



VLAAMS ACTIEPLAN SUÏCIDEPREVENTIE III



Vlaamse Raad WVG
Welzijn • Volksgezondheid • Gezin

Advies van de Vlaamse Raad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel

W www.vlaamseraadwvg.be – T +32 2 209 01 11 – E info@vlaamseraadwvg.be

Adviesvraag	Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (2022-2030)	
Adviesvrager	Hilde Crevits - Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	
Ontvangst adviesvraag	19 december 2022	
Decretale opdracht	adviesfunctie	
Goedkeuring	Sectorale kamer Gezondheid op 16 februari 2023	
Contactpersoon	Annemie Nys	anys@serv.be

Advies

Op 19 december 2022 ontving de Vlaamse Raad WVG (hierna: de raad) een adviesvraag over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (2022-2030). De adviesvraag is binnen de raad behandeld door de kamer Gezondheid en werd bij consensus goedgekeurd op 16 februari 2023.

Situering

De 2^e Vlaamse Gezondheidsdoelstelling suïcidepreventie en het bijhorende Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie liepen op hun eind in 2020. Conform het preventiedecreet werd een traject doorlopen dat uitmondde in de Gezondheidsconferentie suïcidepreventie op 19 november 2021. Tijdens die gezondheidsconferentie werd een voorstel voor een nieuwe gezondheidsdoelstelling gepresenteerd, samen met de krijtlijnen van nodig geachte preventiestrategieën en mogelijke actievoorstellen om de doelstelling te realiseren. Het plan heeft de ambitie om sterfte door zelfdoding in Vlaanderen tegen 2030 te verminderen met 10% ten opzichte van 2020.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2022-2030 (VASIII) wordt voor advies voorgelegd aan de raad. In het nieuwe actieplan zijn zowel nieuwe acties opgenomen als al bestaande acties verder uitgewerkt. De acties zijn onderverdeeld in zes strategieën.

1. Algemene appreciatie

Ambitieuus streefdoel

Het 1^e en 2^e Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie hebben bijgedragen tot een daling van het aantal suïcides met 26 procent tussen 2000 en 2018. De positieve resultaten die behaald werden bevestigen de waarde van deze Vlaamse Actieplannen. Hoewel er duidelijk vooruitgang is geboekt, blijft het aantal zelfdodingen en pogingen daartoe hoog. Daarom heeft het 3^e Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie als ambitieuze gezondheidsdoelstelling opgelegd om het aantal suïcides in Vlaanderen verder te doen dalen met 10% tussen 2020 en 2030. Het plan omvat zes wetenschappelijk onderbouwde strategieën met daarin tal van actievoorstellen die ontwikkeld werden in samenspraak met een breed netwerk van actoren.

De raad is positief gestemd over de ambitie die getoond wordt door het actieplan, en onderschrijft de gezondheidsdoelstelling. Het plan wordt gekenmerkt door een sterk wetenschappelijk fundament en heeft een co-creatief proces gelopen waarin de expertise van een brede groep actoren optimaal benut is. De betrokkenheid van de vele stakeholders bij de totstandkoming laat het beste vermoeden voor toekomstig engagement en mede-eigenaarschap bij de realisatie van dit plan. De verdienste van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie in dit

traject is groot. Zij faciliteerden de hele totstandkoming van het VAS III en verdienen grote waardering.

Traject naar het 3e Vlaams Actieplan Suïcidepreventie

Goed co-creatief traject

Het VAS III werd ontwikkeld aan de hand van een systematisch traject van wetenschappelijk onderzoek, evaluatie en consultatie van relevante stakeholders. De voorgaande actieplannen werden grondig geëvalueerd, zowel naar de behaalde gezondheidsdoelstelling als de inhoud en effectiviteit van de acties. Relevante acties die al eerder hun nut bewezen, worden voortgezet. Te versterken componenten gaven aanleiding om nieuwe acties te onderzoeken. Op basis van concreet vastgestelde behoeften, goede praktijken en nieuwe wetenschappelijke inzichten werden deze nieuwe acties, in consultatie met de relevante stakeholders, vormgegeven. De zes strategieën en bijbehorende acties vormen een multifactoriële benadering van de problematiek van suïcide. Ze zullen elk afzonderlijk maar vooral in hun geheel bijdragen tot de gezondheidsdoelstelling.

Continue evaluatie en bijsturing stemt positief

Het VAS III werd opgesteld tijdens de covid19-periode. De implicaties van deze periode op de suïdecijfers zijn nog steeds onzeker. Daarnaast werd bij de opmaak van het actieplan geen rekening gehouden met de impact van andere actuele problemen zoals de energiecrisis, de koopkrachtdaling, de tewerkstellingsgraad, een oorlogsconflict, Het is daarom des te meer van belang om tussentijds te evalueren of het actieplan effectief de gezondheidsdoelstelling kan verwezenlijken.

Strategie 6, zoals geformuleerd in het actieplan, voorziet in deze continue evaluatie van noden en acties en biedt ruimte om noodzakelijke, bijkomende acties tijdens de looptijd van VAS III in het plan op te nemen (bv. wanneer uit de tussentijdse analyse een onvoldoende groot bereik, of een stagnatie van het terugdringen van het suïciderisico bij bepaalde doelgroepen blijkt). **Om de evaluatie systematisch te kunnen uitvoeren en efficiënt te reageren, vraagt de raad om de acties bijkomend te voorzien van (tussentijdse) doelstellingen** (bv. naar bereik): hoeveel klassen, leerlingen, bedrijven, werknemers, ... moeten worden bereikt met Strategie 1? Hoeveel procent van de algemene bevolking ambieert men met Strategie 1 te bereiken? Van hoeveel huisartsen wil men via navorming de deskundigheid verhogen? ...

Concrete engagementen over beleidsdomeinen heen

In het actieplan wordt verder erkend dat suïcide een kwestie betreft die verschillende beleidsdomeinen raakt, en dat een effectieve preventie hiervan beleidsdomeinoverschrijdend zou moeten zijn. Om dit te verwezenlijken, stelt het plan concrete engagementen voor met betrekking tot het creëren en implementeren van samenwerkingen met specifieke beleidsdomeinen, zoals Werk, Onderwijs, Jeugd en Media. De raad is zeer tevreden met deze engagementen, maar **dringt ook aan op het sterker linken van het actieplan met andere plannen en projecten die reeds**

lopen, zoals het 'Warme Steden en Gemeenten.net'-project en de vele zorgzame buurten die intussen ondersteund worden in Vlaanderen.

Daarnaast stelt de raad vast dat, hoewel de FOD Volksgezondheid als een belangrijke stakeholder betrokken was bij het actieplan, **de linken met het federale beleidsniveau sterker moeten**. Hij denkt onder meer aan, (-) systematisch opleiding van de verstrekkers van de terugbetaalde psychologische zorg die momenteel via een Riziv-conventie wordt gerealiseerd (in functie van vroegdetectie/-interventie), (-) afstemming in het kader van de intensifiëring van crisiszorg en (door)ontwikkeling van crisiszorgpaden, (-) het interfederaal plan Geïntegreerde Zorg, (-) ...

2. Enkele aandachtspunten

Het VAS III, dat gericht is op het versterken van suïcidepreventie, neemt verschillende belangrijke bouwstenen vast. Onderwerpen zoals de intensieve opvolging van kwetsbare groepen, laagdrempelige hulplijnen voor suïcidale personen en de ondersteuning van nabestaanden worden aangekaart. Maar daarnaast stelt de raad vast dat er een aantal evenwaardige uitdagingen onderbelicht blijven. In de volgende sectie worden de belangrijkste hiervan aangestipt.

Budgettaire engagement

Er is een bezorgdheid dat het budgettaire kader dat voorzien is in VAS III indicatief is en geen garanties biedt voor de benodigde budgetten voor de nieuwe actievoorstellen (zoals vermeld op pagina 104 – bijlage 5). Hoewel VAS I en VAS II de gezondheidsdoelstellingen telkens hebben gehaald, dient er een zekerheid van bijkomende beleidsinvesteringen te zijn om ook de doelstellingen van het 3^e plan te realiseren. Het risico bestaat dat zinvolle actievoorstellen met een te hoog bijkomend budget niet uitgevoerd worden, aangezien er vandaag geen garanties zijn op financieel engagement vanuit de betrokken beleidsdomeinen. Zo stelt de raad bv. vast dat actievoorstel 2.3, gericht op suïcidepreventie in de werksetting, een extra budget van 245.000€ vergt. Hij kan echter niet achterhalen welke minister zich hiertoe zal engageren. **Duidelijkheid en zekerheid over de budgettaire engagementen zijn noodzakelijk om ook de gezondheidsdoelstelling van VAS III succesvol te realiseren.**

Noodzaak van een sterk aanbod van professionele GGZ

Inzetten op preventie is onontbeerlijk, maar de raad benadrukt tegelijkertijd dat dit **hand in hand moet gaan met een sterk aanbod van professionele geestelijke gezondheidszorg**. Dit is opgenomen bij de randvoorwaarden en goed bestuur, maar gezien de hoge noden acht de raad het noodzakelijk om dit nogmaals te benadrukken. Hoewel er een strategie is om deskundigheidsbevordering bij professionals te bevorderen, blijven er lange wachtlijsten bestaan die de mogelijkheid om personen adequaat door te verwijzen, hinderen. Dit staat uiteraard de realisatie van dit actieplan in de weg.

De raad wijst in dit opzicht ook op het advies¹ van de Wereldgezondheidsorganisatie om het **gebruik van digitale technologieën te versterken** voor de preventie van o.a. suïcide. De toepassing van technologische innovaties in het kader van professionele ondersteuning van geestelijke gezondheidszorg heeft het potentieel om het risico op suïcide te verminderen en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Hybride toepassingen kunnen de zelfzorg versterken en laagdrempelige professionele hulp bieden, waardoor opnamen, herval en wachtlijsten gedeeltelijk kunnen worden vermeden.

De uitdaging vandaag is om de digitale competenties van zowel personen met een zorgbehoefte als van professionals in zorg en ondersteuning te vergroten en hun vertrouwen in de technologische toepassingen te versterken. Voor wat betreft de professionals kan dit via vorming en opleiding, maar ook via de ondersteuning door bijvoorbeeld een innovatiecoördinator of een gezondheidsingenieur. Zeker naar personen met een zorgbehoefte toe, is het belangrijk dat bestaande terreinorganisaties hun rol kunnen blijven opnemen in het ondersteunen van deze personen om hun competenties in technologische toepassingen te versterken. Zo kan er op verschillende niveaus gewerkt worden aan het overbruggen van de implementatiekloof waar we vandaag soms tegenaan botsen tussen de digitale wereld en de praktijk van zorg en ondersteuning. Ook het ter beschikking stellen van digitale toepassingen die werkelijk gebruiksvriendelijk zijn, is nodig om deze kloof verder te dichten.

Voldoende aandacht voor de verschillende doelgroepen

De evaluatie van VAS II Strategie 4 (Programma's gericht naar hoog risicogroepen) heeft aangetoond dat het moeilijk haalbaar is om voor elke kwetsbare groep een aparte actie of methodiek op te zetten. Desalniettemin is er nood aan een gerichte aanpak voor specifieke risicofactoren, gepaste communicatiestrategieën en een geschikte selectie van betrokken stakeholders om de verschillende doelgroepen zo optimaal mogelijk te bereiken.

Bepaalde doelgroep-specifieke acties uit VASII werden niet gecontinueerd (zoals bv. preventie-maatregelen voor suïcide bij ouderen door sociale aansluiting) omdat het ontbreekt aan wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van deze acties. Hoewel de Raad onderschrijft dat er wetenschappelijke inzichten nodig zijn om effectief te handelen, meent hij dat dit niet als een uitsluitingscriterium mag worden beschouwd. Hij **pleit ervoor dat het VAS III effectiviteitsstudies voor alle doelgroepen opzet** (zoals reeds wordt gedaan voor andere doelgroepen zoals suïcidale jongeren en personen die een suïcidepoging ondernomen hebben). Hierdoor kan het plan nog meer bijdragen aan het verwerven van nieuwe inzichten en het tot stand komen van innovatieve interventies.

Tot slot meent de raad dat naastbestaanden (familie van, kinderen/ouders van personen met suïcidale gedachten/gedrag) als specifieke doelgroep met eigen zorg- en ondersteuningsnoden nog sterker uit de verf zouden moeten komen. Hij mist ook cijfers rond suïcide(pogingen) bij mensen

¹ World Health Organization. (2017). Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization.

met een migratieachtergrond, mensen met precare statuten, ... Hierdoor blijven noodzakelijke acties voor deze doelgroepen uit. Er dient dus naast de al opgezette doelgroep-specifieke acties, ook bij de uitvoering van de acties die behoren tot de verschillende strategieën, **extra aandacht te zijn voor de doelgroepen waarrond weinig cijfermateriaal beschikbaar is.**

Voldoende aandacht voor de bredere maatschappelijke context

Hoewel suïcide vaak als een strikt individueel gedrag wordt beschouwd, tonen studies aan dat er structurele verschillen bestaan tussen landen en regio's wat betreft de suïdecijfers. Deze resultaten tonen aan dat suïcide gekaderd moet worden binnen een bredere maatschappelijke context. Hoewel Vlaanderen kampt met een relatief hoog suïdecijfer, wordt de maatschappelijke context niet in acht genomen door het VASIII. De wijze waarop de samenleving is georganiseerd (de systemen, de structuren en het beleid) wordt niet in vraag gesteld, laat staan aangepakt of bijgestuurd. Is er actueel onderzoek op macroniveau om een beter inzicht te krijgen in welke maatschappelijke structuren suïcide in de hand werken?

Een daadkrachtig preventiebeleid moet zowel de individuele als de maatschappelijke context voldoende in acht nemen.

Concretisering van de strategie-overschrijdende aandachtspunten

De raad beveelt zeer sterk aan dat er ook op de strategie-overschrijdende aandachtspunten wordt ingezet. Het betrekken van 'ervaringsdeskundigen' in de ontwikkeling en evaluatie van (nieuwe) acties moet maximaal benut worden.

3. Vragen ter verduidelijking

De werkgroepen hebben de acties geprioriteerd naar haalbaarheid, bereik, nood en innovatie. Daarna werd er gewerkt rond wetenschappelijke evaluatie en de finale selectie van de verschillende actievoorstellen. Er is een uitgebreid proces gevolgd om te bepalen welke acties in aanmerking kwamen voor het actieplan, maar de exacte criteria waarmee de finale selectie is gemaakt, zijn onduidelijk. De raad vraagt om het volledige (methodologische) proces dat aan de selectie vooraf is gegaan te verduidelijken om een goed begrip te krijgen van de selectiecriteria en de methodologie².

² De raad formuleert een aantal vragen om deze onduidelijkheid wat scherper stellen:

- Hoe hebben de deelnemers van de werkgroepen de haalbaarheid, de nood en het bereik van elke actie ingeschat?
- Welke criteria zijn voor de wetenschappelijke evaluatie door VLESP gebruikt? Welke evidentie moet er zijn voor de verschillende scores?

Tot slot geeft de raad mee dat de totaalscores in de beslissingsboom (bijlage 2) niet overal kloppen (zie acties 2.2 en 2.3).

-
- Welke bijkomende selectie is er gebeurd om van de 55 acties zoals vermeld in de tekst naar de 30 opgenomen acties in de beslissingsboom te gaan?
 - Hoe zijn de verschillende deeltijfers in de beslissingsboom tot stand gekomen? En hoe moeten ze geïnterpreteerd worden?