



Vlaams  
Parlement

stuk **1814** (2012-2013) – Nr. 2  
ingediend op 22 januari 2013 (2012-2013)

## Nota van de Vlaamse Regering

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

## Hoorzitting

## 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

## INHOUD

|      |                                                                                                          |    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I.   | Uiteenzetting door mevrouw Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding.....          | 5  |
| 1.   | Centrum ter Preventie van Zelfdoding.....                                                                | 5  |
| 2.   | De gezondheidsdoelstelling en het actieplan .....                                                        | 5  |
| 3.   | Strategieën en acties – laagdrempelige telefonische hulp en onlinehulp .....                             | 6  |
| 4.   | Overige strategieën en acties .....                                                                      | 7  |
| 5.   | Besluit.....                                                                                             | 7  |
| II.  | Uiteenzetting door mevrouw Lynn Delfosse, coördinator Werkgroep Verder .....                             | 7  |
| 1.   | Werkgroep Verder.....                                                                                    | 7  |
| 2.   | Reflecties over de gezondheidsdoelstelling en het actieplan .....                                        | 8  |
| 3.   | Besluit.....                                                                                             | 9  |
| III. | Vragen van de leden.....                                                                                 | 10 |
| IV.  | Uiteenzetting door prof. dr. Lieven Annemans, gezondheidseconoom UGent .....                             | 14 |
| 1.   | Doelstelling van een gezondheids(zorg)beleid .....                                                       | 14 |
| 2.   | Doelstelling van dit project .....                                                                       | 14 |
| 3.   | Kosteneffectiviteit? .....                                                                               | 14 |
| 4.   | Waar ligt de maatschappelijke drempel? .....                                                             | 15 |
| 5.   | Internationale voorbeelden .....                                                                         | 15 |
| 6.   | Maatschappelijk perspectief .....                                                                        | 15 |
| 7.   | Besliskundig model.....                                                                                  | 15 |
| 8.   | Noodzakelijke data .....                                                                                 | 15 |
| 9.   | Overzicht inputdata .....                                                                                | 16 |
| 10.  | Resultaten: kost per QALY .....                                                                          | 16 |
| 11.  | Kost per QALY op populatieniveau.....                                                                    | 16 |
| 12.  | Conclusies en bedenkingen .....                                                                          | 16 |
| V.   | Uiteenzetting door de heer Gie Deboutte, voorzitter van het Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten ..... | 17 |
| 1.   | Pesten in cijfers .....                                                                                  | 17 |
| 2.   | Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten.....                                                              | 17 |
| 3.   | Algemene bespreking.....                                                                                 | 17 |
| 4.   | Analyse van de strategieën en de acties .....                                                            | 18 |
| 5.   | Universele, specifieke en geïndiceerde preventie .....                                                   | 18 |
| 6.   | Bedenkingen .....                                                                                        | 18 |
| 6.1. | Pleidooi voor een integraler preventiekader .....                                                        | 18 |
| 6.2. | Universele preventie moet sterker.....                                                                   | 18 |

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.3. Pesten ontsnapt aan de analyse .....                                                                           | 19 |
| 6.4. Vroegdetectie koppelen aan facettenbeleid .....                                                                | 19 |
| 7. SPARX.....                                                                                                       | 19 |
| VI. Vragen van de leden.....                                                                                        | 19 |
| VII. Uiteenzetting door de heer Jan Van Speybroeck, directeur Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid (VVGG)..... | 20 |
| 1. Voorstelling VVGG .....                                                                                          | 20 |
| 2. Europees Pact voor Geestelijke Gezondheid en Welzijn.....                                                        | 21 |
| 3. Gezondheidsdoelstelling en Vlaams actieplan.....                                                                 | 21 |
| VIII. Uiteenzetting door mevrouw Ann Moens, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg, Zorgnet Vlaanderen .....    | 22 |
| 1. Uitgangspunten .....                                                                                             | 22 |
| 2. Algemene appreciatie.....                                                                                        | 22 |
| 3. Opmerkingen.....                                                                                                 | 23 |
| 4. Randvoorwaarden zijn sleutelfactoren.....                                                                        | 24 |
| IX. Vragen van de leden.....                                                                                        | 25 |
| Gebruikte afkortingen .....                                                                                         | 26 |

Op woensdag 9 januari 2013 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid een hoorzitting over de Gezondheidsdoelstelling ‘Preventie van zelfdoding’ en het Vlaams actieplan 2012-2020. Gehoord werden mevrouw Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding, mevrouw Lynn Delfosse, coördinator Werkgroep Verder en mevrouw Veerle Stevens, adjunct-directeur CGG PassAnt, prof. dr. Lieven Annemans, gezondheidseconoom UGent, de heer Gie Deboutte, voorzitter Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten, de heer Jan Van Speybroeck, directeur Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid en mevrouw Ann Moens, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg, Zorgnet Vlaanderen.

## **I. UITEENZETTING DOOR MEVROUW KIRSTEN PAUWELS, DIRECTEUR CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFDODING**

### **1. Centrum ter Preventie van Zelfdoding**

Mevrouw *Kirsten Pauwels* linkt het CPZ aan de Zelfmoordlijn die meest bekendheid geniet, maar slechts één van drie diensten uitmaakt die door het CPZ worden aangeboden. De Zelfmoordlijn is gratis en anoniem, telefonisch bereikbaar en via chat, en is 24 uur op 24 beschikbaar. Het CPZ bestaat voorts uit een studiedienst en een vormingsdienst. De studiedienst analyseert de gesprekken van de Zelfmoordlijn voortdurend. Bovendien wordt geprobeerd om de kennis over laagdrempelige telezorg op een begrijpelijke manier naar de samenleving te brengen. De vormingsdienst staat in voor de vorming en opleiding van de eigen mensen, de vrijwilligers en externen. Ze leren welke de signalen zijn van suïcidaal gedrag. Sinds 1 januari 2012 is het CPZ erkend als organisatie met terreinwerking op het vlak van suïcidepreventie door telezorg. De spreekster stelt blij te zijn met de rol die de organisatie toebedeeld kreeg.

Het CPZ volgt de wetenschappelijk onderbouwde definitie van zelfdoding die ook in het actieplan is opgenomen en die in Vlaanderen algemeen gehanteerd wordt. Zelfdoding is altijd het resultaat van een complex samenspel van factoren: de afwezigheid van beschermende factoren, de aanwezigheid van risicofactoren, drempelverlagende factoren en/of uitlokkende factoren.

In het kader van suïcidepreventie stoelt de aanpak van het CPZ op drie basisprincipes. In eerste instantie gaat suïcide steeds om een proces van gedachte naar daad, dat te allen tijde nog gestopt kan worden. Er is een weg terug. Impulsieve zelfdodingen zijn uitzonderlijk. De wens om te sterven is voorts ook sterk verbonden met de wens om te leven: mensen blijven derhalve sterk ambivalent tot het laatste ogenblik. Tot slot blijft de behoefte aan contact ook in crisismomenten aanwezig.

De grote meerderheid van wie in contact treedt met de Zelfmoordlijn blijkt in het suïcidaal proces al vrij ver tot ver gevorderd. Dat impliceert dat de betrokkenen al lang tot heel lang, zelfs meer dan een jaar, aan zelfdoding denken en vaak al een poging hebben ondernomen. Dat alles bevindt zich binnen de marges van de geïndiceerde preventie. Het actieplan vertrekt vanuit het USI-model. Dat behelst de verschillende groepen die zich al in het suïcidaal proces bevinden en al daaraan gekoppeld gedrag vertonen. De werking van de Zelfmoordlijn en het CPZ focust vooral op die geïndiceerde preventie.

### **2. De gezondheidsdoelstelling en het actieplan**

Het CPZ is nauw betrokken bij de voorbereiding van de gezondheidsconferentie. De gezondheidsdoelstelling en het actieplan genieten de volle steun van het CPZ. De beoogde daling met 20 percent is nauwgezet berekend. Het is een gezonde maar ambitieuze doelstelling die niet eenvoudig realiseerbaar is. Op heel wat factoren heeft men geen vat, bijvoorbeeld de evolutie van de maatschappij. Toch is het belangrijk een doelstelling af te

bakenen om de focus te bewaren. Alles wat rond suïcidepreventie gebeurt, mag evenwel niet verengd worden tot het zelfdodingscijfer. Heel wat positieve inspanningen inzake suïcidepreventie zijn niet zichtbaar in de cijfers van een zo complex fenomeen. Iedereen wil uiteraard graag het doel van 20 percent halen, gezien het hoge suïdecijfer in Vlaanderen.

Een grote verdienste is dat het actieplan uitgaat van een integrale benadering van de suïcideproblematiek met het USI-model als basis. Die verschillende facetten mogen niet van elkaar geïsoleerd worden, ook al werken verschillende organisaties binnen de marges van bepaalde onderdelen van de preventie. Positief is dat het actieplan de drie niveaus evenwichtig combineert. Zo krijgt ook de brede bevolking, die potentieel geestelijk in de problemen kan komen, aandacht naast iedereen die al in het suïcidale proces zit. Mevrouw Kirsten Pauwels pleit ervoor het actieplan integraal te houden.

Het plan omvat een veelheid aan risicogroepen. Voor de spreekster is het essentieel daarin prioriteiten te stellen en gericht acties op te zetten. Zo wordt het een breed gedragen actieplan dat ook een zo breed mogelijke toepassing vindt. Het actieplan vormt een coherent geheel, met acties die elkaar versterken. De combinatie van wat gebeurt, gekoppeld aan deskundigheidsbevordering, kan allicht tot nog betere resultaten leiden. Het CPZ pleit voor een duurzaam beleid, voor duidelijke acties die niet louter op korte termijn iets opleveren. De randvoorwaarden die aan het einde van het actieplan zijn opgenomen, vormen basisvoorwaarden waarop het actieplan verder moet bouwen.

### **3. Strategieën en acties – laagdrempelige telefonische hulp en onlinehulp**

Het CPZ is blij dat in eerste instantie de laagdrempelige telefonische hulp en onlinehulp is opgenomen als één van de schakels van geïndiceerde suïcidepreventie in het kader van de strategieën en acties. Het blijft essentieel dat ook de andere actoren en de zorgverlening paraat zijn. Het CPZ spreekt mensen in een crisissituatie doorgaans maar één keer.

Het CPZ is verheugd dat de Vlaamse overheid er in de beheersovereenkomst voor heeft geopteerd om in het kader van de laagdrempelige telezorg een specifiek aanbod te organiseren voor suïcide. Rond zelfdoding heerst nog altijd een taboe. Niemand spreekt er gemakkelijk over. Het CPZ bereikt met de Zelfmoordlijn heel wat mensen die nog nooit over hun problemen gepraat hebben. Ze weten met welk doel de Zelfmoordlijn is opgezet en nemen die drempel dan ook vrij snel. De vrijwilligers zijn erop getraind om zo snel mogelijk en op een veilige manier over het thema te praten.

Het nieuwe actieplan opteert voor één centrale toegangspoort voor suïcidepreventie. Dat voorstel komt tegemoet aan een aantal behoeften die ook binnen het CPZ gedetecteerd worden. Zo is één herkenbaar aanspreekpunt voor suïcide nodig en een versterking van het onlineaanbod. Op de chat is de vraag veel groter dan het aanbod, en chatten is veel tijdsintensiever. Mensen gaan online veel gemakkelijker het gesprek aan: de drempel is nog lager, vooral voor jongeren en wie een nog ernstiger problematiek wil bespreken. De keuze voor een versterkt onlineaanbod vindt het CPZ zeer positief, vooral ten aanzien van de groep voor wie face-to-facehulpverlening nog te moeilijk is. Ook de explicitering van de aansluiting met de zorg, is voor het CPZ een positieve stap. Het maakt doorverwijzing van wie hulp wenst, gemakkelijker.

De toegangspoort kan er voorts voor zorgen dat de verschillende actoren beter op elkaar worden afgestemd, meent mevrouw Kirsten Pauwels. Het CPZ is zeker bereid om mee na te denken over hoe het kader en de concrete werking nog beter kunnen verlopen. De toegangspoort behelst een gigantische actie waarover al heel wat overleg is gepleegd. Er worden ook politieke keuzes verwacht en duidelijkheid over rolverdeling, focus en status. De toegangspoort heeft de grootste kans op slagen als ze als geheel geïmplementeerd kan worden. Mevrouw Kirsten Pauwels pleit er nogmaals voor de focus duidelijk op suïcide-

preventie te leggen. Mensen voelen zich dan aangesproken en vinden gemakkelijker de weg als dat nodig is.

De bestaande expertise en bekendheid dient maximaal benut: de puzzel van organisaties die al jaren met een klein stukje van de toegangspoort bezig zijn, moet optimaal samengevoegd worden om een meerwaarde en extra capaciteit te creëren.

Het zal daarnaast zaak zijn om het geheel beheersbaar te houden, met het oog op de toch veelomvattende acties die in het actieplan zijn opgenomen. De aansluiting met de zorg is cruciaal en dan vooral het feit dat mensen met een suïcidaal probleem op korte termijn geholpen kunnen worden.

#### **4. Overige strategieën en acties**

Bij de andere strategieën en acties staat de spreekster slechts kort stil. Aandacht voor ouderen lijkt haar vanzelfsprekend. De doelgroep waarbij suïcide het meest voorkomt, oudere mannen, was in het vorige actieplan niet geëxpliciteerd. Waar de Zelfmoordlijn vrij goed mensen bereikt, blijkt dat bij ouderen moeilijker. Ze praten veel moeilijker over psychische problemen. Een nieuwe aanpak om met ouderen te werken aan suïcidaliteit, lijkt dus positief.

Deskundigheidsbevordering is een blijver in het nieuwe actieplan. Het vormt een van de meest efficiënte strategieën inzake suïcidepreventie. Mensen uit allerlei omgevingen worden erbij betrokken: leerkrachten, bedrijfsmensen, mensen uit de gezondheidszorg enzovoort. Kern is het herkennen van signalen en hoe daarmee om te gaan. Vervolgens is er nog de link met de zorg en het doelgericht doorverwijzen naar die zorg.

In het kader van de multidisciplinaire richtlijn en ketenzorg worden twee acties voorgesteld. Volgens de spreekster vormt dat eigenlijk het fundament: richtlijnen voor signaalherkenning naast een aanpak die er door middel van ketenzorg voor zorgt dat iedereen op een vloeiende manier van de ene naar de andere zorg doorstroomt.

#### **5. Besluit**

Het actieplan biedt een kader en een kapstok voor wat voor mevrouw Kirsten Pauwels een grote prioriteit kan en mag worden in de volgende jaren. Het is ambitieus en er moet over gewaakt dat de focus behouden blijft. Fasering in de uitvoering is nodig net als een duidelijk kader. Er moet worden voortgebouwd op wat al gerealiseerd is.

## **II. UITEENZETTING DOOR MEVROUW LYNN DELFOSSE, COÖRDINATOR WERKGROEP VERDER**

### **1. Werkgroep Verder**

Mevrouw *Lynn Delfosse* legt uit dat de Werkgroep Verder als lid van het consortium eveneens nauw betrokken was bij de voorbereiding. Werkgroep Verder focust op wat het plan inhoudt voor de zorg voor nabestaanden.

Werkgroep Verder is een organisatie met terreinwerking die zich inzet voor nabestaanden na zelfdoding door het organiseren en coördineren van activiteiten voor nabestaanden. De focus ligt daarbij op lotgenotencontact. Samenbrengen van mensen die hetzelfde hebben meegemaakt, moet rechtstreeks en onrechtstreeks het sociaal netwerk van nabestaanden vergroten. Een goed en steunend sociaal netwerk is een beschermende factor in het kader van preventie van zelfdoding. Nabestaanden vormen een risicogroep. De suïcide van een naaste verhoogt de kans op een gecompliceerd rouwproces en op besmettingsgevaar, wat

de kans om ook door suïcide te overlijden doet toenemen. Postventie is een vorm van preventie en dat verantwoordt de aanwezigheid van de Werkgroep Verder.

Werkgroep Verder zet in op zorg voor nabestaanden door middel van activiteiten voor lotgenoten en (online)lotgenotencontact, door informatie en advies aan individuen, professionals en bedrijven die vragen hebben over postventie, door advies en vorming voor hulpverleners en politie, en door sensibilisering en vorming van de media over de media-richtlijnen inzake zelfdoding.

## **2. Reflecties over de gezondheidsdoelstelling en het actieplan**

In welke mate laat het nieuwe actieplan Werkgroep Verder toe de kernactiviteiten voort te zetten? En wat zijn de sterktes en zwaktes van het plan?

Eerste sterk punt is de korte en doelgerichte gezondheidsdoelstelling. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen drie subgroepen: het aantal suïcidepogingen, het aantal suïcidale ideaties en het aantal depressies. De meetbaarheid van de gezondheidsdoelstelling biedt mogelijkheden inzake evaluatie.

Tweede sterkte zijn de solide fundamenten van het actieplan. Wetenschappelijke gronden worden gecombineerd met de noden en ervaringen uit het werkveld. Dat biedt het grote voordeel dat er ingezet wordt op werkzame elementen die suïcide kunnen voorkomen. Bovendien sluiten die elementen aan op de noden van professionals en nabestaanden. Het intensieve consultatieproces dat eraan voorafging heeft geleid tot een degelijk actieplan dat de absolute steun van Werkgroep Verder geniet. Dat actieplan bevat ook de belangrijkste methodieken die nodig zijn om afdoende nazorg te kunnen bieden aan nabestaanden: lotgenotencontact, mediarijchlijnen en deskundigheidsbevordering waar mensen vaardigheden aanleren om met suïcidale mensen om te gaan.

Derde positief punt is het innovatieve karakter van het actieplan, dat duidelijk de kaart trekt van e-mentalhealth. Er is sprake van één toegangspoort voor preventie en er worden onlineprogramma's en -modules ontwikkeld voor specifieke doelgroepen. Werkgroep Verder heeft ervaring met onlinetools voor hulpverlening, onder meer met de onlinegespreksgroep en het forum. Het concept van een portaalsite spreekt aan, in de mate dat de samenwerking tussen partners er wordt benadrukt, maar er geen overlapping is met sites van die organisaties. Het doel van een portaalsite is mensen naar de juiste site en hulp leiden op een eenvoudige manier. De identiteit van de diverse terreinorganisaties moet ook online voldoende zichtbaar gemaakt worden, zodat de implementatie gelijkvormig kan verlopen en de bestaande herkenbaarheid optimaal benut wordt. Versnippering van de sites leidt voor nabestaanden alleen maar tot verwarring.

Het actieplan maakt tevens een punt van een onlinegame voor jongeren dat op hun leefwereld aansluit. Werkgroep Verder gelooft sterk in onlinehulpverlening. De kennis over de reguliere hulpverlening is vaak te beperkt of taboe. E-mentalhealth biedt de mogelijkheid om los van plaats en tijd, en bovendien anoniem een extra aanbod voor te leggen en is derhalve een zinvolle aanvulling.

Diverse programma's van het actieplan zijn al ingevuld. Zo is er het zelfhulpcomputerprogramma voor depressieve jongeren SPARX, en de zelfhulpcursus Leven onder Controle. Wat nog ontbreekt, zijn voorstellen voor een onlineaanbod voor nabestaanden. De evaluatie van het forum door het Nederlandse Trimbos-insituut is bijna afgerond. Dat is met externe middelen gefinancierd. Uit de voorlopige resultaten kan wel al opgemaakt worden dat aanvulling van het forum met een educatief programma voor nabestaanden wenselijk is. Het bestaande actieplan biedt in die zin weinig mogelijkheden. Het budget van Werkgroep Verder bedraagt 107.500 euro, en laat evenmin ruimte voor nieuwe initiatieven.

Hoewel er geregeld melding wordt gemaakt van ruimte voor nieuwe acties in de volgende jaren, blijft het onduidelijk hoe die georganiseerd en gefinancierd kunnen worden. Werkgroep Verder vreest daarom dat een onlineaanbod voor nabestaanden uit de boot valt en vraagt daarvoor aandacht en ruimte.

Werkgroep Verder is eind november 2012 gevraagd om de opvang van nabestaanden te verzorgen voor Nederlandstalige expats die werken aan een Europese school in Italië. Een postventie-aanbod ontbreekt er omdat alle hulp in het Italiaans verloopt. De vraag is hoe deze nieuwe vraag bij het nieuwe actieplan aansluit.

In de paragraaf over de portaalsite is voorts ook sprake van de consultdesk die bedoeld is voor professionelen. Zij krijgen er telefonisch of via e-mail advies over screening en begeleiding van suïcidale mensen. Werkgroep Verder staat achter die methodiek die de eerstelijnsdeskundigheid bevordert. Het advies is kort, snel en op maat van de cliënt. In Vlaams-Brabant wordt eerstdaags met een consultdesk voor geestelijke gezondheid gestart omdat de eerstelijnszorg met vele vragen kampt en vragende partij is voor kort en toegepast advies. De methode lijkt Werkgroep Verder bij uitstek geschikt voor suïcidepre- en postventie.

Wat het actieplan nog meer aanbrengt, zijn aanbevelingen voor suïcidepreventie. Het doel is de kennis en vaardigheden verder te ontwikkelen, onder meer voor onderwijsactoren en bedrijven. De aanbevelingen worden opengetrokken naar alle actoren op de nulde, eerste en tweede lijn. Dat moet de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de actoren aanspreken. Het is een krachtig standpunt dat de vermaatschappelijking van de zorg in de hand werkt. In de aanbevelingen merkt Werkgroep Verder ook aandacht op voor de noden van nabestaanden.

Het actieplan hecht ook veel belang aan ketenzorg. Het doel daarvan is het ontwikkelen en verspreiden van een kwalitatief model voor ketenzorg bij suïcidaliteit, waardoor de zorgprocessen voor suïcidale personen naadloos op elkaar aansluiten. De actie is ontstaan vanuit een gebrek aan continuïteit in de zorg voor suïcidale personen, met als oorzaak het gebrek aan sluitende afspraken tussen zorgpartners. Dat de bestaande zorgactoren, zowel op de eerste als op de tweede lijn, met een ernstig capaciteitstekort kampen om op vrij korte termijn met therapie te kunnen starten voor suïcidale personen en nabestaanden, is als argument niet in het actieplan overgenomen. Die capaciteitsproblemen zullen een knelpunt blijven als er niet verder over nagedacht wordt, wat uiteindelijk een vlotte ketenzorg zal belemmeren ondanks goede afspraken.

Het actieplan vermeldt ook randvoorwaarden om het beleid te laten slagen. Het facettenbeleid maakt daarvan deel uit en is belangrijk voor Werkgroep Verder. Het legt te weinig nadruk op contacten met het Vlaamse mediabeleid. Werkgroep Verder heeft in 2008 mediarichtlijnen ontwikkeld om de berichtgeving over zelfdoding in goede banen te leiden en copycat te voorkomen. Om het effect te maximaliseren is een correcte implementatie van de richtlijnen essentieel. Werkgroep Verder draagt vooralsnog de implementatie in samenwerking met onder meer het CPZ en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. De mediasector wordt aangesproken door Werkgroep Verder, maar het draagvlak kan er sterk vergroot worden als het mediabeleid zelf het belang van de richtlijnen zou onderstrepen. Eventueel kunnen er extra middelen uitgetrokken worden om opleiding en sensibilisering te organiseren voor het mediawerkveld. Dat veronderstelt allicht nog overleg met de bevoegde minister.

### 3. Besluit

Het actieplan is sterk en geniet de steun van Werkgroep Verder. Tegelijk leeft de hoop dat er voldoende ruimte blijft voor nieuwe initiatieven, en dat over de kwaliteit van de

implementatie gewaakt wordt. Ook op de aansluiting bij wat reeds bestaat, moet toegezien worden. Ten slotte benadrukt Werkgroep Verder het belang van een ruim facettenbeleid waarin de media vervat zitten.

### III. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw *Danielle Godderis-T'Jonck* wil weten hoe de personeelsbezetting van het CPZ eruit ziet. Hoe is de verhouding tussen vaste krachten en vrijwilligers? Wordt er per provincie gewerkt? Worden de vrijwilligers gescreend en is er ook regelmatig bijscholing voor die mensen?

Mevrouw *Vera Jans* hoort van mevrouw Pauwels graag of ze, behalve de plaats van ouderen in het actieplan, nog andere bevindingen kan meegeven uit de vergelijking tussen het oude actieplan en het nieuwe.

Huisartsen zijn een belangrijke schakel in het geheel. In welke mate wordt gebruikgemaakt van ASPHA? Hoeveel huisartsen werken eraan mee? Hoe loopt dat project?

De toegangspoort vindt mevrouw Vera Jans een zinvol concept al heeft ze bedenkingen bij de term zelf. De ketenzorg is uiterst belangrijk. Het lid vraagt naar voorbeelden van belangrijke ketens. Mevrouw Vera Jans krijgt graag toelichting bij de verhouding tussen Werkgroep Verder en CGG PassAnt.

Onlinehulpverlening is een succes, maar er is meer nodig dan actief luisteren, zo luidt het. Hoe zit het met de vorming, evaluatie en het aantrekken van vrijwilligers? Afsluitend vraagt de spreker nadere duiding over het verhaal van de expats.

Voor mevrouw *Else De Wachter* is het idee dat het proces van gedachte naar daad op elk moment kan worden stopgezet, de kern van het hele verhaal en van het plan. Hoe en waar kan het proces het best worden stopgezet? En hoe speelt men daarop op de juiste manier in ten overstaan van de hele bevolking? Kunnen de lokale besturen daarin een centrale rol opnemen? Welke bevoegdheden zijn op dat niveau van belang?

De grote verscheidenheid van doelgroepen is volgens het lid in tegenstrijd met de online-aanpak. Enerzijds is het van belang dat de vrijwilligers en de professionele medewerkers daarmee kunnen omspringen, aangezien dat snel ontwikkelt. Anderzijds is er waakzaamheid geboden voor de zogenaamde digitale kloof, vooral bij onder meer ouderen. Hoe gaat men met die digitale kloof om bij personeel en doelgroepen?

Mevrouw Else De Wachter sluit zich aan bij de vragen over de expats en de ketenzorg. Hoe moet ketenzorg in de toekomst geconcipieerd worden?

Mevrouw *Vera Van der Borgh* vraagt naar de verschillen tussen de aanpak van suïcidepreventie in Vlaanderen en die van de omliggende landen. Is er een verschil in aanpak tussen het bestaande en het nieuwe plan naar aanleiding van die cijfers? Het lid sluit zich aan bij de vragen over de ketenzorg.

Werkgroep Verder richt zich tot nabestaanden. Het lid is verontrust over het feit dat de middelen dermate beperkt zijn dat de verdere ondersteuning van die groep in het gedrang zou komen. Ook dat er in het nieuwe actieplan geen specifieke acties zijn opgenomen ten aanzien van nabestaanden, wekt onrust. Afsluitend vraagt de spreker of en hoe Werkgroep Verder het actieplan wil bijsturen.

Het intrigeert mevrouw *Katrien Schryvers* dat het CPZ nog altijd het begrip 'Zelfmoordlijn' hanteert, ondanks het feit dat in de zelf ontwikkelde mediarijchlijnen duidelijk wordt

aangegeven dat niet over ‘zelfmoord’ maar wel over ‘zelfdoding’ verslag moet worden uitgebracht. Ligt dat aan de bekendheidsgraad van het concept als dusdanig?

Mevrouw *Kirsten Pauwels* legt uit dat binnen het CPZ de Zelfmoordlijn bemand wordt door vrijwilligers. Er is een professionele staf van 5,7 voltijdsequivalenten. Ongeveer de helft daarvan biedt ondersteuning aan de vrijwilligers, leidt ze op, begeleidt en screent ze. Een aantal andere medewerkers staat in voor deskundigheidsbevordering, studie en onderzoek, communicatie, al staat het gros ook ten dienste van die Zelfmoordlijn.

Er zijn 85 vrijwilligers actief bij de Zelfmoordlijn. Ze worden door het CPZ zelf aangevraagd en moeten een zwaar traject doorlopen. Er is een intensieve screening. Per 100 aanmeldingen gaat er een twintigtal effectief aan de slag. Het gaat erom met mensen in uiterst acute crisissituaties gesprek na gesprek te voeren. Dat vraagt een enorme veerkracht. Hun achtergrond wordt minutieus onderzocht, waarna een intensieve opleiding wordt opgestart. Naast een theoretisch kader, krijgen ze vooral praktijkoefeningen voorgeschoteld. Eenmaal opgeleid, worden ze in een eerste fase begeleid door een ervaren vrijwilliger. Elke vrijwilliger wordt continu gevolgd. Dagelijks gaat een van de medewerkers alle verslagen van de voorafgaande 24 uur na en neemt contact op met vrijwilligers die mogelijk met moeilijke gesprekken geconfronteerd werden. Om complexe gesprekken op te vangen is ook steeds iemand van het personeel ter beschikking, dag en nacht. Voor de vrijwilligers wordt minstens een tweemaandelijks supervisie georganiseerd. Ze komen samen met een begeleider om te bespreken wat moeilijk is verlopen of bevonden wordt, voor permanente vorming en dergelijke. Het is een veelomvattend concept.

Het is de ambitie om alsmaar meer gesprekken aan te gaan. De druk is heel hoog om met het kleine professionele personeelsbestand al die vrijwilligers degelijk op te volgen. De vrijwilligers zijn het kapitaal van de organisatie en het vergt heel wat extra inspanning van de betrokkenen om die kerntaak naar behoren te vervullen. Er zijn ook niet alleen psychologen in dienst. Iedereen kan in principe vrijwilliger worden bij de dienst, zolang hij of zij over de juiste vaardigheden en veerkracht beschikt. Vrijwilligers brengen een andere dynamiek in beweging dan wanneer oproepers weten dat er professionele hulpverleners aan de andere kant van de lijn zitten. Een beller of chatter praat gemakkelijker met een vrijwilliger dan met een psycholoog.

Het eerste actieplan is uitgebreid geëvalueerd. Aan het einde van de looptijd is een aantal organisaties als organisaties met terreinwerking erkend. Dat vloeiende voort uit de evaluatie. Na enige tijd werd duidelijk dat bepaalde zaken niet echt goed liepen. Wat voortgezet moest worden, is ook voortgezet, en waar nodig zijn er verschuivingen gebeurd. Zo was er in het eerste actieplan in het kader van de universele preventie heel wat aandacht voor Fit in je Hoofd, een programma om de veerkracht van mensen te versterken. Dat bleek prima als programma, maar de sociale component, de aansluiting, ontbrak volkomen. Dat is in het tweede actieplan wel opgenomen.

De doelgroep van de ouderen krijgt meer focus. Aan bepaalde doelgroepen moet blijvend aandacht besteed worden. Jongeren zijn de toekomst en blijven belangrijk. Algemeen kan uiteindelijk iedereen met suïcidaal gedrag te maken krijgen.

Om het proces van gedachte naar daad te stoppen wordt best zo vroeg mogelijk ingegrepen. Hoe steviger de basis van de beschermende factoren is, hoe sterker de veerkracht ook fundamenteel wordt. Daar zit men nog in het universele preventiekader. Ook bij mensen die al verder in het suïcidale proces zitten, is het zaak van zo vroeg mogelijk in te grijpen. Als iemand op het punt staat de daad te stellen, dan is een reactief ingrijpen noodzakelijk. Hoe meer mensen in een vroeg stadium geholpen kunnen worden, hoe beter.

De aanpak moet in het onderwijs aan bod komen, maar niet alleen daar. Vlaanderen kampt met een taboe over het bespreekbaar maken van geestelijke gezondheidsproblemen. Dat speelt zich net zo goed thuis af, als op straat en op het werk.

De aanpak in Vlaanderen is niet fundamenteel anders dan in het buitenland. Voor de Zelfmoordlijn baseert men zich op eigen ervaringen, maar ook op alles wat aan onderzoek gebeurt in Vlaanderen en elders. Er is beperkt onderzoek gebeurd naar de verschillen tussen de zelfdodingscijfers in Vlaanderen en Nederland. Daaruit is gebleken dat Nederlanders niet vaker psychische problemen hebben of aan suïcide denken. Ze gaan er wel anders mee om. Het bespreekbaar maken van dergelijke problemen, het zoeken naar hulp en de toegankelijkheid van de zorg maken het grootste verschil. De eigen samenleving moet vooral een omslag maken in de beschouwing van psychische problemen.

ASPHA is opgestart om specifiek advies aan te reiken over gespreksvoering over suïcidaliteit. Er werd initieel zeer beperkt gebruik van gemaakt. Met de overheid en de betrokken partners is een evaluatie van die situatie gemaakt. De conclusie luidde dat de lijn zeker zinvol is, maar uitgebreid moet worden naar andere eerstelijns hulpverleners, die steeds vaker met vragen bij de Zelfmoordlijn terechtkwamen. In augustus 2012 is beslist om ASPHA uit te breiden naar huisartsen en andere hulpverleners. Sinds september 2012 is het aantal oproepen verdrievoudigd. Er worden voortdurend inspanningen geleverd om de bekendheid nog te verruimen. Over de meerwaarde zijn er geen twijfels, maar huisartsen bereiken blijft moeilijk.

Actief luisteren is niet voldoende. Inhoudelijk zijn de methodieken die aan de telefoon, op de chat of online gebruikt worden gelijklopend. Voor de vrijwilligers is het moeilijkste dat van hen wordt verwacht dat ze zeer gericht op de suïcidaliteit werken. Van bij het begin van een gesprek moeten ze dat thema inbrengen en beoordelen hoe acuut de suïcidaliteit bij de betrokkene is. Dat bepaalt immers waar die persoon zich in het suïcidale proces bevindt en hoe men aan preventie moet doen. Wat de vrijwilligers doen, kan volgens de spreekster niet afgedaan worden als ‘een beetje luisteren’. De gesprekken op een goede manier voeren, vergt heel wat oefening en actieve betrokkenheid.

Mevrouw Kirsten Pauwels besluit met een verklaring voor de benaming Zelfmoordlijn. Het CPZ hanteert in zijn naam de term zelfdoding omdat die als het minst confronterend wordt ervaren door nabestaanden en ook als referentie voor de buitenwereld geldt. Mensen die suïcidaal zijn, gebruiken echter nooit zelfdoding, maar hebben het stevast over zelfmoord. Zij zijn de directe doelgroep van de Zelfmoordlijn. Om de drempel zo laag mogelijk te houden voor hen, wordt die term behouden. Het is niet onmogelijk dat op termijn de benaming aangepast wordt als de term zelfdoding meer in gebruik wordt genomen.

Mevrouw *Veerle Stevens*, adjunct-directeur CGG PassAnt, vult in eerste instantie aan dat het tweede actieplan in grote mate voortbouwt op wat er al bestond. De goede dingen worden voortgezet. Er zijn behalve verschillen tussen het eerste en het tweede actieplan, ook voortgezette elementen. Er zijn ook verschillen. In het tweede actieplan wordt sterk ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg. Dat is niet eenvoudig, maar lijkt wel geslaagd. Alle actoren moeten mee ingeschreven zijn in het plan, ze moeten allemaal een taak toebedeeld krijgen en dan moet nog duidelijk zijn welke acties voor wie zijn. Een ander verschilpunt is dat de onlineaanpak heel sterk aanwezig is in het tweede actieplan.

Er is twijfel of met die sterke inzet op de onlineaanpak doelgroepen zoals de ouderen uit het oog verloren worden. Vlaanderen kampt immers met een achterstand op het vlak van onlinezorg. Het gaat dus veeleer om een inhaalbeweging. Tegelijk wordt het reguliere aanbod niet afgebouwd, maar vormt het onlineaanbod een aanvulling. Dat is de kracht van het plan.

De digitale kloof is een feit. Dat hoeft echter niet te betekenen dat men die weg niet moet inslaan, maar wel dat men erop moet toezien dat bepaalde groepen niet uit de boot vallen. Er moeten derhalve acties ontwikkeld worden, specifiek daarop gericht. Het nieuwe actieplan houdt daar voldoende rekening mee. Zo vormen ouderen een aparte risicogroep, waarvoor specifieke acties zullen worden uitgebouwd zodat ze voldoende bereikt worden. Werkgroep Verder moet nagaan welk aanbod nodig is, en of specifieke groepen niet uit de boot vallen met wat wordt aangeboden. Mevrouw Veerle Stevens vreest echter geen gevaar: naast de onlineactiviteit is er ook steeds een aanbod waarbij contact wordt gelegd, waarbij men in groep samenkomt en het hulpaanbod wordt bekendgemaakt. Waakzaamheid is wel geboden.

Lokale actoren zijn in het actieplan opgenomen als mogelijke partners om een opdracht op te nemen, naast scholen en bedrijven. Een eerste taak ligt bij de doelgroep die men kan bereiken, met name het grote publiek. Zo kan via een OCMW en dienstencentrum een link worden gelegd met kansengroepen en ouderen, twee belangrijke risicogroepen in het actieplan. Het is even belangrijk om na te gaan of de acties die in het plan vervat zitten ook voldoende bekendheid genieten bij de lokale actoren. Zijn die actoren en de medewerkers voldoende deskundig om de signalen te herkennen en het hulpaanbod bekend te maken? In die zin is deskundigheidsbevordering bij lokale actoren en het aanbieden van activiteiten voor die groepen lokaal een punt. Het is zinvol om de verschillende lokale partners aan te spreken, en ze uit te nodigen om mee in te stappen in het actieplan.

Mevrouw Veerle Stevens stelt dat het beleid de lokale actoren ook warm wil maken voor het uitwerken van een pre- en postventiebeleid. Ze zijn zelf werkgever en kunnen zowel direct als indirect in contact komen met suïcide. Het is essentieel dat ook zij op een goede manier zorg kunnen aanbieden. Het is de bedoeling dat ze daartoe de juiste hulpmiddelen aangereikt krijgen.

Nog niet alle actoren zijn benoemd en de taken zijn nog niet volledig toegekend. Dat moet in de aanbevelingen zeker aan bod komen. Ook de lokale actoren zullen dan meegenomen worden. Dat concept moet zeer breed beschouwd worden: waar mensen samenkomen en te bereiken zijn, zijn er lokale actoren te vermelden.

Zowel in het eerste als in het tweede actieplan zitten heel wat duidelijke voorstellen voor nabestaanden, zoals de mediarijchlijnen, gespreksgroepen en de Dag van de Nabestaanden. Knelpunt is de onlineaanpak, die tegelijk de sterkte van het nieuwe actieplan is. Zoals dat vooralsnog is ingevuld, ontbreken daarin wel de acties voor nabestaanden. Eind 2011 hadden de organisaties zelf nog niet eens voorstellen voor nabestaanden online, maar intussen is duidelijk geworden uit de Trimbos-evaluatie dat een dergelijk aanbod wel degelijk nodig is. Men maakt zich gewoon zorgen over het feit dat het actieplan geen speelruimte laat om dat aan bod te laten komen. Vanaf 2016 zou dat dan wel weer kunnen. De vraag luidt om een traject uit te tekenen voor die nieuwe issues en wat nodig blijkt, een kans te geven.

De verwijzing naar de expats in Italië is niets meer dan een voorbeeld van een nieuwe nood. Er is een mogelijkheid om mensen van op afstand onlinehulp te bieden, maar ook daarvoor ziet men vooralsnog geen plaats in het nieuwe actieplan. Eind 2011 had men er geen idee van dat dit zelfs maar relevant zou kunnen zijn.

Werkgroep Verder is in 2000 aanvankelijk als project opgestart. Elk project moet gehuisvest worden. Werkgroep Verder was een initiatief van CGG PassAnt en valt om die reden onder CGG PassAnt. CGG PassAnt heeft een regionale werking binnen Vlaams-Brabant. Werkgroep Verder heeft een Vlaamse werking, wat voor verwarring kan zorgen.

Mevrouw *Lynn Delfosse* geeft nog een voorbeeld van ketenzorg. Zorg voor Suïcidepogers, een erkende terreinorganisatie, streeft naar samenwerking met de spoeddiensten inzake screening en risico-inschatting van suïcidale mensen: wie een suïcidepoging onderneemt en op de spoedafdeling terechtkomt. Ook tussen de spoedafdeling en de paaz-afdeling is er samenwerking. Een cgg-medewerker gaat naar de paaz-afdeling voor een eerste gesprek met de betrokkene. Daarbij wordt beoordeeld welk aansluitend aanbod het cgg na ontslag uit de paaz-afdeling kan aanbieden.

#### **IV. UITEENZETTING DOOR PROF. DR. LIEVEN ANNEMANS, GEZONDHEIDSECONOOM UGENT**

Professor *Lieven Annemans* verklaart dat het voornamelijk zijn taak was om in het kader van het actieplan een kosten-batenanalyse op te maken van mogelijke initiatieven.

##### **1. Doelstelling van een gezondheids(zorg)beleid**

Het doel van een gezondheids(zorg)beleid is het maximaliseren van de gezondheid van de populatie, binnen de beperkingen van de beschikbare middelen. Er moeten keuzes gemaakt worden. In 2010 hebben de diverse ministers van Volksgezondheid in Europa die doelstelling expliciet onderschreven. Dat impliceert dat elke interventie moet beoordeeld worden op wat ze bijdraagt aan de gezondheid in de verhouding tot wat ze kost. Als die verhouding gunstig uitvalt, moet het beleid die actie, interventie of behandeling stimuleren.

##### **2. Doelstelling van dit project**

De analyse moet een antwoord bieden op de vraag wat het beleid kan doen om binnen het beschikbare budget zoveel als mogelijk aan preventie van zelfdoding te doen.

Uit de vijf strategieën die in het actieplan zijn opgenomen zijn negen concrete acties gelicht. Daarvan is onderzocht of ze werken, of dat ook is aangetoond, wat ze kosten, en of de verhouding tussen kosten en effecten aanvaardbaar is.

##### **3. Kosteneffectiviteit?**

In elk domein van de gezondheidssector is er sprake van een ‘huidige standaard van zorg’. Tegenover die aanpak staat kosten en gezondheidseffecten. Het gezondheidseffect wordt uitgedrukt in QALY's. Wie chronische pijn lijdt, ziet door een juiste behandeling zijn leven niet verlengd worden, maar wel de kwaliteit van zijn resterende jaren verbeterd worden. De QALY kan beschouwd worden als een eenheid van gezondheid, die kwantiteit en kwaliteit combineert.

Een nieuwe of preventieve behandeling of aanpak kost initieel meer geld. Uiteindelijk is het echter mogelijk dat de terugverdienfactor uitstijgt boven de interventie. Dan bespaart men aanzienlijk door minderkosten voor onder meer ziekenhuisopnames, beeldvorming enzovoort. Dat impliceert een goede investering in gezondheid.

In een ander scenario kan er wel sprake zijn van besparing, zonder dat de kosten van de behandeling of interventie volledig teruggewonnen wordt. Er rest een extra netto-investering.

Soms investeert men niet alleen in een gezondheidsinterventie, maar levert zo'n aanpak ook nog extra kosten op. Dan denkt de spreker bijvoorbeeld aan behandelingen van kankermetastasen. Een goede behandeling, verlengt het leven van de betrokkenen en dat brengt een stijging mee van de gezondheidsuitgaven. Ook daarmee moet men rekening houden.

Uiteindelijk mag men niet alleen de kosten in rekening brengen, maar ook hoeveel QALY's er precies gewonnen worden met een behandeling, aanpak of interventie. Een ideale investering bespaart en zorgt voor gezondheidswinst. Investerings die veel geld kosten en proportioneel niet zoveel aan gezondheid opleveren moeten vermeden worden. Dan is er nog de investering die wel veel kost, maar ook verhoudingsgewijs heel wat aan gezondheidswinst oplevert per geïnvesteerde euro. Dat is wel de moeite.

#### **4. Waar ligt de maatschappelijke drempel?**

Cruciaal in die berekeningen is hoe hoog de maatschappelijke drempel ligt. Hoe rijker een land, hoe hoger die kan gelegd worden. Hoe armer, hoe lager. De WHO verklaart dat in relatie tot het bnp per capita. In België (niet in Vlaanderen) is dat 32.000 euro per hoofd. Dat zou een goede inschatting zijn van de waarde van een kwaliteitsvol levensjaar. Dialyse kost bijvoorbeeld 40.000 euro om één QALY te winnen. Dialyse levert vier QALY's op, vier kwaliteitsvolle levensjaren aan een totale cumulatieve kost van 160.000 euro. De gemeenschap betaalt dialyse. Het zou ook onmenselijk zijn om die kost bij de mensen zelf te leggen. Zo krijgt men ook een idee van waar de grens van maatschappelijke betalingsbereidheid ligt.

#### **5. Internationale voorbeelden**

Ouderen vaccineren tegen griep is een dominante strategie, die onder de maatschappelijke drempel valt. Dat kost minder geld en levert meer gezondheidswinst op. Cholesterolverlagende producten komen op 5000 euro per QALY, en liggen derhalve ook onder de grens. Ze zijn kosteneffectief. Een nieuwe heup plaatsen kost 8000 QALY. Dialyse ligt op de grens. Bij vrouwen boven 70 jaar jaarlijks een mammografie betalen kost echter 70.000 euro per QALY. Dat gebeurt nergens in Europa. Een jaarlijkse CT-scan van een jarenlange roker om mogelijke longkanker te detecteren zou 1 miljoen euro per QALY kosten, en is bijgevolg totaal niet kosteneffectief. Het inzicht in die berekening is cruciaal. Deze berekening houdt ook geen beoordeling in van de gehanteerde methoden, die naargelang van de indicatie meer dan wel minder kosteneffectief kunnen zijn.

#### **6. Maatschappelijk perspectief**

Er wordt rekening gehouden met de kosten en de besparingen voor de gezondheidssector. Er wordt niet verwezen naar de maatschappelijke gevolgen van absenteïsme. In de analyse van de interventies in het kader van het actieplan zijn die evenmin ingecalculeerd.

#### **7. Besliskundig model**

Aan de hand van een beslisboom wordt de risicopopulatie afgebakend. Dat kan heel breed gedefinieerd worden of juist heel eng: de hele Vlaamse bevolking tegenover de specifieke risicogroep van mensen met suïcidale gedachten die contact opnemen met de Zelfmoordlijn. Het staat vast dat er in een bepaalde risicopopulatie elk jaar een kans is op een poging, die al dan niet fataal kan zijn. Als er zich geen poging voordoet in een risicopopulatie, kan de persoon nog overlijden aan een andere oorzaak of overleven. Het vormt een besliskundig model waarin rekening wordt gehouden met kansen. Daarop wordt nagegaan in welke mate de interventies in het actieplan de kans op zelfdoding verminderen. Als de werkzaamheid niet kan worden aangetoond, heeft het ook geen zin om er geld in te investeren.

#### **8. Noodzakelijke data**

In het rapport zijn de onderzochte acties opgenomen. Het gaat om een random selectie. Voor elke actie moet worden uitgemaakt welke populatie ermee bereikt wordt. Soms is de actie enkel op ouderen of mensen met depressie gericht. Vervolgens wordt het basisrisico voor pogingen van suïcide in de bewuste doelgroep in beschouwing genomen voor

de desbetreffende actie. Ten derde wordt bekeken in welke mate de kans verminderd kon worden, de risicoreductie. Tot slot wordt ook de kostprijs van de investering om tot dat resultaat te komen, berekend.

Daarnaast is het ook nodig om te weten hoeveel een suïcidepoging gemiddeld kost. Dat is 3000 euro. Hoe meer er voorkomen worden, hoe groter de besparing. Ook het verlies aan QALY's ten gevolge van een suïcidepoging en een suïcide wordt bekeken. Uiteindelijk zijn ook de leeftijdspecifieke mortaliteitscijfers nodig om de natuurlijke sterfte mee te nemen in het berekeningsmodel.

## **9. Overzicht inputdata**

Het rapport bevat per actie die tot een strategie behoort een paragraaf over de kosteneffectiviteit. Per actie is zo een kost per jaar berekend, de grootte van de doelgroep, de kost per bereikte persoon per jaar, het basisrisico op een poging in de doelgroep per jaar, en de vermindering in relatieve termen. Dat laatste zijn de relatieve reducties. Ook de hoofdbron voor de actie wordt vermeld. Bij een aantal acties is er geen duidelijke bron, de evidence, en gaat het onderzoek uit van een vrij sterke gelijkenis met een andere actie. Dan gaat men van een assumptie uit: er is geen zwart-op-witbewijs dat een actie werkt, maar na samenspraak met experts gaat men uit van een bepaalde graad van doeltreffendheid.

## **10. Resultaten: kost per QALY**

Alle onderzochte acties blijven onder de maatschappelijke drempel van 30.000 euro, sommige lichtjes, andere fors. Investeren in de Zelfmoordlijn blijkt zo kosteneffectiever dan bijvoorbeeld preventie van roken. Op verzoek van het CPZ is een meer gedetailleerde berekening gemaakt van de bewuste actie waarbij wel rekening is gehouden met het absentisme en productiviteitsverlies. Elke euro die geïnvesteerd wordt in de Zelfmoordlijn blijkt dan minstens driemaal terugverdiend.

## **11. Kost per QALY op populatieniveau**

De vermelde acties zitten allemaal nogal dicht bij de oorsprong omdat het gaat om acties op grote populaties. De winst die per persoon wordt bereikt, levert derhalve weinig QALY's op. Zo bereikt men met deskundigheidsbevordering potentieel zeer veel mensen. Dat levert per persoon weinig QALY's op. Om dat beter uit te drukken, moet het uitgedrukt worden op populatieniveau: hoeveel QALY's wint de Vlaamse bevolking door een bepaalde interventie? Uit die analyse blijkt dat alle acties zich in de dominante zone bevinden. Dat betekent dat er geld bespaard wordt, soms zeer veel, tot wel een winst van meer dan 10.000 QALY's in de populatie. Die werkeenheid maakt het mogelijk investeringen in preventie van zelfdoding af te wegen tegen andere behandelingen voor bepaalde aandoeningen. Bijna alle acties doen het bijzonder goed, wat de keuze niet gemakkelijker maakt. De kosteneffectiviteit is doorgaans zeer goed. Sommige acties zijn echter meer dan andere dominant en besparen zeer veel geld. Bij sommige was de evidence sterker. Dat heeft meegespeeld in de beoordeling in het puntensysteem.

## **12. Conclusies en bedenkingen**

De spreker doet de boutade 'een dode patiënt is een goedkope patiënt' af als onzin. Het doel van gezondheidsbeleid is gezondheid produceren, zij het met respect voor de kosten.

In gezondheidseconomie spelen twee dimensies: hoeveel kost het en hoeveel levert het op.

Ten derde wordt vastgesteld dat alle vermelde acties ofwel kostenbesparend zijn ofwel onder de grens van de WHO zitten. Ze zijn dus kosteneffectief. De kosten voor de maatschappij zijn niet meegerekend, en er is voor bepaalde zaken met assumpties gewerkt inzake effecten van bepaalde interventies.

Als er wordt geïnvesteerd in de geselecteerde acties, zou dat leiden tot een daling van 11,5 percent van het aantal suicides tussen 2012 en 2020. Dat stemt ongeveer overeen met wat nodig is om de doelstellingen van het actieplan te halen, min 20 percent. Positief geïnterpreteerd is dat goed, maar negatief betekent het dat een kleine 90 percent van de zelfdodingen er nog altijd zal zijn. Rekening houdend met een synergie van acties kan men tot 14 percent daling komen.

In een persoonlijke bedenking geeft de spreker nog mee dat in het proces tot zelfdoding sociale stressoren zeer belangrijk zijn als trigger. Het is in het kader van het facettenbeleid de taak van de minister van Volksgezondheid om zijn collega's erop te wijzen dat ook zij in hun beleidsdomein maatregelen kunnen nemen ter preventie van zelfdoding. Dat vergt volgens de spreker nog enig werk.

## **V. UITEENZETTING DOOR DE HEER GIE DEBOUTTE, VOORZITTER VAN HET VLAAMS NETWERK KIES KLEUR TEGEN PESTEN**

De heer *Gie Deboutte* verwijst naar het boek 'Leven met een pestverleden' dat gemaakt werd om de realiteit van het pesten dichterbij de mensen te brengen. Het boek brengt het verhaal van Liv, een pseudoniem. Ze begint in het vijfde leerjaar met zelfverminking. Ze ontwikkelt dwanggedachten, wordt bij het volleybal uit de groep geweerd omdat ze niet goed functioneert. Ondanks hulpverlening beslist ze om eruit te stappen. Ze springt in het ziekenhuis uit het raam van de tweede verdieping. Ze overleeft het. Er zijn evenwel recente voorbeelden van de link tussen pesten en zelfdoding.

### **1. Pesten in cijfers**

De heer Gie Deboutte verwijst naar twee studies met cijfers over zelfdoding. Er is de HBSC-studie van de WHO met cijfers over Vlaanderen. Een kwart van de jongeren tussen 10 en 18 jaar geeft daarin aan te maken hebben met pestgedrag. Ongeveer tien percent in de lagere school wordt wekelijks gepest. 5,5 percent van de 11 tot 18-jarigen wordt wekelijks gepest en 3,2 percent van die groep wordt zelfs meer dan wekelijks gepest. Voor deze laatste groep brengt dit pestgedrag grote risico's op ernstige gezondheidsproblemen mee.

Het DICA-onderzoek over cyberpesten is een longitudinaal onderzoek dat nog loopt op de Universiteit Antwerpen. Een goede 10 percent van de jongeren tussen 9 tot 16 jaar geeft aan slachtoffer geweest te zijn van cyberpesten. Dit gaat niet om kleine incidenten. Hetzelfde aantal jongeren geeft aan zelf dader geweest te zijn van cyberpesten en 35 percent is daarvan op de hoogte.

### **2. Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten**

De missie het Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten is sensibilisatie, zorgen voor informatieoverdracht van het uitgevoerde wetenschappelijk onderzoek, onderzoek stimuleren en beleidsadvies formuleren. De voorkeur gaat naar een positieve insteek, die niet uitsluitend vanuit het probleemgerichte kijkt. De klemtoon ligt op preventief werk. Er wordt hoofdzakelijk met vrijwilligers gewerkt. Het Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten ontvangt van het Departement Onderwijs jaarlijks 8000 euro. Dit wordt opgetrokken tot 10.000 euro. Er wordt nauw samengewerkt met Klasse en Ketnet.

### **3. Algemene bespreking**

De heer Gie Deboutte vindt de nota een sterk en goed onderbouwd document. Het is sterk dat er evidencebased wordt gedacht. Ook de bekendmaking van het actieplan en het hele voorafgaande proces zijn sterke elementen. De invalshoek blijft echter heel sterk probleemgeoriënteerd. Er is ook sterk vanuit een doelgroepdenken gewerkt. Dit vloeit voort uit de gehanteerde preventiemodellen en de aanwezige deskundigheid. Er rijzen vragen bij

de evenwichtige spreiding van de acties. Het aspect onderzoek valt verder uit te spitten. Het innovatieve onderdeel met assumpties wordt niet vermeld. Dit is een essentieel onderdeel op de lange termijn.

#### **4. Analyse van de strategieën en de acties**

Dit model is geschreven op maat van personen die naar een acute problematiek toegroeien. Zoals heel wat (medisch geïnspireerde) preventiemodellen wordt ook dit actieplan gekenmerkt door het doelgroepdenken.

#### **5. Universele, specifieke en geïndiceerde preventie**

Bij de universele preventie wordt een tweede variant van de preventiecoaches naar voren geschoven. Dit deel is mager ingevuld. De spreker is van oordeel dat hier zwaarder moet op worden ingezet.

De specifieke preventie omvat meer acties. Het zwaartepunt situeert zich daar. De geïndiceerde preventie is toegespitst op een aantal doelgroepen. Het bevat ook een aantal nieuwe innovatieve acties.

#### **6. Bedenkingen**

##### ***6.1. Pleidooi voor een integraler preventiekader***

De heer Gie Deboutte pleit ervoor om in de toekomst een meer integraal preventiekader te hanteren vanuit de acties an sich. Een voorbeeld van een integraal kader is de preventiepiramide van de heer Johan Deklerck. Hij heeft geprobeerd te motiveren waarom zijn preventiemodel een toegevoegde waarde kan betekenen. Het kan vernieuwend, verbredend zijn ten opzichte van de bestaande vaak medisch uitgedachte preventiekaders. Een integraler preventiekader is consequenter met de vooropgestelde ‘bril’, en zorgt voor bredere en positief gerichte oriëntering. Er is een flessenhals doordat veel acties focussen op de doelgroepen die al in beeld zijn. De spreker pleit ervoor om in een vroeger stadium fundamenteel te handelen met acties die niet alleen op suïcidepreventie gericht zijn, en die het basiswelbevinden en veerkracht versterken. Het sluit ook aan bij een holistische kijk. Integrale preventie zoekt naar de wortels van de problematiek. De spreker waarschuwt voor de valkuil van een evidencebased benadering. Dit houdt het risico van een cirkelredenering in. Telkens wordt opnieuw voortgebouwd op wat al is aangetoond. Dat leidt ertoe dat vernieuwende benaderingen minder kans maken. Een integraal preventiekader speelt ook in op de vermaatschappelijking.

##### ***6.2. Universele preventie moet sterker***

Preventiecoaches volstaan niet om het verschil te maken. De expertise, die ze opbouwden in het eerste traject en die waardevol is, zal niet volstaan in fase 2. Het beleid kiest ervoor om met een beperkte groep een grote impact te hebben. Men kiest ervoor om met de CLB's te gaan samenwerken. Op het terrein zijn de CLB's niet in staat om de problematiek aan te pakken. Er zijn weinig CLB's die een zodanige overeenkomst met scholen hebben dat ze op het schoolbeleid kunnen wegen. De analyse van de spreker is intuïtief en niet op onderzoek gebaseerd. Er is een krachtiger samenwerking nodig in een vroeger stadium. Hij is van oordeel dat de insteek om zelfdoding te vermijden breder moet zijn. Het welbevinden zou dominanter aanwezig moeten zijn. Er is in Vlaanderen weinig hard onderzoek. Men moet kijken naar expertise in het buitenland om te weten hoe krachten gebundeld kunnen worden om in scholen preventief te werken.

Een innovatieve, en minder curatieve en doelgroepgerichte benadering kan bijvoorbeeld tot de conclusie komen – louter hypothetisch maar mogelijk toch relevant – dat scho-

len best afzien van het dominante deficitdenken en hun evaluatiesysteem ombuigen naar een positievere en individuerichte evaluatie. Dergelijke ommekeer kan een veel breder en diepgaander effect sorteren, ook op het drukken van depressie- en suïdecijfers. Het meest courante evaluatiesysteem is voor een grote groep van kinderen en jongeren immers nefast. Ze worden voortdurend geconfronteerd met het feit dat ze niet goed genoeg zijn, wat een grote impact heeft op hun zelfbeeld, welbevinden en ontwikkeling. Dit moet grondiger onderzocht worden. De integrale aanpak moet de thematische benadering overstijgen en vraagt bijgevolg het herijken van financiering, omkadering en ondersteuning. Het vraagt politieke moed om daar baanbrekend werk in te doen.

### **6.3. *Pesten ontsnapt aan de analyse***

De heer Gie Deboutte is verbaasd dat pesten ontbreekt in de analyse. Er is nochtans een duidelijke samenhang tussen gepest worden en pesten enerzijds, en suïcide en depressie anderzijds. Onderzoek toont aan dat gepest worden en lijden onder stress kan leiden tot depressie, suïcidaal gedrag, geweld en delinquentie. Suïcidaal gedrag gaat zowel over denken aan als over het uitvoeren van zelfdoding. Tegenover jongeren die hiermee niet te maken hebben gehad, gaat het om een verhoging met een factor 4 of 5. Het geldt ook voor jongeren die pestgedrag stellen. Ook bij hen leidt dit tot depressie, suïcidaal gedrag, geweld en delinquentie. Pesten en cyberpesten blijft buiten beeld.

Gepest worden heeft een impact op het sociaal-emotionele deel van een persoon. Dit geeft angst, onzekerheid, een gedeukt zelfvertrouwen, radeloosheid, onmacht, schuld en schaamte. Hierdoor gaat men te laat in communicatie. Dit voedt depressie en agressie. Bij een aantal jongeren leidt dit tot suïcidale gedachten en gedrag, maar ook tot agressie en delinquentie. Bij de pesters is het anders. Daar wordt het pesten gedreven door een streven naar macht. De voedingsbodem is een probleem op het thuisfront. De jongere kan niet omgaan met zijn kwetsbaarheid. Dit compenseert men door naar macht te grijpen. Pesten loont alleen op de korte termijn, men maakt er geen vrienden mee waardoor de oude pijn opnieuw naar boven komt die depressie veroorzaakt. Die depressie leidt dan tot suïcidaal gedrag. Al de onderzoeken laten zien dat jongeren die dader- en slachtofferschap combineren het moeilijkst te behandelen zijn.

### **6.4. *Vroegdetectie koppelen aan facettenbeleid***

Preventie-inspanningen kunnen beter gespreid worden volgens een rist van factoren. Een detectieketen geniet de voorkeur op een zorgketen. Alle betrokken actoren dienen te zoeken naar modellen om vroeger bij een gezin in kwetsbaarheid te geraken.

## **7. SPARX**

SPARX wordt vermeld als een tool. De Universiteit Antwerpen is bezig met het ontwikkelen van een tool die hetzelfde wil doen rond cyberpesten. De knowhow van deze tool leent zich er ook toe om hetzelfde te doen als SPARX, namelijk jongeren behoeden voor zelfdoding.

## **VI. VRAGEN VAN DE LEDEN**

De beste indicator voor het voorspellen van suïcide is volgens mevrouw *Vera Jans* het al ondernomen hebben van een poging. In het plan staat dat suïcidaal gedrag zeldzaam blijkt te zijn in de afwezigheid van een psychiatrische problematiek. Wat is de gezondheidseconomische visie op universele preventie?

In Vlaanderen zijn er grote regionale verschillen in het voorkomen van zelfdoding. Het actieplan gaat daar niet op in. Is het aangewezen dat een aantal acties sterker inzetten op regio's waar suïcide meer voorkomt?

Mevrouw *Else De Wachter* vindt de conclusie dat er geen rekening wordt gehouden met andere sociale stressoren, de belangrijkste. De politiek moet zijn verantwoordelijkheid nemen om een plan te maken dat in zijn meest utopische vorm het voorliggende plan overbodig maakt. Ze vraagt de bevestiging of er een plan moet worden opgesteld dat de weerbaarheid bij iedereen verhoogt, zonder over doelgroepen te spreken. Als het beleid daar niet aan werkt wordt dit actieplan maar een druppel op een hete plaat. Ze heeft begrepen dat de meeste sprekers het een goed plan vinden, men moet er dan maar verder mee werken.

Professor *Lieven Annemans* bevestigt dat de psychiatrische problematiek een verhogende risicofactor is op zelfdoding. Toch blijft universele preventie essentieel: hierdoor verminderen psychiatrische problemen, zoals stemmingsstoornissen en verslavingsproblematieken. Hij gaat ermee akkoord dat het plan nog te veel uitgaat van de stelling ‘wat kan een minister van Volksgezondheid doen?’, terwijl het grootste deel tot vermindering van zelfdoding juist daarbuiten ligt. Als alle acties worden uitgevoerd dan zal de doelstelling bereikt worden. Desondanks zullen er dan nog jaarlijks 800 tot 900 zelfdodingen voorvallen. Er is een aantal factoren waarop niemand vat heeft. De minister van Volksgezondheid zou de minister-president moeten zijn, die zijn ideeën doorgeeft aan de andere leden van de Vlaamse Regering.

In gebieden waar er een hogere incidentie is, zou het kosteneffectiever kunnen zijn om bepaalde acties intensiever te voeren. De spreker vindt het echter moeilijk om dergelijke gebieden af te bakenen. Dit zou wel kunnen als men met proefprojecten werkt. Van zodra men echter opteert voor een bepaalde actie, dan is hij er voorstander van om dit in heel Vlaanderen te realiseren.

## **VII. UITEENZETTING DOOR DE HEER JAN VAN SPEYBROECK, DIRECTEUR VLAAMSE VERENIGING GEESTELIJKE GEZONDHEID (VVGG)**

### **1. Voorstelling VVGG**

De heer *Jan Van Speybroeck* stelt dat de VVGG een unieke vereniging is die het belang van de geestelijke gezondheid vooropstelt. De helft van de bestuurders van de vereniging bestaat uit zorggebruikers, de andere helft zijn zorgverstrekkers.

VVGG heeft twee kerntaken. Beeldvormingsacties die zich richten op het doorbreken van het taboe, het bespreekbaar maken en het minder discrimineren. Zo wordt er samengewerkt met de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen en werd de website [www.geestelijkgezondvlaanderen.be](http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be) opgezet. VVGG heeft ook acties samen met andere instanties die zich richten op lokale en provinciale bestuurders om te werken in gemeenten aan geestelijke gezondheid. Dit project is Anders is mijn Buur heel Gewoon.

Een tweede kerntaak is Kennis in Actie. Dit gaat over acties over uitkomstenmeting in de zorg. VVGG probeert de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg warm te maken voor het model van participatie en patiëntenparticipatie binnen de zorg.

Daarnaast probeert VVGG nog een aantal taken op te nemen. Het werkt verenigend en ondersteunend, bijvoorbeeld via congresorganisatie. VVGG is ook lid van de raad van bestuur van Mental Health Europe, een vereniging met op Europees vlak dezelfde opdrachten als VVGG. Voor deze vereniging is VVGG ook het national focus point, en waarnemer op lokaal en nationaal vlak.

## **2. Europees Pact voor Geestelijke Gezondheid en Welzijn**

Er is een Europees Pact voor Geestelijke Gezondheid en Welzijn opgesteld in 2008. België heeft dit geratificeerd. Er zijn in dit pact vijf prioriteitsdomeinen. Het eerste prioriteitsdomein gaat over preventie van depressie en zelfdoding. De andere zijn geestelijke gezondheid bij jongeren en in het onderwijs, geestelijke gezondheid op de werkplek, geestelijke gezondheid bij ouderen en ten slotte de strijd tegen stigmatisering en sociale uitsluiting.

Er is in 2011 nog een oproep geweest van de Europese Raad om verder te werken, onder meer aan de preventie van depressie en zelfdoding. De oproep vermeldt een verbeterde opleiding van gezondheidswerkers en het beperken van de toegang tot mogelijke middelen voor zelfdoding. Het gaat over maatregelen die het algemene bewustzijn over geestelijke gezondheid verhogen, over maatregelen die risicofactoren verminderen en over ondersteunende mechanismen na zelfdoding en voor zij die achterblijven.

Vlaanderen scoort goed op deze punten. Ze komen ook terug in het actieplan. In het Verenigd Koninkrijk zijn er goede voorbeelden die breder werken. In plaats van met zelfdoding werkt men met het brede facettenbeleid. Dit gebeurt ook in Nederland. In Nederland is men jaloers op Vlaanderen omdat zij het eerste Vlaamse actieplan niet zelf hebben uitgevonden.

Schotland is elf jaar bezig met het beeldvormingsproject 'SEE ME'. Dit is een puur beleidsinitiatief. Op 12 augustus 2012 is in Schotland een nieuwe 'Mental Health Strategy' voorgesteld ter verbetering van de geestelijke gezondheid en het welzijn van elke burger. Het gaat om een multifacettenbeleid omdat de voorgestelde strategieën beleidsoverstijgend zijn. De Schotse minister van Volksgezondheid stelde dat geestelijke gezondheid een van de Europese belangrijkste uitdagingen op het vlak van gezondheid is.

## **3. Gezondheidsdoelstelling en Vlaams actieplan**

Het Vlaamse actieplan is ook een goed voorbeeld. Het is een beleidsinitiatief en sluit aan bij het Europese pact. Het is een sterk plan met goed geformuleerde en onderbouwde doelstellingen en met nadruk op meetbaarheid van de resultaten. Er was een sterke voorbereiding met brede fora en een integrale aanpak. In het plan is er aandacht voor voorzorg en nazorg. De universele, specifieke en geïndiceerde preventie is een sterke kapstok om te streven naar volledigheid. Al de acties zijn evenredig gespreid. VVGG is tevreden dat er binnen de universele preventie sprake is van beeldvormingsactiviteiten.

De acties zijn gericht op het individu en de zorg ervoor. In het verklarend model voor suïcidaal gedrag staan ook sociale stressoren vermeld. Er is daar enkel aandacht voor in de beeldvormingsacties. De acties van de preventiecoaches zijn eveneens zeer sterk gericht op het breder maken en creëren van een sfeer. De heer Jan Van Speybroeck roept op om breder te gaan dan individuen en doelgroepen van individuen. Geestelijke gezondheid gaat iedereen aan en is geen thema dat voorbehouden is voor de zorg. Men zou zo ver kunnen gaan om naast de individuele veerkracht een niveau 0 voor te stellen als een soort van maatschappelijke veerkracht.

Voor de werknemers van Ford Genk werd er onlangs een actieplan klaargestoomd door minister Vandeuren. Dit plan beantwoordt bijna volledig aan wat VVGG voorstelt. Het is niet toegespitst op suicide, ook al voelt men dat er onderliggend aandacht voor is. Er zijn ook acties voor het gezin en voor de sociale cohesie. De spreker roept op om breder te gaan dan enkel het domein van geestelijke gezondheidszorg en de aandacht voor het individu.

## **VIII. UITEENZETTING DOOR MEVROUW ANN MOENS, STAFMEDEWERKER GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, ZORGNET VLAANDEREN**

### **1. Uitgangspunten**

Mevrouw *Ann Moens* stelt dat Zorgnet Vlaanderen de verbreding en de sociale verankering volgt. Het biedt de kans om in te zoomen op de gezondheid. Zorgnet Vlaanderen is geen zorgvoorziening en beoordeelt het plan vanuit vogelvlucht. Het vertrekdomain is de gezondheid.

Binnen het Vlaamse gezondheidszorgdomain, nemen de cgg's actief belangrijke rollen op in de verwezenlijking van het actieplan. Alle cgg's spelen een perifere of centrale rol in de suïcidepreventie. Daarbovenop zijn er individuele cgg's die hun sporen hebben verdiend in specifieke acties.

Dit actieplan verwijst ook naar andere gezondheidsactoren, zelfs federale. Ook de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen zijn gevat door deze acties. Dit sluit ook aan op de ketenzorg. Mevrouw Ann Moens spreekt hier liever over individuele zorgtrajecten. Het gaat over individuen en het is niet voldoende een goede conceptuele organisatie te hebben, maar men moet op maat van de individuele zorgvrager, samen met hem, kijken welk traject wordt gelopen.

### **2. Algemene appreciatie**

Als algemene appreciatie vindt Zorgnet Vlaanderen dat suïcidepreventie een belangrijk maatschappelijk thema is. Het overstijgen van de beleidsdomeinen is een belangrijk accent. In het plan is er een uitwerking in meervoudige aanpak. Dit is een grote sterkte. De gekozen actiepunten zijn cruciaal. Het is een zeer ambitieus plan: 20 percent minder zelfdodingen in 2020 in vergelijking met 2000. Dit betekent het vermijden van 220 extra zelfdodingen. Dit zal voor elke actor zeer hard werken blijven want dit betekent bijna één zelfdoding minder per werkdag.

Er zijn ook beperkingen of uitdagingen. Het is een grote ambitie met te beperkte middelen. De vraag rijst of er zicht is op welke criteria het beleid zal hanteren om acties te prioriteren, uit te stellen of niet te realiseren.

De opsomming van de acties in het plan is niet limitatief. Er kunnen nog acties bijkomen binnen hetzelfde budgettaire kader. Dit is een grote uitdaging. De spreker houdt een pleidooi voor meesterschap door beperking. Liever het budgettair haalbare duurzaam ontwikkelen en bereiken.

Een tweede uitdaging is het schot tussen preventie en curatie. Preventie, curatie en nazorg in het algemeen zijn een continuüm. Het thematische heeft beperkingen. Enkel denken in preventieve termen heeft dat ook. Er moet dringend opnieuw een koppeling komen. Dit werd in de hoorzitting nog uitgebreid tot de positieve maatschappelijke scope. De spreker verwijst naar het facettenbeleid dat welzijn en gezondheid overstijgt. Er is tussen welzijn en preventie een onbedoelde verkokering van het beleid als gevolg van de indeling van beter bestuurlijk beleid. Het woord depressie is weggevallen Het zat nog wel in het eerste actieplan en in het bepalen van de gezondheidsdoelstellingen. Een apart domein preventie houdt risico's in.

Er is aangetoond dat curatie een krachtig preventief actiemiddel is. Toegepast op suïcidepreventie is dit ervaren van uitzichtloosheid. Het niet hebben of zien van oplossingswegen en/of veerkracht, is een belangrijke factor in het ontstaan van suïcidaliteit. Het tijdig en kwaliteitsvol kunnen aanpakken van die ervaren uitzichtloosheid is de beste remedie tegen het uitzichtloos worden van problemen. Niet enkel de suïcidaliteit, maar ook het onderlig-

gend probleem, de oorzaak, de aanleiding moeten kunnen worden aangepakt. Suïcidaliteit is geen ziekte op zich, maar een symptoom van iets anders. Het is een sein over de ernst van een bepaalde situatie. De onderliggende problematiek kan erg uiteenlopend zijn, maar moet worden aangepakt door de juiste actoren met als doel een oplossing, stabilisatie of aanvaarding. Een verfijning van de aanpak op suïcidegedachten door toekomstgerichte planning en mindfulness is een welkome aanvulling. Op individueel vlak zal dit geen bijkomend effect hebben als niet gelijktijdig de kern van de problematiek wordt aangepakt.

### 3. Opmerkingen

Er is bezorgdheid over de keuzecriteria voor de nieuw op te starten acties vanuit de budgettaire beperktheid en de realiseertermijnen. Het beleid zal keuzes moeten maken.

Over de al aangevatte acties belicht mevrouw Ann Moens enkel de directe verbanden met gezondheid, meer bepaald deskundigheidsbevordering en risicogroepen.

De cgg's zijn bij uitstek een gids voor andere instanties voor de ontwikkeling van preventie. Ze worden ingezet op het verbeteren en uitbreiden van de deskundigheidsbevordering onder sleutelfiguren. Professor Annemans stelde dat er op populatieniveau veel QALY's te winnen zijn met deskundigheidsbevordering. Dit geldt vooral voor sleutelfiguren omdat de gespecialiseerde zorg niet steeds aanwezig is.

Deskundigheidsbevordering gaat samen met netwerkvorming. Dit betekent samenwerking. Preventie en hulpverlening worden meer en meer georganiseerd in netwerken en samenwerkingsverbanden waarbij doelstellingen, strategieën en activiteiten op elkaar worden afgestemd en op basis van de gedetecteerde noden worden aangevat. De cgg's hebben zowel in de deskundigheidsbevordering als in de doordringing in de zorgnetwerken een belangrijke rol te spelen. De detectieketen speelt in op dit geheel.

Daarnaast is er het opvolgend zorgpad voor pogers. Eerdere suïcidepogingen zijn de meest robuuste klinische voorspellers van suïcide. De helft van het aantal zelfdodingen werd voorafgegaan door een poging. Veel pogingen belanden op een spoedopnamedienst. Dit maakt de algemene ziekenhuizen tot een belangrijke partner voor dit thema.

Vroege detectie en interventie wordt in het Vlaams actieplan uitgebreid tot een aantal psychiatrische problemen. De verbreding van het bereik van dit project is een goede zaak. Ook andere subpopulaties kunnen baat hebben bij deze aanpak. Deze aanpak werd al toegepast op jongvolwassenen met een schizofrene stoornis.

Belangrijk in die verbreding is dat er tijdsprioriteit kan worden geven aan die problematieken waar de gehanteerde methode haar werkzaamheid bewees. Het is een pleidooi om de uitbreiding stapsgewijs te doen en prioriteit te geven aan die methoden waar er bewijzen zijn dat ze werken.

Een goede geestelijke gezondheid en sociale ondersteuning zijn beschermende factoren. Ook een positieve attitude tegenover de geestelijke gezondheidszorg werkt beschermend omdat dit betekent dat men sneller hulp zal zoeken. Vooral het samengaan van meerdere aandoeningen verhoogt het risico op zelfdoding. Het is zeker ook nodig dat behalve het maatschappelijke veld en het voorveld ook de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg kan worden ingezet. Het volstaat niet om aan de suïcidaliteit te werken, men moet ook aan de psychiatrische aandoening werken. Suïcide wordt voorkomen door een goede tijdige detectie van het psychologische probleem en een aangepaste vroegcuratieve zorg. De capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg is echter meer dan volzet. Bijkomende capaciteit is absoluut noodzakelijk als men suïcide wil voorkomen door een tijdige toeleiding van mensen die suïcidaal worden door hun uitzichtloosheid. Vermits het budget hetzelfde

blijft, bestaat het risico dat deze uitbreiding ten koste zal gaan van de initiële hulp aan een van de meest kwetsbare groepen, namelijk de psychotische schizofrene jongvolwassenen. Bij patiënten met schizofrenie is suïcide de eerste doodsoorzaak. Er is dringend nood aan duurzame verankering. Op dit moment zitten deze projecten nog altijd met een jaarperspectief. Nochtans krijgen 800 schizofrene patiënten hierdoor de juiste ondersteuning. De huidige ontwikkelingen bieden een uitgelezen kans om deze werking te financieren op een langere termijn en om ze te verankeren in de zorgnetwerken voor volwassenen – hiermee bedoelt men de 16-plussers – met een geestelijke gezondheidsproblematiek.

De gespreksgroepen zijn heel belangrijk voor de postventie. Werkgroep Verder werkt met gespreksgroepen. De cgg's nemen vaak de coaching van de lokale gespreksgroepen op zich. Werkgroep Verder speelt een belangrijke rol voor alle mensen die niet in de georganiseerde zorg zitten. De mediarichtlijn is cruciaal omdat ze een andere maatschappelijke toon zet.

De spreekster mist ook een aantal zaken, onder meer aandacht voor KOPP. Dit is ooit begonnen als een project over suïcidepreventie. Blijkbaar had zelfs de controlegroep baat bij de aandacht die aan deze doelgroep werd besteed. Binnen de doelgroep was er weinig animo om zich te bekennen als risicogroep voor zelfdoding. Deze actie is niet langer weerhouden, maar gelukkig heeft ze tijdelijk middelen gekregen via het Familieplatform Geestelijke Gezondheid. Hopelijk leidt dat tot een duurzame oplossing.

Het specifieke budget voor gedetineerden is geen politiek evident topic. Er is ook nood aan preventieve maatregelen, zoals een degelijke opvang voor gevangenen die al een suïcidepoging hebben gedaan, en de screening en behandeling van gevangenen met psychiatrische stoornissen.

Over de ketenzorg is er intensief overleg nodig met de geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om een organisatorisch principe. Niet alleen moeten organisaties aan elkaar geketend worden, er moeten ook individuele zorgtrajecten worden uitgewerkt. Het zou goed zijn als de curatieve gezondheidszorg bij de uitwerking hiervan van meet af aan de stuurknuppel in handen krijgt. De experts inzake preventie moeten vooral de doelgerichtheid van de ontwikkelingen nagaan. Het eigenaarschap is een cruciale hefboom om nieuwe ontwikkelingen te laten ontstaan.

#### **4. Randvoorwaarden zijn sleutelfactoren**

Randvoorwaarden zijn essentieel voor de realisatie. Innovatie is een van die randvoorwaarden. Daarom is het belangrijk om aansluiting te zoeken bij de innovatiecentra of de demonstratieprojecten van Flanders' Care. In de toekomstige oproepen voor demonstratieprojecten zou men specifieke aandacht moeten besteden aan dit thema. Een tweede randvoorwaarde is het facettenbeleid. Het is een breed maatschappelijk gegeven. Alle ministers zijn gevat, ook op de andere beleidsniveaus. Heeft de minister al een campagneplan voor de randvoorwaarden? Zijn er al acties aan de gang? Kan de minister bevoegd voor Media een rol spelen bij de opvolging van de mediarichtlijnen?

Een communicatieplan dat werkt op meerdere assen is positief. Dat plan is echter nog onduidelijk. Men moet dringend werk maken van de operationalisering ervan. Is het al duidelijk wie die opdracht kan opnemen? Hoe zal dat gebeuren? Welke actoren zullen er daarbij een rol spelen? Over welke middelen kan men beschikken? In welk gedifferentieerd tijdspad zal dit communicatieplan geoperationaliseerd worden?

**IX. VRAGEN VAN DE LEDEN**

Mevrouw *Vera Jans* merkt op dat het actieplan in Genk een van de betere voorbeelden is om de term facettenbeleid te verduidelijken. Het is moeilijk om deze problematiek te bekijken binnen afzonderlijke beleidsdomeinen.

Ze is ervan overtuigd dat er nog op veel zaken een taboe rust, meer dan men soms zou vermoeden. Het was goed om hiervan een essentieel onderdeel te maken van dit actieplan.

Uit deze hoorzitting blijkt hoe dit plan wordt geapprecieerd. Mevrouw Moens heeft een heel aantal open vragen gesteld die ongetwijfeld aan bod zullen komen in de verdere bespreking. Ze deelt de mening van mevrouw Moens over KOPP. Voor de gedetineerden werd een goede keuze gemaakt. De spreekster verwijst in dat verband naar het ontwerp van decreet betreffende de organisatie van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (*Parl.St.* VI.Parl. 2012-13, nr. 1846/1). Dat is heel belangrijk, ook al besteedt de buitenwereld hieraan niet zoveel aandacht.

De cgg's hebben op dit vlak een grote verantwoordelijkheid. Zij hebben ook de inspiratie geleverd voor veel onderdelen van dit plan.

Mevrouw *Katrien Schryvers* stelt vast dat de commissieleden heel wat nuttige informatie hebben gekregen om het debat aan te gaan. De betrokkenheid bij deze problematiek is groot, niet alleen bij de aanloop naar dit plan, maar ook bij de verdere uitvoering ervan. Ze noteert de oproep voor een facettenbeleid. In dit verband verwijst ze naar de resolutie betreffende de organisatie en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (*Parl.St.* VI.Parl. 2009-10, nr. 487/3) die unaniem werd aangenomen.

Katrien SCHRYVERS,  
voorzitter

Danielle GODDERIS-T'JONCK  
Peter GYSBRECHTS,  
verslaggevers

**Gebruikte afkortingen**

|           |                                                                      |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|
| ASPHA     | Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners      |
| bnp       | bruto nationaal product                                              |
| cgg       | centrum voor geestelijke gezondheidszorg                             |
| CLB       | centrum voor leerlingenbegeleiding                                   |
| CPZ       | Centrum ter Preventie van Zelfdoding                                 |
| CT        | computertomografie                                                   |
| DICA      | Developmental Issues in Cyberbullying amongst Adolescents            |
| HBSC      | Health Behaviour in School-aged Children                             |
| KOPP      | Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen                     |
| OCMW      | Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn                        |
| paaz      | psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis                  |
| QALY      | quality adjusted life years                                          |
| USI-model | universele preventie, selectieve preventie en geïndiceerde preventie |
| VVGG      | Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid                            |
| WHO       | World Health Organisation                                            |