

Vraag nr. 4
van 11 oktober 2000
van mevrouw SIMONNE JANSSENS-VANOPPEN

Zelfmoordpreventie – Subsidiëringsbeleid

In het kader van de zelfmoordpreventie zou er door de minister zo'n 20 miljoen frank per jaar zijn vrijgemaakt. De primaire zorgverstrekking zou hierbij worden verzorgd door Tele-Onthaal en de secundaire door de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).

Ondanks het heel specifieke karakter en het vaak dringende karakter van de problematiek, zou er geen aparte noodlijn worden gecreëerd voor mensen die met de zelfmoordproblematiek worden geconfronteerd. Meer nog, centra die reeds een jarenlange ervaring hebben op het veld, zoals het Centrum ter Preventie van Zelfmoord (CPZ) dat er reeds twintig jaar actieve werking heeft opzitten als crisisopvang voor mensen met suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag en een antwoord biedt aan ruim zesduizend bellers per jaar, worden gedwongen hun activiteiten bij gebrek aan subsidies stop te zetten.

1. Hoe wordt het budget voor zelfmoordpreventie besteed en waar liggen de klemtonen in het preventiebeleid van de minister ?
2. Aan welke criteria moeten centra gericht op zelfmoordpreventie voldoen om een beroep te kunnen doen op subsidies ? Is het criterium "ervaring" hierbij doorslaggevend ?
3. Werd er, bij de keuze voor een beleid dat versnippering wil tegengaan, nagegaan of deze keuze wel overal zo effectief is en of het overboord gooien van bepaalde initiatieven soms niet meer schade aanricht, dan dat dit het beleid versterkt ?
4. Werd er een onderzoek gedaan naar de deugdelijkheid en de kwaliteit van bestaande actoren in dit specifieke veld, alvorens over te gaan tot het niet (meer) subsidiëren van deze actoren ?

Antwoord

Uit de Vlaamse gezondheidsindicatoren is gebleken dat zelfmoord in de Vlaamse gemeenschap inderdaad een belangrijke doodsoorzaak was en is.

Gezien de ernst van het probleem is het noodzakelijk om een effectief preventiebeleid te voeren. De

veelheid aan factoren die mogelijk van invloed zijn op zelfmoord laat niet toe een goed afgelijnde risicogroep aan te duiden waarop preventieve acties zich zouden kunnen toespitsen.

Vandaar de keuze, niet voor een losstaand doelgroepenbeleid, maar wel voor een preventiebeleid dat gebruikmaakt van de bestaande voorzieningen. Meer concreet betekent dit ondersteuning van de bestaande organisaties en werkingen, zodat de problematiek tijdig wordt onderkend – de zogenaamde *ingebouwde preventie* – er adequaat wordt doorverwezen, of een gepaste begeleiding wordt opgestart.

Deze keuze werd gebaseerd op de vaststelling dat initiatieven inzake zelfmoordpreventie zich zelden over de verschillende "*zorglijnen*" verspreidden. De mogelijkheden ontbraken om deze manier van werken – een combinatie van eerste-, tweede- en derdelijnszorg – meer permanent te laten functioneren om zo tot automatismen te komen bij zorgvragen. Bij een Nederlands onderzoek werd duidelijk dat pas wanneer alle hulpverleners in een regio samenwerken, er echt iets kan worden gedaan aan het zelfmoordcijfer.

We kunnen hier dus ook spreken van de nood aan een "*integrale*" zelfmoordpreventie.

Vanuit deze prioriteiten is de laatste jaren gebouwd aan een preventiebeleid. Door de Vlaamse regering wordt hiervoor jaarlijks 20 miljoen frank vrijgemaakt.

Deze middelen worden sinds eind 1997 toegekend aan de sector van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Bij de keuze van deze sector speelden de volgende factoren : spreiding over het ganse Vlaamse land, specialisatie in psychische en psychiatrische problemen, scharnierfunctie als tweede lijnsvoorziening tussen eerste- en derdelijnsvoorzieningen.

In het eerste werkingsjaar ging de aandacht naar de wetenschappelijke onderbouw van het project, naar het verzamelen van good practices, naar de ontwikkeling van methodieken, modellen en technieken voor suïcidepreventie en hulpverlening, naar de uitbouw, vorming en begeleiding van de lokale ondersteuningsleden.

Later werd het globale beleidsplan voor Vlaanderen omgezet in veertien regionale beleidsplannen. Dit gebeurde via overeenkomsten met veertien centra voor geestelijke gezondheidszorg, elk ver-

antwoordelijk voor de ondersteuning inzake de zelfmoordproblematiek in een bepaalde regio.

In deze regionale beleidsplannen zijn minstens de volgende vijf operationele doelstellingen opgenomen.

1. De ingebouwde preventie verhogen, namelijk :
 - het optimaliseren van de hulpverlening in het CGG bij risico op suïcidaal gedrag,
 - het optimaliseren van de samenwerking met hulpverleners buiten de CGG met wie zorgcircuits kunnen worden gevormd.
2. Het aanreiken van knowhow aan intermediairen onder meer door vormingspakketten, vormingssessies voor deze sleutelfiguren die in contact staan met potentiële hulpvragers. Zo zijn er vormingspakketten ontwikkeld voor huisartsen, ziekenhuispersoneel (artsen en verpleegkundigen), politie en slachtofferhulp en personeel van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).
3. Het bewaken van suïcidepreventie in de regionale overlegstructuren in het kader van algemene geestelijke gezondheidszorg en gezondheidspromotie.
4. Opvang van nabestaanden en eventuele doorverwijzing naar bestaande zelfhulp- en gespreksgroepen.
5. Participeren aan overlegstructuren zelfmoordpreventie, op het niveau van provincie en in Vlaanderen.

Vanaf 2001 worden de middelen van het zelfmoordconvenant geïntegreerd binnen het globale budget voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor wordt de werking rond zelfmoord structureel ingebouwd in de werking van de centra, in plaats van ze afhankelijk te maken van projectmatige subsidiëring. Dit heeft voordelen met betrekking tot de nood aan continuïteit en de nood aan een voldoende spreiding over het hele Vlaamse grondgebied.

Reeds in het begin heb ik verwezen naar een Nederlands onderzoek waarin werd gesteld dat pas wanneer alle hulpverleners in een regio samenwerken, er echt iets kan worden gedaan aan het zelfmoordcijfer.

Als we spreken van alle hulpverleners dan bedoelen we het ganse aanbod in de hulpverlening, gaan

de van telefonische hulpverlening over acute hulpverlening tot behandeling en begeleiding.

Op het vlak van de telefonische hulpverlening zijn er in Vlaanderen twee organisaties actief : het Centrum voor Preventie van Zelfmoord in Brussel en de provinciale Tele-Onthaaldiensten.

Het Centrum voor Preventie van Zelfmoord (CPZ) is twintig jaar geleden gegroeid uit een Franstalige Tele-Onthaaldienst. Het centrum heeft een gewoon telefoonnummer en heeft haar locatie in Brussel. Uit de gegevens 1998 leren we dat er 5.771 oproepen binnenkwamen. Er zouden negentig vrijwilligers meewerken in de permanenties. In meer recente berichten van het centrum wordt er echter op gewezen dat dit aantal kleiner is en dat ook een antwoordapparaat wordt ingeschakeld.

De diensten van Tele-Onthaal zijn provinciaal georganiseerd. Ze zijn alle bereikbaar via het nummer 106. Per provincie zijn er meerdere hulplijnen. In 1999 kwamen er 135.082 oproepen binnen. Hiervan waren er 3.297 met als onderwerp "zelfdoding". 2.152 gingen over gedachten aan zelfdoding, 721 over plannen tot zelfdoding en 424 over poging tot zelfdoding. Deze provinciale diensten kunnen samen een beroep doen op meer dan vijfhonderd vrijwilligers.

De diensten Tele-Onthaal worden erkend en gesubsidieerd door de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn. Ze zijn vijfendertig jaar geleden ontstaan vanuit de zelfmoordpreventie en verwerven dus ook heel wat knowhow. De Tele-Onthaaldiensten doen een beroep op de centra voor geestelijke gezondheidszorg voor de opleiding van de telefonische hulpverleners. Dit jaar wordt extra aandacht besteed aan de nabestaanden als risicogroep.

Dit alles betekent dat de kwaliteit van de telefonische hulpdienst Tele-Onthaal zeer goed is, ook op vlak van de zelfmoordproblematiek.

Onderzoek toonde aan dat na de nummers 100 en 101 het nummer 106 (Tele-Onthaal) het meest bekend is bij de Vlaamse bevolking.

Het CPZ heeft zeker een pioniersrol gespeeld met betrekking tot de zelfmoordproblematiek. De werking van het CPZ is gesitueerd hoofdzakelijk rond drie functies. Herhaaldelijk werden voorstellen geformuleerd tot integratie van deze functies. Deze werden telkens door het CPZ afgewezen.

1. Informatie en documentatie

Deze functie kan best worden geïntegreerd binnen de werking van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG).

De VVGG is onder meer bekend vanwege zijn gespecialiseerde bibliotheek en videotheek. Documentatie is dus het terrein van de VVGG, die daaromtrent ook nauwe contacten onderhoudt met het Nederlandse Trimbos-instituut.

De literatuurcollectie van het CPZ kan, indien ze toch niet in de bibliotheek van de VVGG zou worden ondergebracht, worden geïnventariseerd en via een databank toegankelijk worden gemaakt door de VVGG.

2. Vorming van intermediairen

De vorming van intermediairen en de eerste lijn wordt reeds door de CGG waargenomen (zie hierboven).

Naast deze specifieke aanpak en in het perspectief van netwerkvorming en samenwerking tussen sectoren, wordt ook vorming georganiseerd ten aanzien van gemengde groepen.

Eens de CGG-fusies op het terrein gerealiseerd zijn, behoort de organisatie van de systematische vorming van intermediairen op het Vlaamse grondgebied tot de mogelijkheden. Het CPZ werd uitgenodigd hieraan mee te werken.

3. Telefonische hulpverlening

Ook op het voorstel om haar telefonische hulpdienst te integreren binnen Tele-Onthaal, zelfs met behoud van een afzonderlijk nummer, ondersteuning van deze integratie en garanties voor vorming, weigerde het CPZ in te gaan.

Het CPZ zetelt wel in de stuurgroep van het project zelfmoordpreventie binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg, waardoor het haar expertise kan blijven inbrengen in de sturing van het project. Tevens is een CPZ-medewerker op halftijdse basis werkzaam als projectmedewerker binnen het centrum voor geestelijke gezondheidszorg van Brussel.

Om versnippering van middelen tegen te gaan, maar ook om een goed gestructureerde, geïntegreerde werking uit te bouwen, heb ik beslist om geen subsidies toe te kennen aan het CPZ.

Cijfergegevens wijzen er immers op dat 30 % van de telefonische gesprekken bij Tele-Onthaal uitlopen op een verwijzing naar of informatie over meer gespecialiseerde hulpverlening. Een grondige kennis van de sociale kaart in de regio van de belter is immers ook een belangrijk criterium. Hoe dichter bij de regio en hoe kleiner de regio, hoe correcter de informatie. Vanuit een objectief standpunt zullen ook hier de provinciale Tele-Onthaaldiensten beter scoren dan het CPZ uit Brussel.

Ik ben dan ook overtuigd van de deugdelijkheid en de kwaliteit van de "gesubsidieerde" actoren in dit specifieke veld.

Ik wil van de gelegenheid ook gebruikmaken om een conferentie op 30 november aanstaande aan te kondigen, die zal plaatsvinden onder de noemer :

"Zelfmoordpreventie in Vlaanderen : van machteloosheid naar gerichte actie ? Een taak van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Een taak voor velen."

Hier zal de zelfmoordpreventie worden belicht vanuit een opgebouwde *netwerkbenedering*, met onderwijs (CLB), ziekenhuizen, huisartsen, politie en nabestaanden als onmisbare partners in de preventiecoalitie.

Samenvattend kan ik op de vier gestelde vragen volgend concreet antwoord geven.

1. Zelfmoordpreventie is een belangrijke gezondheidsdoelstelling.

Mijn beleid is erop gericht om zelfmoordpreventie te integreren binnen de opdrachten van de bestaande zorgverstrekkers.

De middelen van het zelfmoordconvenant (20 miljoen) worden vanaf 2001 geïntegreerd binnen de werking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

2. Ik voorziet derhalve niet in afzonderlijke criteria voor centra gericht op zelfmoordpreventie.

Ik ga er vanuit dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg samen met de Tele-Onthaaldiensten in staat zijn dit beleid te realiseren.

De "ervaring" van de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de Tele-Onthaaldiensten moet hierbij zeker niet onderdoen voor die van het CPZ.

3. Me baserend op het model dat bijvoorbeeld in Nederland bestaat, kan ik ervan uitgaan dat deze keuze effectief is.

Tevens wens ik erop te wijzen dat de Vlaamse regering, ook vroeger, nooit het CPZ heeft gesubsidieerd. Er is dus zeker geen sprake van "overboord gooien van bepaalde initiatieven". Het is mijn overtuiging dat het CPZ zeker een expertise heeft op het vlak van zelfmoordpreventie, doch dat het essentieel is dat ze deze nu ter beschikking stelt in een ruimer kader.

In die zin is het belangrijk aan te stippen dat het CPZ nu reeds vertegenwoordigd is in het project zelfmoordpreventie en dat een halftijdse medewerker van het CPZ is opgenomen in de projectwerking via het centrum voor geestelijke gezondheid van Brussel.

Ik hoop nog steeds dat het CPZ bereid zal zijn tot een verdere integratie. Een afzonderlijke erkenning en subsidiëring bieden echter geen duidelijke meerwaarde voor de persoon die wordt geconfronteerd met de zelfmoordproblematiek.

4. Ik ben ervan overtuigd dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de Tele-Onthaaldiensten hun deugdelijkheid hebben aangetoond.

Het is mijn bedoeling om ze op het vlak van de zelfmoordpreventie te blijven aanspreken en hun werking te blijven evalueren.

Er is geen enkele actor op het vlak van de zelfmoordpreventie die vroeger wel en nu niet meer wordt gesubsidieerd door de Vlaamse regering.