



Vlaams
Parlement

stuk **1814** (2012-2013) – Nr. 3
ingediend op 23 januari 2013 (2012-2013)

Nota van de Vlaamse Regering

Gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en Vlaams actieplan 2012-2020

Verslag

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid,
Gezin en Armoedebeleid
uitgebracht door mevrouw Danielle Godderis-T’Jonck en
de heer Peter Gysbrechts

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers.

Vaste leden:

de dames Sonja Claes, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heren Felix Strackx, Erik Tack;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borght;
de dames Mia De Vits, Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de dames Caroline Bastiaens, Griet Coppé, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
de heer Wim Van Dijk, mevrouw Linda Vissers, de heer Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
mevrouw Güler Turan, de heer Bart Van Malderen;
de dames Danielle Godderis-T'Jonck, Goedele Vermeiren;
de heer Jurgen Verstrepen;
de heer Bart Caron.

Stukken in het dossier:

1814 (2012-2013) – Nr. 1: Nota van de Vlaamse Regering
– Nr. 2: Verslag over hoorzitting

INHOUD

I. Toelichting door de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	4
1. Hoe zijn de gezondheidsdoelstelling en het actieplan tot stand gekomen?	4
2. Een nieuwe gezondheidsdoelstelling	4
3. Een nieuw Vlaams actieplan 2012-2020	5
3.1. Strategie 1: Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij	5
3.2. Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelig telefonische hulp en onlinehulp	6
3.3. Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs	6
3.4. Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen	6
3.5. Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide	7
4. Randvoorwaarden	7
5. Budget	9
6. Besluit	9
II. Bespreking	9
III. Stemming	14
Gebruikte afkorting	15

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid besprak de Gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en het Vlaams actieplan 2012-2020 op dinsdag 11 december 2012 en dinsdag 15 januari 2013. Tussenin werd op woensdag 9 januari 2013 een hoorzitting gehouden. Het verslag van de hoorzitting is gepubliceerd als *Parl. St.* VI.Parl. 2012-13, nr. 1814/2.

I. TOELICHTING DOOR DE HEER JO VANDEURZEN, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

1. Hoe zijn de gezondheidsdoelstelling en het actieplan tot stand gekomen?

Op 17 december 2011 vond een gezondheidsconferentie plaats over de preventie van zelfdoding. Deze conferentie werd voorbereid en begeleid door experts in de preventie van zelfdoding van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, Werkgroep Verder en de suïcidepreventiewerking van de cgg's. Ook het kabinet van de minister en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid waren betrokken. Het maatschappelijke middenveld werd betrokken bij de voorbereiding van de conferentie door middel van sociale media, een hoorzitting, werkgroepen en provinciale terugkoppelmomenten.

Enkele lopende en nieuwe acties werden aan een gezondheidseconomische evaluatie onderworpen. De strategieën die aan de basis lagen van het Vlaams actieplan 2006-2010 (*Parl. St.* VI.Parl. 2006-07, nr. 1037/2) werden geëvalueerd. Deze strategieën doorstaan de toets van de huidige wetenschappelijke kennis en internationale praktijken goed. Het Vlaams actieplan 2012-2020 integreert bestaande strategieën met nieuwe initiatieven, en schenkt aandacht aan nieuwe doelgroepen en settings.

De Inspectie van Financiën verleende een positief advies op 25 juni 2012, waarna de minister van Begroting zijn akkoord verleende. De Vlaamse Regering heeft de gezondheidsdoelstelling en het actieplan principieel goedgekeurd op 7 september 2012, waarna de SAR WGG om advies werd gevraagd. De SAR WGG onderschrijft de gezondheidsdoelstelling en het actieplan, en stelt dat er nog heel wat werk op de plank ligt om dit actieplan te vertalen naar een goede, gecoördineerde en integrale aanpak van het probleem. De raad steunt de integrale benadering, en doet twee belangrijke aanbevelingen. Het begrip gemeenschapswerker is te eng. Samenwerking tussen de gemeenschapswerkers moet alle gemeenschapswerkers omvatten zodat op de eerste lijn samengewerkt wordt met de hulpverleners betrokken bij de directe leefwereld van kwetsbare burgers. Voorbeelden zijn de ondersteuning van daklozen, mensen met schulden of mensen met ernstige relationele problemen of opvoedingsproblemen. Daarnaast beveelt de raad een ruimere visie aan op de preventie van zelfdoding die niet uitsluitend uitgaat van de zorg- en welzijnssector. Alle beleidsdomeinen dragen bij tot een leefbaarder samenleving.

De minister is verheugd met de positieve reacties. Hij zal rekening houden met de bezorgdheden van de SAR WGG. Het is niet de bedoeling nieuwe organisaties op de richten naast de welzijnsorganisaties. Suïcidepreventie moet daarentegen een vast onderdeel worden van alle initiatieven. Daartoe is samenwerking aangewezen, wat in overeenstemming is met het decreet van 23 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Een facettenbeleid wordt daarin als een belangrijk beleidskenmerk naar voren geschoven. De minister benadrukt dat suïcidepreventie steeds de focus moet blijven van het actieplan. Wetenschappelijke evidentie leert dat suïcidespecifiek werken een voorwaarde is om het aantal zelfdodingen te verminderen.

2. Een nieuwe gezondheidsdoelstelling

Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie is tijdens de gezondheidsconferentie de Vlaamse gezondheidsdoelstelling als volgt geformuleerd: “De

sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20 percent ten opzichte van 2000.”.

Deze doelstelling is gebaseerd op een voorspelling van het aantal zelfdodingen in 2020 bij ongewijzigd beleid en op een effectiviteitsberekening van het preventieve programma. Op basis van de sterftestatistieken van 2009 en de trend tijdens de periode 2000-2009 wordt het aantal zelfdodingen in 2020 in absolute aantallen uitgedrukt op 1160 per jaar geschat. In 2000 bedroeg het aantal zelfdodingen in absolute aantallen uitgedrukt 1174. Niet ingrijpen zal ertoe leiden dat het aantal zelfdodingen in 2020 ongeveer gelijk zal zijn aan het aantal zelfdodingen in 2000. Een daling met 20 percent betekent dat 220 extra zelfdodingen vermeden moeten worden.

In de aanloop naar de gezondheidsconferentie werd een beperkt aantal initiatieven beoordeeld op het gezondheidseconomische effect ervan. De evaluatie toont aan dat deze acties een reductie van het aantal zelfdodingen van 11,5 percent (130 zelfdodingen minder in vergelijking met 2009) zal opleveren. Een extra inspanning zal nodig zijn om de beoogde reductie te realiseren. Het Vlaams actieplan 2012-2020 moet het kader scheppen om negentig extra zelfdodingen te vermijden.

3. Een nieuw Vlaams actieplan 2012-2020

Het actieplan werkt de strategieën uit die tijdens de gezondheidsconferentie naar voren werden geschoven. Zowel in de voorbereidende werkgroepen als tijdens de provinciale terugkoppelingsmomenten werd erop gewezen dat, ondanks het bestaan van een overkoepelend actieplan sedert 2006, de perceptie leeft dat het gaat om losstaande initiatieven. Het besef dat een duurzaam beleid wordt gevoerd, is onvoldoende groot. Voor de preventie van zelfdoding is het belangrijk dat iemand bekend is met de hulpverlening en weet waar hij in geval van nood terecht kan. Het actieplan 2012-2020 biedt daartoe een overkoepelende portaalsite aan die zowel informatie als onlinehulpverlening efficiënt samenbrengt. Daarnaast zal werk worden gemaakt van maatschappelijke richtlijnen over de behandeling en organisatie van de zorg relevant voor de preventie van zelfdoding. Deze multidisciplinaire richtlijn is een onderdeel van de vijfde strategie. Elke strategie bevat een overzicht van de bestaande strategieën en nieuwe acties. Elke actie wordt geplaatst in het model voor suïcidaal gedrag en de wetenschappelijke literatuur. Er is gewerkt met wetenschappelijke selectiecriteria gekoppeld aan een beslisboom om een beoordeling van de bijdrage aan het halen van de gezondheidsdoelstelling inzichtelijk voor te stellen.

3.1. *Strategie 1: Geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot individu en maatschappij*

Een aantal psychologische risicofactoren wordt in verband gebracht met suïcidaal gedrag. Veerkracht versterken en zelfhulp aanmoedigen vermindert de invloed van deze risicofactoren. Door deze strategie uit te breiden wordt de aandacht uitgebreid van de individuele verantwoordelijkheid tot een zorgzamer samenleving. De substrategieën sluiten aan bij de multidisciplinaire richtlijn.

De eerste substrategie wil de individuele veerkracht en het vermogen voor zelfhulp versterken, en maakte ook deel uit van het Vlaams actieplan 2006-2010. De activiteiten die onder deze substrategie zijn ontwikkeld zijn Fit in je Hoofd, de goed-gevoel-stoel en NokNok. Het vernieuwen van de Fit in je Hoofd-zelftest is als urgent bestempeld.

De tweede substrategie wil de ondersteuningsvaardigheden bij ouders verhogen, en illustreert de nieuwe aandacht voor omgevingsfactoren. Het gezin heeft als primair netwerk een grote impact op de steun die kinderen en jongeren geboden wordt. Het is de bedoeling de bestaande initiatieven te inventariseren om er vanuit suïcidepreventie bij aan te sluiten.

De derde substrategie beoogt het bevorderen van sociale aansluiting. De aandacht voor het vergroten van de sociale steun is nieuw in dit actieplan. Een aantal organisaties speelt daar reeds op in. Het Vlaams actieplan 2012-2020 zal hierop aansluiten. Er wordt voorrang verleend aan initiatieven gericht op ouderen.

De vierde substrategie wil hulp zoeken aanmoedigen en het stigma doorbreken. Enkele voorbeelden daarvan zijn acties binnen het project Beeldvorming Geestelijke Gezondheid, georganiseerd door de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid en Te Gek!?

De vijfde substrategie wil de leefomgeving gezonder maken, maar ook zorgzamer en suïcideveiliger via beleid in de lokale gemeenschap, scholen, werkplek en via de media. Deze strategie wil het risico op zelfdoding beperken door de zogenaamde hotspots langs spoorwegen beter te beveiligen, maar ook voorwaarden op te stellen waaraan elke organisatie en instelling moet voldoen om het risico op zelfdoding te beperken. In ruimere zin verwijst deze substrategie naar het belang van maatregelen op organisatie- en gemeenschapsniveau. Deze substrategie sluit aan op de mediatorichtlijnen, het werk van de preventiecoaches en het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen (strategie 5).

3.2. *Strategie 2: Suïcidepreventie door laagdrempelig telefonische hulp en onlinehulp*

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding dat de Zelfmoordlijn organiseert werd erkend als organisatie met terreinwerking. De realisatie van één toegangspoort voor suïcidepreventie vertrekt vanuit deze crisishulp. De toegangspoort sluit voorts aan bij de multidisciplinaire richtlijn. Het zelfhulpcomputerprogramma voor depressieve jongeren valt ook onder onlinehulp. Het gaat om een computerspel, dat ook als een app aangeboden kan worden.

3.3. *Strategie 3: Bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs*

Strategie 3 is een van de meest efficiënte strategieën om zelfdoding te vermijden. De opdracht van de preventiewerkers binnen de cgg's werd in 2011 reeds uitgebreid met de opdracht zich ook te richten tot de in de gezondheidsconferentie voorgestelde doelgroepen, en dat in samenwerking met belangenverenigingen zoals bijvoorbeeld Boeren op een Kruispunt en Cavaria. In de aanloop tot de gezondheidsconferentie werd een projectvoorstel ingediend voor een postercampagne. Na een gezondheidseconomische evaluatie wordt dit voorstel als dominant omschreven: de gezondheidswinst overstijgt de investering. Het project gaat in 2013 van start. De Inspectie van Financiën heeft haar goedkeuring verleend.

3.4. *Strategie 4: Strategieën voor specifieke risicogroepen*

De eerste substrategie focust op suïcidepogers, screening en opvang. De organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers zorgt voor psychosociale evaluatie en opvang van mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Voor -16-jarigen is een afzonderlijk instrument ontwikkeld en getest. Het instrument wordt over heel Vlaanderen ingevoerd.

De tweede substrategie richt zich op de behandeling van personen met suïcidale gedachten en gedragingen. Vlaanderen kent nog geen behandeling van suïcidale personen. In het buitenland worden twee verschillende behandelingen onderzocht en gebruikt. De doeltreffendheid ervan en de toepasbaarheid ervan in Vlaanderen zullen onderzocht worden. De behandeling moet het suïcidale gedrag verminderen zodat het risico op zelfdoding daalt of verdwijnt.

De derde substrategie heeft aandacht voor kwetsbare groepen. Het gaat om mensen van wie geweten is dat het risico op zelfdoding groot is: mensen met een ernstige depressie, persoonlijkheidsstoornis, verslaving, eetstoornis of een combinatie van verschillende psy-

chische aandoeeningen. De VDIP-werking is ontwikkeld voor mensen met een eerste psychose. Door deze methode toe te passen op andere kwetsbare groepen wordt ingespeeld op het risico op zelfdoding. Het gaat steeds om interventies gericht op preventie, vroegdetectie of vroege interventie.

Nabestaanden zijn ook een kwetsbare groep. De werking van Werkgroep Verder wordt voortgezet. Werkgroep Verder is erkend als organisatie met terreinwerking voor de zorg voor nabestaanden.

Jongeren tussen 15 en 24 jaar vormen een andere kwetsbare groep. Zelfdoding is de voornaamste doodsoorzaak binnen deze groep. De minister heeft onder strategie 1 al verwezen naar de preventiecoaches en NokNok. De Zelfmoordlijn zal chatten faciliteren. Er wordt onderzoek gevoerd naar de aard en de inhoud van alle gesprekken met de kinder- en jongerentelefoon Awel om de gespreksvaardigheid van de beantwoorders te verbeteren. Er komt een zelfhulpcomputerspel voor jongeren met een depressie. De toegangspoort zal zich ook tot jongeren richten. Binnen de deskundigheidsbevordering van de suïcidepreventiemedewerkers van de cgg's is een afzonderlijke vorming georganiseerd voor CLB's en andere schoolnabije diensten en intermediairen, en voor iedereen die met kinderen en jongeren werkt. De suïcidepreventiemedewerkers zijn steeds beschikbaar om scholen direct of indirect bij te staan na een zelfdoding op school. Voorts wordt KIPEO stelselmatig verder geïmplementeerd: een instrument dat jonge suïcidepogers volgt op spoedgevallendiensten. De VDIP-werking richt zich eveneens tot jongvolwassenen. Er wordt ten slotte ook aandacht besteed aan jonge nabestaanden.

3.5. *Strategie 5: De ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide*

Deze strategie focust op aanbevelingen voor suïcidepreventie, op aanbevelingen voor vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van suïcidaal gedrag, en op aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen. Het gaat meer bepaald om richtlijnen voor multidisciplinair en continu werken. Voor de uitwerking is een partnerorganisatie noodzakelijk.

4. Randvoorwaarden

De randvoorwaarden vloeien voort uit de opmerkingen gemaakt tijdens de evaluatie en de voorbereiding van de gezondheidsconferentie, en uit de adviezen van een consortium van experts en van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie.

De randvoorwaarden zijn een kader van uitgangspunten die de kwaliteit van de implementatie en de uitvoering van dit actieplan ten goede moeten komen. Deze randvoorwaarden zijn de vermaatschappelijking van de zorg, een locoregionale verankering en implementatie van het actieplan, de wetenschappelijke onderbouw van de beleidslijnen, strategieën en methodieken, een zorgvuldige evaluatie van de acties, de duurzame verankering van het beleid, innovatieve technologieën, een communicatieplan dat de toegankelijkheid van het aanbod vergroot en ten slotte een facettenbeleid.

Acties die effectief blijken, worden bestendigd en versterkt. Een aantal vaste waarden uit het eerste actieplan werd erkend als organisatie met terreinwerking. Er zijn beheersovereenkomsten afgesloten met Werkgroep Verder voor de zorg voor nabestaanden, met DAGG Lommel voor de zorg voor suïcidepogers en met het Centrum ter Preventie van Zelfdoding voor het inrichten van de Zelfmoordlijn en van ASPHA. Op deze manier kunnen organisaties met terreinwerking hun activiteiten voortzetten tot 2016.

De suïcidepreventiewerking van de cgg's zet zich onder meer in voor de bevordering van deskundigheid van hulp- en zorgverleners. De vroegdetectie van patiënten met psychiatrische problemen wordt voortgezet binnen de VDIP-teams van de cgg's. In 2011 is het aan-

tal suïcidepreventiewerkers uitgebreid tot 17,75 voltijdsequivalent om tegemoet te kunnen komen aan de nieuwe verwachtingen uit het Vlaams actieplan 2012-2020.

Het Vlaams actieplan 2012-2020 bevat negen nieuwe acties. Ze zijn voorgesteld aan de voorbereidende werkgroepen, en geselecteerd na een gezondheidseconomische evaluatie en na bespreking door de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie en het consortium van experts. De website van Fit in je Hoofd wordt inhoudelijk en technisch geactualiseerd. Een sensibiliseringscampagne zal de geactualiseerde site lanceren. De website maakt psychische problemen bespreekbaar, stimuleert zelfzorg en maakt de bevolking bewust van positieve geestelijke gezondheid. Praten over psychische problemen blijft een taboe. Ook NokNok, de jongerenversie, wordt geactualiseerd.

Er komt een proefproject dat inzet op het vergroten van de sociale steun aan ouderen die een hoger risico lopen op zelfdoding. Hopeloosheid en isolement zijn belangrijke risicofactoren. Met behulp van een vrijwilligersorganisatie wordt het netwerk van de ouderen op vraag van de ouderen zelf ondersteund in het plannen van activiteiten.

Er komt één toegangspoort en platform voor de preventie van suïcidaal gedrag. In het voorbereidende traject bleek de nood aan een eenduidige toegangspoort die alle informatie over suïcidepreventie overzichtelijk aanbiedt aan burgers en hulpverleners. Diensten groeperen en verschillende behandelingen en zorgniveaus naadloos op elkaar laten aansluiten, vergroten de toegankelijkheid en laagdrempeligheid van informatie over zelfhulp en behandeling. Wie eenmaal contact heeft opgenomen, hoeft geen bijkomende stappen meer te zetten. Het platform moet de gepaste hulp bieden. Dat kan door bijvoorbeeld extern een consult vast te leggen. Ook nabestaanden, naastbestaanden en intermediairen kunnen er terecht voor ondersteuning en advies. In een eerste fase, te realiseren in 2013, zullen Tele-Onthaal en de Zelfmoordlijn samenwerken zodat er één telefoonnummer is voor mensen met suïcidale gedachten en gedrag. Samenwerking zal ertoe leiden dat de dienstverlening intenser wordt. In een tweede fase worden alle aanbieders van aanvullende diensten betrokken. In deze fase wordt het aanbod uitgebreid met een forum, zelfhulpmodules en onlinebehandeling. In een derde fase worden alle partners betrokken die zorgen voor een face-to-face-gesprek.

Er komt een zelfhulpcomputergame voor jongeren. Jongeren moeten kunnen omgaan met depressieve gedachten. In Nieuw-Zeeland is SPARX ontwikkeld en succesvol uitgetest op jongeren met een depressie. Er wordt werk gemaakt van een Vlaamse versie. Er wordt onderzocht of het ook in Vlaanderen tot een positief effect leidt.

Als aanvulling op en ondersteuning van de deskundigheidsbevordering van artsen en verplegend personeel op een spoedafdeling en paaz wordt werk gemaakt van een poster. De poster bevat een samenvatting van de meest voorkomende en opvallende symptomen die wijzen op een acuut risico op zelfdoding. De poster stelt eenvoudige vragen voor die de hulpverlener kan stellen om het risico in te schatten. Het effect van deze poster wordt van nabij gevolgd.

Er komt een evaluatie van het effect van twee nieuwe behandelingen voor suïcidale mensen. De behandelingsvormen zijn toekomstgerichte training en mindfulness based cognitive therapy. Een behandeling is altijd gericht op een geheel van klachten. Het suïcidaal gedrag maakt er deel van uit. De nieuwe behandelingsvormen bespreken eerst het suïcidale gedrag alvorens met de eigenlijke behandeling van start te gaan. Een behandeling die gericht is op suïcidaliteit zou de verdere behandeling ten goede komen. Mindfulness based cognitive therapy is reeds onderzocht onder het vorige actieplan en blijkt effectief bij personen met chronische depressie. Het onderzoek gaat na of deze methodiek bruikbaar is als behandelvorm van mensen met suïcidale gedachten. De toekomstgerichte training wordt al toegepast in Nederland.

Ten slotte moeten alle bedrijven, scholen, instellingen, lokale besturen of verenigingen een suïcidepreventiebeleid hebben. Er zullen algemene richtlijnen ontwikkeld worden. Er komt een multidisciplinaire behandelrichtlijn voor vroegdetectie, vroege interventie en behandeling van suïcidaal gedrag. Er wordt gewerkt aan een kwalitatief model voor ketenzorg bij suïcidaliteit waardoor zorgprocessen naadloos op elkaar aansluiten. Continuïteit van zorg is een van de belangrijkste knelpunten in de huidige organisatie van de hulpverlening.

5. Budget

Het budget voor 2012 bevat 161.000 euro voor nieuwe acties. Daarmee werd de poster en het onderzoek van Awel gefinancierd.

Het budget voor 2013 bedraagt 2.750.000 euro. Met dat budget worden de kosten gedekt van organisaties met terreinwerking, van de continuering van de VDIP-teams en van de vernieuwing van de website. De locoregionale uitvoering van het actieplan werd voor twee jaar vastgelegd op het budget van 2012. Ook de subsidies voor de preventiecoaches werden in 2012 vastgelegd. De uitbreiding van de preventiewerking van de cgg's werd in 2011 vastgelegd. Ze loopt tot eind 2013 als projectfinanciering. Voor nieuw beleid is 1.257.850 euro beschikbaar. Bij de Zelfmoordlijn is een technische aanpassing nodig om de virtuele backoffice in samenwerking met Tele-Onthaal mogelijk te maken. Voorts komt er één platform voor de preventie van zelfdoding, een nieuwe zelftest bij Fit in je Hoofd, een Vlaams computerspel voor jongeren en een klinische studie over behandelvormen.

Vanaf 2014 is het jaarlijkse budget geraamd op 3.100.000 euro. Uiteraard zal het precieze bedrag afhangen van de op dat moment geldende budgettaire beperkingen.

6. Besluit

Omdat elke zelfdoding er een te veel is, moeten alle middelen gemobiliseerd worden om het aantal zo laag mogelijk te houden. Het actieplan is maar de kapstop voor het suïcidepreventiebeleid van de komende jaren. De acties op korte termijn vormen de aanzet om de uitvoering van het actieplan te concretiseren. Samen met alle partners moet worden nagedacht over nieuwe initiatieven. Daartoe zal een beroep worden gedaan op een partnerorganisatie.

II. BESPREKING

Mevrouw *Vera Jans* leidt uit de hoorzitting af dat er een draagvlak is voor het plan. De gehoorde staan achter de integrale aanpak en noemen het plan niet alleen onderbouwd en realistisch maar ook innoverend. Met een suïdecijfer dat anderhalf keer hoger ligt dan het Europese gemiddelde, heeft Vlaanderen alle redenen om werk te maken van suïcidepreventie. Suïcidepreventie is complex, maar het is hoopgevend dat de mentale evolutie naar zelfdoding op elk moment omkeerbaar is.

Naast de zelfdodingen zijn er ook heel wat pogingen, in 2010 werd dat aantal in Vlaanderen op bijna 9600 geschat. Ook die hebben een grote invloed op het familiale en maatschappelijke weefsel. Het stigmatiseren van de persoon die een suïdepoging ondernam, moet worden aangepakt. Voor CD&V maakt dat deel uit van de vermaatschappelijking: mensen die een poging ondernomen hebben, mogen niet in de steek gelaten worden. Voor hen bestaat de aanklappende zorg. De kans onder die groep op een nieuwe suïdepoging is immers 150 percent groter dan bij de rest van de bevolking. Bij de reductie van het aantal zelfdodingen met 20 percent tegen 2020 in vergelijking met 2000, vindt CD&V het belangrijk dat het aantal zelfdodingen ook elk jaar gestaag daalt.

De incidentie van zelfdoding wordt ook beïnvloed door factoren waar de Vlaamse overheid geen of weinig impact op heeft, zoals economische crisis, werkloosheid of de inci-

dentie van psychiatrische stoornissen. De keuze om het actieplan te onderbouwen met gezondheidseconomische evaluaties en andere wetenschappelijke studies en evidenties acht CD&V zeer terecht. Welke is het tijdspad voor de implementatie van het actieplan en zijn strategieën?

Deskundigheidsbevordering is bijzonder effectief, desondanks maken de huisartsen weinig gebruik van de advieslijn ASPHA. Nochtans zijn huisartsen niet bijzonder goed getraind om met suïcideproblemen om te gaan. De advieslijn is ondertussen uitgebreid tot alle hulpverleners.

Dat vrijwilligers de kwaliteit van de dienstverlening bepalen, bewijzen de resultaten van de Zelfmoordlijn. Het is goed dat het plan veel aandacht aan hen besteedt. Werkgroep Verder heeft gewezen op capaciteitstekorten die de ketenzorg hypothekeren. Thuiszorg is belangrijk, maar doorstroming moet mogelijk blijven. Het lid heeft echter begrepen dat de wachttijden voor de cgg's beheersbaar en aanvaardbaar worden gemaakt.

Zorgnet Vlaanderen wees erop dat er tussen preventieve en curatieve hulpverlening geen scheiding is. Die stelling wordt gestaafd doordat een groot deel van de suïcidale personen kampt met psychiatrische problemen. Daarom valt er veel te zeggen voor de opinie dat curatieve ingrepen een krachtige preventie zijn. Het actieplan zoekt ook aansluiting bij de leefwereld van jongeren, waarbij sterk ingezet wordt op e-mentalhealth. CD&V is daarnaast tevreden met de vertaling van Fit in je Hoofd voor mensen in armoede.

Het lid vraagt of mannen anders benaderd worden dan vrouwen, gezien de incidentie van suïcide bij mannen veel groter is. Dat er één herkenbaar aanspreekpunt voor suïcidepreventie komt, vindt mevrouw Vera Jans een goede zaak. Het actieplan steunt op de plaatselijke verankering van het suïcidepreventiebeleid, maar blijft daarover vaag. Professor Van Audenhove documenteert dat suïcide in bepaalde zorgregio's van West-Vlaanderen meer voorkomt dan elders. Speelt het beleid daarop in? Hebben de zorgregio's de mogelijkheid om gerichte acties te ondernemen of te financieren? Niet alleen de incidentie van zelfdoding, ook de bereidheid om hulp te zoeken of vooroordelen over hulpverleners, verschillen sterk. Laat het actieplan de ruimte om daarop in te spelen?

Mevrouw Vera Jans vraagt of het voorstel van de Werkgroep Verder voor e-mentalhealth voor nabestaanden, kans maakt. VDIP bereikt momenteel 800 psychotische, schizofrene jongvolwassenen, een doelgroep met zelfdoding als belangrijkste doodsoorzaak. Het lijkt verantwoord dat een uitbreiding van de doelgroep gepaard gaat met de uitbreiding van het budget om het project te vrijwaren.

Wat het facettenbeleid betreft, is het duidelijk dat in tijden van economische crisis niet enkel de minister van Welzijn en Volksgezondheid maar ook alle andere overheden hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Het lid informeert naar de budgettaire ruimte voor het actieplan en verwijst naar Zorgnet Vlaanderen dat het beter acht dat projecten stelselmatig gelanceerd worden zodat hun overleven gewaarborgd kan worden. Belangrijk was ook dat professor Annemans vanuit gezondheidseconomische invalshoek, oordeelt dat het streven haalbaar en realistisch is. Eens het doel bereikt, moet opnieuw nagegaan worden hoe verdere verbeteringen mogelijk zijn.

Het lid benadrukt tot slot de algemene steun voor het actieplan, die belangrijk is aangezien heel wat diensten zullen moeten samenwerken. De samenleving kan zich niet verzoenen met de huidige suïdecijfers. De ontreddering van de suïdepogers en de achterblijvers is te groot. Het is de taak van de overheid en vele anderen om te werken aan de veerkracht, de bespreekbaarheid, de aandacht en de opvang. Ter afsluiting citeert mevrouw Vera Jans de spreker van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding: "De wens om te sterven hangt altijd sterk samen met de wens om te leven."

Ook mevrouw *Vera Van der Borgh*t heeft veel geleerd uit de hoorzitting. Het actieplan is een goede mix van bestaande en nieuwe methodieken. Ze vraagt om rekening te houden met wetenschappelijke evidenties en de wetenschappelijke kennis op peil te houden. Evenzeer is het belangrijk om de evidencebased richtlijnen uit te werken. Daarvoor wordt inspiratie gezocht bij de aanpak van het Nederlandse Trimbos-instituut.

De SAR WGG wijst terecht op de noodzaak een ruimere visie te ontwikkelen. Preventiebeleid voor zelfdoding mag niet enkel uitgaan van de zorg- en de welzijnssectoren. Alle beleidsdomeinen kunnen bijdragen tot een leefbaarder samenleving. Het commissielid stelt voor om na te gaan in welke mate school, werk en nevenactiviteiten tot stress leiden die de neiging tot zelfdoding vergroot, en hoe het beleid daar iets aan kan doen. In welke mate worden er nu al initiatieven voor genomen? Pesten is dikwijls een oorzaak van suïcidepogingen. Het lid pleit voor een stevige betrokkenheid van de scholen bij het beleid. Dat alles toont de noodzaak van een facettenbeleid aan. Wat volgens het lid nog een beetje mangelt aan het actieplan, is dat het vooral het beleidsdomein Welzijn behelst. Hoe streeft de minister ernaar om samen met andere ministers de zaken aan te pakken?

Het capaciteitsprobleem in de geestelijke gezondheidszorg hypothekeert de ketenzorg. Dat er te weinig capaciteit is in de eerstelijns- en tweedelijns hulp, maakt dat het moeilijker is zelfdodingsgedachten te keren. Uiteraard is de federale overheid mee verantwoordelijk, wat ook samenwerking met die overheid veronderstelt. Sprekers op de hoorzitting wijzen daarnaast terecht op de beperkte middelen. Zo vraagt Zorgnet Vlaanderen of het niet nodig is om prioriteiten te stellen in de nieuwe initiatieven om zo de continuïteit te verzekeren.

De doelstelling is ambitieus, maar bevat in tegenstelling tot vroeger geen subdoelstellingen, zoals een procentuele daling van het aantal depressies. De spreekster vraagt een verklaring. Gezien de verzaaiing van de geestelijke gezondheidszorg, is het momenteel niet mogelijk om elke patiënt, nadat het acute gevaar op zelfdoding geluwd is, onmiddellijk te begeleiden. Hoe zal de minister de opvolging garanderen? Misschien biedt artikel 107 van de Ziekenhuiswet over psychische aandoeningen mogelijkheden?

De netwerkgroepen voor ouderen zullen met hulp van gekwalificeerde vrijwilligers onder meer werken aan persoonlijke toekomstplanning. Het lid vraagt of toekomstplanning een goedgekozen term is, gezien de leeftijd van de doelgroep. Daarnaast informeert ze of de methode ook geschikt is voor dementerenden. Voorts is het haar niet duidelijk of er nog vrijwilligers voor gevonden zullen worden. Misschien is het goed daar ouderen voor aan te spreken, zij ondervinden de problemen immers aan den lijve.

Preventiecoaches zullen secundaire scholen helpen om een beleid voor geestelijke gezondheid op te zetten. Nu delen de coaches hun expertise via de CLB's en de pedagogische begeleidingsdiensten, maar het is het lid niet duidelijk of die zelf voldoende personeel hebben om de scholen op hun beurt te helpen. Zal het plan aandacht besteden aan pesten? Momenteel is de oplossing dat de gepeste van school verandert, wat de onmacht van zowel school als CLB aantoonst. Vormt een betere aanpak een onderdeel van het facettenbeleid?

Zelfhulpcomputerprogramma's voor depressieve jongeren zijn bereikbaar, goed en aangepast aan de leefwereld, maar de hulpverlening blijft anoniem. Het programma is goed voor een milde depressie, maar wat als de patiënt meer hulp nodig heeft? Hoe verloopt de doorverwijzing? De preventieprojecten voor risicogroepen, waarbij vroegtijdig ingrijpen en deskundigheidsbevordering van hulpverleners centraal staan, zijn belangrijk. Ook hier speelt artikel 107 van de Ziekenhuiswet waarbij patiënten zo mogelijk thuis begeleid worden. Hoe verloopt dat?

Volgens het plan worden heel wat instanties betrokken bij de communicatie, maar het lid vraagt waarom het OCMW niet vermeld wordt.

Voorts vraagt ze wie het communicatieplan zal opstellen en hoeveel middelen ervoor uitgetrokken worden. Wat is het tijdsplan? Ze vraagt ook naar de zin van de passage uit het actieplan dat de woordvoerder van de minister bij teksten in nieuwsbrieven moet betrokken worden.

Zich aansluitend bij de sprekers op de hoorzitting, uit mevrouw *Danielle Godderis-T'Jonck* namens haar fractie waardering voor dit beleid. Het actieplan moet een aanzet geven om de ambitieuze gezondheidsdoelstelling te halen. De inhoud en de kostenefficiëntie van de acties konden in de hoorzitting op algemene goedkeuring rekenen. N-VA is heel tevreden dat het project Fit in je Hoofd wordt uitgebreid, omdat het goed is dat mensen zelf actie kunnen ondernemen als ze zich niet goed in hun vel voelen. Zo nodig worden ze doorverwezen. E-hulpverlening past ook in de leefwereld van heel wat doelgroepen. Ook zorgactoren pleiten trouwens voor meer onlinehulpverlening.

Naast jongeren, zijn ook ouderen kwetsbaar. Vooral als ze vereenzamen, duiken zelfdodingsgedachten op. Netwerkgroepen kunnen dat tegengaan. N-VA ziet een belangrijke rol weggelegd voor lokale besturen. Sommige OCMW's hebben al, vaak succesvolle, projecten om de vereenzaming te bestrijden. Ook één toegangspoort, een duidelijke verzuchting op de gezondheidsconferentie, draagt de goedkeuring van N-VA weg. Het is allicht de meest verregaande ingreep van het actieplan, dat gelukkig de nodige middelen krijgt. Het is immers belangrijk dat mensen met zelfdodingsgedachten steeds weten waar ze terecht kunnen. Het portaal kan hen dan, zo nodig, doorverwijzen.

Een andere toegankelijke vorm van preventie is de postercampagne, die relatief weinig kost en relatief veel personen bereikt. Het vergroot ook de alertheid van de omgeving voor signalen die suïcidale personen uitzenden. Vroegdetectie is belangrijk, maar ketenzorg, die zorgcontinuïteit biedt, kan het effect van de behandeling maximaliseren. Een veelgehoorde kritiek is de gebrekkige aandacht die in het actieplan aan facettenbeleid besteed wordt. Hoe zal de minister de noodzakelijke samenwerking met andere beleidsdomeinen garanderen?

N-VA is tevreden met het actieplan. Het draagt kwaliteit en kwantiteit in zich en moet helpen om de gezondheidsdoelstelling op een kostenefficiënte manier te halen. N-VA hoopt dat de acties gerealiseerd worden en dat er voldoende middelen voor vrijgemaakt worden.

Ook voor mevrouw *Else De Wachter* leverde de hoorzitting interessante informatie op. Gebleken is ook dat het werkveld het plan steunt, wat een belangrijke succesfactor is. Dat het proces van gedachte naar daad op elk moment kan worden stopgezet, is een inzicht dat het lid sterk bijgebleven is. De sprekers trokken wel de aandacht op bepaalde punten, waarover het lid nog enkele vragen heeft.

Depressie, een belangrijke oorzaak van zelfdoding, wordt in het plan niet meer belicht. Kan dat nog wijzigen? In 90 percent van de gevallen is er een verband met een psychiatrische stoornis. Dat inzicht moet een leidraad zijn bij acties. Het plan is ambitieus, maar de sector dringt aan op aangepaste budgetten en realistische verwachtingen. De politieke wereld moet daarover waken.

Laagdrempelige acties zijn positief. De spreker heeft begrepen dat de risico's verspreid zijn over heel wat maatschappelijke groepen, maar dat jongeren en ouderen extra kwetsbaar zijn. Naast de digitale mogelijkheden, blijft zeker bij ouderen de netwerking cruciaal. Een belangrijke taak daarbij is weggelegd voor het lokaal sociaal beleid. OCMW's, thuiszorg en dergelijke komen immers gemakkelijkst in contact met de ouderen. Hoewel Welzijn de

initiator is van het plan, mag het zeker niet de enig betrokken partij zijn. Zal de minister informeren bij zijn collega's naar hun acties om dit actieplan uit te voeren, bijvoorbeeld op gebied van Werkgelegenheid, Onderwijs en Media.

Pesten blijft niet beperkt tot de school, het gebeurt ook in de vrije tijd en op het werk. Dat betekent dat ook op dit vlak meerdere ministers preventieacties kunnen nemen. Familie en nabestaanden werden voorheen vergeten. Ondertussen beseft iedereen hoe belangrijk het is dat ze niet alleen opgevangen worden, maar ook nadien goed begeleid. Tot slot betuigt mevrouw Else De Wachter namens naar fractie steun aan dit actieplan.

Mevrouw *Katrien Schryvers* sluit zich aan bij de algemene appreciatie voor het actieplan. Zelfdoding maar ook psychiatrische problemen grijpen sterk in op het maatschappelijke en familiale weefsel. Vooral voor kinderen is de impact groot. Terwijl ze machteloos zijn en zich ook zo voelen, riskeren zij toch stigmatisering. Zorgnet Vlaanderen mist in het actieplan aandacht voor KOPP. Hoewel er ondertussen het Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg is, pleit het lid voor voldoende aandacht voor die kinderen, toch nog altijd een risicogroep.

Nabestaanden vergen een specifieke aanpak, niet alleen als risicogroep maar ook als slachtoffers. De minister van Justitie zou nieuwe richtlijnen uitgevaardigd hebben over de omgang met slachtoffers van misdrijven. Nabestaanden verdienen ook een specifieke aanpak.

Omdat anorexia nervosa de hoogste suïcideratio van alle psychiatrische stoornissen heeft, trekt het lid voorts de aandacht van de minister op de resolutie betreffende een sensibiliserend en ondersteunend beleid rond eetstoornissen (*Parl. St.* VI.Parl. 2010-11, nr. 1006/3), en vraagt hem na te gaan of de acties, ook buiten zijn bevoegdheidsdomein, wel degelijk uitgevoerd worden. Aansluitend vraagt ze naar cijfers over zelfdoding bij anorexiapatiënten. Tot slot benadrukt mevrouw Katrien Schryvers dat het suïcidepreventiebeleid lokaal verankerd en gesteund moet zijn. Dat kan nog beter, zeker op vlak van beeldvorming en sensibilisering. Misschien kan de minister ervoor zorgen dat goede praktijken uitgewisseld worden.

Minister *Jo Vandeurzen* ziet in de hoorzitting het bewijs dat de actoren betrokken zijn bij het actieplan, alsook dat ze bereid zijn aan de uitvoering ervan mee te werken. Het klopt dat een goede curatieve begeleiding preventief werkt, maar ruimere preventie blijft zeker nodig. Preventie kan niet beperkt blijven tot een vlot toegankelijke geestelijke gezondheidszorg. Uiteraard blijft dat ook een wezenlijk facet. In het begin van de regeerperiode heeft de minister het beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen (*Parl. St.* VI.Parl. 2010-11, nr. 1004/1) opgesteld waardoor er voortdurend geïnvesteerd wordt in de capaciteit van de cgg's en gewerkt wordt aan de toegankelijkheid. Dat betekent ook dat de overheid volop haar schouders zet onder het project 107 met een voorkeur voor snelle begeleiding thuis. Het klopt dat bij dergelijke behandelingen nog meer aandacht kan worden besteed aan suïciderisico's en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

De aandacht voor het facettenbeleid en de vraag van de SAR WGG om een brede visie zijn terecht. Net daarom wordt zwaar ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg. De netwerking voor ouderen past daarin. Ouderen zullen onder meer gestimuleerd worden om toekomstplannen te maken. De mobilisering van senioren kan het suïciderisico doen dalen. De minister stelt hoge verwachtingen in dat initiatief.

Het is inderdaad nodig dat de minister van Welzijn de andere ministers er attent op maakt dat ze betrokken zijn bij het succes van deze strategieën. Met een aantal sectoren heeft Welzijn veel contact, zoals met Onderwijs over pesten. De preventiecoaches werken vooral voor Onderwijs, maar het is de bedoeling dat de CLB's stilaan zelf de kennis zich eigen

maken zodat de coaches hun aandacht op een ander domein kunnen richten, bijvoorbeeld de werkplek. De regio's kunnen eigen accenten leggen. De minister illustreert dat met het project Boeren op een Kruispunt, dat zich specifiek richt tot landbouwers in West-Vlaanderen. Een voorbeeld van zowel het facettenbeleid als de regionale aanpak.

SPARX wordt omgezet in een Vlaamse versie, en daarbij zal zeker oog zijn voor een goede doorverwijzing. Andere initiatieven voor jongeren zijn de website, de preventiecoaches en de chatfaciliteiten. Daarnaast worden spoedgevallendiensten opgeleid in omgaan met jongeren die een suïcidepoging achter de rug hebben. De minister beaamt dat OCMW's een rol spelen bij de communicatie. Hij zal rekening houden met de suggestie daarover. De lokale verankering is belangrijk. De Logo's zijn echter sterk betrokken en nemen de contacten met de lokale besturen voor hun rekening.

Kleinere communicatieacties van alle actoren over allerhande preventiecomponenten zijn er al. De minister denkt dat er vooral moet geïnvesteerd worden in de algemene herkenbaarheid van de campagnes. Als teksten verwijzen naar de minister of zijn goedkeuring pretenderen, is het nodig dat het kabinet ze vooraf inziet, in andere gevallen niet. Dan volstaan de algemeen geldende richtlijnen.

Omdat de subdoelstellingen niet altijd eenduidig te beschrijven waren, is de voorkeur gegeven aan één duidelijke doelstelling. Depressie is niet vernoemd uit schrik dat het de focus zou verengen. Depressie hangt immers vaak samen met andere problemen, zoals bijvoorbeeld schizofrenie, werkloosheid of verslaving.

Voor 2013 staan als eerste de portaalsite, de poster, en specifiek voor jongeren de preventiecoaches en SPARX op de agenda, daarnaast worden bestaande acties gecontinueerd of uitgebreid. Gaandeweg zullen ook de andere facetten van het plan uitgevoerd worden, natuurlijk afhankelijk van de begroting.

Omdat het KOPP-project geen positieve beoordeling kreeg, worden de kinderen nu begeleid onder verantwoordelijkheid van het Familieplatform. Dat het werkterrein van VDIP breder wordt, wil niet zeggen dat de oorspronkelijke doelgroep geen aandacht meer krijgt. De werking wordt wel beperkt tot preventie en vroeginterventie. De hulpverlening daarna neemt de reguliere zorg over. In een nota zijn alle initiatieven tegen pesten van de Vlaamse Regering opgesomd, het is een indrukwekkende lijst. Niet alle acties staan vermeld in het suïcideplan.

III. STEMMING

De gezondheidsdoelstelling 'Preventie van suïcide' wordt unaniem door de acht aanwezige leden goedgekeurd.

Katrien SCHRYVERS,
voorzitter,

Danielle GODDERIS-T'JONCK
Peter GYSBRECHTS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

ASPHA	Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
DAGG	Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
KIPEO	Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (kinder- en jongerenversie)
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen
Logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
paaz	psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
SAR WGG	Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid
VDIP	Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) Stoornissen