

Preventie van zelfdoding: terug naar de evidentie

Visienota preventie zelfdoding

VSO-Gezondheid

*In Vlaanderen doden elke dag gemiddeld drie mensen zichzelf. Vier Belgen op 100 hebben het ooit geprobeerd en 12 % heeft het ooit overwogen. Met die cijfers zit België binnen de Europese Unie in een weinig benijdenswaardige kopgroep.
(www.statbel.fgov.be)*

Hoewel we ons niet mogen blindstaren op cijfers alleen, stellen ze toch vragen bij de kwaliteit van het samenleven. Waarom verliezen zoveel mensen de zin om te leven? Interventies die deze problematiek trachten in te dijken en te voorkomen, missen blijkbaar kracht en trefzekerheid. Terecht voelen sleutelactoren op het terrein zich aangesproken om al hun expertise in de weegschaal te leggen. VSO-Gezondheid wil als koepelorganisatie binnen de gezondheidszorg haar steentje bijdragen, onder andere door het opstellen van deze visietekst en het ondersteunen van daaraan verbonden activiteiten. Blijvend op zoek gaan naar mogelijke lacunes in analyses en interventies is de boodschap.

1. Zelfdoding: een multifactorieel probleem

“Als mensen eraan denken om uit het leven te stappen, dan is dit bijna steeds het gevolg van verschillende factoren, die er samen verantwoordelijk voor zijn dat de zin van het leven zo ontstellend is afgenomen of dat de pijn van het leven zo groot is geworden.”
(De Ketelbutter, C., onuitgegeven manuscript)

“Onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat suicidaliteit een erg complex en multifactorieel bepaald probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat altijd vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren. Die risicofactoren kunnen biologisch, psychologisch, sociaal en psychiatrisch van aard zijn.” (Centrum ter Preventie van zelfmoord, *Lang zullen ze leven*, Brussel, CPZ, 2005)

“Sommige mensen willen over dit thema veeleer een filosofisch debat voeren, meer bepaald over zingeving in het algemeen en over spiritualiteit. Anderen willen het vooral hebben over de sociologische thema's, denk maar aan maatschappelijke evoluties, participatie, keuzemogelijkheden en levensstandaard. Nog anderen zullen het veel liever over een psychologische boeg gooien en zoeken naar het minderwaardigheidsgevoel, kwetsuren en de gezinssituatie. Een domein dat steeds meer wordt ontwikkeld, gooit het over de genetische boeg, heeft het over het biologische en wil onze hersenen en genetische en andere factoren onderzoeken om biologisch een aantal zaken te kunnen vaststellen.” (Antwoord van minister Inge Vervotte op de Vraag om uitleg van Vlaams volksvertegenwoordiger Margriet Hermans over de recente zelfmoordcijfers in Vlaanderen, 14 februari 2006)

Iedereen is het er over eens: zelfdoding is een complex probleem. En complexe problemen vragen complexe antwoorden. Een preventiebeleid ten aanzien van zelfdoding zal vanuit diverse terreinen en perspectieven ontwikkeld moeten worden. Voor een overheid is dat 'lastig', want ze kan niet altijd en overal tegelijk stimulansen bieden. Zij moet keuzes maken.

2. De heerschappij van de wetenschappelijke evidentie

De Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bevestigt dat er gekozen moet worden en geeft meteen de gewenste richting aan. "Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat het antwoord hoogstwaarschijnlijk op alle niveaus gevonden moet worden. Ik zal het niet hebben over alle andere niveaus, zoals het sociologische, het filosofische of het biologische. We proberen wel op een wetenschappelijk onderbouwde manier een beleid te voeren. We meten en gaan na wat de effecten zijn: wat is de kans dat mensen hervallen en wat is de risicodaling? Dit zijn onze uitgangspunten en de keuzes die we expliciet maken. Daar kan men dan voor of tegen zijn. Sommige pleiten veeleer voor het uitstippelen van een algemeen beleid waarbij wordt bekeken hoe jeugdverenigingen, het onderwijs en andere spelers een bijdrage kunnen leveren. Dat moet sowieso inderdaad gebeuren, maar vanuit Welzijn en Volksgezondheid hebben we keuzes gemaakt op basis van internationale studies. We kijken welke internationale ervaringen nuttig en zinvol zijn en proberen die hier toe te passen. We bekijken hoe we een en ander kunnen meten, opdat we zouden kunnen ingrijpen. (...) Omwille van onze keuze om dit wetenschappelijk gefundeerd te doen, beperken we ons echter een beetje tot een aantal interventies en projecten waarvan de effecten duidelijk aantoonbaar zijn en waarbij er een wetenschappelijke fundering kan zijn." (Antwoord van minister Inge Vervotte op de Vraag om uitleg van Vlaams volksvertegenwoordiger Margriet Hermans over de recente zelfmoordcijfers in Vlaanderen, 14 februari 2006)

De overheid kijkt dus in de richting van wetenschap en wetenschappelijke evidentie om een keuze te maken rond de bouwstenen van haar preventiebeleid ten aanzien van zelfdoding. De preventiestrategieën waarvan wetenschappelijk werd aangetoond dat ze effecten hebben, moeten verder ondersteund en geïmplementeerd worden. Hoewel dat ongetwijfeld een verdienste oplevert, is het belangrijk te bekijken wat er verloren dreigt te gaan. Want een kortzichtige invulling van 'wetenschappelijke evidentie' sluit heel wat benaderingen uit. De Vlaamse Gezondheidsraad waarschuwde in haar reactie op het in 2003 voorgestelde beleidsplan 'Preventie van Depressie en Zelfmoord' al voor dergelijke uitsluitingsmechanismen. "Ook mogelijke waardevolle strategieën of interventies waarnaar echter nog geen wetenschappelijk onderzoek is gebeurd of waarvan de beschikbare evidentie niet voldoet aan de klassieke criteria voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, maken hierdoor geen kans." Zo komt men tot de conclusie dat "primaire preventie van depressie en zelfdoding, gekaderd in een maatschappelijke visie, volledig ontbreekt" (Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad d.d. 18 november, 2003).

3. De maatschappelijke verankering van zelfdoding

Deze lacune is nefast voor de opbouw van een fundamenteel preventiebeleid. Want wie een werkzaam preventiebeleid wil ontwikkelen, zal complexiteit moeten verdragen. Factoren die moeilijk 'stuurbaar' of 'beïnvloedbaar' zijn en effecten die moeilijk 'meetbaar' of 'zichtbaar' zijn, mogen niet naar de achtergrond verwezen worden. Een beleid dat opgebouwd en verantwoord wordt vanuit een al te strak ingevulde 'wetenschappelijke evidentie' doet afbreuk aan de complexiteit van zelfdoding. Zelfdoding wordt dan al snel een 'ziekte-probleem' terwijl de aanloop naar een suïcidaal proces mede wordt veroorzaakt door sociale factoren. Het gezin bijvoorbeeld is een belangrijke factor en kan het risico op depressie en daarbij eventuele zelfdodingsgedachten zowel

verhogen als verlagen. Evenzeer van belang zijn factoren als armoede, het gebrek aan sociale netwerken, werkloosheid,... Een preventie die probeert in te grijpen op de wortels van zelfdoding plaatst de kwaliteit van het samenleven in het vizier. Wie probeert door te dringen tot een vroeg stadium in de probleemontwikkeling zal opbotsen tegen schrale informele sociale netwerken in familie- of vriendenkring, een gebrekkige motivering en ondersteuning op school of het werk en - verderop - een te weinig uitgebouwde eerstelijnszorg die nog onvoldoende gevoel is voor noodkreten en signalen.

Een preventiebeleid waarin die maatschappelijke verankering van zelfdoding naar de achtergrond verwezen wordt, zal steeds slagkracht missen. Daarom willen we met het werkveld de problematiek van zelfdoding blijven belichten vanuit een ruimer maatschappelijk perspectief. Hoewel in een preventiebeleid een medische en therapeutische aanpak van psychische dysfuncties haar eigen plaats heeft, moet deze maatschappelijke verankering van zelfdoding in de schijnwerpers blijven staan. Belangrijk is dat dit pleidooi niet uit de lucht komt gevallen: het zijn de cliënten zelf die ons via het toevertrouwen van levensverhalen het mandaat geven om ons steentje bij te dragen aan het debat.

4. Het belang van levensverhalen

De formulering, analyse en aanpak van de problematiek rond zelfdoding mag geen alleenrecht zijn van experts allerhande. Of meer genuanceerd: een wetenschappelijke expertise mag het authentieke levensverhaal van cliënten niet naar de achtergrond verwijzen. Wat wetenschappelijke experts vertellen, krijgt waarde van zodra hun bijdrage aan het debat wordt verantwoord vanuit wat cliënten ervaren en vertellen. De keuze voor een 'evidence based' preventiebeleid is slechts wenselijk in zoverre die ervaringen aan de grondslag blijven liggen. Levensverhalen vullen het meest overtuigend in wat het betekent om op eenzelfde moment op diverse levensterreinen het gevoel te hebben 'alleen te staan'. Ondersteund door omgeving en hulpverlening, wijzen cliënten zelf de weg naar risico- en beschermende factoren die verklaren hoe het 'zover is kunnen komen'. Wie die verhalen wil beluisteren, zal omzichtig tewerk moeten gaan: aan een cliënt ruimte geven om te praten over zijn doodsverlangen, is dé sleutel om mee te mogen stappen in zijn levensverhaal.

Die keuze voor het levensverhaal geeft een belangrijke verantwoordelijkheid aan hulp- en zorgverstrekkers om goed te luisteren en te registreren wat cliënten op de werkvloer vertellen. Dat luister- en registratieproces mag niet te snel afgebroken worden. Meebouwen aan het voorkomen van zelfdoding is namelijk veel meer dan enkel te voorkomen dat een cliënt recidiveert na een mislukte poging. Bij werkvloercontacten met cliënten moeten we de moed en durf hebben om voldoende diep te graven (of voldoende ver stroomopwaarts te varen). Want daar liggen de richtingaanwijzers voor een fundamenteel preventiebeleid. In een gesprek met bijvoorbeeld een depressieve man mogen we ons niet beperken tot de vraag hoe we de ernstige depressie hic et nunc onder controle kunnen krijgen om te voorkomen dat het 'nog erger wordt'. We moeten het gesprek ook gebruiken als een kans om op het spoor te komen hoe het allemaal 'zo ver is kunnen komen' en - niet te vergeten - welke zinvolle contacten nog resten en versterkt kunnen worden om de draad opnieuw op te pakken. Want in een constructieve preventieve aanpak moet naast het zoeken naar risicofactoren ook maximale aandacht besteed worden aan het opsporen van beschermende factoren. Cliënten zullen dan getuigen hoe hun gezondheid niet alleen verband houdt met een gebrek aan verbondenheid, relationele problemen, financiële onzekerheid, overmatige stress,... maar ook met de onvoorwaardelijke steun van een familielid, een werkgever, een hulpverlener,... Voor wie dus geduldig luistert naar de oorspronkelijke ervaringen van cliënten zal tot het besluit komen dat zowel de risico- als beschermende factoren in dezelfde richting wijzen: de preventie van zelfdoding moet opgebroken worden in de

richting van ruimere maatschappelijke structuren. Het zijn niet de cijfers of de wetenschap, maar wel de cliënten zelf die daartoe het mandaat verschaffen.

5. Een inclusief beleid

Door het startpunt van de zelfdodingproblematiek zo ver mogelijk te plaatsen, wordt meteen ook duidelijk dat het voorkomen van zelfdoding steeds een gedeelde verantwoordelijkheid is. Ten onrechte kan het aan 'het einde van de rit' lijken alsof zelfdoding een individuele, autonome beslissing is waarbij enkel de (nog resterende) directe betrokkenen op hun verantwoordelijkheid worden aangesproken,, ongeacht hun rol in het suïcidaal gebeuren. Een meer diep(of ver-)gaande analyse plaatst de verantwoordelijkheid van zowat alle formele en informele maatschappelijke structuren op de agenda van een preventiebeleid. Niet alleen om redenen van effectiviteit en efficiëntie, maar vooral omwille van sociale rechtvaardigheid. Want de bal in het juiste kamp leggen, is ook een ethische opdracht.

Die gedeelde verantwoordelijkheid mag niet in de lucht blijven hangen. Ze moet blijken uit de concrete operationalisering van het preventiebeleid ten aanzien van zelfdoding. "Aangezien de factoren die gezondheid bepalen voor een groot deel buiten het bevoegdheidskader van de gezondheidsverstrekkers liggen, vergt het werken aan de realisatie van de doelstellingen gecoördineerde acties waarin sectoren als onderwijs, media, verkeer en economie zich terugvinden." (Van den Broucke, S., 'Gezondheidsdoelstellingen: doelgericht werken aan gezondheid', *Vigoureus*, 2003, 4, 7-10). Ook de Wereldgezondheidsorganisatie dringt aan op de ontwikkeling van een preventiebeleid dat gestoeld is op een breed conceptueel raamwerk rond gezondheid en sociaal welzijn. Het doel van dat beleid moet zijn om mensen te stimuleren de eigen gezondheid te bevorderen. Daarbij moet ook voldoende aandacht gaan naar elementen van sociale en culturele aard. De aandacht moet gericht worden op het bevorderen van gemeenschapsgevoel en het tot stand brengen van een 'zorgende cultuur' (zie ook: Arteveldehogeschool, Evaluatie-onderzoek van zelfdodingpreventie via Tele-Onthaal. Tele-Onthaal en het wetenschappelijk perspectief, Gent, 2004).

Met andere woorden: een preventiebeleid ten aanzien van zelfdoding zal inclusief zijn, of het zal niet zijn. Zo kunnen beleidsmaatregelen op het vlak van tewerkstelling die isolement en vervreemding doorbreken een cruciale invloed uitoefenen bij de preventie van zelfdoding. De Vlaamse overheid wist die visie trouwens al mooi te verwerken in haar kaderdecreet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Dat blijkt duidelijk uit haar keuze tot het voeren van een 'facettenbeleid': wie gezondheid wil bevorderen, beschermen of behouden zal buiten het domein van de gezondheidszorg moeten treden. Volgens het decreet moet de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid de samenwerking met andere bevoegdheidsdomeinen actief organiseren. Zo zou ook de preventie van zelfdoding door meerdere Vlaamse en Federale ministers samen gedragen moeten worden. Dat is de enige manier om een preventiebeleid voldoende fundamenteel te verankeren in maatschappelijke structuren die door cliënten als problematisch ervaren worden. Dat dit beloftevol kaderdecreet voorlopig zonder gevolg blijft, is dan ook ronduit een gemiste kans voor de opbouw van een evenwichtig preventiebeleid.

6. Een intersectorale praktijk

Maar het uitvoerend werk moet 'in afwachting van' niet besluiteloos vanaf de zijlijn toekijken. Want zonder hun bijzondere inspanningen zullen overheidsinvesteringen in een meer laagdrempelige hulpverlening of kwaliteitsvolle informele netwerken weinig resultaten opleveren. Die zorg moet zelf het heft in handen blijven nemen om zich begrijpbaar en bereikbaar te organiseren. Levensverhalen waarmee mensen soms jarenlang worstelen, moeten beluisterd en correct geïnterpreteerd worden.

De (vaak verscholen) existentiële noodkreten moeten herkend en beantwoord worden. Ook hier zullen formele en informele zorgverstrekkers de handen in elkaar moeten slaan. Op dat vlak is het werkveld niet verlegen om in eigen boezem te kijken. Suïcidaal gedrag kan maar worden voorkomen als al deze diensten vanuit een gedeelde zorg een integrale (psychosociale) hulp bieden op materieel, psychisch en relationeel gebied. Zo moet het 'gordijn' dat tussen eerste en tweedelijnszorg hangt dringend opgeheven worden. Het zorgt immers voor een artificieel onderscheid dat schade kan berokkenen aan de persoon voor wie de nodige hulpverlening is vereist.

Maar een coherent optreden binnen de grenzen van zorgverstrekking zal niet voldoende zijn. Daarmee wordt namelijk nog niet gesleuteld aan de risico's die verscholen liggen bij de manier waarop bijvoorbeeld onderwijs of tewerkstelling vandaag georganiseerd zijn. Ook welzijns- en gezondheidsorganisaties zullen 'uit zichzelf moeten breken' door bruggen te bouwen in de richting van die terreinen waar de wortels van zelfdoding liggen. Zo kan zelfdoding (en geestelijke gezondheid meer in het algemeen) een aandachtspunt worden van organisaties binnen andere beleidsdomeinen.

Dat appél ook op de dagdagelijkse werkvloer realiseren, zal nog een lange weg zijn. Want ondanks haar unaniem onderschreven belang, wijzen concrete ervaringen in eenzelfde richting: kiezen voor de afhankelijkheid binnen een intersectoraal netwerk is veel moeilijker dan zich nestelen in de veiligheid van het eigen (specialistisch) cocon.

*VSO-Gezondheid is een koepelorganisatie binnen de gezondheidszorg
(www.vso-gezondheid.be)*

Volgende partners van VSO-Gezondheid werkten mee aan deze nota:

*Centrum ter Preventie van Zelfmoord
Federatie Tele-Onthaaldiensten
Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
Pluralistisch Overleg Welzijnswerk
Socialistische Vereniging van Vlaamse Gezondheidsvoorzieningen
Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie*