Vlaams Parlement

vergadering **C44**
zittingsjaar 2017-2018

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 24 oktober 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van de maatregelen in het kader van suïcidepreventie
– 95 (2017-2018)
VRAAG OM UITLEG van Piet De Bruyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020
– 102 (2017-2018)
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de evolutie in het aantal suïcides en suïcidepogingen
– 111 (2017-2018)
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
– 131 (2017-2018)
GEDACHTEWISSELING over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020 - Tussentijdse evaluatie
– 9 (2017-2018) 3

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van de maatregelen in het kader van suïcidepreventie
– 95 (2017-2018)

VRAAG OM UITLEG van Piet De Bruyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020
– 102 (2017-2018)

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de evolutie in het aantal suïcides en suïcidepogingen
– 111 (2017-2018)

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de tussentijdse evaluatie van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
– 131 (2017-2018)

GEDACHTEWISSELING over het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012-2020 - Tussentijdse evaluatie
– 9 (2017-2018)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans en mevrouw Godderis worden aangeduid als verslaggevers.

De inleiding tot de gedachtewisseling wordt gegeven door mevrouw Portzky, coördinator van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP).

Mevrouw Portzky heeft het woord.

Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Dames en heren, ik zal de inleiding starten met een toelichting over de tussentijdse evaluatie die ondertussen is gebeurd van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS). Op de eerste slide ziet u in een notendop het Vlaams actieplan. Het actieplan is gestart in 2012 en loopt tot 2020. Ons leek eind 2016-begin 2017 het ideale moment om een tussentijdse evaluatie te maken omdat we al vier jaar gehad hebben en nog vier jaar te gaan hebben.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie heeft de gezondheidsdoelstelling om tegen 2020 20 procent minder suïcides te bereiken in vergelijking met het referentiejaar 2000. We proberen dit te doen aan de hand van vijf grote strategieën, meer bepaald bevordering van de geestelijke gezondheidszorg, laagdrempelige telefonische en onlinehulp, vorming en deskundigheidsbevordering, programma's gericht op hoogrisicogroepen en multidisciplinaire richtlijnen. Onder elke strategie vallen er verschillende concrete acties die aan die strategieën trachten te werken.

Op welke manier zijn we te werk gegaan om de tussentijdse evaluatie te maken? We hebben verschillende indicatoren bekeken. De eerste indicator is uiteraard de gezondheidsdoelstelling zelf. Daarbij hebben we de meest recente cijfers waarover we begin dit jaar beschikten, namelijk die van 2014, vergeleken met het referentiejaar 2000.

De tweede indicator is dat we de vijf strategieën die we aan het begin van het actieplan hadden vooropgesteld, vergeleken hebben met wat we begin 2017 wisten over internationale evidencebased strategieën. In die vier jaar zijn er nieuwe

studies verricht en is er nieuwe wetenschappelijke evidentie. We wilden dan ook aftoetsen of we nog wel goed zitten met onze strategieën.

Bij de derde indicator zitten we meer op het niveau van de verschillende acties. We zijn eerst en vooral nagegaan waar we zaten begin 2017 met de vooropgestelde acties van 2012. Hebben we die al bereikt? Welke zijn al gestart? Welke moeten er nog starten? Van de gerealiseerde en de lopende acties hebben we op basis van vier indicatoren gekeken hoe goed ze zijn. We hebben daarbij gekeken naar de onderbouwing, het bereik, de tevredenheid en de effectiviteit.

Los van alle acties die in 2012 waren vooropgesteld, zijn we nagegaan of er nog nieuwe acties bij zijn gekomen. We volgen dus nieuwe noden en nieuwe ontwikkelingen op. Als bijvoorbeeld een buitenlandse studie aantoont dat iets een waardevolle actie is, vragen we ons af of we dat al dan niet in Vlaanderen hebben opgepikt.

Dan ga ik dieper in op de gezondheidsdoelstelling zelf. Ik herhaal dat de meest recente cijfers over suïcide waarover we beschikken, die van 2014 zijn. Als we die vergelijken met het referentiejaar 2000, dan zien we dat de gezondheidsdoelstelling gehaald is. We kenden dus een daling van 20 procent of meer in de leeftijdsgroepen van mannen en vrouwen tussen 16 en 29 jaar, van mannen en vrouwen tussen 30 en 44 jaar, van mannen en vrouwen tussen 60 en 75 jaar en van mannen die ouder zijn dan 75 jaar. We hebben de daling van 20 procent niet gehaald voor de mannen en vrouwen tussen 45 en 59 jaar en voor vrouwen ouder dan 75 jaar. Zeker over de groep mannen en vrouwen tussen 45 en 59 jaar maken we ons zorgen, omdat er bijna nog geen enkele gunstige evolutie is. Die cijfers blijven hoog en we hebben ze niet of weinig zien dalen. Dat is een groep waar we bezorgd om zijn en we willen met de nieuwe studie kijken wat daar de mogelijke verklaringen voor zijn om dan meer informatie te krijgen op vlak van preventie.

Het bekijken van de suïcidepogingen is niet specifiek opgenomen in de gezondheidsdoelstelling, maar wij vinden dit toch wel relevant omdat we weten dat suïcidepoging toch wel de belangrijkste risicofactor is voor suïcide. De cijfers van 2015 tonen dat er een daling is van 13 procent ten opzichte van 2000. De cijfers van 2016 zijn bijna identiek aan die van 2015.

De tweede indicator is dat we onze strategieën, die we in 2012 hadden vooropgesteld op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie op dat moment, hebben vergeleken met wat we in 2016 zien in verband met de evidencebased strategieën die internationaal worden vooropgesteld als zijnde cruciaal voor suïcidepreventie.

Er is te weinig tijd om al die strategieën te overlopen. Daarom ga ik meteen naar de conclusies, en vergelijk die met onze vijf Vlaamse suïcidepreventiestrategieën.

Internationale strategieën die de toegang beperken tot dodelijke middelen, worden omschreven als zeer effectieve suïcidepreventiestrategieën. In het eerste deel van het VAS zijn er minder concrete acties die daarop mikken.

Wel hebben we de voorbije jaren met Infrabel samengewerkt. Infrabel doet op dat punt veel. De voorbije jaren hebben zij de 'hotspots' – hoe oneerbiedig dat ook klinkt – in kaart gebracht. Dat zijn alle plekken waar de meeste suïcides op het spoor gebeuren. Dat is heel vaak in de buurt van psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis). Infrabel heeft de voorbije jaren die 'hotspots' beveiligd. De toegang daartoe werd bemoeilijkt. Infrabel is constant bezig met het zo veel mogelijk beperken van suïcide op het spoor. Wij willen daar in het tweede deel van het VAS nog meer aandacht aan besteden. Wij zullen dus verder samenwerken met Infrabel. Infrabel bracht jaarlijks in de media een rapport uit over het aantal suïcides op het spoor. Wij hebben met hen vastgesteld dat dit zeer gevaarlijk is omdat dit een specifieke methode

voor zelfdoding onder de aandacht bracht. Dit kan tot copycatsuïcides aanleiding geven. Infrabel is daarmee gestopt.

Wij zijn ook een samenwerking met de apothekers gestart, onder andere met de Oost-Vlaamse Apothekersbond. Zowel huisartsen als apothekers zijn belangrijke partners inzake medicatiebeheer. Zij kunnen bijvoorbeeld wanneer er een gevaar voor suïcide bestaat, met patiënten afspreken dat zij dagelijks of wekelijks hun dosis medicatie kunnen afhalen. Langs beide kanten wordt gezegd dat er nog meer moet worden samengewerkt. Dit proberen wij te doen.

In het tweede deel van het VAS zullen we samen met de Logo's bekijken of we via Gezonde Steden aandacht kunnen besteden aan de beveiliging van infrastructuren, gebouwen en bruggen.

Het beperken van methodes blijft een moeilijke strategie – maar we zullen dit wel blijven opnemen.

Internationaal zijn er ook programma's die zich richten op scholen. Men werkt met jongeren aan de bevordering van geestelijke gezondheid, het versterken van veerkracht, het doen afnemen van het stigma op het vlak van het zoeken van hulp bij psychische problemen. Dit wordt ook gezien als een zeer efficiënte suïcidepreventiestrategie. Het VAS voorziet in heel veel vormingen voor onderwijzend personeel. Men leert hun hoe ze signalen van jongeren kunnen detecteren en hoe ze jongeren kunnen toeleiden naar zorg. NokNok is een actie ter bevordering van de geestelijke gezondheid bij jongeren. Maar we vroegen ons af of er niet nog meer acties moeten komen, alsook een geïntegreerd aanbod voor scholen. Het tweede deel van het VAS zal daar zeker meer aandacht aan besteden. De projecten Warme Scholen, GavoorGeluk en Instituut Gezond Leven zullen daarin belangrijk zijn, en ook het scholenproject van de Associatie Beeldvorming. Ook Te Gek!? en het Vlaams Verbond voor Gepensioneerden (VVVG) zijn een scholenprogramma aan het ontwikkelen. Dit zal ook meer aan bod komen in het tweede deel van het VAS.

Internationaal wordt ook ketenzorg beschouwd als een belangrijke suïcidepreventiestrategie. Hier wordt ervoor gezorgd dat patiënten en suïcidale personen zo goed mogelijk worden opgevangen, niet door de mazen van het net vallen, en dat er ook in goede nazorg wordt voorzien. In juni zijn we, samen met alle belangrijke partners in Vlaanderen, begonnen met het ontwikkelen van een model voor ketenzorg.

Ook screening of 'case finding' wordt beschouwd als een belangrijke suïcidepreventiestrategie. In het VAS wordt dit breder ingevuld. Internationaal wordt enkel gescreend bij eerstelijnshulpverleners, vooral huisartsen. Wij vinden dat de detectie van suïcidaliteit in alle lagen van de hulpverlening aanwezig moet zijn. We hebben daar in de multidisciplinaire richtlijnen voor hulpverleners enorm veel nadruk op gelegd. Het aan hulpverleners verlenen van zo veel mogelijk handvatten voor de detectie van suïcidaliteit zit ook in de e-learningmodule. Ook in alle vormingen en deskundigheidsbevordering wordt daar telkens enorm veel aandacht aan besteed: hoe kun je dat detecteren, hoe kun je het gesprek over suïcidaliteit starten? Ook in Vroegdetectie en Interventie voor Personen met psychische problemen (VDIP) wordt dit heel sterk opgenomen. We hebben daar dus al heel wat acties rond.

Internationaal wordt naar voren geschoven dat vorming geven aan intermediairs, onder anderen aan schoolpersoneel en artsen, zeer belangrijk is. Ook mediatraining, mediaberichtgeving, internet/online-interventies en hulplijnen worden allemaal beschouwd als belangrijke suïcidepreventiestrategieën. We kunnen wel zeggen dat deze goed zijn opgenomen in het Vlaams actieplan. We hebben de voorbije jaren enorm sterk ingezet op vorming en ook op mediarichtlijnen en mediaberichtgeving, online-interventies en uiteraard ook de Zelfmoordlijn1813.

Wat we horen van onze collega's van de cgg's Suïcidepreventiewerking is dat de vormingen voor artsen een iets minder groot bereik hebben in vergelijking met onderwijzend personeel en andere hulpverleners. Dat puntje hebben we meegenomen voor het vervolg: hoe kunnen we die artsen meer bereiken?

Dan komen we op actieniveau. Van de acties die vooropgesteld waren in 2012, zien we dat – met uitzondering van twee acties – alle acties ondertussen gerealiseerd zijn of lopende zijn. Welke acties moeten nog worden opgestart? Ten eerste is dat de netwerkgroepen voor ouderen, waar het gaat om het bevorderen van sociale aansluiting bij ouderen. We hebben daar vanuit VLESP en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) het voorbereidend traject al gedaan. Daarbij hebben we vastgesteld dat de organisatie die zich destijds bij de ontwikkeling van het actieplan kandidaat had gesteld om de sociale aansluiting te gaan bevorderen, haar specifieke methodiek niet toepast bij ouderen. Ze had dat voorgesteld als een pilootproject. We vinden dat een belangrijk punt, waardoor we op dit moment nog op zoek zijn naar organisaties die kunnen werken rond die sociale aansluiting. Wij nemen dit op dit moment op met het agentschap en bekijken wat goede manieren zijn om ouderen te bereiken. Dit is een punt dat voor het tweede deel van het Vlaams actieplan verder moet worden uitgewerkt.

De tweede actie die in de eerste helft nog niet was gerealiseerd, is het model van de ketenzorg. Daar zijn we in juni dit jaar mee gestart. Sowieso was het de bedoeling om eerst de multidisciplinaire richtlijn voor de hulpverleners te ontwikkelen en dan pas dat model van ketenzorg. We zitten op schema. We hebben nu een stuurgroep en focusgroepen en we hebben ondertussen al heel wat 'good practices' verzameld. We mikken op de zomer van 2018 om dit model voor ketenzorg afgewerkt te hebben.

In de marge kan ik misschien nog aangeven dat wat betreft Serious Game voor jongeren, we gestart zijn met een eerste voorbereidende fase, waarbij we het effect van een eerste preproductie op dit moment aan het nagaan zijn. Als blijkt dat inderdaad effectief kan worden bevonden dat de jongeren deze game goed zouden ontvangen, dan zal dit verder ontwikkeld worden in het tweede deel van het Vlaams actieplan.

We hebben alle acties die lopende zijn en die gerealiseerd zijn, geëvalueerd volgens de vier indicatoren. Samenvattend kunnen we stellen dat de indicatoren 'onderbouwing van de actie' en 'bereik van de actie' voor alle verschillende acties zijn ingevuld, nagegaan en gemeten. Wat betreft de indicatoren 'tevredenheid' en 'effectiviteit', is dit vaak niet gemeten in de acties. Dit is dan ook een belangrijk aandachtspunt dat we aan alle partners hebben aangegeven om te proberen om dat op een grootschalige manier te doen, hoewel we weten dat dat niet gemakkelijk is. We vragen hun om toch manieren te vinden om gebruikersonderzoeken te doen, om tevredenheidsmetingen te doen en om toch enige vorm van evaluatie van effectiviteitsonderzoek te doen. Dat is een aandachtspuntje.

Vervolgens hebben we wat betreft een strategie rond universele suïcidepreventie, zeer goede methodieken. We hebben Fit in je Hoofd, NokNok, Zilverwijzer de Goed-Gevoel-Stoel. Maar hoe goed die methodieken ook zijn, we stellen ons wel de vraag of dat voldoende methodieken zijn. Het is moeilijk om te zeggen wanneer het voldoende is en wanneer niet. Dit is misschien toch wel een aandachtspunt voor het tweede deel van het Vlaams actieplan om verder te kijken naar goede methodieken om universeel rond geestelijke gezondheidsbevordering te werken.

Wat betreft strategieën, kunnen we zeggen dat we rond de strategie voor hoogrisicogroepen op dit moment heel wat goede acties hebben, die ook op effectiviteit zijn gemeten, maar waar we blijvend aandacht voor moeten hebben en bijvoorbeeld binnen twee of drie jaar opnieuw gaan kijken of onze gebruikers nog even

tevreden zijn of dat er eventueel nieuwe evoluties en nieuwe methodieken nodig zijn. We mogen niet zomaar op onze lauweren gaan rusten, we moeten dat blijven opvolgen en nieuwe noden en ontwikkelingen monitoren.

De volgende indicator is dat we hebben gekeken of er boven op de vooropgestelde acties, nieuwe acties zijn ontwikkeld, waarbij we nieuwe ontwikkelingen en nieuwe noden hebben opgevolgd. We kunnen zeggen dat sinds 2012 er zeventien nieuwe acties zijn ontwikkeld, louter op basis van nieuwe ontwikkelingen die we internationaal zagen. Om een voorbeeld te geven: op het vlak van onlinemethodieken hebben we gezien dat hier en daar apps begonnen te ontstaan voor suïcidale personen. Dit hebben we binnen VLESP opgepikt, waardoor we hebben besloten om ook voor Vlaanderen een app te ontwikkelen voor suïcidale personen. We hebben ook een online zelfhulpmodule 'Think Life' ontwikkeld, op basis van nieuwe wetenschappelijke evidentie en op basis van de noden die we in Vlaanderen merken. We weten dat de Vlaamse bevolking openstaat voor laagdrempelige, anonieme manieren om hulp te krijgen. Vandaag hebben we heel sterk ingezet op de onlinemethodieken. We mogen stellen dat dit een belangrijk positief punt is in het Vlaams actieplan, namelijk dat we oog hebben voor nieuwe ontwikkelingen en noden en dat we de mogelijkheid hebben gekregen van de Vlaamse overheid om deze te ontwikkelen.

Ik ga ze nu niet alle zeventien overlopen. Er is bijvoorbeeld de app Backup, een specifieke app die ontwikkeld is voor jonge suïcidepogers. Er is de campagne 4 voor 12, waarbij we rond signaalherkenning van psychische problemen hebben samengewerkt met Te Gek!? en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG). We hebben ook specifieke acties gericht naar holebi's en transgenderpersonen, er is onderzoek naar huisartsen gevoerd en we hebben intussen ook een e-tool ontwikkeld voor hulpverleners om beter te leren omgaan met suïcidale personen.

De voornaamste aanbevelingen die we op basis van de tussentijdse evaluatie kunnen stellen, zijn de volgende. Een belangrijk aandachtspunt is dat de indicatoren van tevredenheid en effectiviteit niet altijd gemeten is bij de acties. We hebben dit aan al onze partners meegedeeld. Daar moeten we meer op inzetten: op basis van gebruikersonderzoek tevredenheidsmetingen en evaluaties uitvoeren om de effectiviteit te meten.

Het is een normale evolutie dat mensen veranderen van job of van organisatie, maar bij de tussentijdse evaluaties hebben we gemerkt dat door de wisseling van personen en verantwoordelijkheden soms informatie verloren gaat. Sommige cijfers zijn verloren gegaan. Het belang van continuïteit en goede informatieoverdracht hebben we aan al onze partners meegedeeld en we hebben hen gevraagd om daarop te letten.

Een andere aanbeveling is dat bestaande methodieken blijvend moeten opgevolgd en geëvalueerd worden. Gezien de continue maatschappelijke en wetenschappelijke evoluties moeten we onze acties daaraan blijven toetsen en alert blijven.

We moeten ook aandacht besteden aan implementatie. Vanuit VLESP worstelen we ook vaak met het feit dat dit een moeilijke stap is na de fase van de ontwikkeling. Ervoor zorgen dat iets dan breed geïmplementeerd moet worden, is een aandachtspunt. In het tweede deel van het VAS gaan we een meer settingsgerichte aanpak hanteren, waardoor we hopen zoveel mogelijk settings en personen te bereiken.

Tot slot moeten we blijven inzetten op de sterkte van het VAS, namelijk de opvolging van noden en nieuwe ontwikkelingen. We moeten goed kijken naar nieuwe tendensen en punten waar we in Vlaanderen meer moeten op inzetten.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Mevrouw Portzky, ik dank u voor de interessante uiteenzetting en het goede overzicht van zowel cijfers als strategieën en acties. U vermeldde ook nieuwe acties en u deed enkele aanbevelingen. De manier waarop deze problematiek nu al jaar na jaar wordt aangepakt, telkens met een gelegenheid om dit te bespreken in de commissie, toont aan dat het effectief is. Het was goed dat er enkele jaren geleden een heel specifieke gezondheidsdoelstelling is gekomen. Het is nodig om die verder te behouden en stelselmatig te evalueren. We moeten weten welke acties werken en waar we moeten bijsturen, niet alleen omdat een actie niet het gewenste resultaat zou hebben maar ook omdat alles evolueert. U verwees bijvoorbeeld naar meer online hulpverlening, en het is goed dat jullie daar continu op inspelen.

Toen we de berichten lazen over de evaluatie – en dat was ook de insteek van de verschillende vragen die zijn ingediend – wordt goed nieuws in dezen altijd met enige terughoudendheid aangehoord, want het is nooit goed genoeg en elke poging of zelfdoding is er één te veel. We beseffen ook dat er nog veel werk te doen is. De resultaten bewijzen toch dat doorgedreven inzetten op doelgroepen via verschillende strategieën uiteindelijk toch resultaat oplevert, al zijn we er ons van bewust dat dit niet van de ene dag op de andere kan worden omgeturnd. Er zullen altijd aandachtspunten blijven. Je goed in je vel voelen is belangrijk, maar er kan van alles gebeuren in iemands leven. Suïcidegedrag heeft veel verschillende oorzaken, en dat maakt dat je het niet eenduidig kunt aanpakken.

Uw uiteenzetting was zeer duidelijk en bevatte al enkele antwoorden op mijn vragen, maar ik heb nog een aantal bijkomende vragen. Nu gaat het nog om cijfers van 2014, dat is intussen bijna drie jaar geleden. Hebt u al cijfers voor 2015? Op een bepaald moment verwees u zelf naar cijfers van 2015. Ze zijn misschien nog niet volledig.

De vraag is of daar toch al meer zicht op is.

De categorie 45-59-jarigen is een categorie waar de initieel vooropgestelde doelstelling niet is gehaald. U zegt zelf dat dit zorgwekkend is. Ik heb daar in het verleden al vragen over gesteld. Er werd dan geantwoord dat er acties werden ondernomen in de setting werk enzovoort, maar blijkbaar is er meer nodig. U zegt dat er een nieuwe studie zal gebeuren naar mogelijke verklaringen. Hoe ziet u dergelijke studie?

Ook bij de vrouwen ouder dan 75 jaar is de doelstelling niet gehaald. In het verleden is mij geantwoord dat er bijkomende inspanningen zouden worden gedaan om de Zelfmoordlijn1813 beter bekend te maken bij de doelgroep senioren. Hebt u daar ondertussen resultaten van? Welke initiatieven zijn er genomen?

Dan heb ik nog een vraag die in deze commissie regelmatig aan bod komt, maar waar u nu niet specifiek op hebt ingezoomd. Is de regionale spreiding nog steeds dezelfde als in de voorgaande jaren? Wordt ter zake eventueel actie ondernomen?

Dan heb ik nog een vraag over de strategieën en het voorkomen van suïcidepogingen. U hebt iets heel belangrijks aangehaald, namelijk dat we meer moeten proberen om de toegang tot dodelijke middelen te voorkomen. We zetten heel vaak in op hulpverlening, op het zich goed voelen in zijn vel en op het welbevinden. We weten dat door de mogelijkheden die geboden worden, mensen op een bepaald moment toch grijpen naar een bepaald middel. U hebt zelf verwezen naar de apothekers. Ook daar wordt ingezet op medicatiebeheer. Ik meen te weten dat er enkele jaren geleden een preventieprotocol is afgesloten met de federale overheid omtrent toegang tot medicatie. Wordt dit momenteel aangepakt in samenwerking met de federale overheid of doet u dat rechtstreeks?

U hebt ook verwezen naar Infrabel. We weten dat dit een aandachtspunt is. Ik vind uw punt over het beveiligen van infrastructuur en gebouwen absoluut interessant. Er zijn heel veel richtlijnen in verband met bijvoorbeeld toegankelijkheid

of brandveiligheid van een gebouw. Misschien gaat het wat ver om te zeggen dat er op het vlak van suïcidepreventie ook richtlijnen moeten zijn, maar toch is het belangrijk om met een aantal elementaire zaken rekening te houden bij het oprichten van gebouwen. Dat zou kunnen helpen en het gebeurt tot op de dag van vandaag misschien nog te weinig. In mijn lokaal werk heb ik heel veel te maken met infrastructuur en gebouwen. Er zijn heel veel andere aandachtspunten, maar ik moet eerlijk bekennen dat ik daar op die manier nog veel te weinig rekening mee heb gehouden. Ik heb nochtans in mijn eigen gemeente gezien – en dat heeft tot een aantal conclusies geleid – dat er zelfdodingen zijn gebeurd in gebouwen in aanbouw. Wat u hebt gezegd, is heel terecht.

U hebt ook het onderwijs als setting naar voren gebracht waar er nog moet worden gewerkt. Een geïntegreerd aanbod moet er verder worden uitgewerkt. Kunt u daar meer concrete gegevens over geven?

Dan wil ik het nog eventjes hebben over de hoogrisicogroepen. Hier zijn vaak al holebi's en transgenders genoemd. Een hele tijd geleden zijn tijdens een evaluatie ook de tweede generatie van mensen van allochtone afkomst naar voren gekomen. Zijn daar meer cijfers over bekend?

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

Piet De Bruyn (N-VA): Voorzitter, minister, dames en heren, ik zal de vragen die ik in de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag om uitleg had gesteld, incorporeren, maar ik zal iets ruimer gaan dan enkel die vragen. Het tijdstip is daarvoor ook geschikt. We hebben steeds aangedrongen op een grondige evaluatie van het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Ik ben dan ook zeer tevreden dat we daar vandaag de kans toe krijgen.

We kennen helaas de context. Vlaanderen scoort erg slecht wat betreft het aantal suïcides. Binnen Europa scoren enkel Litouwen, Letland, Slovenië en Hongarije slechter: landen waarvan we ons niet heel graag in hetzelfde gezelschap bevinden, toch niet wat alle aspecten van het dagelijkse leven en de politiek betreft. In absolute cijfers klinkt het vreselijk, want het betekent dat in Vlaanderen per dag 3 mensen de keuze maken om suïcide te plegen. Maar ook als we het uitdrukken per 100.000 inwoners – en dan wordt Europees vergelijken een stuk gemakkelijker – betekent dat voor mannen in 2014 nog altijd 23,6 overlijdens op 100.000 inwoners en voor vrouwen nog altijd 10 overlijdens op 100.000 inwoners.

De cijfers voor 2015 zijn er nog niet. Iets in mij zegt dat de sterk gemediatiseerde zelfdoding van Steve Stevaert geen gunstige invloed zal hebben op die cijfers. Op dat ogenblik is ook nog eens gebleken dat de media het bijzonder moeilijk hebben om rekening te houden met een aantal basisaspecten inzake berichtgeving over suïcide. We weten ook al uit eerdere communicatie, van onder andere VLESP, dat het aantal gerapporteerde pogingen een aantal weken later significant was gestegen, evenals het aantal oproepen naar de Zelfmoordlijn. Daarmee wil ik zeggen dat ik bevreesd ben voor de cijfers van 2015, die we desalniettemin graag zo snel mogelijk zouden willen bespreken.

Evenmin geruststellend is dat in het Epidemiologisch Rapport 2017 dat een aantal weken geleden door VLESP werd gepubliceerd, duidelijk te lezen staat dat er voor de periode 1999-2014 geen eenduidige trends waargenomen kunnen worden in de gestandaardiseerde suïcidecijfers voor Vlaanderen. Dat ligt ook volledig in lijn met wat professor Portzky heeft geschetst: voor sommige leeftijdsgroepen halen we de doelstelling wel en voor andere niet of nog niet. We hebben reden om tevreden te zijn dat we het probleem als een ernstig probleem beschouwen en dat we er ook een ernstig antwoord op proberen te geven. We hebben absoluut geen reden om tevreden te zijn met het resultaat dat we halen.

In het verleden is al gezegd – ik heb niemand ooit iets anders horen beweren – dat de formulering van de gezondheidsdoelstelling zeer belangrijk is, maar dat het hooguit een tussenstation is. Stel dat we voor elke doelgroep die 20 procent daling halen ten opzichte van 2000, dan mogen we niet op onze lauweren rusten, maar moeten we kijken waar het nog beter kan. In dat opzicht wil ik me ook niet te fel blindstaren op het cijfer dat daarin naar voren is gebracht, maar wil ik het zien als een tussenstation.

De vraag waarom Vlaanderen zo slecht scoort, is al vaak gesteld en er zijn al heel veel aanzetten tot een antwoord gegeven, maar ook daar komen we niet tot een eenduidig resultaat. Ik kan verwijzen naar het doctoraat van de heer Reynders, die een vergelijking heeft gemaakt met Nederland, en ook hij komt niet tot een eenduidige conclusie. Er zijn er allicht een aantal. Volksaard – hoe moeilijk dat ook te definiëren is – zal er wel iets mee te maken hebben. Hoe gemakkelijk zoekt men hulp? Hoe is die hulp georganiseerd? Hoe betaalbaar en hoe bereikbaar is die hulp? Wat is het algemene stressniveau in de samenleving? Dat zullen allemaal elementen zijn die meespelen.

Ik vind het heel belangrijk dat we blijven inzetten op het vechten tegen mythes, tegen de voorstellingen die men – daarmee bedoel ik de brede bevolking – heeft over suïcide. Zo wordt gezegd dat suïcide een ziekte is, dat het erfelijk is, dat wie een poging onderneemt vooral aandacht zoekt, dat wie erover praat het niet doet, dat het impulsief gebeurt. Die mythes zijn al tientallen keren ontkracht. Onder andere de portaalsite Zelfmoord1813 biedt op dat vlak zeer goed weerwerk. Het blijven echter wel mythes die overeind staan en die voor een stuk ook alle inspanningen op het preventiedomein onderuithalen. We moeten er blijvend aandacht aan besteden, om die zoveel mogelijk te ontkrachten.

We weten ook heel goed dat preventie werkt en dat preventie doenbaar is. Dat is geen onhaalbare kaart. Daar is evidencebased materiaal genoeg voor. Dat is ook steeds de basis geweest van de aanloop naar de gezondheidsdoelstelling, het uitschrijven van het VAS II en de verdere opvolging ervan. Dat is de enige juiste keuze die we daarin kunnen maken.

Mijn eerste dag hier in februari 2013 was de dag dat het VAS werd besproken in de plenaire vergadering. Ik heb toen ook al gezegd dat een van de sterkste punten van het VAS is dat we kritisch durven te kijken naar wat werkt en dat we niet zonder meer aannemen dat wat in het verleden gebeurde, ook goed genoeg is voor de toekomst. In dat opzicht ben ik het ermee eens dat de vijf geschetste strategieën worden aangehouden. We kunnen daarbinnen wel kijken wat er anders kan en wat er beter kan, maar we moeten ook durven zeggen wat goed was en wat we op dezelfde manier voortzetten.

Ik wil even ingaan op waar ikzelf en mijn partij altijd een grote voorstander van zijn geweest, namelijk het bundelen van expertise in wat dan VLESP is geworden en het samenwerken met heel wat actoren die weten waarover suïcidepreventie gaat en zou moeten gaan. Ik wil expliciet de Vlaamse werkgroep Suïcidepreventie daarin zeer erkentelijk zijn alsook iedereen die daar individueel of als groep een bijdrage aan levert.

Mevrouw Schryvers heeft ook al gezegd dat dit een van de domeinen is waar goed nooit goed genoeg is. We hebben een goede structuur en uitstekende medewerkers, maar toch halen we niet altijd het resultaat waar we op hopen en waarnaar we werken. De kritische zelfreflectie mag dan ook nooit verdwijnen.

Ik zal voorzichtig zijn, maar ik wil hier ook een element aanhalen uit het rapport dat ik zeer goed vind, namelijk dat men durft kijken naar initiatieven die niet door de Vlaamse overheid worden gefinancierd. Een instituut als VLESP moet dat durven en kunnen doen. Ik reken daar ook op de wetenschappelijke ernst waarmee men

dat voor alle acties doet. Ik reken er ook op dat ze personen die initiatieven nemen die wel heel goed zijn bedoeld en met veel media-aandacht worden gelanceerd maar die niet noodzakelijk in de lijn liggen waarvan we evidencebased weten dat ze werken, met alle voorzichtigheid en alle terughoudendheid maar toch resoluut daarop durven aanspreken. Ik zal het hier bewust heel vaag houden, maar ik weet dat zowel de minister als mevrouw Pauwels als professor Portzky perfect weet welke initiatieven ik bedoel. Collega's die heel nieuwsgierig zijn, wil ik na afloop van de vergadering ook wel duiden, maar ik vind dit een heel belangrijk element. We kunnen ons niet veroorloven dat er in Vlaanderen op grote schaal initiatieven worden genomen waarvan we weten dat ze niet voldoende werken of niet effectief zijn.

Ik zal niet elke strategie of elke actie overlopen, maar ik wil per strategie bij een aantal punten blijven stilstaan. Vooraf wil ik nog zeggen dat ik in deze tussentijdse evaluatie het financiële plaatje echt wel mis, maar dat is wellicht niet meteen de taak van VLESP. We hebben in het VAS in 2013 een raming gemaakt, meer was het niet en men heeft ook nooit gepretendeerd dat die volledig zou zijn. Vanaf het ogenblik dat het VAS vlot begon te lopen, zou er een bedrag van 3,1 miljoen worden uitgetrokken voor de verschillende strategieën en acties. Dat bedrag was nog te verhogen met een kleine 600.000 euro voor preventiemedewerkers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. De doorlichting van het Rekenhof gaf aan dat het landschap nogal versnipperd is. Ik kom daar straks op terug, maar ik denk dat daar in heel sterke mate aan tegemoetgekomen is. Het Rekenhof maakte ook de meer algemene bedenking op het vlak van preventie van geestelijk gezondheidszorg dat België er binnen Europa eerder als een zwakke investeerder uitkwam.

Ik wil niet zeggen dat dit in het domein van de suïcidepreventie het geval is, maar bij een grondige evaluatie van een actieplan moeten we durven te bekijken welke middelen we hebben ingezet, of ze op de meest efficiënte manier zijn ingezet, en welke middelen we nog verwachten te moeten inzetten om het plan verder uit te voeren. Dat vind ik een manco in de evaluatie zoals ze vandaag voorligt.

Ik belicht twee elementen van de strategie geestelijke gezondheidszorg. Het project rond de preventiecoaches voor het onderwijs – die voor werk laat ik even links liggen – is wat moeizaam van start gegaan. Ik herinner mij dat het ook in de vorige legislatuur niet meteen duidelijk was wie eindverantwoordelijkheid draagt en wie aanstuurt, enzovoort. 70 procent van de scholen die er gebruik van maakten, waren er wel tevreden over. Alles kan beter, maar 70 procent is geen reden om ontevreden te zijn. In het VAS, zoals we het in 2013 hebben goedgekeurd, worden de preventiecoaches gecontinueerd tot 2020. Nu zijn ze toch weggevallen. Er worden een aantal aanzetten gegeven. We werken nog wel met leerkrachten en scholieren, maar we blijven vaststellen dat een universele preventie op schoolniveau bijzonder effectief is en dat we daar nu een gaatje laten vallen. Ik hoop dat we daar in de tweede termijn van het VAS een concrete invulling aan kunnen geven.

Het tweede element in verband met de geestelijke gezondheidszorg zijn de mediarichtlijnen. Daarover hebben we het hier al zeer uitvoerig gehad. Ik wil hier nogmaals mijn erkentelijkheid uitdrukken, ook voor mevrouw Lore Vonck, die hier toen zeer uitvoerig heeft toegelicht hoe moeilijk het soms is om met redacties, eindredacties, hoofdredacties en individuele journalisten daarover van gedachten te wisselen en soms allicht ook te redetwisten. Naast die mediarichtlijnen heeft men de voorbije jaren ook theateradviezen en fictierichtlijnen opgesteld. Ook dat werk mag gezien en gewaardeerd worden. We kennen allemaal nog het trieste incident dat hier naar aanleiding van een vraag in de plenaire vergadering aanleiding gaf tot een debat met de Raad voor de Journalistiek, die zich daarover nogal gemakkelijk in een stilzwijgen hulde – tenminste naar buiten uit, ik kan alleen maar hopen dat ze intern de zaak hebben aangekaart. Ik vind dat zij zich daar een beetje van hun kleine kant hebben laten zien.

Ook in de tweede strategie – de laagdrempelige online en telefonische hulp – zien we de voorbije jaren een enorme evolutie. Naast de vertrouwde Zelfmoordlijn1813 en de telefonische hulplijn die al decennia bestaat, kon het onlineaanbod worden uitgebreid door een extra financiering vanuit uw budget, minister. Het aantal vrijwilligers werd verhoogd en het aanbod van de online hulpverlening werd uitgebreid. Dit heeft ook de mogelijkheid gegeven om een derde aspect, de e-mailhulp, uit te breiden. Dat biedt misschien niet meteen een antwoord op een heel acute crisissituatie, maar er zijn blijkbaar toch mensen die worstelen met suïcidaliteit die via e-mail proberen om een antwoord te krijgen op hun vragen.

Af en toe hoor ik nog de vraag of het echt wel nodig is om een suïcidespecifieke crisislijn aan te bieden. Niet alleen de 15.000 oproepen per jaar naar de Zelfmoordlijn, maar ook de vele getuigenissen van mensen die daar in het verleden een beroep op hebben gedaan, bewijzen dat het op zijn minst tegemoetkomt aan een grote vraag en wat mij betreft effectief een noodzaak is. Op zeker ogenblik is de maximumcapaciteit bereikt. Er is een zeer mooie samenwerking met Tele-Onthaal, waardoor ook oproepers die niet meteen op de Zelfmoordlijn1813 kunnen worden geholpen, de keuze kunnen maken om een hulpverlenend gesprek te voeren met de diensten van Tele-Onthaal.

Wat betreft laagdrempelige telezorg en onlinehulp lijkt het me nu de grote uitdaging om die te integreren in de ketenzorg. Zo kan er een betere afstemming zijn en een grotere vertrouwdheid om die vorm van hulpverlening, die terecht gebruikmaakt van vrijwilligers, te laten aansluiten bij wat de reguliere hulpverlening te bieden heeft.

Wat betreft de derde strategie, de deskundigheidsbevordering bij intermediairs: voor de buitenstaanders lijkt dat nog altijd wat versnipperd. Wie neemt nu precies welke doelgroep voor zijn rekening? Het is genoegzaam bekend dat intern de nodige afspraken werden gemaakt. Voor mij is het allerbelangrijkste dat er ook overeenstemming is gegroeid over het feit dat, wie ze ook geeft, iedereen moet instemmen met een kwaliteitsmeting van de aangeboden opleiding. Ook hier kunnen we ons niet veroorloven dat er, met alle goede bedoelingen, nog opleidingen of vormingen zouden worden gegeven die suboptimaal zijn. Er is voldoende expertise aanwezig. VLESP concentreert ze of brengt ze samen. Zowel de pre- als de postmetingen van de opleidingen die door de verschillende actoren aan intermediairen worden gegeven, zijn een zeer goede zaak.

Wat betreft de specifieke risicogroepen, is er voldoende gewezen op pogers. Het is zeer belangrijk om daar kort op de bal te spelen en dat goed op te volgen. Ik kan dat alleen maar toejuichen. Het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers (IPEO) en het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van suïcidepogers - Kinderen en Jongeren (KIPEO) – wie ermee bezig is, kent de begrippen – zijn daar heel belangrijke elementen, waarop we ook de volgende jaren moeten blijven inzetten.

Ik zit nog altijd met die paradox wat betreft holebi's en transgenders. Langs de ene kant is er in Vlaanderen bij veel actoren ongelooflijk veel expertise inzake suïcidepreventie aanwezig. Tegelijkertijd is er in Vlaanderen bij het middenveld dat zich bezighoudt met het welbevinden en welzijn van holebi's en transgenders heel veel expertise aanwezig. Toch zijn we er tot nu toe niet helemaal in geslaagd – er is een aanzet gegeven, er is een gedachtewisseling geweest, er is bijkomend onderzoek over het welbevinden en de ervaring met suïcide bij holebi's en transgenders – om een eenduidig antwoord te vinden op de vraag of we een eigen strategie en/of eigen acties nodig hebben voor die doelgroep. Of kunnen de huidige acties, strategieën en initiatieven met misschien wat meer naambekendheid een voldoende antwoord bieden op de toch wel bijzonder hoge suïcidaliteit in die doelgroep? Ik kan alleen maar hopen dat de initiatieven – die goed zijn, voor alle duidelijkheid – vrij snel tot dat eenduidige antwoord kunnen leiden.

Ook de vijfde strategie, het ontwikkelen en implementeren van aanbevelingen en hulpmiddelen, hebben we al uitgebreid besproken. De multidisciplinaire richtlijn is, zacht gezegd, een schot in de roos. Maar ik denk dat het meer is dan een schot in de roos. In de Europese context is het vrijwel een unicum dat op een dergelijke – ik zou bijna zeggen: vanzelfsprekende – manier zeer uiteenlopende partners – van kinderpsychiaters tot kinderpsychologen en alles wat daarrond en daartussen zit – elkaar gevonden hebben om de multidisciplinaire richtlijn te ontwikkelen. We hebben daarover overeenstemming bereikt, we hebben ook allemaal ingestemd dat we daarin geloven en dat we het naar onze beroepsgroepen, partners en leden zullen doorgeven. Hiermee gaan we nu echt aan de slag.

De e-learning die daaraan vasthangt, heeft zeker in de eerste weken een enorm hoog aantal bezoekers en inschrijvingen gekregen. Zouden we eens een overzicht van die cijfers kunnen krijgen? Heeft de aanvankelijke interesse zich de daaropvolgende maanden doorgezet?

Ik kan niet anders dan vandaag nog maar eens te wijzen op de grote noodzaak van de samenhang tussen enerzijds de multidisciplinaire richtlijn en anderzijds de ketenzorg. Die twee zijn voor mij onlosmakelijk met elkaar verbonden. Als je het er als hulpverleners over eens bent hoe je het best omgaat met suïcidaliteit bij een cliënt of patiënt, maar er vervolgens niet in slaagt om die overdracht op een correcte manier te laten plaatsvinden zonder dat daar in tijd een gat valt, dan schieten we heel ernstig tekort. Vanaf het eerste ogenblik dat iemand om het even waar – bij een centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB), de Zelfmoordlijn, een huisarts, een centrum algemeen welzijnswerk (CAW) of wat dan ook – aanklopt en voor de eerste keer zegt met gedachten aan suïcide te worstelen, zouden wij zo iemand nooit meer mogen loslaten. Die persoon zouden wij probleemloos en vooral met zo weinig mogelijk drempels moeten kunnen overdragen naar de zorg die hij of zij op dat ogenblik het meest nodig heeft.

Ik sluit niet uit – maar dat zal dan later wel blijken – dat de analyse die nu wordt gemaakt om te komen tot dat ketenzorgmodel, een aantal tekortkomingen in ons huidige zorgsysteem blootlegt. Ik vind dat ook geen ramp. We zijn ons daar allemaal van bewust. Ik kan alleen maar hopen dat dezelfde bereidheid die we hebben gezien bij heel verschillende actoren om die multidisciplinaire richtlijn toe te passen, er ook is om dat ketenzorgmodel te omarmen, vast te pakken en ermee aan de slag te gaan. Mocht het – maar dat zeg ik heel erg in de voorwaardelijke wijs – een kwestie van centen zijn, dan hoop ik dat die centen kunnen worden gevonden. Als ze nodig zijn om bepaalde gaten te kunnen vullen, moeten we daar prioriteit aan geven. Daarmee wil ik niet zeggen dat het om een globale budgetverhoging moet gaan. Daarover wil ik geen uitspraak doen omdat we op dit ogenblik die gegevens niet hebben. Maar ik vind het van essentieel belang dat er, op het ogenblik dat we tot dat model van ketenzorg komen, ook geen praktische bezwaren meer zijn om het te ontwikkelen.

Collega's, ik rond af. Suïcidaal gedrag is complex. Het heeft nooit één oorzaak. We kennen ook het verloop van het suïcidaal proces. We weten uit wetenschappelijk onderzoek en uit de dagelijkse praktijk dat dit proces, gelukkig maar, geen vooraf bepaald einde heeft: een gedachte aan zelfdoding hoeft niet over te gaan in een wens tot zelfdoding, een wens tot zelfdoding hoeft niet over te gaan in het maken van een plan, het hebben van een plan hoeft niet over te gaan tot een poging. Maar dan moeten we natuurlijk wel preventief kunnen optreden. Dan moeten we wel kunnen ingrijpen – en dat weten we evidencebased, de acties in het actieplan tonen dat aan. We moeten ervoor kunnen zorgen dat we op het juiste ogenblik de juiste intermediairen, de juiste zorgverleners, de juiste burgers ook vinden – ik wil het pleidooi voor vermaatschappelijking van de zorg zeker niet van tafel vegen. Dan moeten we met z'n allen in staat zijn om de juiste acties en de juiste handelingen te stellen. Dan denk ik dat het VAS, met al zijn strategieën en concrete

acties, een bijzonder goed element is. We moeten het, zoals we nu doen, kritisch durven te evalueren op efficiëntie en toepassingsgebied. Ik heb wel even het financiële luik gemist, maar ik ben ervan overtuigd dat er net zoals in de voorbije jaren ook de volgende jaren goede resultaten mee zullen worden bereikt.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Bedankt voor jullie toelichting, maar vooral voor het werk in het kader van het actieplan dat achter de toelichting zit.

We weten dat zowel de suïcidepogingen als de suïcidecijfers in onze regio hoog zijn. Het goede nieuws – hoewel je dat moeilijk goed nieuws kunt noemen aangezien de cijfers nog altijd hoog zijn – is dat er voor een aantal groepen een daling is. Maar voor een aantal groepen is dat nog niet zo.

Ik ga eerst in op de groep waar de doelstelling gehaald wordt. Dat is op zich heel goed. Ik ga ervan uit dat we onze doelstelling voor die groepen nog kunnen verscherpen. We moeten daar misschien nog ambitieuzer zijn en de daling ook de komende drie jaar nog doen doorzetten. Ik ben vooral benieuwd naar de succesfactoren. Wat heeft ervoor gezorgd dat het bij die doelgroepen aanslaat?

U hebt zelf aangegeven dat de effectiviteit niet altijd wordt gemeten. Ik besef dat het ongelooflijk moeilijk is om de link te leggen tussen een bepaalde maatregel of acties die je onderneemt in het kader van een actieplan en de effectieve impact op de daling van het aantal suïcides. Maar dat is wel de essentie. Als we weten wat de factoren zijn die tot een daling van het aantal suïcides hebben geleid, kunnen we daar sterker op inzetten. Ik ben ervan overtuigd dat als er bepaalde acties zijn waar mensen tevreden over zijn of die misschien een positieve impact hebben maar waarbij we moeten vaststellen dat ze niet de impact hebben die nodig is, we die moeten durven te herbekijken.

In die zin vraag ik mij af in welke mate de daling kan worden gekoppeld aan de acties die we ondernemen. Ik stel die vraag omdat we hier een jaar of twee geleden ook cijfers hebben gehad. Toen kregen we cijfers over de evolutie, periodiek, jaar per jaar. Daar kon je toen uit afleiden dat het niet in een rechte lijn gebeurt. Het ene jaar zijn de cijfers beter dan het ander. We kunnen vermoeden – en dat blijkt ook internationaal – dat er een link is met bijvoorbeeld de conjunctuur. Als de evolutie van de suïcidecijfers een gevolg is van andere zaken dan het VAS, dan moeten we dat kunnen bekijken.

Ik ga ervan uit dat dat niet zo is, voor alle duidelijkheid. Ik ga ervan uit dat onze acties effect hebben. Ik vind het wel heel belangrijk dat jullie er een zicht op hebben wat de succesfactoren zijn en waar we eventueel wel op een positieve manier effectiviteit gemeten hebben.

Een tweede vraag gaat meer specifiek over de groep die momenteel geen daling vertoont. U zegt dat er op al die jaren voor de groep mannen en vrouwen tussen 45 en 59 jaar en vrouwen boven 75 jaar geen daling is. U zegt dat u er een extra studie naar zult doen. Het is goed dat er politiek ruimte wordt gemaakt om daar extra naar te kijken. Mijn vraag is of er bepaalde hypotheses op de tafel liggen. Hebt u bepaalde aanknopingspunten om te zeggen waar u naar op zoek gaat? Ik ga ervan uit dat die studie niet van een blanco blad begint. Wat zijn mogelijke verklaringen, mogelijke hypothesen, zonder dat u vooruitloopt op de studie? Waarmee gaat u aan de slag? Wat gaat u onderzoeken?

Ik heb nog enkele meer punctuele vragen rond concrete voorstellen en acties die u hebt toegelicht. Een eerste gaat over samenwerking met apothekers. Dat is een interessante samenwerking. Hebt u daar al een evaluatie van? Lukt dat? Zijn mensen bereid om op die manier samen te werken? Zijn mensen die zelfmoordgedachten

hebben of al -pogingen hebben ondernomen, bereid om op die manier te werken? Of botst dit op weerstand? De apothekers zijn goed geplaatst, maar zijn zij momenteel vragende partij om meer een soort huisapotheek te kunnen zijn en veel meer betrokken te zijn in de zorg rond mensen? Momenteel is dat heel vaak nog niet zo. Mensen bezoeken meerdere apotheken. Dat is een heel andere manier om met een apotheek om te gaan dan het ideale model. Lukt dat? Is dat een succes? Kunnen we dat opschalen naar andere regio's?

U zegt dat er een geïntegreerd aanbod voor scholen nodig is. We moeten dus meer structureel aan de slag gaan in de scholen. In een andere commissie is er nu een heel debat gaande over de eindtermen. Is dit iets dat op een dergelijke manier kan worden geïntegreerd, namelijk dat we het als een eis opleggen in de eindtermen dat jongeren leren omgaan met geestelijke gezondheidszorg? Of ziet u andere methodieken om daarmee aan de slag te gaan?

Bij het implementatieluik zegt u dat we soms goede programma's hebben en dat we die moeten ontwikkelen. Tegelijkertijd zijn er ook hoorzittingen in deze commissie aan de gang over het Actieplan Geestelijke Gezondheid. Dat is een andere insteek, met een veel ruimere scope dan suïcidepreventie, maar er komen wel zaken in naar voren zoals het feit dat de leesbaarheid van het landschap heel moeilijk is. Als iemand zelf met een klacht zit, is dat niet evident, zeker voor jongeren. Ze weten niet goed wat de goede en de slechte plekken zijn, wat de betrouwbare plekken zijn enzovoort. We hoorden ook jongeren in de wandelgangen zeggen: 'Ik heb eens gebeld en ik had een goede hulpverlener. Ik mocht terugbellen, maar toen ik dat wilde doen, dan was die er niet.' De weg zoeken en de weg vinden is voor jongeren, en ik vermoed ook voor volwassenen, nog een probleem. Het aanbieden van een aantal zaken is niet alleen een kwestie van dat het breed geïmplementeerd moet worden, maar ook dat je mensen het kaf van het koren moet leren scheiden. Je kunt zelf als beleid ook wel eens een app hebben die geen succes is en een andere moeten ontwikkelen, en dergelijke meer. Kunt u ook hier over de succesfactoren al iets meer zeggen? Gaan we de goede richting uit? Of kunnen we nog een tandje bij steken?

Ik wil nog een korte algemene opmerking maken over het aspect rond ketenzorg en budgetverhoging, dat zonet werd aangehaald. Momenteel besteden we 6 procent van ons budget aan geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. Dat is weinig, ook in internationaal perspectief. De vraag moet volgens mij niet zijn of we een budgetverhoging voor deze of gene actie zullen doen, de vraag moet zijn wanneer we een budgetverhoging zullen krijgen voor het geheel, waarop we die gaan inzetten en waar we een prioriteit van gaan maken. Dat is een meer politieke vraag. Ik denk dat we absoluut nood hebben, zowel rond suïcidepreventie maar zeker rond de brede gezondheidszorg – dat is natuurlijk met elkaar verbonden – aan een absolute maatschappelijke politiek, waarbij de keuze veel harder wordt gemaakt dat de geestelijke gezondheidszorg veel ernstiger wordt genomen en veel meer prioriteit krijgt dan vandaag het geval is. Ook dat zal helpen voor een betere suïcidepreventie, los van de kwaliteit van het actieplan, uiteraard.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Voorzitter, ik kan na de vorige uiteenzettingen vrij kort zijn. We zijn bekend met de cijfers inzake zelfdoding. We hebben echt wel redenen om hier blijvend aan de slag mee te gaan. Ik vind, net zoals voorgaande sprekers, het absoluut niet erg dat dit thema vaak en intens op onze toch al goed gevulde commissieagenda komt. Eerder deze maand nog hebben we hier gesproken over de link met cyberpesten en de rol van vroegdetectie daarin. Collega De Bruyn verwees er al naar dat we begin mei hier eveneens een gedachtewisseling hebben gehad over de nieuwe richtlijn Suïcidepreventie en de mediarichtlijnen.

Ik heb in de vraag om uitleg die ik heb ingediend, meteen aangegeven dat ik het belangrijk vind om dit rapport grondig te bespreken in de commissie. Ik vind dat heel positief omdat het een heel leesbaar rapport is. Het gaat echt wel verder dan de cijfers. Het geeft eigenlijk een hele foto van het suïcidepreventielandschap. Je bent ermee bezig, maar als je het rapport dan leest, dan zie je dat we zovele acties doen naar doelgroepen. De evaluatie vind ik ook puur en eerlijk. Jullie geven ook heel duidelijk aan dat, belangrijker dan de bezoekersaantallen van een of andere website of het aantal keer dat een brochure is gedownload, we echt wel moeten ingaan op een aantal vragen. Die vragen stellen jullie ook: is er nood aan bijkomende methodieken, moeten we ons meer richten op universele preventie en hoe kunnen we de online tools meer aanvullend inzetten op de reguliere hulpverlening? De kern van mijn vraag is: zult u op basis van deze tussentijdse evaluatie heel concreet bijsturen? Zo ja, op welke manier?

Toen het rapport bekendgemaakt werd, was er in eerste instantie een eerder positieve, zij het toen al genuanceerde, mediaberichtgeving over enkel de cijfers. De dag erna kwam u wat meer in beeld en hebt u dat wat meer genuanceerd en gekaderd. Ik denk dat dat belangrijk is, want een aantal sterk gemediatiseerde gebeurtenissen hebben een directe, vaak negatieve invloed op de cijfers. Het is goed om dat over een aantal jaren te bekijken. Er zijn nu eenmaal een aantal parameters waar wij als Vlaamse overheid of als beleid geen of heel weinig impact op hebben. Het is belangrijk om dat mee te nemen.

Het actieplan is uitermate belangrijk, ook omdat het ons tussentijds leert welke acties doeltreffend en effectief zijn. Ik vind het belangrijk dat we ook heel goed kijken naar doelgroepen. Welke doelgroepen hebben mogelijk extra aandacht nodig? Waar zijn de hiaten? Waar schiet de preventie tekort?

Ik heb een aantal heel concrete vragen over de vijf strategieën. Bij de eerste strategie, was ik vooral positief verbaasd over het vele dat er concreet op het terrein gebeurt. U hebt ze genoemd: NokNok voor jongeren, Zilvergrijs voor ouderen, de Goed-Gevoel-Stoel voor maatschappelijk kwetsbaren. Ik heb vragen gesteld over de e-tool die er komt voor ouders die te maken hebben met een kind dat worstelt met suïcidaal gedrag of suïcidale gedachten. Ik vind dat heel belangrijk omdat het een sterke indicator is, maar het is toch wel moeilijk te vatten. Ik zie wat jullie doen met de vele hulplijnen. Bij Awel werken ze met minderjarige hulpverleners, net om jongeren die bellen, op een goede manier te kunnen opvangen en begeleiden. Het mag geen fetisj worden, maar jullie monitoren heel goed het aantal bezoekers van de websites, bijvoorbeeld Fit in je Hoofd. Daar is toch wel een significante daling van 31 procent tussen 2015, toen de website werd vernieuwd, en 2016. Zijn er nog andere verklaringen voor die daling?

Wat ik bij al die apps vaststel, is dat het gebruik enorm fluctueert van jaar tot jaar. Ik weet niet of dat een indicatie moet zijn om te beoordelen of het een goede app is of niet. Die cijfers zijn op dit moment het enige dat we hebben. Voor de app Fit in je Hoofd is er een daling van 61 procent. Is daar een verklaring voor? Zijn we verzadigd? Heeft iedereen die hem moet hebben, hem al? Is er ergens een actie stopgezet?

Op de mediarichtlijnen zal ik niet te veel ingaan. We hebben al vragen gesteld over de Netflixserie ’13 Reasons Why’. We hebben daar ook over gesproken en we gaan de traditionele mediarichtlijnen uitbreiden naar de fictierichtlijnen. Wat is de laatste stand van zaken hierover?

Ook de tweede strategie is een belangrijke, het tele- en online-aanbod. Het wordt ook steeds belangrijker. Je kunt geen vraag meer stellen of telkens moet er ook een online vertaling bij zijn. Ik heb wel gezien dat het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) tot 2016 over de mogelijkheid beschikte, zoals Facebook nu heeft

ingevoerd, waarbij je als je iets zorgwekkends ziet bij vrienden, je op een bijzondere aanmeldingsknop kunt duwen. Ik heb daar ook al vragen over gesteld. Het CPZ heeft dat afgevoerd omdat het te veel niet-relevante meldingen kregen. Dan moeten we afwegen hoe we daarmee omgaan. Dat sprong er voor mij uit.

Hoe promoten we de apps? Als hulpverlener heb je in dit domein al je handen vol met een heel moeilijke job. Ik stel me dan de vraag of je dan ook nog al die apps moet kennen, of maakt men voor de hulpverleners al de selectie welke de goede zijn en bij wie je die moet promoten? Moet iedereen uit de hulpverlening dat kennen? Of werkt u met referentiepersonen? Ik vraag me af hoe die mensen door het bos de bomen nog kunnen zien. Ik merk wel dat het een belangrijk onderdeel blijft maar bepaalde apps zijn voor iedereen, andere niet. Bijvoorbeeld 'On Track Again' vind ik een goede app voor mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben. Kennen de hulpverleners die allemaal? Wordt dat van hen verwacht?

De derde strategie gaat over het bevorderen van de deskundigheid en de netwerkvorming bij intermediairen. Ik heb later in deze commissie nog een vraag over ggz bij gedetineerden op basis van het gezondheidsprofiel dat eerder is bekendgemaakt. Daar ga ik dus nu niet te veel op in.

U spreekt – dat is goed en terecht – over ervaringsdeskundigen, nabestaanden, lotgenoten. Maar de zogenaamde KOPP- (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) en KOAP-kinderen (Kinderen van Ouders met Afhankelijkheidsproblemen) ben ik niet tegengekomen, of volgens mij toch niet prominent genoeg. Ik vind dat net een heel belangrijke groep. Het zijn kinderen van ouders met vaak een toch wel zware psychische stoornis. Als we dan gaan kijken naar de indicatoren waarvan je weet dat er zich een problematiek kan ontwikkelen, dan vind ik deze groep zeer relevant. Ik vond ze niet in die mate terug in uw actieplan. Misschien is daar een uitleg voor. Dan zou ik die graag horen.

Ten slotte – het is wel geen positieve noot – hebben wij als commissieleden een hele tijd geleden de 'Dag van de Nabestaanden' mogen meebeleven. Dan hebben wij met nabestaanden, ook kinderen, gesproken. Ik vond dat een heel waardevol initiatief. De tevredenheid is daar zeer groot, maar het bereik daalt wel. Misschien hebben mensen het concept wel gehad, maar dat viel me op en ik wilde dat graag in mijn uiteenzetting even naar voren brengen. Tot daar, voorzitter, mijn vragen en suggesties.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Door de onderzoekers is aangehaald dat men voor ouderen, en vooral vrouwen boven de 75 jaar, nog niet het middel heeft gevonden. Men weet dat sociaal contact, het netwerk, in de nabijheid van andere mensen zijn en goede relaties hebben, wel preventief werken. Dan vraag ik me af of er internationaal wel een goed voorbeeld is, waarbij meer wordt ingezet op suïcide bij oudere mensen. Of heeft dat meestal te maken met depressies die op oudere leeftijd gemakkelijk ontstaan? Mijn vraag is vooral, aangezien de actie die hier genoteerd staat, niet onmiddellijk gelukt is, of er een internationaal voorbeeld is waarvan we zouden kunnen leren.

Bart Van Malderen (sp·a): Ik zal niet verder ingaan op alle cijfers die door collega's al zijn aangehaald, maar namens de sp.a-fractie wil ik vragen om de cijfers op een juiste manier te kaderen. Ik denk aan het gevaar van gemiddelden. U gaf zelf in de toelichting voldoende aan dat u diversifieert in doelgroepen, leeftijdscategorieën en dergelijke meer. Een van de aanleidingen van dit debat waren krantenknipsels, waaruit kon worden opgemaakt dat het bericht dat het de goede kant uit gaat met de algemene cijfers, toch moet worden gerelativeerd. We zien bijvoorbeeld bij mannen dat er sinds 2006 een daling is van 30 per 100.000 naar 25 per 100.000, maar we merken dat we bij vrouwen die evolutie niet zien. Er

zijn ook zeer grote verschillen tussen de leeftijdscategorieën: bij vrouwen tussen 16 en 29 zien we een opmerkelijke daling, maar dat is over een behoorlijk lange tijdspanne genomen. Als we naar de details gaan kijken, merken we dat er, tussenliggend in andere jaren zoals 2003 of 2011, uitgesproken pieken zijn. Hoe gaan we om met die verschillen, zowel op jaarbasis als qua deelgroepen? Ik sluit mij aan bij de vragen over specifieke doelgroepen zoals mannen en vrouwen tussen 45 en 49, waar we niet de gunstige omslag zien die we allemaal zouden willen. Ik zit met dezelfde vraag als mevrouw Coppé: hoe zit het met de bijzondere groep van vrouwen boven de 75? Hoe gaat u concreet om met die differentiatie? Welke acties plant u in een volgende fase?

We zien dus een rustige evolutie, met de opmerking die ik daarnet al gaf dat gemiddelden veel verschillen kunnen verbergen. Is dat het gevolg van het gevoerde beleid? Mijn aanknopingspunt is de opmerking die u zelf maakte dat tevredenheid wel wordt gemeten, maar effectiviteit al een stuk minder. Hoe schat u de relatie in tussen het gevoerde beleid en de resultaten? Zijn we zeker dat wat we als een goede evolutie zien, ook het resultaat is van het beleid?

Dan heb ik nog enkele concrete vragen. Wanneer mogen we de cijfers van 2015 en 2016 verwachten? De ketenzorg is gestart vanaf juni 2017, maar hoe zit het precies met het project rond ouderen?

De doelstelling is om tegen het cruciale jaar 2020, dat angstwekkend dichtbij komt, een daling van het suïcidecijfer met 20 procent te bereiken. Als we daar effectief in slagen, waar brengt ons dat in de rangschikking in de internationale context? Het is een arbitrair cijfer in een al even arbitrair jaar. Het is gekozen als ijkpunt in tal van beleidsdomeinen, zoals armoede, gehandicaptenzorg, enz. Als we die doelstelling halen, waar staan we dan ten opzichte van anderen, rekening houdend met de evolutie in het buitenland? De heer De Bruyn schetste de context, en de vaststelling is dat onze positie niet zo gunstig is. Waar denkt u dat we ons dan zullen bevinden en wat is de volgende stap die we moeten zetten om op een aanvaardbaar niveau te komen, voor zover er iets bestaat als een aanvaardbaar niveau van suïcide?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Een van de sterkste preventieve maatregelen is de beperking van de toegang naar de middelen bewerkstelligen. Ik heb begrepen dat er een proefproject rond medicatie is opgestart met apothekers. Kunt u dat toelichten? Hoe zult u dat realiseren? Zijn daar al bevindingen over? Kunnen daar andere disciplines bij betrokken worden of gebeurt dat al? Zo ja, waarom wel, en zo niet, waarom niet?

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Eén vraag is volgens mij nog niet gesteld. We weten dat sommige provincies op dit vlak initiatieven nemen, maar dat zal in de toekomst niet meer kunnen. Zal er bij het voeren van die campagnes ook gedifferentieerd worden in die regio's waar de problematiek zwaarder weegt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik stel voor dat de mensen van VLESP straks nog een aantal antwoorden kunnen geven op de meer technische vragen.

Wat de cijfers betreft, kan globaal gezien voorzichtig gesteld worden dat de gezondheidsdoelstelling, de daling van het aantal suïcides met 20 procent ten opzichte van het referentiejaar 2000, gehaald wordt. Het gaat hier wel om cijfers tot 2014. Toen dit een scoop in de media scheen te worden, hebben we onmiddellijk

gezegd dat we niet de nadruk willen leggen op dat element in de communicatie over de tussentijdse evaluatie. We beseffen zeer goed, niet alleen dat elke suïcide er één te veel is, maar ook dat het cijfer zeer voorzichtig moet worden geïnterpreteerd. Er is immers een langere periode nodig om een trend te kunnen zien. De cijfers van 2015 en 2016, die er nog niet zijn, zijn van belang als je vermoedt dat er een relatie is tussen economisch moeilijke tijden en suïcidecijfers. De kans bestaat dus dat die evolutie niet zomaar wordt bevestigd. Bovendien is er de uitzondering bij de leeftijdscategorie 45-59-jarigen en vrouwen ouder dan 75. Voorzichtigheid is dus geboden, ook al is het zo dat uit de registratie van de suïcidepogingen, die een belangrijke indicator is, blijkt dat de meest recente cijfers van 2016 een daling tonen van 13 procent ten opzichte van het referentiejaar 2000.

Kortom, mocht u die indruk hebben, mag u echt niet denken dat we er, naar aanleiding van de tussentijdse evaluatie, van uitgaan dat we zonder meer de doelstelling zullen halen.

De cijfers van 2015 over het aantal sterfgevallen wegens suïcide zullen samen met de algemene sterftecijfers van 2015 in december beschikbaar zijn. Dan kan een belangrijke aanvulling van het cijfermateriaal gebeuren. Mijn eerste algemene reactie is dus dat dit een bemoedigend cijfer is, maar het betekent niet dat we de realisatie van de gezondheidsdoelstelling als verworven beschouwen.

Een aantal mensen stelden, terecht, de vraag hoe het komt dat dit cijfer in Vlaanderen zo hoog ligt. We hebben daarover al meermaals van gedachten kunnen wisselen. Wat in dit verband blijft terugkomen, is dat er twee belangrijke factoren zijn. De eerste is dat geestelijke gezondheidszorg en zich niet goed in zijn vel voelen in de drukke Vlaamse samenleving thema's zijn die niet vlot bespreekbaar zijn. Daar rust nog altijd een stigma op, en dat zal zeker een verklaring zijn. We zien, zoals mevrouw Taelman zegt, dat er regionale verschillen zijn, en de vraag is dus of we campagnes kunnen differentiëren. Welnu, een differentiatie is zeker mogelijk, want dat is een belangrijke vaststelling. Vandaar dat er de laatste jaren inspanningen zijn gebeurd om al die campagnes rond het bespreekbaar maken van mentale fitheid en geestelijke gezondheid te stroomlijnen en te bundelen en ervoor te zorgen dat ze vanuit dezelfde basiscommunicatie vertrekken. Dat zit niet allemaal in de budgettaire tabellen die we bij suïcidepreventie plaatsen, maar het is wel cruciaal in het gehele verhaal. Mijnheer De Bruyn, het is trouwens een van de redenen waarom het niet zo simpel is om die budgettaire inspanning al dan niet toe te spitsen op vroegdetectie of vroeginterventie, als je daar een budgettair geheel van wilt maken.

Het tweede element, en ik deel in dit verband helemaal de mening van mevrouw Van den Brandt, heeft te maken met de organisatie van onze geestelijke gezondheidszorg in België en in Vlaanderen. Ik heb eens gezegd, naar aanleiding van een debat in De zevende dag, dat met die 6 procent RIZIV-uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg, op een moment dat in de samenleving de vraag naar antwoorden voor chronische zorg en langdurige ondersteuning, voor thuiszorg, ouderenzorg, maar ook voor geestelijke gezondheidszorg, stijgt, je ook onder ogen moet durven zien dat de ziekteverzekering, maar ook de gemeenschappen, wat betreft het budgettaire traject in een bepaalde richting zullen moeten evolueren. Dat is geen kwestie van een revolutie in een jaar tijd, maar in een debat over keuzes die je in de zorg maakt, zal dat ook ter sprake moeten komen.

Mijn overtuiging, waarvan ik denk dat ze toch breed gedeeld wordt, is dat we best wel wat psychiatrische zorgcapaciteit hebben in de psychiatrische ziekenhuizen, als je het aantal bedden telt en als je kijkt naar de rapporten van het KCE over hoe performant ons gezondheidssysteem is. De eerste lijn daarentegen, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, is echt wel een zorgenthema. Daarom applaudisseert iedereen als het federale niveau, mits aan een aantal randvoorwaarden is voldaan,

inspanningen doet om een begin te maken van de terugbetaling van psychotherapie. Daarom proberen wij ook in 2017 en 2018 te investeren in die bredere, toegankelijkere eerste en nulde lijn. We zijn ooit gestart met de eerstelijns psychologische functie, waarvan u terecht opmerkt dat ze vroeg of laat toch moet verankerd en verduurzaamd worden. Dat vereist natuurlijk dat we heel goed weten hoe die terugbetaling van psychotherapie gepositioneerd zal worden. In het kader van de uitrol van extra capaciteit voor rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp zijn we vragende partij om daar ook in te zetten op die eerstelijns psychologische functie. We doen dat ook in het kader van het nieuwe circuit kinderen en jongeren en we proberen vroegdetectie en -interventie ook een nieuwe financiële duw te geven. We proberen binnen onze bevoegdheden om daar echt op in te zetten. Hoe vroegtijdiger, hoe proactiever, hoe laagdrempeliger, hoe meer de band met algemene preventieve strategieën duidelijk is. Als je kijkt naar het strategisch plan rond lifestyle dat hier in de commissie is voorgesteld en besproken zal worden, als je naar een settinggerichte aanpak gaat van een gezonde levensstijl, dan kom je ook daar al snel in aanraking met het thema van mentale gezondheid en aandacht voor mentale fitheid.

Ook dat is budgettair moeilijk stricto sensu af te bakenen of af te zonderen. Ik ben het ook wel eens met die observatie. Daar worden natuurlijk stappen gezet, maar het is mijn diepe overtuiging dat – en dat doe je natuurlijk meestal het best op momenten dat er grote afspraken moeten worden gemaakt, in het kader van regeringsonderhandelingen enzovoort – de geestelijke gezondheidszorg zeker in een belangrijke transitie is. Dat zal de volgende jaren niet anders zijn, wat mij betreft.

Wij werken met een gezondheidsdoelstelling die uit te drukken is in meetbare doelstellingen en subdoelstellingen. Toen het tweede actieplan werd gemaakt, het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie II, hebben wij aan professor Annemans uitdrukkelijk gevraagd om een gezondheidseconomische evaluatie te maken. Natuurlijk blijkt uit de evaluatie dat we niet overal zomaar kunnen meten wat het resultaat is en het oorzakelijk verband op korte termijn, maar we hebben toen toch getracht – en dat doen we bij de andere gezondheidsdoelstellingen eigenlijk ook – om te kijken of je een inschatting kunt maken van de inzet van de publieke middelen versus de gezondheidswinst die daar op populatieniveau uit kan worden gehaald. Uit die analyse van professor Annemans is gebleken dat een aantal initiatieven echt wel meer effectief zijn dan andere initiatieven. Ik ken ze niet meer uit het hoofd, maar bijvoorbeeld het inzetten op het empoweren van intermediairen en van mensen die in de omgeving van mensen met een risico zijn en die aanspreekbaar zijn, is zeker een succesvolle strategie, als je kijkt naar de inzet van de middelen versus wat eruit kan worden gehaald.

Is de daling van het aantal suïcides een rechtstreeks gevolg van de opgezette strategie en acties? We moeten eerlijk zijn: daar is geen eenduidig antwoord op te geven. Zoals collega De Bruyn gezegd heeft, is zelfdoding altijd een complex verhaal. Veel factoren spelen een rol. Het is niet mogelijk om zomaar te zeggen dat die actie dat gevolg heeft gehad. Het is complexer dan dat.

Wat we wel kunnen zeggen, is dat bij de ontwikkelingen van het actieplan en alle diverse acties zeer veel rekening is gehouden met beschikbare evidentie. De meeste acties zijn afgetoetst aan een aantal criteria: zijn ze suïcidespecifiek, zijn ze wetenschappelijk evident, zijn ze kosteneffectief, zijn ze implementeerbaar? Men is er ook niet voor teruggeschrokken om te zeggen dat een en ander ondertussen misschien wetenschappelijk meer onderbouwd of betwist zal zijn, en dat ook die nieuwe internationale inzichten moeten worden meegenomen in het actieplan.

Ik wil dit toch eens benadrukken, collega's: als ik contact heb met andere, buitenlandse collega's, stel ik vast dat wij met ons actieplan echt niet moeten onderdoen voor andere regio's. Dat mag wel eens gezegd worden. En dat is zelfs niet

in eerste instantie de verdienste van de overheid, maar van al diegenen die hier met veel overtuiging mee de schouders onder hebben gezet.

Het actieplan is nu halfweg. We hopen natuurlijk dat de daling van de suïcidescijfers zich zal verderzetten, maar het is duidelijk dat er ook een aantal bijkomende accenten of bijsturingen mogelijk moeten zijn. Wat een constante blijkt te zijn bij al onze strategieën met betrekking tot gezondheidspromotie en ziektepreventie, is dat wij onszelf iets meer moeten disciplineren om energie te stoppen in de implementatie, en niet alleen in de ontwikkeling. Dat zien we ook als het over voeding, beweging en sedentair gedrag gaat. Dat is daar ook een heel sterke aanbeveling voor het nieuwe plan. We moeten beseffen dat het verhaal niet beëindigd is als men een goede tool heeft ontwikkeld. Het komt er nu, in die nieuwe strategie, op aan in die verschillende settings ook het gebruik en de implementering van die nieuwe inzichten, acties, methodieken en tools te promoten, en te zien dat het ook effectief gebeurt.

Een van de acties die heel specifiek worden ontwikkeld, met name om die groep 45- tot 59-jarigen beter te begrijpen, is de psychologische autopsiestudie, zoals men dat dan noemt. Bij de mannen en vrouwen in Vlaanderen die tussen 45 en 60 jaar overleden zijn door suïcide, gaat men in een tweejarig onderzoek, dat nu wordt voorbereid en op het einde van het jaar zal starten, na of men aan de hand van de bevraging informatie kan verzamelen betreffende de omstandigheden, het suïcidaal proces, de risicofactoren en de aanleiding van de suïcides bij die leeftijdsgroep. Die informatie moet ons meer antwoord bieden op de vraag naar de mogelijke oorzaken van die ongunstige evolutie en moet het uiteraard ook mogelijk maken om te beoordelen of er bijkomende acties kunnen worden ontwikkeld.

Er zijn ook vragen gesteld over het model voor ketenzorg. Dat vraagt inderdaad heel wat overleg met heel wat verschillende stakeholders. Dat vraagt ook heel wat literatuurstudie en het verzamelen van goede praktijken. Ik denk dat daar al heel wat rond gebeurd is. Misschien kunnen onze experts daar nog meer over vertellen. Ik heb mij in ieder geval laten rapporteren dat er een vorm en een model voor ketenzorg wordt uitgewerkt. Dat kan wellicht midden volgend jaar afgerond worden.

Er waren ook vragen over de online hulpverlening. Dat is wat mij betreft een van de meer succesvolle verhalen in Vlaanderen van de laatste tijd. Wij doen het daar internationaal goed. De trend naar meer online hulpverlening, met de bedoeling om de drempel naar hulp zo laag mogelijk te maken, is ingezet in Vlaanderen. Ik denk dat we internationaal kunnen worden beschouwd als een van de pioniers voor dit soort ontwikkelingen. Er zijn al een aantal voorbeelden genoemd: zelfmoord1813.be, de chat en de e-mail van de Zelfmoordlijn, BackUp, Think Life, On Track Again, de e-learningmodule voor hulpverleners voor detectie en behandeling van suïcidale patiënten, het forum en de herinneringssite voor nabestaanden, om er een aantal te noemen.

Ik weet nog dat we hier in de commissie spraken over de noodzaak om één portaal en één platform te hebben voor datgene wat met suïcide te maken heeft. Ik weet niet of u zich die tijd nog herinnert. Toen was dat blijkbaar niet zo evident. Nu vinden we dat allemaal vanzelfsprekend, maar dat heeft toch heel wat goede wil van diverse zijden verondersteld. Gelukkig is dat ondertussen een realiteit.

Zelfmoord1813.be krijgt per maand ongeveer 15.000 bezoekers. De app BackUp kende in een jaar tijd 2758 unieke downloads bij Apple en 1120 bij Google Play Store. Ik kan u zo nog wel een aantal cijfers geven. Het betekent dat er toch wel heel wat aandacht naar gaat en dat mensen geïnteresseerd zijn in die online mogelijkheden. Ik neem aan dat u ervan overtuigd bent dat er met voldoende onderzoek is nagegaan of die interventies effectief zijn, zowel met mensen die gebruik hebben gemaakt van die applicaties als degenen die als proefpersonen at random in dat onderzoek zijn betrokken.

Al die acties zijn dus lopende. Ik wil benadrukken dat uit de tussentijdse evaluatie blijkt dat zowat alles uit dat tweede actieplan gerealiseerd of lopende is, op twee acties na. Die zullen we natuurlijk met verhoogde aandacht moeten opnemen in de volgende periode. Enerzijds is er de ontwikkeling van het model voor ketenzorg. Er is u uitgelegd waar we staan en waarom dat nu na de ontwikkeling van de richtlijn is gekomen. En anderzijds is er het pilootproject netwerkgroepen voor ouderen. Daar is een eerste fase afgerond, maar er is gebleken dat de partners die daarvoor rond de tafel zaten, niet echt met die doelgroep aan de slag gingen of konden gaan. Er wordt nu bijkomend gezocht naar de juiste partners om daarmee verder te kunnen gaan.

Naast het feit dat al die acties op de sporen staan, is er natuurlijk ook nog de realiteit van zeventien nieuwe acties die in de laatste jaren zijn ontwikkeld. Dat is ook een pluim op de hoed van iedereen die met de materie bezig is en die zich niet beperkt tot het uitvoeren van wat er op papier staat, maar die ook op zoek gaat naar de opportuniteiten die er zijn en die ook internationaal aanwezig zijn.

Wij gaan nu in de volgende periode rekening houden met een aantal dingen die uit de evaluatie komen. Heel de beweging die we maken naar eerstelijns psychologische functie, nu ook voor jongeren, de idee van één gezin, één plan, de versterking van de rechtstreeks toegankelijke hulp voor jongeren, de hergroepering en versterking van de middelen voor vroegdetectie en -interventie: al die zaken zijn beschikbaar om een aantal bijzonder kwetsbare groepen ook voldoende mee te ondersteunen. Ik denk bijvoorbeeld aan de tweede generatie allochtonen en een aantal van de groepen die ook in het actieplan benoemd zijn. Er is heel wat onderweg dat de volgende jaren, tot aan 2019, ook echt geïmplementeerd kan worden.

Wat die groepen betreft, hebben we holebi's en transgenders ook heel bijzonder in een aantal initiatieven meegenomen. Er zijn heel wat acties rond acceptatie door familie, de omgang door politie en justitie. Er zijn toch wel een aantal links die wij, vanuit de idee 'health in all policies', hierin meenemen. Het buddyproject en het Transgender Infopunt zijn, wat ons betreft, heel belangrijke initiatieven. Met name dat trefpunt is voor een aantal mensen ontzettend belangrijk.

Er komt nu een nieuwe oproep voor de volgende jaren. Er is verwezen naar het Rekenhof. Een van de zaken is hoe wij onze expertise nog beter kunnen bundelen en daardoor duurzamer borgen. Er komt een nieuwe oproep om vanaf 2019 de werking te kunnen continueren. We zijn nu aan het kijken of we een aantal zaken – de zorg voor de suïcidepogers, de Werkgroep Verder, de koepels – op een goede manier, en wellicht meer geïntegreerd, verder kunnen ondersteunen.

Tot slot wil ik nog even ingaan op de incidenten met de media. Wij hebben, zoals afgesproken, een contact gehad. Iedereen die daarbij moest zijn, was daarbij. De Raad voor de Journalistiek was er wat ontgoocheld over, maar ik denk dat ze dat zeer correct gedaan hebben. Wij moeten ook begrijpen dat die raad veeleer een soort reactief orgaan is. Er moet al een klacht zijn om die echt formeel in gang te kunnen laten gaan. Maar ze hebben daar heel correct, heel coöperatief en ondersteunend een aantal dingen mee afgesproken. U kunt dat misschien bevestigen of ontkennen, maar ik vond dat een zeer coöperatieve vergadering, waar we op een aantal essentiële punten zijn kunnen doorgaan. Wat essentieel is en blijft, is dat je media niet kunt censureren, of zeggen dat ze daar niet over mogen rapporteren. Maar de aanbevelingen zijn toch om dan niet heel uitvoerig en in extenso methodieken en alle mogelijke details daarbij te gebruiken. Ik had het gevoel dat wat daaromtrent werd voorgesteld als goede manier van werken, door hen ook werd opgenomen en aanvaard.

Misschien kan mevrouw Portzky nog antwoorden op een aantal vragen die naar de punctuele status van de projecten peilen.

Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Mevrouw Schryvers, de nieuwe suïcidecijfers zijn er in december. Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen de cijfers inzake suïcidepogingen en de cijfers inzake suïcide op basis van de overlijdenscertificaten. Dat vraagt altijd wat meer werk dan de suïcidepogingen die we registeren aan de hand van de meldingen via spoedopnames. Daarvan hebben we de cijfers voor 2016.

De zorgwekkende evolutie bij de 45- tot 59-jarigen is al meermaals aan bod gekomen. We zullen daar een onderzoek naar starten. We hebben immers vastgesteld dat dit op internationaal vlak ook in andere regio's een leeftijdsgroep is waar geen positieve evolutie wordt vastgesteld, onder andere in het Verenigd Koninkrijk. Maar ook daar moet men gissen naar mogelijke verklaringen. De enige hypothese die wordt vooropgesteld, is dat dit de leeftijdsgroep is die het zwaarst heeft geleden of nog lijdt onder de economische crisis omdat de impact van werkloosheid binnen die groep groter zou zijn dan bij jongere leeftijdsgroepen. Voor wie op 55 jaar zijn of haar job verliest, zijn de toekomstmogelijkheden toch anders dan voor iemand van 25 of 30 jaar. Dat is de enige hypothese op internationaal vlak, vandaar ook de noodzaak om dit grondig te onderzoeken. De beste manier om dat te onderzoeken is een psychologisch autopsieonderzoek. Wanneer dus iemand is overleden door suïcide, proberen we met de nabestaanden, de familie en de vrienden aan de hand van een zeer uitgebreid interview een beeld te krijgen van de omstandigheden van de suïcide, de risicofactoren, de hulpverlening. Daarbij is de vraag of deze leeftijdsgroep wel de weg vindt naar hulpverlening en of andere tools die we hebben binnen het actieplan wel worden bereikt. Uit dat onderzoek willen we vooral te weten komen waar we nu moeten op inzetten.

Ook bij vrouwen die ouder zijn dan 75 jaar zien we die minder gunstige evolutie. Men vraagt ons soms waarom we bij die groep geen psychologisch autopsieonderzoek doen, maar daar is het aantal het probleem. We berekenen de suïcidecijfers op 100.000 inwoners, maar wanneer we kijken naar absolute getallen, dan ligt dat aantal relatief laag. Voor de totale groep van vrouwen ging het in 2014 over 333 vrouwen die zijn overleden door suïcide. Wanneer we echter gaan kijken in de leeftijdsgroep van 75-plussers, gaat het over dergelijk kleine aantallen, dat we vrezen dat we de methode van een psychologisch autopsieonderzoek niet kunnen toepassen. Uiteindelijk moeten nabestaanden bereid worden gevonden om mee te werken. Methodologisch vrees ik dat dit moeilijk zal zijn.

Wat de vraag betreft over een specifieke zelfmoordlijn voor senioren, verwijs ik door naar mevrouw Pauwels.

Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ): Er is inderdaad gevraagd naar bijkomende inspanningen voor 75-plussers voor de bekendmaking van de Zelfmoordlijn. Er zijn initiatieven genomen en we stellen dan ook een lichte stijging vast van het aantal 75-plussers dat met de lijn contact opneemt. Dat aantal is doorheen de jaren gestegen van 3 naar 5 procent, dat is dus geen gigantische stijging.

Wat we ook zien, onder meer in de literatuur, is dat een methodiek als de Zelfmoordlijn eigenlijk niet de meest geschikte is voor deze doelgroep. 75-plussers spreken niet gemakkelijk over zoiets als psychische problemen via een telefoon, laat staan via de chat waar we toch vooral jonge mensen bereiken.

We hebben dan wel beslist om ASPHA (Advies SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners) heel specifiek bekend te maken in de sector van de ouderenzorg. Het is belangrijk om de hulpverleners beter te sensibiliseren. Maar voor die specifieke groep van ouderen moeten we sowieso op zoek gaan naar andere methodes dan bijvoorbeeld een zelfmoordlijn.

Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Wat het beperken van de toegang tot dodelijke middelen betreft, wat wordt beschouwd als een belangrijke strategie, wil ik nog wat bijkomende informatie geven. Internationaal wordt dit naar voren geschoven als een van de meest effectieve strategieën voor suïcidepreventie. Internationaal wordt heel vaak de methode van vuurwapens en pesticiden gebruikt, wat bij ons minder gebeurt. Op internationaal vlak zijn de meeste strategieën dan ook gericht op het beperken van vuurwapens en pesticiden.

Het beperken van medicatie wordt internationaal gezien als moeilijk te bereiken. Men geeft aan artsen en apothekers daar zoveel mogelijk bij te betrekken. Vandaar dat we die stappen hebben gezet en een project voor de apothekers hebben gelanceerd, momenteel enkel voor de Oost-Vlaamse apothekersvereniging. Daarbij hadden we eerst een overleg vanuit VLESP en hebben we nadien afgetoetst in hoeverre zij bereid zouden zijn om medicatiebeheer bij de klanten toe te passen. Zij staan daarvoor open, maar gaven aan een goede samenwerking met huisartsen daarin cruciaal te vinden. We gaan nu na hoe we dat kunnen bewerkstelligen.

Intussen hebben de Oost-Vlaamse apothekers ook een vorming gekregen over suïcidepreventie, waarbij we hen concrete handvatten hebben gegeven om die signalen te herkennen, ook bij hun eigen klanten. We hebben hen handvatten gegeven om dat gesprek te starten, want sommige klanten beginnen er zelf over en vertellen hoe slecht ze zich voelen en hoe moeilijk ze het hebben. Tot slot hebben we ook afgetoetst in hoeverre de apothekers bereid zijn over te gaan tot medicatiebeheer. Ook daar was er bereidheid bij alle aanwezige apothekers, zij het in samenwerking met de huisartsen.

In Oost-Vlaanderen is de volledige vorming ook nog eens uiteengezet in het regionaal tijdschrift, met alle tools. In die regio is dan ook de eerste stap gezet, nu moeten we samen met onze collega's en onze partners bekijken hoe we dit kunnen verspreiden in de andere regio's.

Wat het geïntegreerd aanbod voor scholen betreft, worden momenteel twee initiatieven ontwikkeld. Een ervan is de Warme Scholen. Dat is eigenlijk een uitbreiding van de Warme Steden. Warme Steden is een initiatief van voornamelijk GavoorGeluk en is gekoppeld aan de Koning Boudewijnstichting, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) en het lokaal gezondheidsoverleg (Logo). Daarbij wil men in de lokale besturen aan geestelijke gezondheid werken, voornamelijk gericht op jongeren tot 24 jaar, en zoveel mogelijk initiatieven nemen voor geestelijke gezondheidsbevordering.

Vanuit Warme Steden ontwikkelt men nu ook Warme Scholen. Daarbij wil men op school voorzien in een aanbod van acties binnen de universele preventie. Op die manier wil men de veerkracht en de copingvaardigheden vergroten. We zitten daar ook voor samen met GavoorGeluk om de good practices te bespreken.

De Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen, de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid en Te Gek!? zijn op dit moment een scholenproject aan het uitwerken om het belang van geestelijke gezondheid aan te tonen. Nu zijn ze een lessenpakket aan het ontwikkelen om het stigma te doorbreken en voor het zoeken van hulp bij psychische problemen.

We moeten daar echter zelf ook nog toelichting over krijgen in de Vlaamse werkgroep. Dat is gepland voor een van de volgende bijeenkomsten, dacht ik.

Mijnheer De Bruyn, wat de preventiecoaches van de scholen betreft, dat is inderdaad in de loop van het tweede Vlaams actieplan stopgezet. Dat heeft dus gelopen tijdens het eerste Vlaams actieplan. De bevindingen waren inderdaad dat veel scholen zijn bereikt en dat de tevredenheid goed was, maar dat er bij de preventiecoaches zelf

het gevoel was dat ze niet altijd voldoende tijd hadden om dat traject goed te doorlopen. Dan is er eigenlijk in het eerste deel van het tweede Vlaams actieplan bekeken hoe we dat konden optimaliseren. Dan is er van 2012 tot 2013 voor gekozen om de CLB-medewerkers daartoe op te leiden, om door middel van een train-de-traineropleiding ervoor te zorgen dat die CLB-medewerkers zelf veel meer het aanbod inzake geestelijke gezondheid in de scholen zouden bekijken en per regio ook een zicht zouden hebben op de initiatieven waarop men kan rekenen. Er is dus eigenlijk getracht om in een eerste deel een jaar volop in te zetten op het vooral meekrijgen van de CLB's, met het oog op duurzaamheid. In een tweede deel is er dan voor gekozen om de preventiecoaches in te zetten in bedrijven, omdat dat toch ook wel een veld was waar we op dat moment nog niet zo veel acties voor hadden. De bedrijfscoaches starten dus eigenlijk nu. Dat is volledig ontwikkeld. Die gaan het komende jaar dus worden ingezet.

Ik denk dat we evenzeer er alleen maar akkoord mee kunnen gaan dat we alles qua laagdrempelige online- en telehulpmethodieken zo veel mogelijk moeten inkantelen in ons model voor ketenzorg. We nemen dat mee, omdat we dat absoluut ook een prioriteit vinden. Dat zal dus zeker in het model zitten.

Dan is er de risicogroep van de holebi's en transgenderpersonen. Misschien toch ook nog aangeven dat er de voorbije maanden samen met çavaria en Transgender Infopunt een plan, een actie, een methodiek is uitgeschreven. VLESP heeft zo'n beetje mee bewaakt dat belangrijke elementen daarin zitten. Dat plan is eigenlijk voornamelijk gebaseerd op het onderzoek dat we hebben gedaan. Daaruit waren een aantal specifieke risicofactoren gekomen, bijvoorbeeld het belang van de ouders, de copingvaardigheden. In die methodiek is daar dus op gelet. Als ik het goed heb begrepen, hebben ze dat onlangs ingediend bij het agentschap, met het oog op subsidiëring. Daar zal dus verder nieuws over komen.

Het is nog maar dit jaar dat we de multidisciplinaire richtlijn hebben gelanceerd, met de e-tool. Het zit dus nog niet in de tussentijdse evaluatie. We hebben toch al wat cijfers mee, omdat we dachten dat er wel vragen over zouden komen. Puur wat de richtlijn zelf betreft, hebben we de samenvatting gemaakt, om het hulpverleners gemakkelijk te maken om snel de essentiële zaken eruit te halen. Bij de lancering eind maart hebben we vijfduizend exemplaren daarvan laten drukken. We dachten dat we daar jaren mee zoet waren, maar die zijn ondertussen al volledig opgevraagd. We krijgen wekelijks vragen van zorginstellingen, van hulpverleners om die samenvattingen te krijgen. Op dit moment zijn er dus al vijfduizend exemplaren verdeeld onder de hulpverleners in Vlaanderen.

Dan hebben we de e-learningtool, waarvan ik nu de cijfers heb van 30 maart tot 30 augustus, dus nog niet van september, en zeker niet van oktober. We zien dat de SP-Reflex via Zelfmoord1813 al door meer dan 11.000 unieke bezoekers is bezocht. Dat lijkt me een zeer mooi aantal. We hebben ook de aantallen per module voor de vier verschillende modules die worden doorlopen. Dat geeft natuurlijk niet zo'n globaal overzicht, maar bijvoorbeeld de e-learning van module 1 inzake de detectie van signalen van suïcidaliteit is door 365 hulpverleners gevolgd. Zij hebben daar dus ook een bewijs van ontvangen. De casus bij die module is gevolgd door 336 hulpverleners. Natuurlijk, we kunnen moeilijk zeggen hoeveel daarvan uniek zijn. Die details zouden ons nu misschien iets te ver leiden, maar we hebben de indruk dat het echt wel goed loopt.

Een vraag die ook meermaals is teruggekomen en die ook door de minister is beantwoord, is de vraag wat eigenlijk de succesfactoren zijn. Kunnen we zeggen dat de voorzichtige daling in bepaalde groepen echt door het beleid komt? Dat is echter een vraag die we zeer moeilijk kunnen beantwoorden en waarmee we zeer voorzichtig moeten zijn.

We kunnen eigenlijk nooit van één enkele actie zeggen dat die zo'n sterke daling geeft. We hebben natuurlijk van een aantal acties zeer specifiek de effectiviteit onderzocht. Bijvoorbeeld inzake Think Life en dergelijke weten we echt wel dat we significante dalingen hebben, maar het is ontzettend moeilijk om te zeggen welke elementen in het actieplan nu specifiek voor een succes hebben gezorgd. Ook internationale collega's geven aan dat het bij suïcidepreventie vooral belangrijk is om heel breed en vanuit dat USI-model te werken (Universal-Selective-Indicated), dus zowel te werken inzake universele preventie als inzake selectieve preventie en dan ook als het geïndiceerd is bij onze suïcidale personen. Ik denk dat het Vlaams actieplan daar zeker een mooi voorbeeld van is. We hebben heel brede acties. Ik kan ook alleen maar bevestigen dat onze internationale collega's met grote ogen naar ons actieplan kijken, dat ze dat echt wel een heel mooi voorbeeld vinden van die breedte, met al die acties. Ik denk dat we inderdaad sterk staan op het vlak van die onlinepreventie. We hebben de voorbije jaren heel veel ontwikkeld.

Er werd ook de vraag gesteld naar de implementatie: hoe vinden mensen de weg? Dat is inderdaad zeer terecht. Een positief element dat we daar wel denken te mogen aanhalen, is dat Zelfmoord1813 toch echt wel de centrale toegangspoort is geworden in Vlaanderen, waarin alle methodieken die we in Vlaanderen hebben, zijn ondergebracht. Dat was ook de bedoeling. De Vlaming moet weten dat er één toegangspoort is. We denken dat we ter zake toch wel op de goede weg zijn met Zelfmoord1813. Dat is een tool die ons wel kan helpen qua implementatie, omdat we weten dat we zo onze suïcidale personen bereiken, maar ook de omgeving of de nabestaanden. Maar goed, we moeten daar de komende jaren zeker nog verder aan werken.

Dan was er de vraag van mevrouw Jans over de cijfers inzake Fit in je Hoofd, de website en de app. Die zijn gedaald. Mijn collega zal daarop antwoorden.

Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ): U geeft terecht aan dat er heel fluctuerende cijfers zijn. Dat is opnieuw een indicatie van het belang van die implementatie. Wat we zien bij al die methodieken, bij Fit in je Hoofd, maar ook bij alle andere, is dat je een grote piek krijgt op het moment dat het wordt gelanceerd. Vaak is er dan ook media-aandacht voor een actie. Het is echter een heel grote uitdaging om daarna dan nog keer op keer je methodiek opnieuw onder de aandacht te brengen. Dat is een opdracht waar wij heel sterk mee bezig zijn: hoe kunnen we ervoor zorgen dat BackUp of Fit in je Hoofd met enige regelmaat opnieuw naar voren komt? We kunnen echter niet anders dan zien dat zeker inzake methodieken die op het algemene publiek gericht zijn, het de media zijn die ons het meest vooruithelpen en dat het heel moeilijk wordt om een tweede, derde en vierde keer met dezelfde methodiek de media te halen. We zoeken dus echt hoe we dat zo goed mogelijk 'in the picture' kunnen zetten, maar die fluctuerende cijfers hebben heel vaak te maken met de aandacht die er op een bepaald moment voor een bepaalde methodiek in de media is.

Wat de fictierichtlijnen betreft: dat wordt gecoördineerd door Werkgroep Verder. Ik weet dat zij ter zake nog stappen aan het zetten zijn. Het was heel moeilijk om contact te krijgen met het Vlaams Audiovisueel Fonds (VAF). Die afspraak is er ondertussen gekomen. Dat maakt dat er nog een aantal overlegmomenten tussen zijn gekomen, waardoor die fictierichtlijnen er op dit moment nog niet liggen, maar ik denk dat we ervan uitgaan dat dat niet lang meer mag duren. Het is ook wel zo dat we binnen VLESP het evalueren van die mediarichtlijnen aan het bekijken zijn. Zoals u leest in het rapport, is de vorige evaluatie al flink gedateerd. Nu, via de universiteit, gaan er een aantal studenten opnieuw onderzoek doen met betrekking tot de mediarichtlijnen en de mate waarin die worden gevolgd in de media.

Vervolgens is een vraag over de meldknop op Facebook gesteld. Het CPZ heeft die meldknop afgevoerd. Facebook heeft een tool geïnstalleerd die gebruikers toelaat

te melden dat iemand suïcidaal is. Het CPZ heeft die tool een aantal jaren gebruikt, maar is daar nu van afgestapt. We hebben immers vastgesteld dat die tool vaak werd gebruikt als een zeer gemakkelijke manier om iets te droppen. Vaak ging het om meldingen waarmee we niets konden doen vanwege de privacy of omdat we niet konden detecteren waar de link precies vandaan kwam. Om die reden hebben we die omschakeling gemaakt.

Eigenlijk moeten we mensen leren zelf op een goede wijze te reageren. We volgen die al meldingen niet constant op. Eigenlijk moeten we elke internetgebruiker tools geven om op een preventieve wijze te reageren op de melding of het bericht dat iemand mogelijk aan zelfdoding denkt. Dit is een vorm van vermaatschappelijking waar we erg achter staan. Iedereen kan een rol spelen in de preventie van zelfdoding.

We hebben met Facebook overlegd. De tool bestaat. De conclusie van de Vlaamse organisaties die met suïcidepreventie bezig zijn, is dat een melding op Facebook de allerlaatste optie is waaraan mensen de voorkeur geven. Ze komen dan in een geautomatiseerd systeem terecht waaruit alle menselijkheid is verdwenen. Misschien is de wijze waarop Facebook met dergelijke berichten omgaat een manier om zich in zekere zin in te bedden. Vanuit het oogpunt van preventie en de menselijke omgang met berichten van suïcidale mensen valt een menselijke reactie toch te verkiezen boven een tool van Facebook.

Vervolgens is gevraagd welke apps precies voor welke doelgroep zijn bedoeld. Er zijn een aantal apps. De meeste apps zijn ontwikkeld voor en specifiek gericht op de individuele gebruiker. Uiteraard leveren we ook inspanningen om ervoor te zorgen dat alle hulpverleners die verschillende tools kennen. Dit gebeurt sowieso tijdens de vormingen bij intermediaire instanties. De specifieke online tools worden hierin opgenomen. Ze vormen tevens een onderdeel van de factsheet op de website van de Zelfmoordlijn1813. Op die website staat tevens een pagina waarop wordt uitgelegd voor welke doelgroep welk app is bedoeld. Zo is de zelfhulpcursus voor een bepaalde doelgroep bedoeld en kan die cursus, in combinatie met hulpverlening, op een bepaalde wijze worden gebruikt. Die informatie is beschikbaar. Het blijft een aandachtspunt de hulpverleners blijvend te informeren. We moeten ervoor zorgen dat die informatie continu terugstroomt naar de mensen die hier op het veld mee bezig zijn.

Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Er is daarnet vermeld dat KOPP niet in het VAS is opgenomen. Dat klopt. In het eerste VAS was dit wel specifiek opgenomen. Dat betekent zeker niet dat het niet als een waardevol project zou worden beschouwd. Ten tijde van het eerste VAS is gebleken dat dit voor kinderen en jongeren absoluut waardevol is. De zorgverleners voor suïcidepogers werken hiermee samen als het om jonge suïcidepogers gaat. Hier en daar zit het in het VAS vervat, maar er is terecht opgemerkt dat het niet expliciet wordt vermeld. Dat betekent niet dat het geen waardevol project of waardevolle organisatie betreft. De linken worden gelegd, maar niet op een expliciete manier.

Verder is vermeld dat het bereiken van de nabestaanden in de gespreksgroepen daalt. De mensen van de Werkgroep Verder zouden daar natuurlijk een beter zicht op kunnen hebben. Ze werken daarvoor samen met de suïcidepreventiemedewerkers van de cgg's. Ze blijven zich regionaal inzetten om zo veel mogelijk gespreksgroepen te begeleiden. Ze merken echter dat ook andere methodes worden gebruikt. Er wordt veel meer online gewerkt, onder meer op het forum op de herinneringssite. Ze voelen dat de laagdrempelige methodes voor die doelgroep zeer belangrijk zijn.

Een echte verklaring voor de daling hebben we eigenlijk niet. We weten dat de Werkgroep Verder constant nagaat hoe de nabestaanden zo goed mogelijk kunnen worden bereikt. Een punt dat in dit verband weleens wordt vermeld en waar we ook

aandacht voor hebben, is dat we alle afzonderlijke website door middel van een toegangspoort in de website van de Zelfmoordlijn1813 hebben geïntegreerd. De perceptie van de Werkgroep Verder is dat de doelgroep van de nabestaanden zich hierin iets minder kon vinden of initieel iets minder goed de weg vond. De Zelfmoordlijn1813 wordt immers vooral beschouwd als preventie. De nabestaanden lijken zich veel minder met preventie te linken. Daar houden we rekening mee.

Ondertussen hebben we gemerkt dat het gedeelte voor nabestaanden bij de top vijf van de meest bezochte pagina's op de website van de Zelfmoordlijn1813 hoort. We vermoeden dan ook dat dit in de loop van de voorbije maanden en jaren wat is verbeterd. We gaan na of we voor de nabestaanden nog kunnen voorzien in een specifieke aparte online tool. We willen dit niet zo maar bevestigen, we moeten het eerst onderzoeken.

Vervolgens is gevraagd welke effectieve strategieën internationaal worden aangehaald om de doelgroep van oudere vrouwen te bereiken. Het gaat dan eigenlijk om ouderen ouder dan 75 jaar. Het voorbije decennium is met betrekking tot die doelgroep vooral ingezet op de detectie van signalen van depressie en op de behandeling van depressie. Dit is een belangrijke strategie omdat depressie in die groep vaak niet wordt opgemerkt. Volgens de hulpverleners worden gevoelens van eenzaamheid, hopeloosheid en wanhoop binnen die leeftijdsgroep als enigszins normaal beschouwd. Het gaat om mensen die hun partner hebben verloren en sociaal wat geïsoleerd geraken. Hierdoor worden de symptomen van depressie en suïcidaliteit niet opgemerkt. De voorbije jaren is zeer sterk ingezet op de vorming van huisartsen en van andere hulpverleners om de symptomen op te merken. Dit omvat ook de thuiszorg en de residentiële settings.

Het is opvallend dat uit de cijfers voor de periode 2000-2014 een zeer sterke daling blijkt van de suïcidecijfers voor oudere mannen, maar niet voor oudere vrouwen. Er is een hypothese. Vrouwen zouden sowieso communicatiever zijn met betrekking tot problemen en het feit dat ze zich niet goed voelen. We hebben ingezet op het bespreekbaar maken en op het herkennen van de signalen door de hulpverleners. Dit heeft een minder sterk effect gehad op de vrouwen, maar wel op de oudere mannen. Zij spreken hier niet over en bijgevolg heeft dit een groter effect op hen gehad. Het is een hypothese. De tussentijdse evaluatie heeft in elk geval duidelijk gemaakt dat we moeten nagaan hoe we de oudere vrouwen nog veel beter kunnen bereiken.

Een van de laatste vragen betreft de cijfers. We moeten zeer voorzichtig zijn met onze interpretaties. Hier en daar vertoont een jaar een piek. Dat was bijvoorbeeld het geval in 2011. We moeten, zoals de epidemiologen ons vertellen, echter zeer voorzichtig zijn met interpretaties van cijfers per jaar. We hebben in sterke mate gemerkt dat de internationale cijfers sinds 2009 en 2010 vaak zijn toegenomen. Dit is niet in elk land het geval. Die stijging is gelinkt aan de economische crisis. We blijven echter zeer voorzichtig met onze hypothese. Het is belangrijk dit over een langere periode te onderzoeken.

Waar zouden we ons in internationaal opzicht bevinden indien we onze globale gezondheidsdoelstelling in 2020 zouden bereiken en een daling met 20 procent zouden kennen? Het klinkt misschien niet zo optimistisch, maar we gaan ervan uit dat we internationaal altijd vrij hoog zullen blijven scoren. Zeker in Europa begint suïcidepreventie ook in andere landen steeds meer hoog op de agenda te staan. Ook in die andere landen wordt op een goede wijze aan suïcidepreventie gedaan. Dit betekent dat we nooit een inhaalbeweging kunnen maken en plots het land met veel minder suïcides kunnen worden.

Onze noorderburen hebben de voorbije jaren een stijging van hun suïcidecijfers met 40 procent vastgesteld. Aangezien hun suïcidecijfers altijd wat aan de lage

kant hadden gelegen, waren er tot dan toe geen nationale of regionale suïcidepreventieacties. Ze dachten dat het allemaal vrij goed zat en dat ze er niets aan moesten doen. Maar door de stijging van 40 procent zijn ze daar sinds vorig jaar ook mee gestart. We wensen hen natuurlijk ook toe dat ze een mooie daling halen.

De enige wetenschappelijke onderzoeken die we in Vlaanderen daarover hebben, geven toch altijd aan dat het inderdaad wel wat met de Vlaamse aard te maken heeft. We communiceren veel minder. Er is veel meer stigma omtrent het zoeken van hulp bij psychische problemen. Ook onze copingvaardigheden zijn anders, waarbij wij minder probleemgericht omgaan met onze moeilijkheden en tegenslagen. We proberen daar veel aan te doen, maar we moeten ook realistisch zijn dat de Vlaamse aard zomaar veranderen, niet van de ene dag op de andere gaat. Dat neemt niet weg dat we daaraan moeten blijven werken. Ook al is het pas over vijftig jaar dat we onze volksaard wat veranderen, we moeten ervoor gaan.

Er was er nog een vraag over de differentiatie op het vlak van regio's en provincies. Wat suïcidepreventie betreft, hebben we ook locoregionale werkingen. De suïcidepreventiemedewerkers van de cgg's werken ook per provincie. In die zin zal daar voor een stuk zeker nog rekening mee worden gehouden. De regionale verschillen zijn er nog steeds. Oost- en West-Vlaanderen blijven de regio's met de hoogste cijfers. Binnen suïcidepreventie hebben we daar aandacht voor en wordt er samengezeten met de lokale actoren om na te gaan waarop we moeten inzetten of waar we moeten samenwerken.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik dank u voor uw toelichting. Mevrouw Portzky en mevrouw Pauwels, ik dank u voor het beantwoorden van de vele vragen.

Ik wil afsluiten met te zeggen dat ik het toch wel belangrijk vind dat we hier elk jaar de gedachtewisseling organiseren omdat het thema elementair blijft binnen ons beleidsdomein. Het hoge aantal suïcides en suïcidepogingen in Vlaanderen mogen we niet aanvaarden. Er is een goed actieplan, een tweede actieplan met goede strategieën en acties, dat op een goede manier wordt opgevolgd. Dat zijn we echt verschuldigd aan iedereen die met de thematiek heeft te maken. We moeten dit au sérieux nemen. Jullie bewijzen dat dag in dag uit, samen met alle partners. Het is goed dat we op die ingeslagen weg verder kunnen gaan.

Het neemt niet weg dat er nog heel wat punctuele vragen zijn, maar die kunnen we op een andere manier stellen. Hartelijk dank.

Piet De Bruyn (N-VA): Alle dank voor de aanvullende antwoorden en het vele werk dat jullie verzetten, ook aan de vele andere medewerkers die hier niet zijn, maar die wel hun steentje bijdragen.

Inhoudelijk wil ik nog op een punt terugkomen. Minister, ik begrijp u als u zegt dat het niet zo eenvoudig is om een overzicht te geven van wat binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt aangewend voor suïcidepreventie of er gedeeltelijk mee te maken heeft. Toen we in 2013 het actieplan hebben goedgekeurd, zat daar een tabel in die met bepaalde parameters rekening heeft gehouden en die haast per strategie tot een bedrag kwam. Het moet toch mogelijk zijn, als we dezelfde parameters hanteren, om een tabel op te maken die ons toelaat te vergelijken – zelfs zonder appreciatie –, waar we niet te weinig, maar minder hebben uitgegeven dan we budgettair hadden gepland voor de periode 2015-2020.

Verder in de tabel wordt er geen onderscheid meer gemaakt. Dat zou zinvol zijn. Ik blijf aandringen om die oefening toch eens te maken. Ik heb daar een tijd geleden ook een aantal schriftelijke vragen over gesteld, waarop uw administratie, heel welwillend, veel informatie heeft gegeven. Daar gaat het niet om. Het heeft

het totaaloverzicht nog altijd niet gemakkelijker gemaakt. Het blijft een hele moeilijke oefening.

Kan, op basis van de parameters die toen zijn gebruikt in het Vlaams actieplan, op pagina 72, de oefening nu een aantal jaar later worden gemaakt om ons een indicatie te geven van waar we staan? Het debat zal ook nog op andere momenten worden gevoerd. Er zitten nog wat dingen aan te komen die ons zonder enige twijfel weer samen zullen brengen om met elkaar van gedachten te wisselen.

Elke Van den Brandt (Groen): Dank om onze vragen op een degelijke en onderbouwde manier te beantwoorden. Ik ben blij te horen dat jullie alles op alles zetten om dit te onderzoeken met de beperkingen die er zijn. Alleen op die manier zullen we zien dat we de juiste maatregelen nemen. We moeten vooral de ambitie zo scherp mogelijk krijgen om die doelstelling 2020 te halen. Het is niet erg als we over onze doelstelling zouden gaan. In die zin moeten we daar zo ambitieus mogelijk in zijn.

Minister, ik ben tevreden dat u erkent dat er algemeen meer op geestelijke gezondheidszorg moet worden ingezet. Geestelijke gezondheidszorg verdient in totaal veel meer aandacht en budget dan het nu krijgt. Ik hoop dan ook dat er snel een politieke meerderheid te vinden is om dat ook effectief waar te maken, om die extra budgetten vrij te maken.

Ik wil even teruggrijpen naar de hoorzitting van vorige week. Internationale studies tonen aan dat elke euro die we daarop inzetten, tot tien keer terugkomt. Het is dus eigenlijk zelfs geen kost, het is een investering die ons dubbel en dik zal terugbetalen.

Ik wil eindigen met jullie te bedanken en jullie veel succes te wensen met jullie werk.

Peter Persyn (N-VA): Er is iets dat mij opviel. Ik ben natuurlijk niet thuis in de diepteonderzoeken die jullie doen, maar u sprak van een autopsieonderzoek bij die kritische leeftijdsgroep van 45 tot 59 jaar. U haalt terecht aan dat er wellicht socio-economische factoren kunnen meespelen, zoals werkverlies, falen of een gevoel van falen. Maar die groep is nu net de groep die in aanmerking komt voor outplacement bij werkverlies. Er bestaan begeleidingsmaatregelen. Waarom doet u geen diepteonderzoek bij die groep die kritisch is? Wellicht zal een deel van die groep niet gemakkelijk spreken, maar een groep kan ook een drempelverlagend effect hebben. Wellicht hebt u daar ondervinding mee, enkel specifiek bij de gevallen waar zich effectief suïcide heeft voorgedaan. Maar waarom gaat u ook niet preventief in die bredere groep vissen?

Bart Van Malderen (sp·a): Ik wilde mij graag aansluiten om jullie succes te wensen.

Ik wil even terugkomen op de internationale benchmark en de evolutie daar. Alles wat we doen en realiseren in dit thema lijkt mij nuttig. Maar het beeld dat wordt opgeroepen, is het beeld van een wielerwedstrijd. Er is een peloton dat vooruit holt. Iemand heeft achterstand. Die rijdt, doet ongelooflijke inspanningen, maar is niet zeker dat het gat wordt dichtgereden.

Ik denk dat elke inspanning die we doen, nuttig is. Maar ik weiger te geloven dat die Vlaamse aard of cultuur rond problemen van je niet goed voelen in je vel, een statisch gegeven is. Als we stappen voorwaarts zetten, denk ik dat er ook zeker dingen zouden moeten bij zitten die daarop kunnen inwerken. Ik vraag me af of het louter poneren van een target – we gaan in dat jaar zoveel procent minder tellingen hebben dan in een referentiejaar – op zich niet afdoende is. Je moet die kloof met het buitenland kunnen bekijken als een lang proces. Het is evident dat daarbij cultuurverschillen meespelen. Dat is evident. Maar je moet er wel op kunnen werken.

Europa is niet één monolithisch blok waarin er geen verschillen bestaan. Dat heel juist benchmarken zou u meer indicatie kunnen geven over effectiviteit, ook over

de effectiviteit van uw beleid. Want als je gewoon evolueert aan dezelfde snelheid en hetzelfde ritme van andere landen, dan ben je niet noodzakelijk echt dat verschil aan het maken. Wellicht behoeft dat meer onderzoek. Maar het zou vooral een target op zich kunnen zijn in een volgende fase. We moeten er zeker voor zorgen dat we onze achterstand ten opzichte van de 'achterblijvers' niet laten vergroten. Het lijstje van landen waartussen we zitten in 'ons groepje' is daarnet gegeven door de heer De Bruyn. Stel dat zij ook inspanningen zouden doen en dat die succes zouden hebben, dan worden we op den duur het kneusje. In dezen zou dat een heel dramatisch gegeven zijn.

Ik weet niet of er zoiets bestaat als een 'aanvaardbaar' cijfer in suïcide, maar een ambitieuze benchmark ten opzichte van het buitenland zou op zijn minst deel mogen uitmaken van een plan.

De voorzitter: Mevrouw Portzky heeft het woord.

Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): De vraag naar het onderzoek lijkt mij zeker terecht. Dat soort onderzoek zou namelijk waardevolle informatie kunnen geven. Absoluut.

We hebben op dit moment gekeken wat er ontbreekt aan informatie. We moeten toegeven dat we op dit moment werkelijk geen enkele wetenschappelijke gegevens hebben over bijvoorbeeld met welke factoren de suïcides binnen die leeftijdsgroep specifiek te maken hebben. En dat is nu de eerste vraag waarop we ons richten. Dat wil niet zeggen dat we met dat psychologisch autopsieonderzoek alle antwoorden zullen vinden. Absoluut niet. De suggestie die u aanhaalt, is zeker iets dat we zullen meenemen en bekijken. Misschien is het iets dat we, na die autopsie, kunnen meenemen. In eerste instantie zullen we nagaan wat we kunnen leren uit de situaties waarbij het fout is gelopen.

Ik kom terug op die internationale benchmark. Ik denk dat het in zekere zin bijkomend relevant of waardevol kan zijn. Anderzijds kan ik ook maar aangeven wat we met de internationale collega's zien, namelijk dat in elke regio, in elk land moet worden gekeken naar de eigen cultuur, rekening houdend met het eigen ggz-landschap. Die nationale – en in ons geval Vlaamse – actieplannen zijn toch wel cruciaal om dat te doen. Binnen elk land of regio moeten we bekijken wat haalbaar is om te bereiken. Dat is inderdaad een eerste stap. Die 20 procent is er gekomen. Professor Annemans heeft zich daarmee bezig gehouden. Het was een berekening op basis van enerzijds, hoe de suïcidecijfers zouden evolueren mocht er niets van preventie worden gedaan en anderzijds, wat weten we over de wetenschappelijke effectiviteit en de sterkte van die effectiviteit met betrekking tot de methodieken die erin zitten. Dat is onder andere zijn basis geweest om dat te meten. Dat is om iets van doelstelling of target te kunnen hebben. Maar van in het begin hebben we gezegd dat dit alleen niet voldoende is.

Het is niet zo dat we niet internationaal vergelijken. We vergelijken nu wel het meeste met onze noorderburen, omdat we heel veel uitwisselen en samenwerken. De cijfers van vijf jaar geleden tonen dat we hier met een gemiddeld suïcidecijfer voor mannen en vrouwen van ongeveer 18, bijna 19 op 100.000 inwoners zaten. In Nederland was dat ongeveer 10 op 100.000. En nu zitten we in Vlaanderen aan 16 op 100.000 en in Nederland aan 12,5 op 100.000. Daar is dus een toename. In die zin zijn we iets dichter bij elkaar gekomen.

Maar nogmaals, dat is niet het enige waarnaar we moeten kijken. Voor ons is het veel belangrijker om te bekijken wat we op dit moment aan preventieacties hebben en waarmee we onze suïcidale personen en ook anderen bereiken. Daar willen we de komende tijd dan ook op inzetten.

De voorzitter: Mevrouw Portzky, ik dank u nogmaals voor uw toelichting. Ik herhaal alle wensen voor succes.

De gedachtewisseling en de vragen om uitleg zijn afgehandeld.