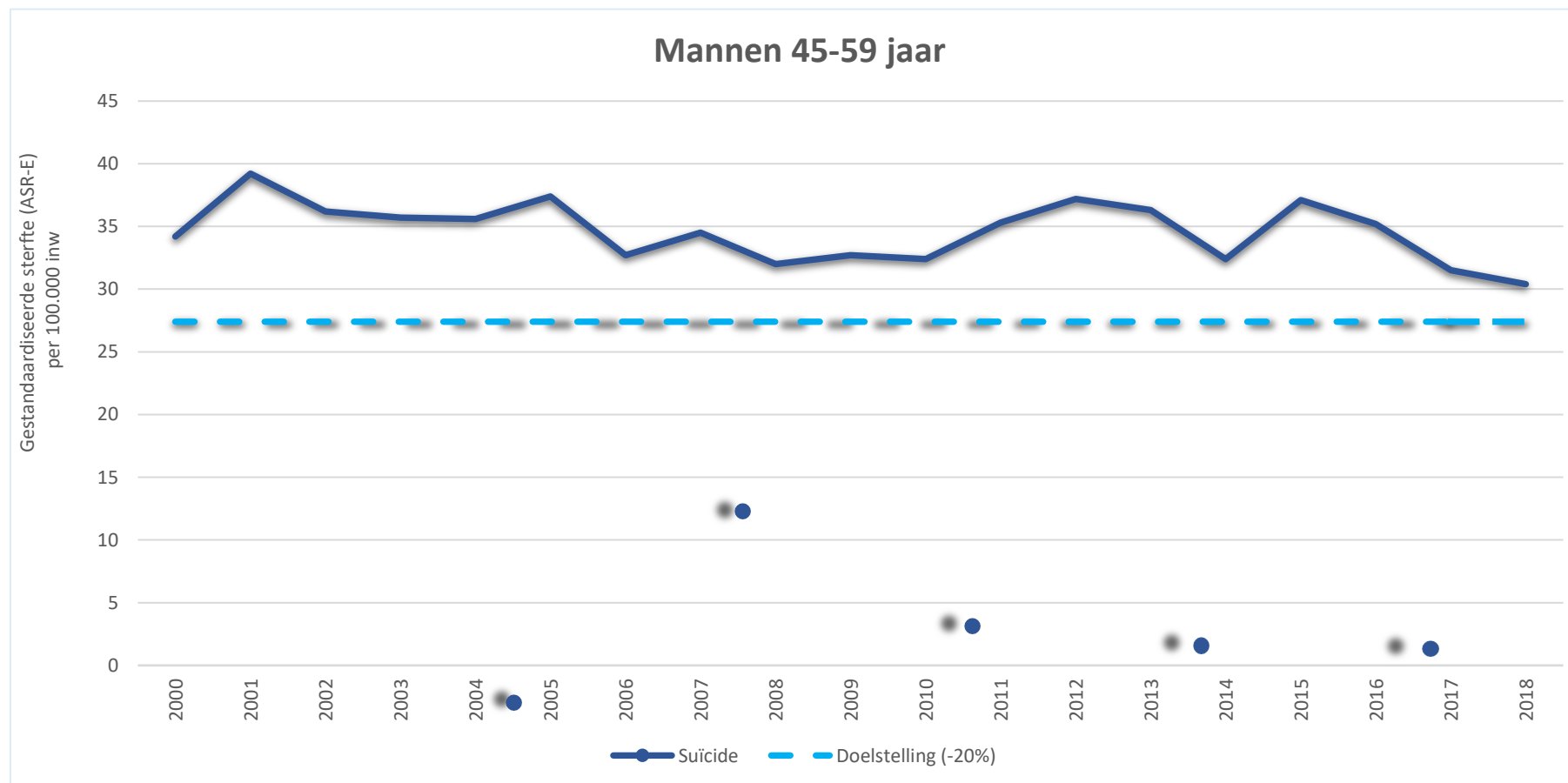
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Mannen 30-44 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



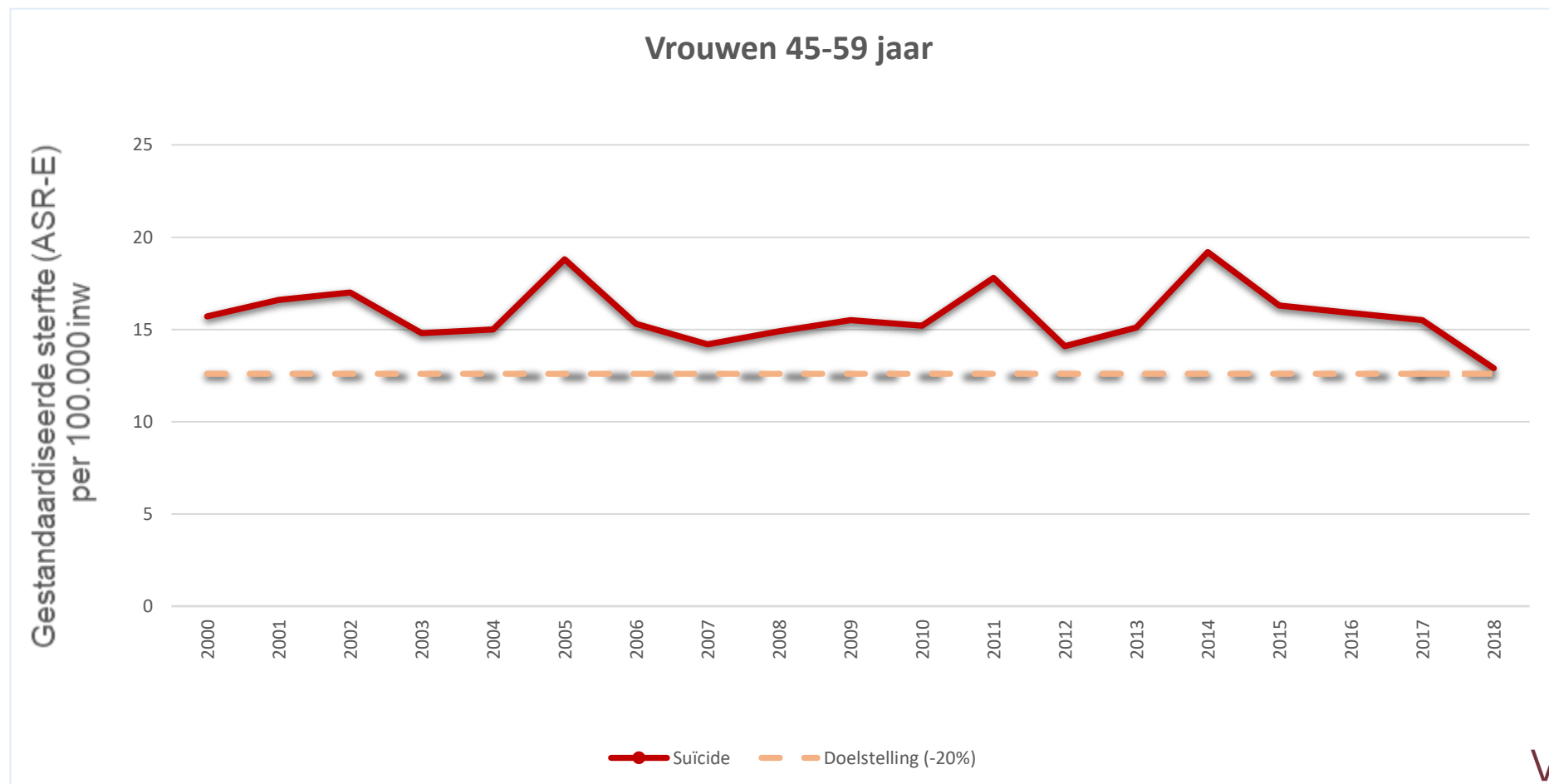
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Vrouwen 30-44 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



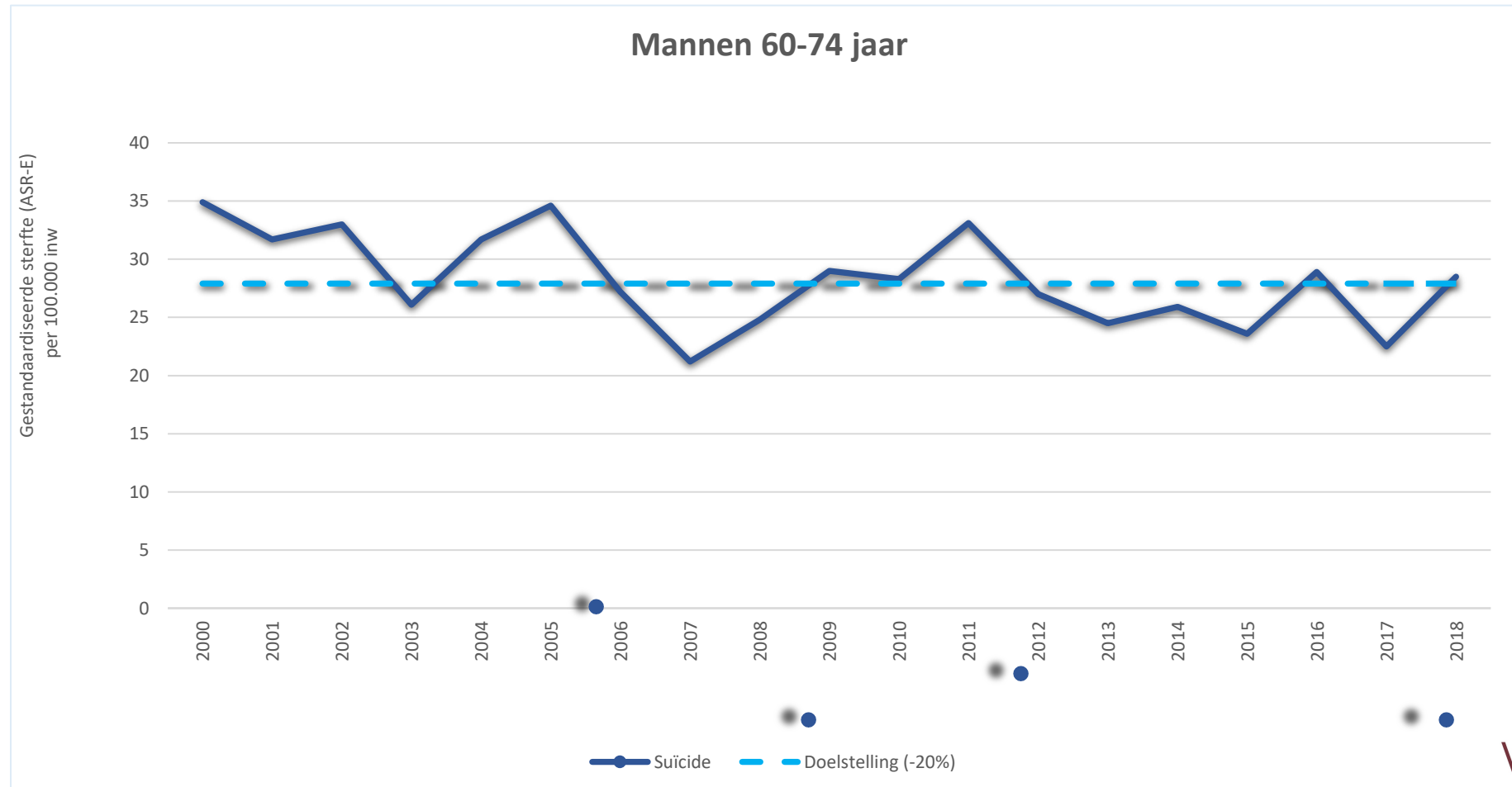
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Mannen 45-59 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



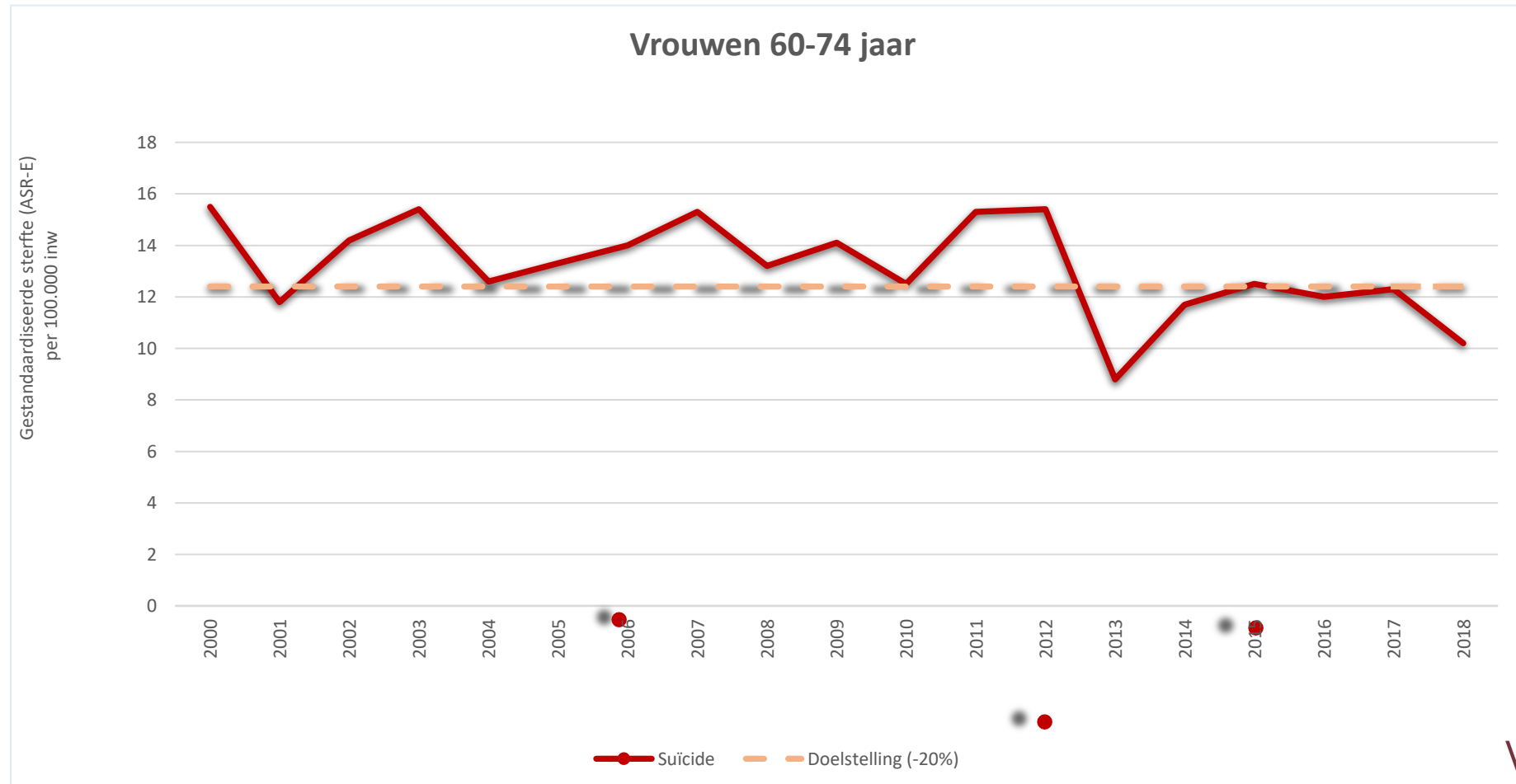
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Vrouwen 45-59 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



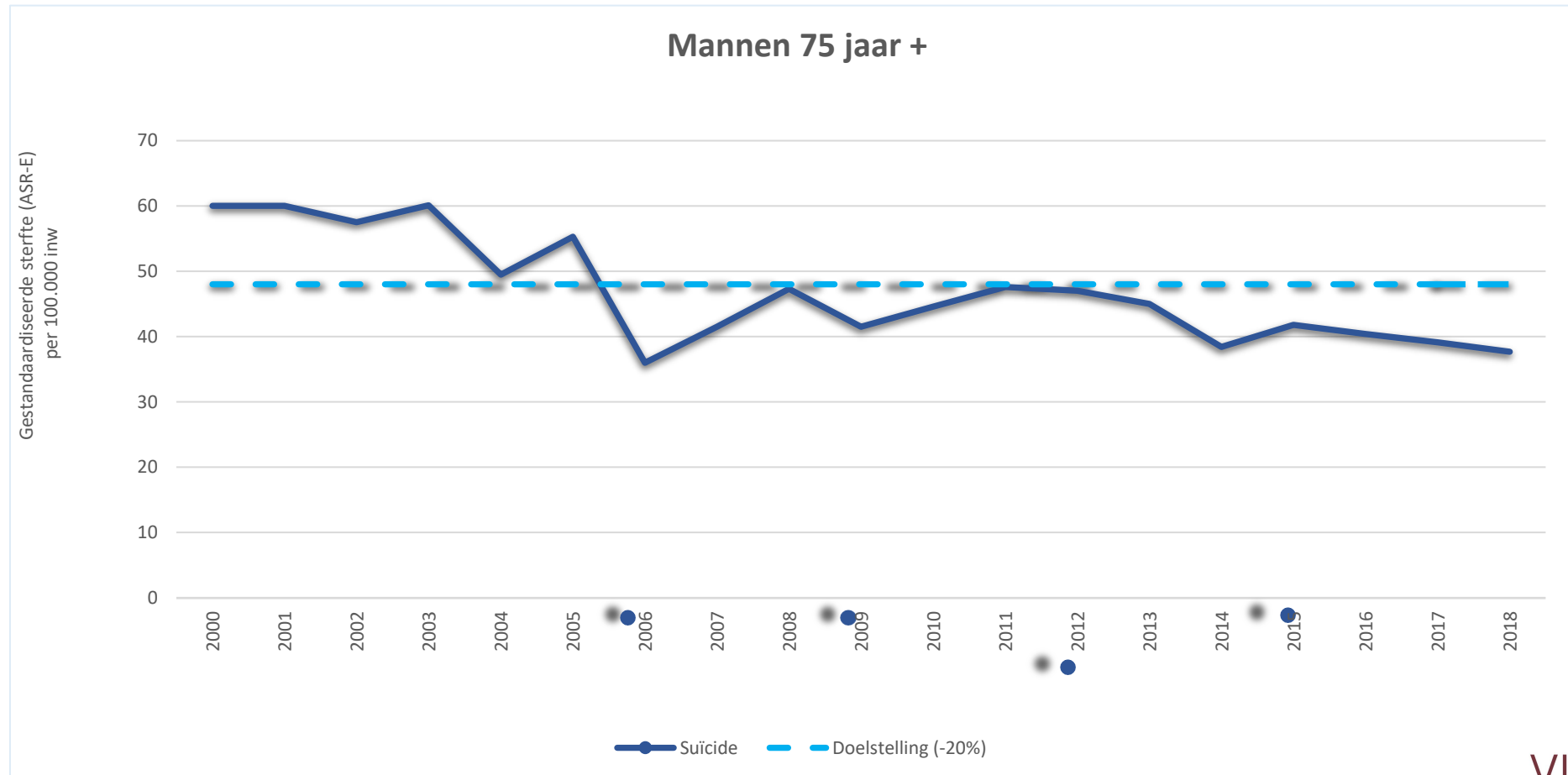
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Mannen 60-74 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



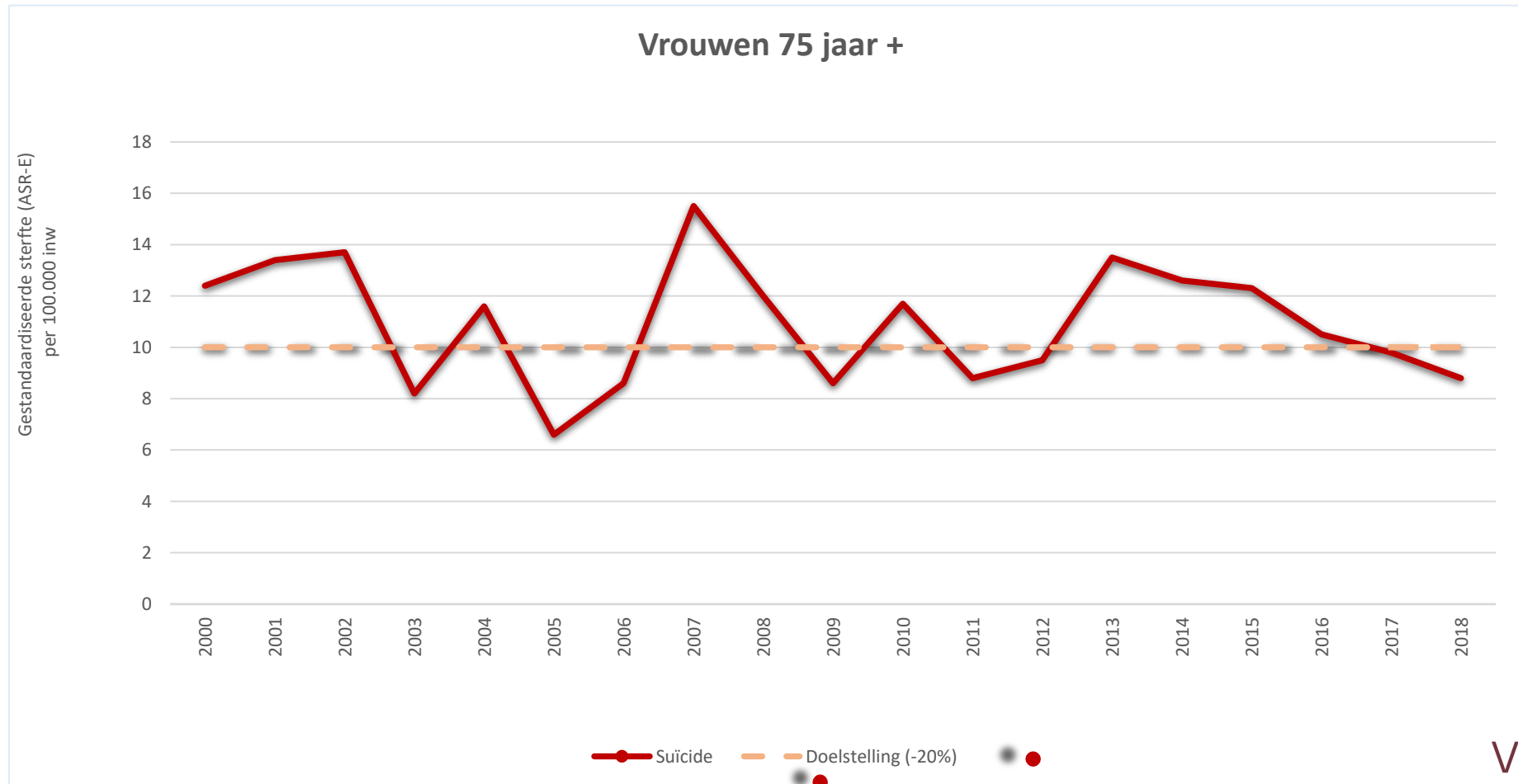
Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Vrouwen 60-74 jaar in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)



Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Mannen 75+ in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)

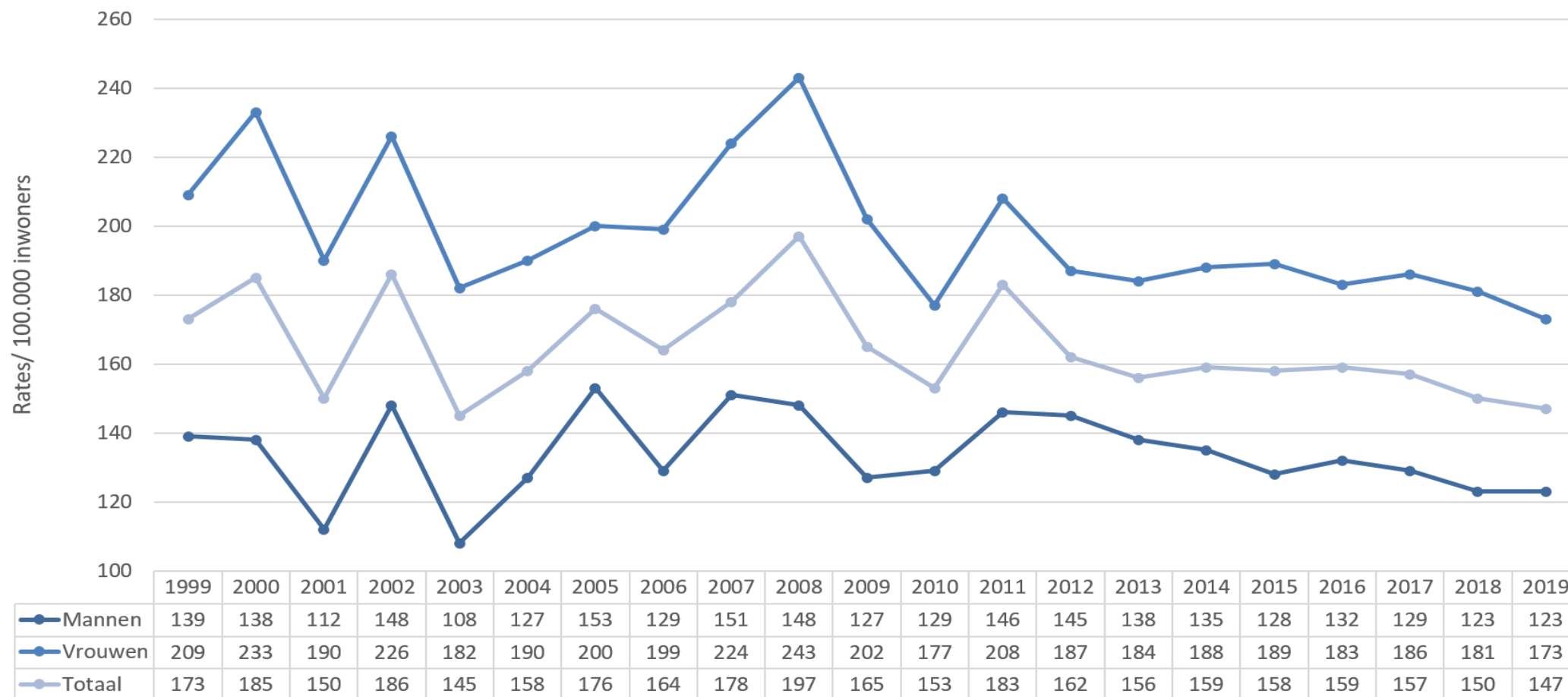


Evolutie gestandaardiseerde sterftecijfers door suïcide 2000-2018 bij Vrouwen 75+ in Vlaanderen, in vergelijking met vooropgestelde doelstelling (Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid)

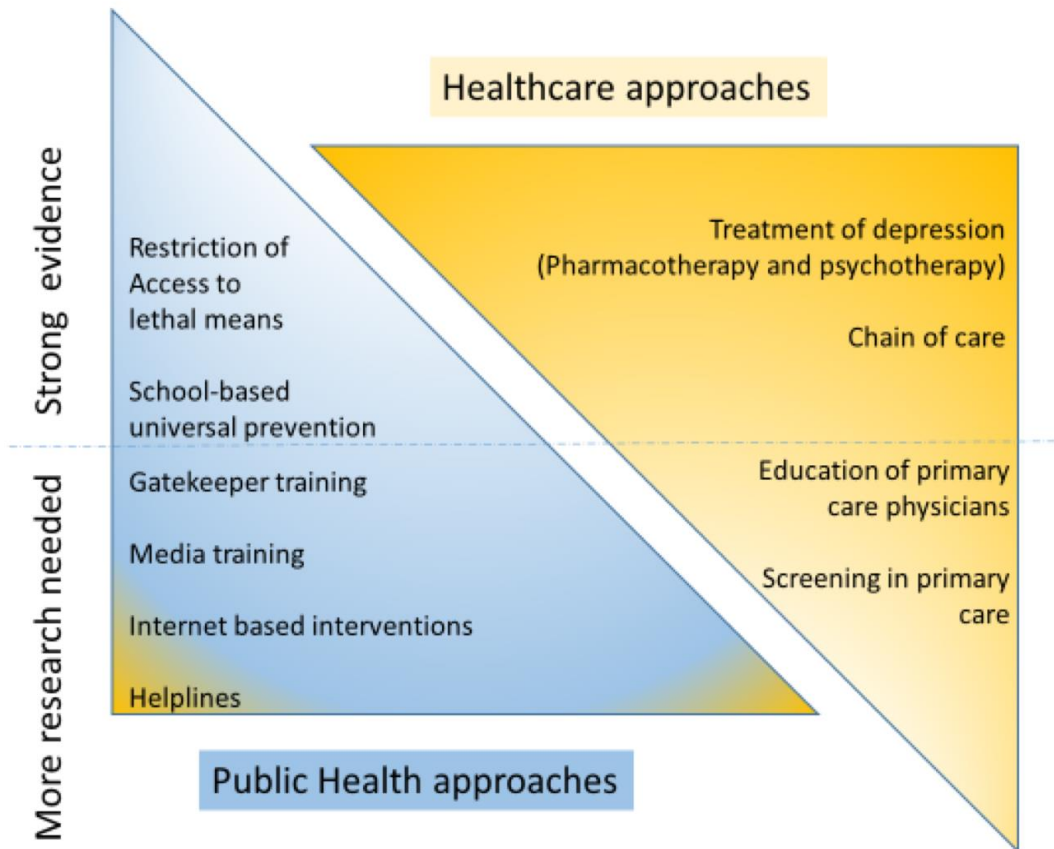


Suïcidepogingen

Fig: Event-based rate-evolutie van suïcidepogingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, volgens geslacht, 1999-2019



2. Strategieën VASII vs evidence-based internationale strategieën



Bron: Zalsman et al., 2016

- Algemeen: in vergelijking met internationale strategieën, zijn de meeste strategieën in VAS II opgenomen. Enkele opmerkingen (worden ook meegenomen in aanbevelingen):
 - Strategie beperking toegang tot middelen komt minder/weinig aan bod in VASII
 - Minder specifieke acties mbt Universele preventie scholen
 - Behandeling depressie zit niet specifiek in VAS II
 - Chain of care/ketenzorg is opgenomen in VAS II maar nog beperkt
 - Screening/case-finding wordt breder ingevuld binnen VASII, nl detectie van suïcidaliteit → vooral binnen MDR en deskundigheidsbevordering
 - Vormingen naar intermediairs (gatekeeper training) en artsen , mediatraining, internet/online interventie en hulplijnen → goed opgenomen in VASII
 - Moet er een aparte/specifieke strategie zijn rond Multidisciplinaire richtlijnen? Is dit niet eerder een methodiek die binnen andere strategieën kan worden toegepast?

3. Vooropgestelde acties VASII

- Realisatie? Alle acties die werden vooropgesteld bij lancering VASII in 2012 zijn gerealiseerd, muv 1 actie waarbij voor een andere methodiek is gekozen:
 - Netwerkgroepen voor ouderen:
 - Verkennend traject VLESP en VIGeZ → welke organisaties moeten dit opnemen? Eerder binnen ouderenzorg? Overstijgt suïcidepreventie?
 - Beslissing om eerder in te zetten op specifieke suïcidepreventie mogelijkheden waarbij uit internationale literatuur en good practices bleek dat vooral deskundigheidsbevordering van hulp-en zorgverleners die met ouderen werken belangrijk is →
 - Ontwikkeling van specifieke Richtlijn voor de Detectie en Behandeling van suïcidaal gedrag bij ouderen (inclusief e-learning tool)

Overzicht vooropgestelde acties VASII

GGB en suicideveilig maken

- Fit in je hoofd, goed gevoel stoel, Zilverwijzer en NokNok
- Netwerkgroepen voor ouderen
- Ondersteuningsvaardigheden ouders verhogen
- Hulp zoeken en stigma doorbreken
- Preventiecoaches
- Mediarichtlijnen

Laagdrempelige telefonische en online hulp

- Zelfmoordlijn
- Zelfmoord1813
- Preventie via internet en sociale media
- Serious Game 'Silver'
- Safety Plan

Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming intermediairs

- Deskundigheidsbevordering (uitbreiding doelgroepen)
- Posterstudie
- ASPHA

Strategieën voor specifieke risicogroepen

- Zorg na een suicidepoging
- MBCT en TT voor suicidale personen
- VDIP
- Zorg voor nabestaanden

Aanbevelingen en richtlijnen voor de preventie van suicide

- Algemene richtlijn voor preventie van suicide (Euregenas)
- Multi-disciplinaire richtlijn voor detectie en behandeling van suicidaliteit
- Aanbevelingen voor ketenzorg

4. Nieuwe/bijkomende acties VASII, opvolging noden

- Bovenop vooropgestelde acties bij lancering, **23 nieuwe acties** ontwikkeld in VAS II
- Op basis van nieuwe ontwikkelingen in internationale SP; op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie of op basis van nieuwe noden in Vlaanderen
- Belangrijk + punt VASII: oog voor nieuwe ontwikkelingen en noden en mogelijkheid om deze te ontwikkelen!!

Nieuwe bijkomende acties VASII

GGB en suïcideveilig maken

- Optimalisatie NokNok
- CheckJezelf en Geluksdriehoek
- Campagne 4 voor 12
- Werelddag Suïcidepreventie
- Werelddag geestelijke gezondheid
- Ondersteuningstool ouders
- EHBP
- Activiteiten Te Gek!?
- Warme Steden, Warme Scholen en Warme William
- Team Veerkracht
- Preventiecoaches Werk 2014-2015
- Theateradviezen voor scholen
- Fictierichtlijnen

Laagdrempelige telefonische en online hulp

- Forum Zelfmoordlijn
- BackUp
- Think Life
- On Track Again

Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming intermediairs

- SP-reflex (e-learning)
- SP-reflex voor ouderen

Strategieën voor specifieke risicogroepen

- Awel-studie
- Huisartsen en apothekers
- INSIGHT-studie
- LGBTQ+
- ABFT
- Ethnische minderheden
- Gedetineerden

Aanbevelingen en richtlijnen voor de preventie van suïcide

- Richtlijn voor detectie en behandeling van suïcidaliteit bij ouderen

- Evaluatie acties volgens de 4 indicatoren?
 - Indicatoren **onderbouwing** en **bereik** worden vaak voldoende ingevuld voor elke actie
 - Indicatoren **tevredenheid** en **effectiviteit** vaak niet gemeten in de acties → belangrijk aandachtspunt!!
 - Bestaande methodieken/acties moeten in vraag durven gesteld worden gezien continue sterke maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties → belang van regelmatige evaluatie, gebruikersonderzoeken, effectiviteitsonderzoek
 - Aandacht besteden aan duurzame implementatie! Vaak moeilijke stap na ontwikkeling

SWOT-analyse

STERKTES

- Breed actieplan (USI)
- Innovatief
- Wetenschappelijk onderbouwde methodieken
- Mediarichtlijnen
- Interesse stakeholders groeit
- Vereenvoudiging SP-landschap

ZWAKTES

- Implementatie methodieken soms moeizaam
- Weinig of te beperkte acties gericht op universele preventie
- Weinig of te beperkte acties naar sector 'Werk'
- Niet alle methodieken voldoende meting indicatoren
- Beperken van middelen als strategie te beperkt
- Te weinig mogelijkheden ivm postventie

KANSEN

- Maatschappelijke bewustwording
- Bredere stakeholdersgroep, meer sectoren worden bereikt
- Belang van goede communicatie en mediaberichtgeving ovv suïcide kan groeien
- Ondersteuning overheden ivm implementatie

UITDAGINGEN / BEDREIGINGEN

- Ongerustheid ivm impact covid-19
- Gebrek aan actuele suïcidecijfers
- Initiatieven met mogelijks schadelijke impact
- Capaciteitsproblemen (bv. in de GGZ)
- 'Mediageniek'-heid thema (profilering, media, fictie, non-fictie, ...)
- Afstemming met andere beleidsdomeinen

5. Aanbevelingen – Strategie 1: Geestelijke Gezondheidsbevordering (GGB) en suïcideveilig maken

- Brede strategie v GGB blijft belangrijke strategie voor verder suïcidepreventiebeleid. Uit autopsie-studie en studie provinciale verschillen blijkt dat vooral doorbreken stigma/schaamte en aanmoedigen hulpzoeken belangrijk zijn
- Acties ivm media, fictie, theater etc, blijven belangrijk. Continue opvolging en correct toepassen mediarichtlijnen blijft cruciaal
- Acties gericht op het beperken van middelen zeer beperkt in VAS II, nochtans effectieve preventiemethodiek → meenemen naar VASIII

5. Aanbevelingen – Strategie 2: Laagdrempelige telefonische en online hulp

- Portaal site Zelfmoord1813.be en Zelfmoordlijn 1813 (en alle acties hierbij) zijn één vd successen van VAS II; veel methodieken beschikbaar; breed bereik en toegankelijkheid, bekendheid groot (mede door mediarichtlijnen)
- Continuering en verdere uitbouw ook in toekomst belangrijk speerpunt v SP in Vlaanderen
- Aandachtspunten:
 - Duurzame implementatie
 - Veelheid aan tools en info eenvoudig toegankelijk maken
 - Onvoldoende aansluiting met reguliere hulpverlening; werk maken vd aansluiting tss laagdrempelige telefonische en online hulp en reguliere hulpverlening

5. Aanbevelingen – Strategie 3: Deskundigheidsbevordering en netwerkvorming

- Deze strategie werd sterk uitgebreid in VAS II
 - Capaciteit vormingen uitgebreid
 - Nieuwe doelgroepen werden gedefinieerd
 - Ontwikkeling laagdrempelige tools voor HV/professionelen (e-learning)
- Belangrijk aandachtspunt: bereiken van alle doelgroepen
 - Doelgroep van huisartsen niet altijd makkelijk bereikbaar
 - Professionelen in bedrijfscontext weinig bereikt
 - Lezingen algemeen publiek moeten ruimer geïmplementeerd worden
 - Online vormingen en webinars?

5. Aanbevelingen – Strategie 4: Programma's gericht naar hoogrisicogroepen

- Onder deze strategie heel wat acties naar zowel kwetsbare groepen (nabestaanden, LGBTQ+, ouderen,..) als de hoogrisicogroep van suïcidale personen → naar toekomst toe eerder opsplitsen (conform USI-model)?
- Niet mogelijk om voor elke kwetsbare groep aparte actie/methodiek op te zetten;
 - Zoeken naar brede methodieken voor verschillende groepen
 - Daarnaast wel aandacht voor mogelijke specifieke risicofactoren bij bepaalde doelgroepen/communicatiestrategieën/inzetten van juiste stakeholders voor implementatie
 - Nood vanuit klinisch werkveld: specifieke richtlijn Detectie en Behandeling van suïcidale jongeren

- Onvoldoende Vlaamse cijfers/onderzoek om te verifiëren of kwetsbare groepen die vanuit internationaal onderzoek zijn geïdentificeerd ook voor Vlaanderen moeten opgenomen worden (bv weinig suïdecijfers mbt beroepsmatig functioneren) → naar toekomst toe over meer gedetailleerde suïdecijfers kunnen beschikken
- Weinig acties ontwikkeld gericht naar suïcidepreventie op het werk
 - Vormingen ontwikkeld maar implementatie moeizaam
 - Sterke aanbeveling meer acties te ontwikkelen gericht naar de werkvloer + nagaan welke noden er zijn en welke duurzame methodieken hiervoor kunnen ontwikkeld worden

- Doelgroep nabestaanden: te weinig mogelijkheden voor snelle postventie
 - Er kan momenteel niet voldaan worden aan vragen/noden hieromtrent
 - Neemenen naar VAS III
- Hoogrisicogroep suïcidale personen
 - Tijdens VAS II veel wetenschappelijk onderbouwde acties (BackUp, Think Life, MBCT-S, Toekomstgericht Training, SP-Reflex, IPEO,...) → verder meenemen naar VAS III maar verdere aandacht vr brede implementatie
 - Bevorderen van zorgcontinuïteit blijft aandachtspunt → meenemen naar VAS III
 - Ook betrekken van naasten moet verder worden meegenomen (nog te beperkt)
 - Nood vanuit klinisch werkveld: kortdurende interventie voor acute, suïcidale personen (naast eerste psychosociale opvang, bv via IPEO)

5. Aanbevelingen – Strategie 5: Multidisciplinaire richtlijnen

- MDR en SP-Reflex kunnen als succes worden beschouwd
 - Verdere, duurzame implementatie naar volgend VAS
- Leidraad Zorgcontinuïteit
 - Biedt handvaten aan hulpverleners maar implementatie niet evident
 - Belang van verdere implementatie via zorgnetwerken/netwerken ikv Project art.107
- Moet er nog aparte strategie zijn rond Richtlijnen? Eerder methodiek naar bepaalde settings/Doelgroepen toe

6. Noden om mee te nemen naar VAS III

- Nood aan aparte strategie rond snellere registratie van suïdecijfers en blijvende registratie suïdepogingen, alsook belang van onderzoek naar risico- en beschermende factoren/doelgroepen,...
- Nood aan specifieke methodieken voor suïcidale jongeren (oa richtlijn detectie en behandeling, bespreekbaar maken van suïcidaliteit,...)
- Nood aan kortdurende interventiemethodiek voor acute suïcidale personen (bv na een poging)
- Nood aan meer aandacht/methodieken setting Werk
- Nood aan specifieke methodieken voor postventie om snel na een suïcide ondersteuning te kunnen aanbieden

- Blijvend belang v doorbreken stigma/schaamte en bevorderen v hulpzoeken
- Nood aan meer acties rond beperken van middelen tot suïcidaal gedrag
- Nood aansluiting tss laagdrempelige telefonische en online hulp en reguliere hulpverlening
- Nood aan meer aandacht/methodieken om naasten te betrekken bij de zorg voor suïcidale personen
- Nood en belang van duurzame acties en duurzaam SP-beleid:
 - Aanbeveling langetermijn visie en beleid (conform VAS II periode 8 tot 10 jr)
 - Nood aan regelmatige evaluatie en bijsturing; alert zijn voor nieuwe noden en nieuwe ontwikkelingen

Voorstel Nieuwe strategieën VAS III

- **Strategie 1 – Suïcidepreventie bij de hele bevolking**

- Geestelijke gezondheidsbevordering: versterken beschermende factoren (bv. coping)
- Doorbreken van stigma psychische problemen
- Aanmoedigen van hulp zoeken
- Veilig bespreekbaar maken van suïcide in maatschappij en media
- Beperken van middelen

- **Strategie 2 – Deskundigheidsbevordering bij professionelen en sleutelfiguren (via informatie, ondersteuning, richtlijnen, training en beleid)**

- Settinggericht werken (bv. onderwijs – werkvloer – penitentiaire instelling – zorg & welzijn)

- **Strategie 3 – Suïcidepreventie bij kwetsbare groepen**

- Op basis van socio-demografie:
 - jongeren, ouderen
 - Mannen
 - LGBT
 - Werk- en financiële situatie (o.a. alertheid voor kwetsbare beroepsgroepen)
 - Gedetineerden
- Mensen met psychische 'klachten'

- **Strategie 4 – Preventie bij suïcidale personen & ondersteuning naasten**
 - Laagdrempelige informatie en hulp: telefonisch, online, face-to-face
 - Ontwikkeling en implementatie van interventies m.b.t. de detectie en behandeling van suïcidale gedachten en gedrag bv. behandelvormen, zorg na een poging
 - Zorgcontinuïteit bevorderen
- **Strategie 5 - Postventie na suïcide & ondersteuning nabestaanden**
 - Laagdrempelige informatie en hulp
 - Lotgenotencontact
 - Ondersteuning bij postventie na een suicide
- **Strategie 6 - Onderzoek, monitoring cijfers, evaluatie actieplan**
 - Onderzoek naar suïcidaliteit, risicogroepen, effectiviteit van acties
 - Actuele suïcideregistratie
 - Continue evaluatie van noden en acties