

# Suïcidepreventie van globaal tot lokaal: wat zegt het WHO-wereldrapport over suïcidepreventie?

*Karl Andriessen*

Tien september is de Werelddag van de Suïcidepreventie.<sup>1</sup> Deze dag werd enkele jaren geleden in het leven geroepen door de World Health Organization (WHO) in samenwerking met de International Association for Suicide Prevention (IASP). De werelddag van 2014<sup>2</sup> staat geboekstaafd als de dag waarop de WHO het wereldrapport over suïcidepreventie voorstelde: *Preventing suicide: A global imperative* (WHO, 2014). Gedurende de voorbije decennia heeft de WHO wel vaker initiatieven genomen of gesteund met betrekking tot suïcidepreventie, denk bijvoorbeeld aan Suicide Prevention (SUPRE) en het SUPRE-MISS-project<sup>3</sup> (Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours) waaruit onder andere de bekende ‘blauwe boekjes’ met aanbevelingen voor huisartsen, hulpverleners, schoolpersoneel, gevangenis, enzovoort zijn voortgekomen<sup>4</sup>; de WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, een grootschalige studie op verschillende locaties (onder andere in Gent) over suïcidepogingen (De Leo, Bille-Brahe, Kerkhof, & Schmidtke, 2004; Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo, & Kerkhof, 2004); of het wereldrapport over geweld en gezondheid (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Dat de WHO, die zich primair bekommert om *gezondheid*, voor het eerst een zwaarwichtig document opstelt over een *gedrag*, kan zonder meer als een mijlpaal worden beschouwd (De Leo, 2014).

## Vorbij de cijfers

Het rapport is opgebouwd vanuit een volksgezondheidsperspectief met de daarbij horende elementen: beschrijving van het probleem; het identificeren van risico- en beschermende factoren; het bepalen, uitvoeren en evalueren van interventies; implementatie en monitoring. Het bevat vijf grote delen. Het eerste deel behandelt de epidemiologie van suïcide en suïcidepogingen. Naar schatting overleden er 804.000 personen door suïcide in het jaar 2012 (meest recente cijfers). De globale voor leeftijd gestandaardiseerde suïciderate bedroeg 11,4/100.000 inwoners (15,0 voor mannen en 8,0 voor vrouwen). De vergelijkbare suïciderates in België bedroegen 14,2/100.000 (totale bevolking), 21,0/100.000 voor mannen en 7,7/100.000 voor vrouwen. In Nederland liggen de suïcidecijfers traditioneel een stuk lager dan in België (Andriessen, 2010). De vergelijkbare cijfers waren respectievelijk 8,2/100.000, 11,7/100.000 en 4,8/100.000. In de rijkere landen, waaronder België en Nederland, zijn er driemaal zoveel suïcides bij mannen als bij vrouwen. Suïcides maken de helft uit van de gewelddadige sterfgevallen. Bekeken per leeftijdsgroep, zijn de suïciderates het hoogst bij de 70-plussers en is suïcide in veel landen de tweede belangrijkste doodsoorzaak bij de 15-

tot 29-jarigen. Ook is er in de meeste landen voor elk overlijden door suïcide een veelvoud (twintigmaal) van suïcidepogingen. Daar waar de suïdecijfers in westerse landen redelijk betrouwbaar zijn, worden er wel vragen gesteld bij de betrouwbaarheid van de cijfers over suïcidepogingen. Het is onbekend hoe accuraat globale enquêtes onder de bevolking zijn, en registraties van suïcidepogingen in ziekenhuizen bieden alleen een indicatie van het aantal aangemelde of medisch behandelde personen die een suïcidepoging deden.

Het tweede deel geeft een overzicht van de risicoverhogende en beschermende factoren en van mogelijke interventies. Voor de risico- en beschermende factoren wordt een breed perspectief gehanteerd, gaande van elementen in de gehele samenleving (beschikbaarheid van suïcidemiddelen, mediaberichtgeving, stigma en beeldvorming, enzovoort), de gezondheidszorg (toegankelijkheid van hulpverlening), de relationele sfeer (sociale steun, conflicten en breuken, verlieservaringen, enzovoort), tot individuele factoren (familiale geschiedenis van suïcidaal gedrag, eerdere suïcidepogingen, hopeloosheid, probleemoplossende vaardigheden, enzovoort). De preventieve interventies worden gegroepeerd naargelang de doelgroep: universele preventie voor de gehele bevolking ongeacht de probleemstatus, selectieve preventie voor doelgroepen met een verhoogd risico, en geïndiceerde preventie voor individuen met een gekend risico. Dit volksgezondheidsmodel van preventie wordt onder tusschen al in veel landen gebruikt, ook in het Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie<sup>5</sup>.

## Een alomvattende en multisectorale aanpak

Het derde deel van het rapport vat de huidige situatie met betrekking tot suïcidepreventie samen: de lessen die kunnen worden getrokken uit onderzoek, de belangrijkste realisaties op beleidsvlak en in de praktijk. Voorbeelden van het eerste zijn de vaststelling dat geen enkele risicofactor op zich voldoende oorzaak is voor suïcide (er is sprake van multicausaliteit van suïcidaal gedrag, en een samenspel van ‘distale’ en ‘proximale’ factoren) en de noodzaak van het vertalen van gekende risico- en beschermende factoren ten behoeve van het lokale niveau. Beleidsmatige voorbeelden zijn het verankeren van suïcidepreventie in opleidingen van gezondheidswerkers of andere relevante settings, en het uitvoeren van nationale suïcidepreventieplannen. Praktijkrealisaties zijn bijvoorbeeld het inschakelen van actoren uit de samenleving: professionele actoren, maar ook vrijwilligersorganisaties en gespreksgroepen van nabestaanden.

Tot nu toe hebben 55 landen suïcide als een belangrijk maatschappelijk probleem benoemd. De helft hiervan (28 landen) heeft een nationaal preventieplan. Daarnaast is er een ruime groep van 48 landen (waaronder België) waar wel suïcidepreventieactiviteiten worden ontwikkeld, al dan niet gecoördineerd, maar zonder dat er sprake is van een nationaal actieplan.

Het vierde deel pleit voor het ontwikkelen van een nationale preventieve aanpak. Hierdoor moet het mogelijk worden om alle beschikbare middelen, mensen en organisaties te mobiliseren en de suïcidepreventie uit te werken ten dienste van alle (kwetsbare) groepen en personen in de samenleving. Ook het aanwezige potentieel van bestaande niet-gouvernementele organisaties of van lopende activiteiten, lokaal of regionaal, zou hierdoor maximaal kunnen worden benut, bijvoorbeeld voor het bereiken van moeilijk bereikbare doelgroepen.

## Bundel de krachten en mobiliseer expertise

De meest voorkomende elementen in nationale suïcidepreventieplannen zijn: monitoring en datacollectie; beperking van de beschikbaarheid van suïcidemiddelen; inzet van de media; bevordering van de toegankelijkheid van hulpverlening; opleiding en training van hulpverleners en stakeholders; ontwikkeling en aanbieden van evidence-based behandeling, zeker aan personen die een suïcidepoging hebben gedaan; (ambulante) crisisinterventie voor personen in een suïcidale crisis (ook telefonische en online hulp); postventie: opvang voor nabestaanden die een naaste door suïcide hebben verloren; versterking van de maatschappelijke perceptie dat suïcidepreventie mogelijk is (door publiekscampagnes) en vermindering van stigma in verband met geestelijke gezondheid en het zoeken van hulp; het bewaren van het overzicht en het installeren van coördinatie en evaluatie.

Het vijfde deel formuleert een aantal aanbevelingen voor het verder ontwikkelen van suïcidepreventie, rekening houdend met de hoeveelheid activiteit of coördinatie die er al in een bepaald land aanwezig kan zijn. Een cruciale rol is hierbij weggelegd voor het ministerie of overheidsdepartement dat verantwoordelijk is voor gezondheidszaken. Van hieruit moeten de stakeholders worden gemobiliseerd en geëngageerd, doelstellingen en prioriteiten worden bepaald, en worden gezorgd voor coördinatie, implementatie en evaluatie.

Het rapport besluit met enkele 'key messages'. Suïcidepreventie is mogelijk en moet op nationaal vlak worden aangepakt via een alomvattende en multisectorale strategie waarin alle segmenten van de samenleving, zowel overheid als private sector, samenwerken. Een dergelijke aanpak omvat maar beperkt zich niet tot het terugdringen van de beschikbaarheid van suïcidemiddelen, het prioriteit geven aan suïcidepreventie in gezondheidsdiensten, het maximaal inzetten van de samenleving voor het realiseren van sociale steun en follow-up, het optimaliseren van beeldvorming en stigma, en het opvangen van nabestaanden. In de bijlage bevat het rapport een uitgebreide referentielijst en een tabel met een overzicht van de meest actuele suïcidecijfers per land en per leeftijdsgroep.

## Duidelijke doelstellingen

Het minste wat over dit rapport kan worden gezegd, is dat het heel degelijk is. Het rapport is goed gestructureerd, vlot leesbaar en de materie wordt geïllustreerd met voorbeelden, grafieken en tabellen. De inhoud is zo veel mogelijk 'evidence-based' en is het resultaat van een wereldwijde samenwerking van deskundigen en stakeholders, die door middel van werkgroepen, expert reviews en het beantwoorden van enquêtes aan de inhoud hebben bijgedragen, terwijl de projectcoördinatie in handen was van de WHO.

Het huidige rapport herhaalt de eerdere doelstelling, opgenomen in het WHO Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013), om de suïciderates tegen het jaar 2020 met 10% te verminderen. Dat getal is een compromis en een eerder bescheiden doelstelling, zeker als men weet dat een aantal landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk en Australië, geen nationaal streefcijfer (meer) hanteren. Daarnaast wordt er in bepaalde strategieën voor suïcidepreventie in de Verenigde Staten, meer bepaald in verband met de gezondheidssector, gesproken

over de doelstelling van ‘zero suicides’.<sup>6</sup> Het compromiscijfer is misschien wel haalbaar voor verschillende landen. De regio Vlaanderen heeft in het vernieuwde Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020 in ieder geval hetzelfde streefcijfer opgenomen.

In Nederland streefde de overheid er de voorbije jaren naar om het aantal suïcides per jaar met 5% te doen dalen.<sup>7</sup> Dat bleek echter niet haalbaar, er werd integendeel een lichte stijging vastgesteld. Hierop besliste de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de streefnorm aan te passen naar een daling van minimaal 1% per jaar nadat de stijging van het aantal suïcides zou zijn gestopt. Om dat te realiseren heeft de minister samen met alle betrokken actoren een ‘landelijke agenda suïcidepreventie 2014-2017’ opgesteld.<sup>8</sup>

### Inzetten op hoop: suïcidepreventie is mogelijk

Het is duidelijk dat zowel Vlaanderen als Nederland al heel wat expertise en traditie heeft opgebouwd op het gebied van suïcidepreventie. Toch kunnen beide landen uit het wereldrapport nog enkele relevante aandachtspunten distilleren, hier samengevat in drie punten.

Ten eerste, suïcidepreventie vergt een langetermijnaanpak, volgehouden gedurende verschillende decennia. De kunst is dus niet alleen de politieke aandacht te vestigen op het probleem (wat in beide landen duidelijk werd gerealiseerd), maar ook de politieke aandacht te verzekeren op lange termijn, daar waar politici eerder gewend zijn om een korter perspectief (van een legislatuur) te hanteren. De continue aandacht van niet-gouvernementele organisaties en stakeholders is dan ook belangrijk.

Ten tweede toont het rapport dat, hoewel de gezondheidssector uiteraard een centrale rol heeft bij suïcidepreventie, de preventie niet beperkt mag blijven tot deze ene sector. Integendeel, suïcidepreventie moet worden verankerd in diverse geledingen van de samenleving, met professionals en paraprofessionals (vrijwilligers en nabestaanden) door middel van bijvoorbeeld opleidingen en intersectorale samenwerking.

Ten derde hamert het rapport op beeldvorming en toegankelijkheid van hulp. Dat houdt in: het verminderen van stigma en het bevorderen van sociale steun, alsook het afstemmen van noden en aanbod van hulpverlening. Hulpverlening (face-to-face en/of online) moet bereikbaar, beschikbaar en deskundig zijn om met suïcidale personen en gezinnen te werken.

Het rapport heeft niet alleen de verdienste dat het ruime erkenning geeft aan de complexiteit van de risico- en beschermende factoren, waarbij psychologische, sociale en culturele aspecten vaak verweven zijn. Het benadrukt ook de rol van de gevolgen van stigma op het overheidsbeleid in verband met suïcidaal gedrag, geestelijke gezondheid, hulp zoeken en de beschikbaarheid van hulpbronnen. Want ondanks het groeiende bewijs dat preventie en hulpverlening mogelijk zijn, is suïcidepreventie zelden een prioriteit voor overheden. Het rapport biedt een alomvattend overzicht van de problematiek en bevat in ieder geval materiaal dat bekend zou moeten zijn bij beleidsmakers op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Het toont aan dat er wereldwijd nood is aan suïcidepreventie, en dat dit een nationale aanpak vergt met een lokale implementatie. Het rapport is daarom niet alleen van belang voor beleidsmakers ‘pur sang’ maar voor iedereen die interesse heeft om op nationaal, regionaal of lokaal vlak het beleid rond suïcidepreventie verder te ontwikkelen.

## Noten

1. <http://www.iasp.info/wspd/>.
2. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/wspd/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/).
3. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supremiss/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supremiss/en/).
4. [http://www.who.int/mental\\_health/resources/preventingsuicide/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/preventingsuicide/en/).
5. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Gezondheidsdoelstellingen/Vlaams-actieplan-suicide-preventie/>.
6. De US National Action Alliance for Suicide Prevention is de publiek-private samenwerking voor het uitdragen van de US National Strategy for Suicide Prevention (<http://actionallianceforsuicide-prevention.org/about-us>). Het promoten van 'zero suicides' in de gezondheidssector is een van de prioriteiten van de Action Alliance (<http://zerosuicide.actionallianceforsuicideprevention.org/>).
7. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/suicides-voorkomen>.
8. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/01/20/kamerbrief-over-de-landelijke-agenda-suicidepreventie-en-jaar-rapportage-vermindering-suicidaliteit-2013.html>.

## Literatuur

- Andriessen, K. (2010). Waarom liggen de suïcidedcijfers in Vlaanderen zo hoog? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40, 234-242.
- De Leo, D. (2014). *The World Health Organization World Suicide Report*. Keynote presentation, World Suicide Prevention Day Forum, 10 september 2014. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention (AISRAP).
- De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., & Schmidtke, A. (Eds.) (2004). *Suicidal behaviour: Theories and research findings*. Göttingen: Hogrefe.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.) (2002). *World report on violence and health*. Geraadpleegd via [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/).
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A. (Eds.) (2004). *Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan, 2013-2020*. Geraadpleegd via [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/).
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geraadpleegd via [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/).

## Personalia

Karl Andriessen is PhD-student aan de School of Psychiatry, University of New South Wales, Sydney, Australia. Lid van de redactie van dit tijdschrift.

E-mail: [karl.andriessen@gmail.com](mailto:karl.andriessen@gmail.com)